

40424
85



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

CAMPUS ARAGÓN

**“BULIMIA Y ANOREXIA: EN BUSCA DEL
CUERPO PERFECTO”**

**VIDEO REPORTAJE
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN
COMUNICACIÓN Y PERIODISMO
P R E S E N T A N:
JOSÉ ALEJANDRO SÁNCHEZ GARCÍA
JUANA AZUCENA VALADEZ GARCÍA**

**ASESOR :
LUIS MANUEL RODRÍGUEZ BERMÚDEZ**

MÉXICO

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2003

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A Mi Madre:

Por todo su amor, cariño, comprensión y enseñanzas que me ha dado.

A Mi Tía Cristina y

Elena:

Por todo el apoyo que me han brindado desde pequeño hasta la fecha.

A Mis Primos:

Antonio, Héctor, Omar e Iván. Por ser más que parientes, ser mis hermanos.

A Mis Primas:

Josefina, Lislana y Mónica. Por sus enseñanzas.

A Mi Tío Braulio:

Que siempre me ha apoyado en todo momento y más que un tío, ha sido un padre para mí.

A Lorena y Raúl:

Mis compañeros y amigos desde el inicio de la carrera hasta la fecha

A Berenice:

¡Gracias por todo!

A Mi Mamá:

Por su apoyo que me ha brindado sin escatimar esfuerzos y por todo el cariño y amor tan grande que me ha dado sin límites.

A Mi Papá:

Por preocuparse por mí en todo momento y darme su atención y cariño.

A Mi Mami Chepa, Mi Tía Paty y Alejandro:

Por apoyarme, preocuparse, guiarme y darme su comprensión cuando lo necesite y lo necesito.

A Norma Beatriz:

Por estar conmigo en momentos importantes y por la amistad que me ha brindado en todos estos años.

A Sergio:

Por otorgarme de su valioso tiempo y ayudarme a que me diera cuenta de mis errores: ¡Gracias!

A Carlos:

Por todas esas palabras de aliento y apoyo incondicional que me ha brindado.

*A mis Amigos y Amigas:
Que han estado conmigo en las
buenas y en las malas.*

*A Azucena:
Mi amiga y compañera en esta
aventura. Gracias por tu
esfuerzo y dedicación en este
trabajo.*

*A Dafila, Estela, Laura,
Sylvia y Norma:
Por su amistad de tantos años,
su comprensión, y por todos los
triumfos y tropiezos que hemos
tenido y superado juntas.*

*A Todos mis Amigos y
Amigas:
Que han sabido ayudarme y
entenderme en todo momento y
han estado conmigo cuando los
necesito: ¡Muchas Gracias!*

*A Afe:
Ante todo mi gran amigo que ha
estado conmigo en las buenas y
en las malas; mi compañero
profesional por habernos trazado
una meta en común y que me
soportó todo este tiempo de
investigación: ¡Gracias!*

*A Luis Manuel Rodríguez:
Nuestro asesor de tesis por habernos guiado, apoyado, enseñado y
otorgado de su valioso tiempo durante el desarrollo de este proyecto de
vídeo reportaje.*

*A Rafael Ahumada:
Por la gran ayuda y apoyo previo al seminario, durante y después de la
carrera. Además, de sus valiosas aportaciones y correcciones que nos
fizo para la elaboración de este vídeo reportaje.*

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación se realizó con el objetivo de ofrecer un conocimiento básico acerca de los trastornos de la alimentación. Agradecemos el aporte e interés de cada uno de los diferentes especialistas, al igual que a las pacientes bulímicas y anoréxicas que colaboraron para la estructuración y realización de esta investigación.

Dra. Maruza Castillo Nájera, Coordinadora en Psicoterapia de la clínica DISANA

Dra. Magdalena Juárez, Coordinadora Médica de la clínica DISANA

Ivonne Andrade, Nutrióloga de la clínica DISANA

Mónica Murguía Zicart, Nutrióloga de la clínica DISANA

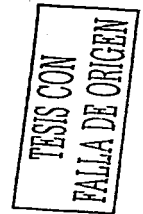
Karla Arellano, Nutrióloga de la clínica Eating Disorders

Dr. Alfredo Zúñiga Massiue, Psicoterapeuta de la clínica Eating Disorders

Sofía, paciente bulímica del grupo Comedores Anónimos.

Brenda, paciente bulímica del grupo Comedores Anónimos.

Citlalli, paciente anoréxica del grupo Comedores Anónimos.



ÍNDICE

PRIMERA PARTE: PROYECTO DE VIDEO REPORTAJE

PRESENTACIÓN	7
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	10
GUÍAS DE ENTREVISTAS	13

SEGUNDA PARTE: DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN	23
---------------------	-----------

I. LOS TRASTORNOS DEL COMER

1.1. Antecedentes de la bulimia y la anorexia	28
1.2. La bulimia y la anorexia como trastornos del comer	36
1.3. Detección, causas y consecuencias de la bulimia y la anorexia	37
1.4. Síntomas y comportamientos de las personas que padecen estas enfermedades	38
1.5. Los medios de comunicación, la moda y la sociedad como impulsores de la bulimia y la anorexia	39

II. ESPECIALISTAS SOBRE BULIMIA Y ANOREXIA

2.1. Entrevistas a personas que padezcan bulimia y/o anorexia	45
2.2. Los médicos opinan	49
2.3. En la opinión de los psicólogos	51
2.4. Tabla nutricional mexicana según un nutriólogo	54

III. TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS PARA CONTRARRESTAR LA BULIMIA Y LA ANOREXIA

3.1. Clínicas especializadas en México	58
3.2. Los tratamientos que se ofrecen a pacientes con bulimia y anorexia	59
3.3. Índice de mortandad en México	63

TERCERA PARTE: PRODUCCIÓN

GUÍA DE COSTOS	66
DÍA POR DÍA	67
BREAK DOWN	76
ESCALETA	88
GUIÓN LITERARIO	92
GUIÓN TÉCNICO	95
GUIÓN DE EDICIÓN	120
CONCLUSIONES	126
ANEXOS	129
BIBLIOGRAFÍA	142

PRESENTACIÓN

El presente video reportaje que lleva por título: "Bulimia y Anorexia: En busca del cuerpo perfecto", tiene la finalidad de explicar de una manera clara y sencilla, y a través de casos reales, de pacientes anoréxicas, bulímicas y doctores especialistas en el campo de los trastornos alimenticios; el mostrar y diferenciar en qué consisten, cuáles son sus posibles causas, los tratamientos especializados que se usan y el modo en que puede reaccionar la familia ante estos casos.

La idea de hacer un video reportaje sobre la bulimia y la anorexia nace de la inquietud de realizar una investigación más a detalle de lo que son en realidad este tipo de trastornos alimenticios. Además, de ser un tema de actualidad y de un creciente interés por parte de una sector de la sociedad.

Se escogió el presentar este reportaje a través de un video, porque pensamos que hoy en día el mensaje audiovisual es más penetrante y en algunos casos persuasivo y con ello, se puede hacer a que se genere una opinión crítica al respecto o tal vez en su defecto, pueda hacer tomar conciencia especialmente a la población adolescente acerca de las consecuencias que acarrea este tipo de enfermedades.

Para la realización del video reportaje se hizo una investigación documental y de campo en primera instancia. Además, del proyecto de investigación y de las guías de entrevista. Posteriormente, se clasificó y se delimitó la información que será utilizada en la etapa de preproducción. Durante esta etapa, se planeó el desarrollo del trabajo, el cual consistió en la división de tareas que van desde el manejo de cámaras, iluminación, dirección, sonido, entrevistador, actrices para realizar algunas dramatizaciones o recreaciones que complementen y refuercen las opiniones de los entrevistados, grabación y recolección de material de stock. Así mismo, de un presupuesto que contemple los gastos de producción, como lo son los viáticos, compra de equipo técnico e imprevistos.

Una vez que se han contemplado a los posibles entrevistados y se han ubicado los lugares a los cuales es posible acudir, tanto para las entrevistas como para la posible adquisición de material de stock. Se prosiguió a hacer la llamada ruta crítica, la cual consiste en planificar los días de trabajo, que van desde la grabación, recolección de material, la realización de entrevistas, las posibles locaciones para hacer recreaciones, etc.

Durante esta etapa, se realiza una escaleta que sirve como guía para saber en qué orden van a ir nuestros entrevistados y las intervenciones que tendría cada uno de ellos para la estructuración del programa. También se hace el guión literario que es una narración de lo que va a tratar el reportaje, sin hacer

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

especificaciones técnicas, ya que por eso también se realiza el guión técnico, que es donde se va a poner todo tipo de especificaciones técnicas, como el encuadre, tipo de toma, escena, secuencia, lugar, si es un interior o exterior en donde va a grabar la toma, todo esto va a dos columnas en las cuales, en la primera va el video y en la segunda columna el audio.

En la etapa de producción se llevaron a cabo las diferentes entrevistas y recreaciones para dicho reportaje, siguiendo el plan de trabajo que se realizó en la preproducción. Tomando en cuenta las debidas precauciones que deben tenerse siempre durante la dirección para la realización de las tomas, encuadres y audio.

Finalmente en la parte de postproducción se calificó todo el material grabado tanto de las entrevistas realizadas, como del material de stock. Apoyados en el guión técnico se pasó a la realización del guión de edición. El cual consiste en clasificar con números cada uno de los cassettes que se grabaron, tomando el tiempo total de cada uno de los casetes, para saber con exactitud el código de tiempo inicial y final de la imagen que se requiere para la elaboración del video reportaje. Toda la información se clasificó y se acomodó de tal manera que no se perdiera la continuidad ni el ritmo del tema, para la edición y musicalización final del mismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PRIMERA PARTE: PROYECTO DE VIDEO REPORTAJE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Título:

Bulimia y Anorexia: En busca del cuerpo perfecto

Tema:

La bulimia y la anorexia como trastornos del comer

Delimitación:

El tratamiento de la bulimia y la anorexia que existe actualmente en el Distrito Federal.

Objetivo General:

Exponer las consecuencias y tratamientos especializados que existen para la rehabilitación de la bulimia y la anorexia con la finalidad de sensibilizar y concientizar a las jóvenes capitalinas.

Objetivos Particulares:

Explicar e identificar los síntomas de la Bulimia y de la Anorexia como trastornos del comer.

Presentar los daños y/o consecuencias físicas que ocasionan estas enfermedades.

Presentar testimonios de personas que padezcan o hayan padecido Bulimia o Anorexia.

Presentar y explicar los diversos tratamientos especializados que se le proporcionan a un paciente con bulimia y/o anorexia para su pronta rehabilitación.

Exponer si los medios de comunicación influyen para que vayan en aumento los casos de bulimia y anorexia en el D. F.

Hipótesis:

En la actualidad los medios de comunicación influyen cada vez más para que las mujeres mexicanas se preocupen por su aspecto físico, trayendo como consecuencia, diferentes trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Justificación:

Hoy en día, es más común escuchar y hablar de bulimia y anorexia, ya que cada vez más personas (en su mayoría mujeres), padecen alguna o ambas enfermedades, debido a que el ideal para muchas es estar delgadas para verse mejor para sí mismas y para los demás, no importándoles e ignorando muchos de los riesgos que corren al querer estar con una figura física delgada, sin embargo, algunas de las personas que padecen ya sea la bulimia o la anorexia, lo ignoran y, una vez que lo saben, no miden las consecuencias y sienten una gran satisfacción al ver que cada vez pierden más peso, porque lo único que les preocupa es verse bien dejando de lado su salud.

Si las mujeres y las adolescentes están siendo sacudidas por la ofensiva de los medios de comunicación sobre esbeltez y dieta, a través de anuncios que muestran como deben de ser, o sea delgadas, "saludables", sexys, hermosas, triunfadoras, etc. ¿qué es lo que estará pasando con las chicas más jóvenes? que están creciendo con una serie de mensajes propagandísticos cada vez más fuertes sobre el aspecto físico en las mujeres.

Por otro lado, puede confundirse el concepto de bulimia y anorexia debido a que son enfermedades muy parecidas y en ambos casos se pierde peso excesivo, ya sea por medio de dietas, vómitos, el uso de laxantes, purgantes y/o diuréticos. Todo esto lo hacen porque tienen una distorsión de su imagen corporal y sienten insatisfacción con relación a su aspecto físico. Dejar de comer por días completos o en su defecto comer en exceso es perjudicial para el cuerpo de cualquier persona y es por eso que muchas de estas personas no saben con exactitud si son bulímicas y/o anoréxicas o padecen ambos trastornos alimenticios, debido a que ambas enfermedades juntas o por separado, lo único que producen es la muerte cuando no se tratan a tiempo. Es por eso que se debe de sensibilizar a la sociedad en general para que conozcan y detecten el problema a tiempo para poder superar este trastorno alimenticio que cada vez va en aumento, principalmente entre las jóvenes capitalinas.

Sin embargo, en la actualidad es más frecuente saber de alguien que padece uno de estos problemas (desde el medio artístico, las edecanes, algunas modelos, al igual que una persona conocida o bien, dentro de la familia), y a diferencia de las décadas pasadas, ya existe un tratamiento más especializado que si bien ha sido usado exitosamente en este tipo de pacientes, también por desgracia a aumentado el número de muertes a causa de dichas enfermedades. En cambio para aquellas personas que ya cayeron en alguna de estas enfermedades es un poco difícil que puedan recuperarse por completo, y las que lo consiguen, les lleva años su rehabilitación, por eso es importante que esa gente consulte a un médico para que se les dé un tratamiento y evalúe qué tan avanzada está la enfermedad, porque si la enfermedad está muy avanzada se le suministrará al paciente, alimentos vía intravenosa, siendo está la solución más viable para que el paciente no muera.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es recomendable que se consulte a un psicólogo posteriormente y/o en casos extremos se interne a la persona para que el médico tome las medidas necesarias. Por otro lado ya existen clínicas especializadas dedicadas exclusivamente a la atención de éstos trastornos alimenticios, para sensibilizar y a la persona de los daños que causan la bulimia y la anorexia nerviosa.

En algunos casos se llega hasta la muerte, en otros es posible darle a las pacientes una rehabilitación con éxito, pero se necesita de tiempo y de verdaderas ganas por parte de la paciente y la familia para salir adelante, ya sea de la bulimia, la anorexia o algún otro trastorno del no comer. Por este motivo, queremos realizar un video reportaje que pueda dar una idea más amplia a las jóvenes en general, de cómo tratar y detectar los síntomas de la bulimia y la anorexia nerviosa que ha aumentado gracias a los medios de comunicación mediante un bombardeo de publicidad y propaganda de dietas y figuras esbeltas que envían el claro mensaje de que solamente siendo esbeltas se podrá ser feliz y alcanzar el éxito en la vida.

Aunque, debemos señalar que existen programas televisivos que abordan este tipo de temáticas, tal es el caso del canal 11 con su programa "Diálogos en confianza", el canal 40 con una serie de médicos especialistas que abordan diversos temas sobre enfermedades. También ha llegado la temática de la bulimia y la anorexia en programas de talk show como en "Cosas de la vida" de azteca 13 y que decir de canal 2 en "Mujer casos de la vida real" y reportajes especiales como el de televisa deportes que habla de la anorexia y la bulimia en el mundo deportivo y el de "Círculo Rojo" que dedicó una investigación especial del tema. Como se puede apreciar es un problema creciente y de gran actualidad que debe ser abordado de una manera más seria para que en un futuro pueda servir este video reportaje como una herramienta de prevención para las jóvenes que son más propensas a sufrir de un trastorno de la alimentación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUÍAS DE ENTREVISTA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA A UN MÉDICO

Dra. Magdalena Juárez, Especialista en psicología individual y de grupos
Directora del área de psiquiatría de la clínica DISANA
Institución especializada en los trastornos del comer

1. ¿Qué es un trastorno del comer?
2. ¿Cuáles son los signos de inicio de un trastorno de la alimentación?
3. ¿Cómo nace un trastorno de la alimentación?
4. ¿Comienzan los trastornos de la alimentación con una dieta?
5. ¿Qué es la bulimia?
6. ¿Qué es la anorexia?
7. ¿Por qué estas personas tienen una distorsión de la imagen corporal?
8. Algunos grupos o tipos de personas, ¿tienen más probabilidades de desarrollar bulimia y anorexia?
9. ¿Por qué hay más mujeres que padecen de bulimia y/o anorexia a diferencia de los hombres?
10. ¿Por qué una persona tiene una mayor predisposición a desarrollar problemas de peso que otras?
11. ¿De qué manera influyen los factores sociales para que una joven decida adelgazar?
12. ¿Qué tipo de rasgos o problemas de personalidad tienden a presentar las personas bulímicas y anoréxicas?
13. ¿Qué papel juegan la depresión y el estrés en los trastornos alimenticios como lo son la bulimia y la anorexia?
14. ¿Por qué las personas bulímicas se purgan?
15. ¿Cuáles son los factores familiares que aumentan el riesgo de fomentar la bulimia y la anorexia?
16. ¿Cuáles son las consecuencias físicas de la bulimia y la anorexia?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17. ¿En que se basan para hospitalizar a una paciente con bulimia y/o anorexia?
18. ¿Qué tratamiento se le debe dar a una persona que sufra de bulimia y/o anorexia?
19. ¿Qué tan efectivo es el tratamiento en las pacientes?
20. ¿Cuánto tiempo le llevará superar este problema?
21. ¿Debe participar la familia en el tratamiento?
22. ¿En que consiste cada una de las terapias que reciben las pacientes?
23. ¿Existe la probabilidad de que el paciente que sufrió de bulimia y/o anorexia reincida en su conducta después del tratamiento?
24. ¿Aproximadamente cuántos pacientes de este tipo atienden al año?
25. ¿Por qué cree que vayan en aumento los casos de bulimia y/o anorexia en el D. F.?
26. ¿Cree que los medios de comunicación influyan para que estas enfermedades se desarrollen?
27. ¿Cuál es la mortandad que existe en el D. F. a causa de estas enfermedades?
28. ¿Cómo se pueden prevenir los trastornos de la alimentación?

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA A UN PSICOTERAPEUTA

Dra. Maruza Castillo, Especialista en terapia Psicoanalista de grupos
Coordinadora del área de psicoterapia de la clínica DISANA
Institución especializada en los trastornos del comer

Dr. Alfredo Zúñiga, Especialista en trastornos alimenticios
Director del área de psicología de Eating Disorders México

1. ¿Cómo nace la clínica DISANA?
2. ¿Cómo nace la fundación o institución de Eathing Disorders?
3. ¿Qué es un trastorno del comer?
4. ¿Un trastorno del comer como la bulimia y/o la anorexia son producto de la mente?
5. ¿Cuáles cree Ud. que sean las causas por las cuales las personas se vuelven bulímicas y/o anoréxicas?
6. ¿Qué tipos de características y/o rasgos muestran las personas que sufren de bulimia y/o anorexia?
7. ¿Qué tipo de cambios emotivos se producirán a medida que progrese el trastorno de la alimentación?
8. ¿En personas de qué edad es más común que se presenten las enfermedades de la bulimia y/o anorexia?
9. ¿En qué nivel de clase social se dan este tipo de enfermedades?
10. ¿Por qué las personas que sufren de bulimia y/o anorexia no aceptan su aspecto físico?
11. ¿Cuál es la conducta que presenta una persona con bulimia y/o anorexia?
12. ¿En qué momento entra la psicoterapia?
13. ¿De que manera influye la sociedad en fomentar estos trastornos de la alimentación entre las jóvenes?
14. ¿Cuál es la diferencia entre los hospitales y las instituciones privadas en cuanto a los servicios ofrecidos?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15. ¿Cuál es el tratamiento que recibe una persona con bulimia y/o anorexia?
16. ¿Por qué es importante la terapia de grupo?
17. ¿Es lo mismo la terapia de grupo que la terapia de apoyo?
18. ¿Es recomendable hacer terapia junto con la familia?
19. ¿En caso de utilizar medicamentos qué tipo de fármacos funcionarían?
20. ¿Cómo funcionan los antidepresivos? y ¿tienen efectos colaterales?
21. ¿Cuánto tiempo necesita una paciente para rehabilitarse por completo?
22. ¿Qué probabilidad existe de que la paciente reincida en este tipo de conductas, como lo son la bulimia y la anorexia?
23. ¿Qué es mejor, tener un terapeuta hombre o mujer?
24. ¿Existe un programa por parte de la Secretaría de Salud para tratar este tipo de trastornos alimenticios?
25. ¿Cómo afecta la sociedad en la propagación de estas enfermedades?
26. Si todos crecemos en la misma sociedad cultural, ¿por qué hay más mujeres que hombres que padecen de bulimia?
27. ¿Cree que en México ha iniciado un culto por la delgadez por parte de las jóvenes?
28. ¿Cree que han ido en aumento el número de casos de bulimia y anorexia en el D.F.?
29. ¿Cree que los medios de comunicación influyen para fomentar estos trastornos alimenticios?
30. ¿Cree que las modas influyen en desarrollar un trastorno de la alimentación como la bulimia y la anorexia?
31. ¿Cómo se pueden prevenir los trastornos de la alimentación como lo son la bulimia y la anorexia?

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENTREVISTA A UN NUTRIÓLOGO

Nutrióloga Karla Arellano. Especialista en diagnósticos alimenticios
 Eating Disorders

Nutrióloga Ivonne Andrade, Especialista en nutrición
 Clínica DISANA

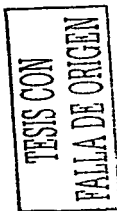
Nutrióloga Mónica Murguía, Especialista en nutrición
 Clínica DISANA

Dra. María Teresa Espinosa, Especialista en nutrición
 Encargada del departamento de nutriología del Instituto de Nutrición Salvador
 Zubirán

1. ¿Cómo definiría un trastorno del comer?
2. ¿Son genéticos los trastornos de la alimentación?
3. ¿Comienzan todos los trastornos de la alimentación con una dieta?
4. ¿Qué tan realista es esperar que todas las personas sean delgadas?
5. ¿De qué manera hacer dieta crea interferencias en la emisión de señales de hambre y saciedad?
6. ¿Cómo afecta psicológicamente la dieta a una persona?
7. ¿Cree que la bulimia y la anorexia avanzada se consideran como problemas de desnutrición?
8. ¿Cuál es la diferencia entre una persona que padece de bulimia y otra que padece de anorexia?
9. ¿Cómo se escoge un especialista en nutrición?
10. ¿Hasta qué grado de desnutrición conlleva la bulimia y la anorexia?
11. ¿Por qué hay tantas mujeres dispuestas a tomar medidas tan drásticas por amor a la belleza?
12. Las personas con bulimia y/o anorexia ¿qué tanto aprovechan los nutrientes que logran comer en ocasiones?

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

13. ¿Qué alimentos son los que más evitan?
14. Una persona bulímica ¿por qué se excede en la comida si quiere estar delgada?
15. ¿Por qué se purga y cómo lo hace?
16. ¿Por qué la bulímica usa laxantes o diuréticos para controlar su peso?
17. ¿Hasta qué grado soporta el castigo de no comer o vomitar la comida el metabolismo humano?
18. ¿Es erróneo que la bulímica quiera adelgazar o lo hace para no engordar?
19. ¿Qué alimentos son los que se recomiendan en la dieta durante el tratamiento para superar el problema?
20. ¿Cómo se diagnostica si una persona tiene bulimia o anorexia?
21. ¿Es recomendable internar a una persona con bulimia o anorexia?
22. ¿Aproximadamente en cuánto tiempo se rehabilita una persona con bulimia o anorexia?
23. ¿Cuáles son los factores familiares que aumentan el riesgo de la bulimia y la anorexia?
24. ¿Se debe hablar con ella acerca de su manera de comer?
25. ¿Cómo se deben manejar las comidas en casa de éstas pacientes?
26. ¿Existe la probabilidad de que el paciente que sufrió de bulimia y/o anorexia reincida en su conducta después del tratamiento?
27. ¿Qué es una dieta balanceada?
28. ¿Cuántas calorías debe consumir una persona diariamente?
29. ¿Qué consecuencias trae el consumir más o menos calorías, proteínas y/o grasas en una persona?
30. Aún cuando nuestra sociedad enfatiza la esbeltez, ¿no se enfoca también en la comida?
31. Si todos crecemos en la misma sociedad cultural, ¿por qué hay más mujeres que hombres que padecen de bulimia?



32. ¿Qué tipos de alimentos son los que pueden consumir las personas bulímicas o anoréxicas si tienen que verse en la necesidad de comer fuera de casa?
33. ¿Influyen los medios de comunicación en propiciar estas enfermedades alimenticias?
34. ¿Es recomendable consumir productos light?
35. ¿Existe un programa de nutrición específico a seguir por parte del sector salud?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ENTREVISTA A UNA PERSONA BULÍMICA O ANORÉXICA

Yazmín González Soriano. Egresada de la licenciatura en comunicación y periodismo

Sofía. paciente bulimica de Comedores Anónimos.

Brenda. paciente bulimica de Comedores Anónimos.

Citlalli. paciente anoréxica de Comedores Anónimos.

1. ¿Sabes qué es un trastorno del comer?
2. ¿Qué es una adicción?
3. ¿Cómo iniciaste en la bulimia o anorexia?
4. ¿Qué diferencia existe entre la bulimia y la anorexia?
5. ¿Desde hace cuánto tiempo padeces de este trastorno alimenticio?
6. ¿Qué te motivo para empezar a preocuparte por tu aspecto físico?
7. ¿Cómo es el ambiente familiar en tu hogar?
8. ¿Sabe tu familia acerca de tu trastorno alimenticio?
9. ¿Qué han hecho para ayudarte?
10. ¿Qué sensación te produce el ver comida?
11. ¿Por qué vomitas lo que comes?
12. ¿Qué sensación te produce el vomitar constantemente?
13. ¿Usas pastillas, laxantes o diuréticos para purgarte?
14. ¿Haces esto para llamar la atención?
15. ¿Desde que edad comenzaste a desarrollar esta enfermedad?
16. ¿Qué cambios notaste en ti a partir de esta enfermedad?
17. ¿Tienen consecuencias físicas estas enfermedades?

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

18. ¿Le comentaste a alguien acerca de tu problema?
19. ¿Qué peso y talla tenías antes de iniciar en la bulimia o anorexia?
20. ¿Cuándo te diste cuenta de que necesitabas ayuda?
21. ¿Conoces clínicas especializadas en el tratamiento de la bulimia y la anorexia en el D. F.?
22. ¿A qué lugar recurriste para iniciar un tratamiento?
23. ¿Influyeron en ti los anuncios para bajar de peso, dietas, etc.?
24. ¿Te obsesionaba la moda y la idea de adelgazar tallas?
25. ¿Después de todo lo que has pasado, que recomendación le darías a otras jóvenes que están pasando por la misma situación?

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

Comer es uno de los placeres más grandes de la vida para la gran mayoría de los seres humanos, debido a que no se come sólo por comer, se le confiere valor a los alimentos, además de ser una necesidad biológica de todo ser humano. No sólo de valor nutricional, sino también valores morales, afectivos, de celebración, para rituales y en casos excepcionales prohibidos.

Aunque el comer sea parte de la vida diaria, es también un acto personal y social en nuestros tiempos, que involucra muchos aspectos ligados al ser como: el gusto, las creencias, los deseos, las frustraciones, el estado de ánimo, por mencionar sólo algunos, que se mezclan y se conjugan al rededor de un platillo o un guisado.

Sin embargo, es posible llegar a perder la relación correcta y adecuada con los alimentos y esto es lo que se conoce como trastornos de la alimentación, de los cuales se conocen cuatro enfermedades que son: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa, los comedores compulsivos (que conlleva a la obesidad) y los trastornos del comer no especificados. Estos cuatro trastornos están catalogados como enfermedades psiquiátricas con complicaciones físicas, es decir, que afectan el estado normal del cuerpo y ponen en riesgo la salud física y mental de la persona.

Como se podrá ver, este tipo de trastornos alimenticios, por lo general, provienen de problemas psicológicos internos arraigados en la persona desde la infancia y posiblemente acentuados por las circunstancias socioculturales, que hoy en día están marcadas por una ética y una estética determinadas que priorizan la imagen externa por encima de cualquier otro valor.

Actualmente se ha construido una cultura de consumo muy fuerte alrededor de la comida. Para la industria de los alimentos, la mejor manera de vender es a través de la publicidad. Así, día tras día cientos de imágenes y anuncios publicitarios en los medios de comunicación nos invitan a comprar éste, ese o aquel producto alimenticio, que juega con los sentimientos internos de todo humano, y que promete infinidad de cosas, como ser el más bello, más famoso, más aceptado, más rico, más delgado, etc., pero que atenta contra la salud de las mujeres por exigir un peso que la mayoría de ellas no puede, ni debe alcanzar, y que ponen en riesgo su salud tanto física, como mental, por la obsesión de bajar de peso y reducir tallas.

En un 90% las afectadas por estos trastornos son mujeres, contra un 10% (creciente) en hombres. En gran parte debido al modelo ideal de figura y peso femeninas. Todos estos aspectos tejen una compleja red de hábitos, costumbres y valores que persisten, se modifican o alteran con muchas creencias culturales que nacen en cada época.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es por este motivo, que se dice que es compleja la relación que una persona, establece con sus alimentos, simplemente porque no se limita a una relación de hambre-saciedad, teniendo en muchas ocasiones sentimientos encontrados como lo son la culpa y remordimiento por comer de "más", o una preocupación intensa por evitar ciertos alimentos que se pueden considerar "prohibidos", sobre todo, esto es más notorio en el caso de las mujeres, se habla quizá de 10 mujeres por cada hombre que padecen algún trastorno de la alimentación, como la anorexia o la bulimia.

A menudo, la familia y la sociedad pueden fomentar o potenciar el surgimiento de estas enfermedades; la familia porque impone una serie de reglas y comportamientos que deben seguir todos los miembros de dicho hogar, y la sociedad, porque impone ciertos patrones en la moda, y el diseñar ropa que la puede lucir una mujer delgada. Aunque, por otro lado, están los medios masivos de comunicación que también es otro factor que influye para que se fomente la cultura a la delgadez extrema.

Es por ello, que nuestro objetivo es "hacer prevención" con este material, y para nosotros significa, más que advertir, alertar o notificar acerca del riesgo de entrar en el territorio trastornado, abrir un espacio de reflexión y toma de conciencia sobre el tema, que permita modificar las condiciones que facilitan la existencia del problema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA PARTE:

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I

LOS TRASTORNOS DEL COMER

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I

LOS TRASTORNOS DEL COMER

1. 1. Antecedentes de la bulimia y la anorexia

La palabra anorexia era utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndola sinónimo de falta de apetito de acuerdo con el significado del vocablo griego *anorektous*.¹

La palabra bulimia viene de la palabra *limos* del griego antiguo que significa "hambre" y al añadirle el prefijo *bou*, que significa gran cantidad, o *bouli*, que significa "buey", el término restante puede traducirse como hambre de buey.²

Los trastornos del comer consisten en devastadoras enfermedades conductuales producidas por una acción recíproca compleja de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible predisposición genética o biológica y una cultura en la que existe una sobreabundancia de comida y una obsesión con el estar delgado. Los trastornos del comer se categorizan en general como bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y por el comedor compulsivo además, de trastornos del comer no especificados ni categorizados de otra manera. Estos trastornos no son nuevos. La anorexia nerviosa se diagnosticó por primera vez como un problema médico en 1873, pero descripciones de auto inanición se han encontrado aún en escritos medievales³.

De 1854 data el caso de Elizabeth de Austria mejor conocida como Sisi la emperatriz de las anoréxicas. Al parecer, su pensamiento siempre fue el de ser una mujer "diferente" y para ello eligió el camino del culto al cuerpo, adhiriéndose a un prototipo de delgadez que en principio nada tenía que ver con los patrones estéticos femeninos de la época. Era notablemente alta (1,75 metros), pero nunca pesó más de 45 kilos. En su palacio de Viena y junto a su dormitorio disponía de una sala de gimnasia, en la que se entregaba diariamente a su obligada ración de ejercicio físico. Practicaba distintos deportes con desmesura, y su restricción alimentaria fue permanente.

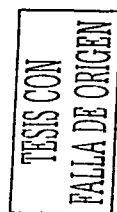
En Francia fue Pinel, un pionero de la psiquiatría europea, quien, en 1798, publicó su *Nosographie philosophique*. En el capítulo dedicado a las neurosis de digestión, incluyó la bulimia, la pica⁴ y la anorexia. En su opinión, la anorexia era una "neurosis gástrica" que sobrevenía con extraordinaria frecuencia.

¹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders p.7. 1994.

² *Idem*

³ American Psychiatric Association, 1987.

⁴ La pica es una especie de hambre que no es natural, se dice en griego *malakia* y en latín *pica*, llamada así según algunos dicen por la ave que en castellano decimos "urraca". En este género



En 1840 se publicó el *Traité théorique et pratique des maladies des femmes* de Imbert. Incluyó tres trastornos alimentarios, la anorexia, bulimia y pica, bajo el epígrafe de neurosis de estómago. Describió dos tipos de anorexia: La "anorexia gástrica" y la "anorexia nerviosa". La primera era un trastorno del estómago, mientras la segunda implicaba una alteración de las funciones cerebrales. Los pacientes con "anorexia nerviosa" presentaban pérdida de apetito y una gran variedad de síntomas neuróticos, tornándose melancólicos, coléricos y asustadizos.

En esa época, asociar un síntoma, en este caso la inapetencia, con una disfunción cerebral constituía una novedad difícilmente asimilable por la medicina del momento, por lo que la aportación de Imbert cayó rápidamente en el olvido.⁵

Ernest Charles Lasague, publica su artículo *De l'anorexie hystérique*, en el que señaló que el término "anorexia" se refiere a la histeria del centro gástrico asociada a trastornos digestivos generales y peculiaridades del apetito.⁶ En su opinión las familias de sus pacientes le llevó a señalar que las anoréxicas procedían de familias con voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en ellas. Lasague fue el primer médico del siglo XIX en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la muchacha y sus padres. Además de pensar que la anorexia histerica se inicia entre los 15 y 20 años a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición a la edad adulta.

En el año de 1873, William Withey Gull señalaba que el trastorno también podía afectar a varones. Asimismo, rechazó el término histerica, sustituyéndolo por "nerviosa" al negar la implicación del útero en la anorexia y defender la del sistema nervioso. Además, señalaba que la supuesta falta de apetito de la anoréxica se debería a un estado mental mórbido.⁷

La evolución de la enfermedad se produciría a lo largo de tres etapas. En la primera, la paciente manifiesta su malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de sus padres en orden a incrementar su alimentación. La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. En la tercera fase del deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos.

de hambre no solo se apeetece mucha comida, pero apeetece mala y contraria, suele afligir a las preñadas esta afeccion y hay algunas que si no cumplen luego su antojo lanzan de si la criatura. Idem

⁵ Toro, Josep "El cuerpo como delito Anorexia, bulimia, cultura y sociedad", p. 30.

⁶ Idem

⁷ Ibidem p 37

Jean Martin Charcot fue el primero en señalar el miedo a la obesidad como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno. Además de relacionar factores socioculturales de carácter esencialmente religioso que funcionarían como agentes precipitantes de ayuno y, en su caso, como agentes mantenedores de la anorexia.

Durante los siglos XV a XVIII la mujer gruesa e incluso gorda, continuó siendo modelica, era considerada erótica y elegante. La mujer hermosa era una matrona rolliza dotada de senos llenos y de caderas voluminosas, por lo que, bajo las faldas, solían disponerse unas contundentes almohadillas.⁸

En el comienzo del siglo XVIII, el empuje de la moda propició la aparición del miriñaque, su uso ya no consistía en disimular embarazos, guardar virtudes, proteger niños o soportar el peso de las faldas. Su uso pretendía explícitamente modificar la figura de quien lo llevara. Durante más de cuarenta años caracterizó la figura femenina. Consta de cinco a ocho hileras de cercos que se iban a la parte superior del cuerpo, estando unidos entre sí por una tela encerada. El miriñaque no quedó limitado a las damas de la aristocracia, su uso se extendió rápidamente por todas las clases sociales. La moda en general superó la resistencia de los moralistas coetáneos, y las mujeres continuaron exhibiendo su busto, y por tanto preocupándose por él.

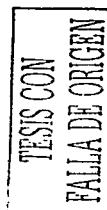
A principios de siglo XIX, la delgadez no era considerada atractiva, pero el aspecto rozagante de la mujer rolliza empezó a adquirir fama de poco saludable a medida que había más comida y casi todos podían alimentarse bien. Las clases altas, llevadas por el deseo de establecer una diferencia con las rollizas clases campesinas, comenzaron a imitar modelos más esbeltos y refinados. Ser rolliza era *déclassé* (De alta sociedad). Muy pronto, la delgadez no solo llegó a ser deseable estéticamente y el símbolo de una buena crianza, sino que también se consideró "moralmente superior"⁹ a la gordura. La esbeltez iba asociada a la autodisciplina, a la abnegación y el auto control, mientras que la gordura era sinónimo de glotonería, codicia y haraganería.

Durante siglos, las mujeres fueron valoradas en función de su belleza física, por ejemplo, en la Época Victoriana las mujeres sufrían una tortura corporal similar al forzar sus cuerpos a entrar en corsés tan pequeños que, con frecuencia se desmayaban. De hecho, se contaba con sillas especiales para esos desmayos por la frecuencia con que ocurrían. Además, muchas mujeres sufrieron fractura de costillas al ser presionadas en esos corsés cuyo propósito era hacerlas lucir bellas¹⁰. Hasta el siglo XIX, tener mejillas regordetas, unos saludables pechos y caderas grandes eran signos de los atractivos físicos de las mujeres de las clases pudientes. Era evidente que una mujer con estas cualidades estaba bien alimentada y no necesitaba hacer trabajo físico.

⁸ Ibidem, p 71

⁹ Dr. W. Barnhill John y Taylor, Nadine "Trastornos de la alimentación" p 51

¹⁰ T. Sherman, Roberta y A. Thompson, Ron "Bulimia: Una guía para familiares y amigos" p 33



En la Época Victoriana las motivaciones implicadas en el control del apetito exigían supervisar y limitar no sólo la cantidad de alimento ingerido, sino también su calidad. Las muchachas victorianas veían prohibido todo género de alimentos "inflamatorios", es decir, aquellos que se suponía podían excitar sus más o menos bajas pasiones. Las reservas concernían a café, té y chocolate, carnes en salazón y especias; pan y tortas calientes; confitería; nueces, uvas y alcohol. Todos estos productos estimulaban la naturaleza sensual, más que la moral, de la muchacha.

El ideal de la feminidad victoriana era la mujer que situaba el alma por encima del cuerpo. La mujer de buena crianza respondía no a los bajos sentidos del gusto y el olfato, sino a los más elevados (vista y oído), los utilizados con propósitos morales y estéticos. Una de las demostraciones más convincentes de una orientación espiritual era un cuerpo delgado; esto es, un físico que simbolizara el rechazo de todo apetito carnal. Estar hambrienta, en cualquier sentido, era dar un paso social en falso. Negarlo se convertía en una forma de certeza moral, y rechazar alimentos atractivos en un medio de avanzar por la jerarquía moral.

A finales del siglo XIX, el cuerpo rollizo de la era victoriana dio paso a una figura más atlética (si bien todavía tenía curvas). En Estados Unidos quedaba idealizada en los dibujos de la chica Gibson. Esta muchacha era un invento del ilustrador Charles Dana Gibson, que basó su creación en las jovencitas acomodadas de clase alta con las que jugaba al tenis, es decir, que realizó una versión idealizada de ellas. La chica Gibson, alta, delgada, un poco ancha de hombros y con una cintura pequeña, parecía alguien imposible de existir. Era lógico, porque en realidad no existía alguien así. Pero se hizo tan popular que la publicidad utilizaba su imagen para vender de todo, desde corsés hasta cremas faciales. Pronto, cualquier cosa que estuviera respaldada por la chica Gibson se vendía como pan caliente.

Las mujeres comenzaron a sentirse subyugadas por su apariencia, y por primera vez, comenzaron a sentirse, de alguna manera, conscientes de su propio aspecto. No parecerse a la chica Gibson era índice de que había en ellas algo que no funcionaba. Aparentemente, las mujeres daban la impresión de no darse cuenta del hecho de que, *ninguna*, se parecía a la chica Gibson, cuya figura trataban de imitar.

Alrededor de esa época, las mujeres adoptaron una nueva manía: La buena condición física. El ciclismo, el remo, el tenis y los ejercicios calisténicos adquirieron gran popularidad; pues se suponía que eran la panacea que curaba todo tipo de afección: sea la corpulencia, la histeria o los trastornos nerviosos.

De este modo, los corsés se volvieron más holgados, las mujeres comenzaron a usar faldas más cortas que mostraban los tobillos y, a veces, para andar en bicicleta, hasta llegaron a usar pantalones bombachos. El cuerpo, después de pasar siglos asfixiado, cubierto, envuelto o bien camuflado por los vestidos, empezaba a emerger de esa opresión restrictiva. Las mujeres tomaron mayor

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

conciencia de su cuerpo, ya que la moda lo mostraba como jamás lo había hecho antes.

Los defectos que en el pasado hubieran quedado perfectamente ocultos estaban, de pronto ahí, a la vista de todos. Para empeorar las cosas, las compañías de seguros comenzaron a fabricar tablas de pesos ideales para hombres y mujeres. Se puso de moda el concepto de "la forma perfecta"¹¹ y la idea de que era posible conseguirla si se cuidaban con la comida y hacían mucho ejercicio.

En los albores del siglo XX, Guilles de la Touette apunta una diferenciación suficiente entre anorexia mental primaria y secundaria. Aquella tendría una etiología psíquica y no implicaría anorexia propiamente dicha, es decir, falta de apetito. Los pacientes se negarían sistemáticamente a ingerir alimentos y verían alterada su imagen corporal

El psiquiatra francés Pierre Janet describió dos formas de enfermedad anoréxica a las cuales llamó obsesiva e histérica. Las cuales, tenían un origen emocional. Sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo, estaban obsesionadas por la idea de su volumen corporal y contaban con una "multitud de pequeños delirios relacionados con los alimentos y el comer". Janet interpretó todas estas manifestaciones en relación con la sexualidad. El pudor, definiría los sentimientos de las muchachas y su negativa a crecer, a ser mujeres, implicaría su rechazo al desarrollo sexual.

Así, al iniciarse el siglo XX, la moda y la sociedad tomaron partido por el cuerpo alargado y delgado. Al preocupar la esbeltez, por lo que el nuevo corsé (sin vientre) hubo de llenar la misión de oprimir el cuerpo y las caderas como mejor pudiese ya que podía ejercer presiones de hasta 36 kilos mediante la compresión de la cintura y sus zonas aledañas como el estómago, bazo, hígado y pulmones que resultaban alejados de sus ubicaciones normales. Esta prenda contribuyó esencialmente al logro de la línea recta, que había de retocar todas las redondeces, todas las exuberancias, las blanduras, hasta no dejar más que un palo vertical desde los hombros hasta la orla de la falda.

En los alrededores de 1900, Lord Byron era el prototipo de hombre de la sociedad anglosajona. El mismo se definía como un "asceta comedor de legumbres". Le horrorizaba la gordura que en su opinión, simbolizaba letargia, torpeza y estupidez. Byron fue un modelo de delgadez exquisita adoptado por gran cantidad de mujeres jóvenes. De esta manera las jóvenes empezaron a consumir vinagre para adelgazar y arroz para estar más pálidas, esta práctica pronto se popularizó en Europa y Estados Unidos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹¹ Ibidem, p 51

En 1908, se puso de moda el estilo imperio. Pero sólo se veía bien si se lo ponía una mujer esbelta, con senos pequeños, por eso pronto las mujeres comenzaron a angustiarse porque tenían demasiadas curvas.

Hasta la llegada del mundo moderno apenas se encuentran culturas o sociedades en que sus miembros pretendan incrementar su atractivo socio-sexual mediante la reducción o disminución de las dimensiones globales de su cuerpo. Por otro lado, empiezan a cobrar auténtica importancia social los medios de comunicación, prensa y revistas ilustradas preferentemente. Las relaciones sociales ocupan magnánimamente los ocios de la cada vez más numerosa clase acomodada.

En los años veinte, acortar las faldas hasta la media pierna no hizo más que aumentar su angustia, ya que las piernas también estaban a la vista. No había manera de esconder cualquier exceso. Las mujeres se desesperaban por lograr la nueva silueta "flapper", esbelta, pequeña y con un pecho casi plano y, para conseguirla, estaban dispuestas a emprender una guerra contra sus cuerpos. Debido a que la moda promovía a mujeres lisas y masculinizadas, vestidas y peinadas a la *garçonne*. Este tipo de moda no revelaba curvas, y el cuerpo femenino ideal se aproximaba a él de un muchacho.

En esta época, se habían dejado de lado los corsés, así que los métodos para tener "el control de la silueta" por medio de la vestimenta no servían. Por primera vez en la historia, se pusieron de moda las dietas con ayunos prolongados, la gimnasia, el vómito, las extrañas combinaciones de alimentos y los laxantes.

En los años veinte, los publicistas se aprovecharon de la inseguridad de las mujeres respecto de sus figuras rollizas, mostrando imágenes de hermosas y esbeltas mujeres, para hacer publicidad de los medios para perder peso: sales de baño, cepillos estimulantes, laxantes, cinturones reductores, dietas por correspondencia y otros trucos. Para alcanzar su objetivo, hubo quienes utilizaron la culpa o la humillación. Toda esta publicidad llevaba implícita o abiertamente una promesa: La vida de las mujeres mejoraba si eran más delgadas. En una publicidad de los años veinte se podía leer esto: "El sobrepeso, hoy en día, es culpa de la propia mujer".¹²

Después de la Segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario. También se pronostica un incremento de la anorexia debido a la interacción entre la notable emotividad de los jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez. Además de iniciarse una auténtica cruzada a favor de la perfección del cuerpo, que debía conseguirse mediante la gimnasia, la calistenia y el deporte de competición

En los años cuarenta, los modistos pusieron de moda las faldas rectas con grandes hombreras, para acentuar una cintura pequeña. Para poder mostrar sus

¹² Idem

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

coleccionos correctamente, se dieron cuenta de que necesitaban modelos muy delgadas. Si tenían demasiadas curvas, la ropa ya no tenía buena caída. Así es que decidieron reclutar modelos con una delgadez antinatural. De esta forma la manía de las dietas comenzó a imponerse en todas partes. El mensaje estaba claro: si quieres estar a la moda, más vale que adelgaces.

En 1948, Selvini Palazzoli atribuyó el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de la sociedad opulenta, orientada hacia el consumo y a la familia, que es el principal agente influyente de aquellos valores y prácticas sociales. Aunque, reconoce que este fenómeno sólo es posible en las sociedades opulentas, donde el alimento es abundante, fácilmente adquirible y sistemáticamente ofertado.

En los años cincuenta, la moda optó rápidamente por un cuerpo más lozano, de formas redondeadas y algo más rollizas, cuerpo sintetizado en la figura de Marilyn Monroe. Pero, si bien ese cuerpo era voluptuoso de pies a cabeza, las piernas delgadas y la cintura pequeña seguían siendo de *rigueur*¹³. Fue en esa época cuando apareció la muñeca Barbie, un novedoso modelo que las niñas tenían la esperanza de imitar cuando fuesen mayores. Barbie era una muñeca de larguísima e irreales piernas, grandes pechos y una cintura minúscula, cuyas medidas serían 86-43-79 si tuviese la talla real de una mujer. Pero las niñas no lo sabían, simplemente asumieron que Barbie era igual que las mujeres mayores y que, un día, ellas también serían como ella, ya que la imagen de delgadez era la ideal en sus pequeñas mentes impresionables.¹⁴

En 1966, las mujeres tenían nuevas razones para sentirse inaceptables: la nueva estrella de la moda mundial era una adolescente llamada Twiggy, tenía 17 años, media 1.77 metros, pesaba 43 kilos y tenía unas medidas de 74-52-77, las páginas interiores y las portadas de publicaciones como Vogue trasladaron estas escuálidas dimensiones a los ojos de todo el mundo occidental con la ayuda y eficacia de los medios de comunicación y de las campañas publicitarias que ayudaron a modificar criterios y valores estéticos. La ofensiva de las mujeres para adelgazar continuó aumentando su ímpetu en los sesenta y en los setenta. En la misma época, reapareció, de la mano de Jane Fonda, la manía del buen estado físico. Ya no era suficiente con tomar algo de aire fresco y hacer gimnasia con regularidad. Ahora, las mujeres estaban obligadas, por medio de hacer ejercicio diario, a conseguir un cuerpo firme, delgado y disciplinado.

Históricamente, el trastorno bulímico ha merecido mucha menor atención que el anoréxico, aunque con frecuencia se superponga a éste o forme parte del mismo y es en la década de los 70 cuando se ve ampliar la preocupación por el fenómeno bulímico, pero la atención de los interesados, se limita a la bulimia de anoréxicos y

¹³ La palabra *rigueur* proviene del idioma francés y se emplea para abordar la desdicha de las mujeres en cuestiones de moda.

¹⁴ Maison, Heien "The Thin Woman" p 94

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

obesos. Sólo al final de la década empieza a valorarse como entidad nosológica "autónoma" la presencia de bulimia en personas de peso normal.

En 1979, Russell describe la bulimia nerviosa propiamente dicha. En sus criterios diagnósticos, junto a los atracones y las conductas compensatorias de los mismos, hace hincapié explícito en el miedo a engordar como condición de la enfermedad. En 1987,¹⁵ el DSM-III (que es un texto que clasifica las enfermedades psiquiátricas), establece la concepción actual de la bulimia nerviosa, un trastorno que ha recibido muy distintas denominaciones: Síndrome del caos dietético, síndrome del control anormal/normal de peso, síndrome de atracones, síndrome del gordo-delgado, de los cuales sólo se ha mantenido el de bulimiaréxia.

Los antecedentes más cercanos de dichas enfermedades datan de los años 60as en Estados Unidos y Europa. Esta tendencia se incrementó aún más dramáticamente en los 80 con la popularidad que tienen las dietas. Es hasta los años ochenta cuando se comienza a tomar conciencia del creciente problema de los trastornos de la alimentación entre las jóvenes y las mujeres. En Estados Unidos el detonante fue el fallecimiento de Karen Carpenter. Personajes célebres como Jane Fonda, Sally Field, Lynn Redgrave, Naomi Campbell, Geri Halliwell, Victoria Beckham (las dos últimas del grupo Spice girls) y hasta la princesa Diana de Gales, salieron a la luz con historias de sus propias luchas con la anorexia o la bulimia.¹⁶ México no ha sido la excepción y se encuentran casos como los de Sabine Moussier, Anahí, Vanesa Guzmán, Lynda e Irán Castillo, entre otras. De ahí, que el fenómeno de estas enfermedades inicia en países industrializados, aunque hoy en día, también los países tercermundistas sufren de los trastornos alimentarios como la bulimia y la anorexia y es el mercado global, que por medio de transnacionales se encargan de implantar modas que ni siquiera a las mismas modelos les quedan los atuendos (por no decir que les queda nadando).¹⁷ Cabe señalar que este tipo de trastornos alimenticios no afecta por igual a las diferentes clases sociales, es más bien una enfermedad de la clase media alta.

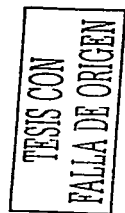
Anteriormente lo bello y triunfador era una mujer llenita, incluso tendiente a la gordura, con caderas y cintura amplia, como ejemplo tenemos los cuadros de pintores famosos que dibujaban a los mismos ángeles un tanto obesos, incluyendo por supuesto a las bellezas de esos tiempos y cuando una mujer o cualquier persona tenía estas características eran socialmente aceptadas y vistas como triunfadoras, pero desgraciadamente las tendencias han cambiado y actualmente el ser triunfador y bello es siendo delgado.

Actualmente los países que cuentan con más clínicas y centros de atención para estos trastornos del comer son: Estados Unidos, España, Francia, Italia, Argentina, Brasil y Chile entre otros. Mientras que en México han empezado a crecer este tipo de clínicas en el sector privado, porque actualmente el sector

¹⁵ Toro, Josep. Op Cit p 137

¹⁶ Buckroyd Julia "Anorexia y Bulimia", p.27

¹⁷ Dr Cruz, Abel "Anorexia" p 15



público no cuenta con un programa que contemple este tipo de trastornos alimenticios por parte de la Secretaría de Salud (Ssa)

1. 2. La bulimia y la anorexia como trastornos del comer

Los trastornos de la alimentación son básicamente enfermedades en el ámbito emocional y repercuten en el ámbito psicológico, se caracterizan porque las personas empiezan a desarrollar un deseo muy importante por modificar su peso o su figura corporal y empiezan a incurrir en conductas de la alimentación que pueden causarle daño, ya sea por comer excesivamente o por comer demasiado poco, un trastorno de la alimentación se caracteriza básicamente por una preocupación excesiva por la figura corporal y aquí tenemos básicamente tres enfermedades dentro de los trastornos de la alimentación: la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el comer compulsivamente.

Estás enfermedades empiezan aparecer porque las personas tiene dificultad de manejar sus emociones, como la ansiedad, el estrés, la angustia, la depresión, por mencionar algunas, que se manifiestan a través de cambios en los patrones del comer.

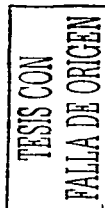
Generalmente, las anoréxicas son personas muy obsesivas, perfeccionistas. Se centran más en la cantidad que la calidad de vida por ejemplo, es casi cuánto tienes, cuánto vales. Están todo el tiempo midiendo y pesando en calorías. Les importa mucho la báscula, si pesarán un kilo o 300 gramos más, ya el día se les arruina totalmente.

Son hombres y mujeres con muy buenas calificaciones que vienen de familias competitivas que las han creado para competir, para poder estar dentro de esta sociedad y entonces tienen como que ideales muy altos.

La persona bulímica viene más bien de hogares en los que hay antecedentes de alcoholismo, drogadicción, obesidad, es decir, se caracteriza por gentes un poco más impulsivas. Son gentes que pueden tener un mal humor así de repente excesivo, son berrinchudas, son impulsivas y después se sienten con un sentimiento de culpa muy importante. Entonces viene lo purgativo, la conducta contraria para tratar de compensar estos exabruptos de carácter que llegan a tener.

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con anorexia nerviosa, debe contar con alguno de los siguientes síntomas:

- a) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel mínimo esperado o por encima de ese nivel de acuerdo a su edad y talla.



- b) Intenso temor a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado
- c) Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- d) Amenorrea en las mujeres, por ejemplo, la falta de por lo menos tres periodos menstruales consecutivos

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con bulimia nerviosa, debe contar con alguno de los siguientes síntomas:

- a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos:
 - 1. Ingesta, en un periodo corto (por ejemplo, unas dos horas), de una cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente como durante un periodo similar y en circunstancias similares.
 - 2. Una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, una sensación de no poder cesar de comer, o de no controlar qué o cuánto uno está comiendo)
- b) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.
- c) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un periodo de tres meses.
- d) La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.
- e) El trastorno no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.¹⁸

1. 3. Detección, causas y consecuencias de la bulimia y la anorexia

El no saber manejar ansiedad, no saber manejar enojos, no saber manejar problemas de depresión o de tristeza pueden llevar a las personas a cambiar sus conductas respecto a la alimentación y al incurrir en estas al ver que no se resuelven mis problemas emocionales estos pueden agravarse y entonces se vuelve una especie de círculo vicioso.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁸ Gafaro, Alejandra. Anorexia y Bulimia. Todo lo que necesita saber sobre los trastornos de la alimentación p 16

Las causas individuales serían cierta predisposición, temperamento que se va gestando dentro de una determinada familia. Las familias de las anoréxicas son personas generalmente con mucho perfeccionismo, muy detallistas que les gusta lograr la perfección al máximo, competitivas, gentes que están pidiendo siempre el diez en conducta, el diez en la escuela que sean las mejores deportistas etc. y las hijas van captando todo esto y después tienden a estar buscando la perfección de su imagen o del trastorno que ellas tengan de su imagen. Y las familias de las bulímicas son personas en que casi siempre hay antecedentes de alcoholismo o de algún tipo de desorden alimenticio. Son más impulsivas este tipo de familias y provocan ciertamente los episodios en comer demasiado y después buscan una purga. También son perfeccionistas pero menos que las familias de las anoréxicas.

Algunas de las consecuencias son: Se les empieza a caer el pelo, los dientes, pierden calcio, se les caen las uñas, les crece lanugo, pierden la regla y los huesos pueden llegar ya en un grado muy avanzado a mostrar osteoporosis que serían pues, enfermedades propias de menopausia o ya de vejez y sin embargo, ellas se dañan a tal grado que puede ser que se causen una osteoporosis a muy temprana edad y que luego aunque, dejen que tengan la curación y que dejen la anorexia pues, ya el cuerpo este dañado en ese sentido.

Las bulímicas presentan conductas más bien impulsivas son de las que pueden tener lo del vómito, pero a parte también, pueden entrarle a las drogas. Son más abiertas que las anoréxicas. Su cuerpo no necesariamente tiene que ser muy delgado, inclusive pueden ser personas que son un poquito gorditas y que ni siquiera el vómito les sirve para compensar, pero lo hacen como una manera en la que ellas creen que se van a ver más delgadas y en realidad lo que están haciendo es trastornar todo su organismo.

1. 4. Síntomas y comportamientos de las personas que padecen éstas enfermedades

Las personas con anorexia son personas que frecuentemente se están midiendo, se están pesando, están contando calorías de todo lo que se comen parece que se preocupan mucho, les da hasta pánico la simple idea de que pueden subir de peso, entonces empiezan a dejar de comer. Primeramente empiezan a eliminar cierto tipo de alimentos que ellas consideran peligrosos y peligrosos entre comillas desde luego y esto empieza a volverse cada vez más importante y empiezan cada vez a alimentarse menos, a obsesionarse más, a preocuparse más por la figura corporal hasta que empiezan a caer en grados de desnutrición importantes.

Son personas que suelen aislarse y esto es porque no quieren que la gente les comente o que les diga o que les recuerde que están comiendo muy poco dejan de ir a lugares donde pueda haber comida por temor a que les vayan a ofrecer

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

algo que ellas no comen, les va a dar pena y empiezan aislarse y desde luego empiezan aparecer síntomas depresivos muy importantes.

Por otro lado, las bulímicas son personas que también están muy preocupadas con toda esta cuestión del peso y de la figura, son personas quizá mucho más abiertas no son tan aislacionistas como las personas que sufren de anorexia, son un poco más sociables sin embargo, sabemos que comen a escondidas, que suelen tener siempre comida en el buró, que comen por la noche, que tienen atracones.

Las bulímicas suelen ser más impulsivas que las anoréxicas, aunque tanto bulímicas como anoréxicas muestran depresión de base, baja autoestima y ansiedad.

Las bulímicas corporalmente son personas generalmente un poquito más llenitas y que por eso están buscando la purga constantemente. Las anoréxicas empiezan a ser delgadas y buscan ser más delgadas y más delgadas. Se les vuelve una obsesión por la delgadez, un miedo pavoroso a engordar. Eso está en las dos, tanto en las bulímicas como en las anoréxicas, pero las conductas son diferentes en una y en otra.

1. 5. Los medios de comunicación, la moda y la sociedad como impulsores de la bulimia y la anorexia

El predominio de la imagen se ha extendido desde los años sesenta al cuerpo humano, sobre todo al cuerpo femenino. La mujer debe tener un aspecto correcto, y ese aspecto es la delgadez. Hay otros elementos deseados en una imagen aceptable, relacionados por ejemplo con los pechos, las nalgas, las piernas, etc., pero con mucho el más importante de esos imperativos es la exigencia de que la mujer esté delgada.

Los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, y aunque están comenzando en las del mundo oriental (Japón, por ejemplo), podemos asegurar que no afectan por igual a mujeres de otras latitudes.

Tampoco afectan por igual a las diferentes clases sociales. Es propio de la clase media y alta. Las personas de clase baja afectadas por este problema, son aquellas jóvenes que por su trabajo se encuentran inmersas en un ambiente de clase media o alta donde se juegan esos valores como fundamentales y se vuelve inevitable cierta mimetización.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. El ideal de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.

Actualmente, las clínicas especializadas en trastornos de la alimentación se han expandido y las revistas empiezan a publicar periódicamente artículos que dan cuenta de las señales de atención de estas enfermedades, así como las medidas que deben adoptar si un ser querido desarrolla un trastorno de la alimentación.

Aunque, está es solamente una parte del problema porque también es indudable que la sociedad y la familia contribuyen a fomentar una preocupación por la esbeltez. Penetrando en las mujeres principalmente por medio de los medios visuales e impresos, a través de un constante bombardeo de mensajes publicitarios que le atribuyen a la figura esbelta la belleza, la felicidad y el éxito en la vida.¹⁵ Estos continuos mensajes nos ayudan a atribuirle a la esbeltez demasiada importancia debido a que es este el atractivo físico en las mujeres y nuestra sociedad alienta a las mujeres a bajar de peso a cualquier costo y la sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal.²⁰ Los resultados demuestran que, la transmisión verbal de informaciones, normas y criterios, apoyada o no en imágenes, constituye un agente esencial de modificación cognitiva y conductual del ser humano es decir, el modelo que mayoritariamente estaba suministrando la televisión es el de una mujer sumamente delgada y joven, por lo tanto, en la opinión popular media el simple hecho de aparecer en una pantalla de televisión supone que la persona en cuestión cuenta con prestigio y por tanto es susceptible de ser imitada. En este sentido, la familia puede contribuir al desarrollo de la bulimia y la anorexia al proporcionar el entorno, valores, actitudes y comportamientos modelados y reforzados dentro de esa unidad social. Existen familias que le conceden demasiada importancia a la dieta, la alimentación, el peso o el atractivo físico

El culto a la delgadez extrema está tan cotidianamente arraigado que a veces genera decisiones entre dramáticas y ridículas, debido a que el nuevo contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. Cabe señalar, que cuando hablamos de un cuerpo ideal o espectacular estamos refiriéndonos no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.²¹ Aunque una cultura pueda determinar los criterios de la valoración, concretamente los concernientes a la estética corporal, pero por supuesto no puede conseguir que todos sus miembros moldeen sus cuerpos de acuerdo con aquellos criterios. Por ejemplo, se ha observado que las mujeres a quienes se proyectan diapositivas de modelos delgadas, promedio y gruesas,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹⁵ T. Sherman, Op Cit p 27

²⁰ Crispo Rosina y Figueroa Eduardo "Anorexia y Bulimia Lo que hay que saber" p 61

²¹ Ibidem p 63

experimentan un descenso en su autoestima y en su satisfacción corporal después de contemplar las modelos delgadas (Irving, 1990).²² También se ha constatado que, situadas ante fotografías de modelos delgadas, modelos de cuerpo promedio y fotos controles, la población femenina tiende a reaccionar con depresión, estrés, culpa, vergüenza, inseguridad e insatisfacción ante el propio cuerpo cuando contemplan las modelos delgadas, pero no cuando miran las otras imágenes.

Hoy en día, la exposición a los medios de comunicación ha registrado un incremento de la identificación con el papel femenino, de acuerdo a la patología alimentaria y por la interiorización del estereotipo del cuerpo ideal, relacionada con el incremento de la insatisfacción suscitada por el propio cuerpo, además de las presiones socioculturales. De hecho, las adolescentes resultan más afectadas ante modelos adultos que ante modelos propios de su edad, debido a la teoría de identidad social. Es evidente que la influencia de las imágenes o reproducciones corporales que aparecen en los medios de comunicación se ejerce, en mayor o menor medida, sobre toda la población, pero especialmente sobre la femenina y juvenil.²³

La publicidad del adelgazamiento es la industria de la moda, los fabricantes de productos adelgazantes, de alimentos y de bebidas light, los editores de libros de dietas, los propietarios de gimnasios dotados de los más inverosímiles procedimientos moldeadores, los especialistas en las mil y una técnicas para succionar las más diversas grasas (liposucción), los videos de ejercicios de los famosos, etc., se difunden a través de los medios de comunicación de masas. La publicidad de productos directa o indirectamente adelgazantes (es decir, que adelgazan o que no engordan) debe hacer atractivo el producto en cuestión. Ello supone asociarlo al cuerpo deseable, es decir, al estereotipo delgado actualmente vigente. El producto, pues, se acompañará de imágenes visuales y/o de palabras que describan del modo más encantador posible un cuerpo delgado.

El impacto multisensorial refuerza el mensaje, estando en condiciones de conseguir grabaciones del mismo casi indelebles, especialmente en las personas predisuestas. En un ambiente dominado por la publicidad multimedia, viviendo y creciendo en el seno de este bombardeo, puede hacerse realmente difícil no obedecer las sugerencias (a veces, auténticas órdenes imperativas). La publicidad crea y asocia palabras significativas como libertad, cuerpo, peso y hambre, y al tocar estas cuatro fibras sensibles y sensibilizadas del público femenino potencial se crea en ellas una asociación que constituye una de las fuentes cognitivas de martirio habituales en las pacientes con trastornos alimenticios.

El ejercicio físico y el estar en forma se están constituyendo en objetivos prioritarios de nuestro momento socio-histórico. Aunque, las mujeres parecen

²² Toro Josep Op Cit p 250
²³ Idem

hacer régimen para cambiar de peso, mientras los varones parecen pretender modificar su silueta sin modificar sus kilos. Hay que recordar que el mantener el peso en un 15% o más por debajo de lo esperado es un criterio de diagnóstico de anorexia nerviosa según el DSM-III.²⁴ Es como si las mujeres que nuestra sociedad considera modelos de belleza hubieran de tener uno de los síntomas más definitivos y más definitorios de ese trastorno del comportamiento alimentario.

Los desfases entre el modelo corporal cultural y el cuerpo real de cada individuo concreto serán, forzosamente, fuente de malestar y de ansiedad. En 1990, Fallon dice que podemos ver que la cultura establece la norma (un cuerpo delgado); la biología individual suministra razones para la inadecuación o la limitación (por ejemplo, un cuerpo grueso); la cultura occidental proporciona el procedimiento aceptable para modificarla (comer menos), y el estatus como miembro de ese grupo cultural (esto es, ser mujer y poseer autoestima dependiente de los atributos físicos) influye en el vigor con que el individuo persigue los procedimientos de modificación.

Pero, en nuestros medios urbanizados nos encontramos con las llamadas comidas rápidas (fast-food), restaurantes y similares que son los sustitutos del comedor familiar. De esta manera se ha ido sustituyendo la buena alimentación por bocadillos, fragmentos de pizza, hot dogs, hamburguesas, tacos y muchas otras lindezas supuestamente ingeribles de dudosa procedencia.

Los trastornos del comportamiento alimentario, por lo menos tal como los entendemos actualmente, se inician mayoritariamente en los alrededores de la pubertad y se basan en fijaciones corporales más o menos ansiógenas. En definitiva, la preocupación por el cuerpo y sus dimensiones supuestamente excesivas parece actuar apriorísticamente, como un auténtico prejuicio, situando en un lugar secundario tanto el peso real como las edades o etapas evolutivas.

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva *físicamente*, y los medios de comunicación perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal.

Pero eso sí, deben tener un gran control sobre sí mismas, con logros bien visibles y ser perfeccionistas. Las mujeres creen este mensaje de "mujer moderna" y, a diferencia de los hombres, tienden a echarse la culpa si algo de todo eso no les sale bien. Se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer que venden los medios de comunicación. Se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen que son *las únicas* expectativas que se tienen de ellas. Esto disminuye su sensación de seguridad y de confianza en ellas mismas.

²⁴ DSM-III Op Cit p 7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La industria de la moda juega un papel importante en relación a este tema, debido a que se calcula que el 57% de la población femenina del Distrito Federal es de talla 34 o más. En la mayoría de las tiendas de moda la talla 34 es la más grande disponible, y hay hasta cinco tallas más pequeñas (32, 30, 28, 26 y 24). Eso es notable no sólo debido a la insinuación de que cualquier mujer con una talla superior a la 34 no deba llevar ropa de moda, sino también porque para gran parte de ese mercado de la ropa esas mujeres simplemente no existen.²⁵

Aunque, dentro de la moda esta el tener un cuerpo muy delgado y que se diseñen guardarropas para que le queden a personas muy delgadas, es como un factor desencadenante la moda, pero no es la causa. Es decir, las chicas que se dejan llevar por la moda van a ser chicas esbeltas pero no van a ser anoréxicas necesariamente.

²⁵ Buckroyd, Julia. Op. Cit. p.76.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II

ESPECIALISTAS SOBRE BULIMIA Y ANOREXIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II

ESPECIALISTAS SOBRE BULIMIA Y ANOREXIA

2. 1. Entrevistas a personas que padezcan bulimia y/o anorexia

¿Cómo iniciaste con este trastorno alimenticio?

Sofía, paciente bulímica. Yo empecé a vomitar al rededor de los 17 años, mi galán me llevo a ver una película sobre bulimia donde hablaba muy serio sobre la enfermedad, se dan las consecuencias de que estuvo al borde de la muerte, de ahí me surgió la idea para vomitar. Fue como una solución a mi problema de peso, porque desde niña me comencé a sentir gorda y nunca me gusté, nunca me acepté, pero pues la primera vez me costó mucho trabajo hacerlo a pesar de lo que yo ya había visto en la película, yo dije no me va a pasar, este simplemente, va a ser una solución mientras adelgazo y pues cuando adelgace y esté de 90, 60, 90, ya que me vea muy bien pues lo voy a dejar inmediatamente, no va haber ningún problema a pesar de las consecuencias que yo sabia que deja la enfermedad.

Brenda, paciente bulímica. Yo vengo muy desgastada en cuanto a la forma de comer, porque por mucho tiempo dejaba de comer, otro tiempo comía demasiado y el hacer muchas dietas. Recuerdo que a partir de los 6 años, inicié mi primera dieta y así fue hasta que tuve la edad de 18 años. He pasado mucho tiempo entre muchas dietas, muchos ayunos y eso fue lo que me hizo llegar a vomitar. La primera ocasión que yo vomité me dio mucho miedo, me dio también asco, me dio vergüenza, me sentía muy culpable a la vez por estar tirando la comida. Sin embargo, fue más mi deseo de querer adelgazar.

Citlalli, paciente anoréxica. Mi problema de anorexia comenzó desde que yo tenía 8 años, yo sentía mucho miedo de comer cualquier tipo de alimentos y la mayoría de las veces me veía gorda. A los 15 años, yo me acuerdo que empecé a sentirme muy fea. Yo, no me sentía aceptada por las demás compañeras de la secundaria, a parte me sentía gorda, sentía que nadie me iba a poder querer por mi aspecto físico, yo decía no es que nadie me va a aceptar si yo no estoy bien, o sea, si los muchachos me ven gorda, nadie me va a querer. Nadie va a querer salir conmigo, nadie me va a apreciar y después de ahí empecé hacer lo que es el ejercicio. Me acuerdo que muchas ocasiones me paraba frente al sol y sentía que sudaba, y pensaba en mi cabeza, es que estoy bajando como dos kilos, es que estoy bajando de peso, porque eso era lo que decía en mi mente.

Sofía. Como iba subiendo mi frustración ante el no bajar de peso pues, con meros esfuerzos del ejercicio. Yo quería pues, bajar mucho de peso porque yo me

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

traumaba mucho al ver en las revistas y los programas, sobre todo las modelos internacionales y las mini tallas 3 y 5. Ver que yo no llenaba esas expectativas pesando 40 kilos. Bueno, yo en ese tiempo no me atreví a pesarme, pero sabía que estaba muchos kilos por de más de los 40 kilos, cosa que me hacía sentir muy mal y el querer bajar de peso lo empiezo a hacer más seguido. Conforme lo fui haciendo más seguido, fui bajando de peso. Sin embargo, nunca vislumbré ante el espejo que había bajado de peso. Yo siempre me vi exactamente igual. Creo que baje alrededor de unos 10 u 11 kilos quizá, más sin embargo, nunca lo veía en el espejo. Yo cada día me sentía más gorda, empecé a vomitar más seguido, posteriormente fueron unas tres veces a la semana. Conforme fue pasando el tiempo, llegó el momento en el que era una vez por día, posteriormente tres veces por día y hasta que llegó el momento en que conforme comía vomitaba, había veces en que quería dejar de hacerlo, hubo momentos en los que quise dejar de vomitar, más nunca pude. Ya era una necesidad de la cual ya no podía salir, eso me espantaba.

¿Cómo reaccionó tu familia al enterarse de tu problema?

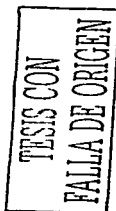
Citlali. En mi casa, mi familia nunca se dio cuenta, de que yo, detrás de ellos regresaba la comida a las ollas, de que detrás de ellos me ponía muchas veces a llorar porque yo no quería comer, porque enfrente de ellos me obligaba a comer la comida pero con ganas de llorar, con ganas de decirles saben qué, no quiero comer nada, tengo asco, porque siempre tenía asco. Empecé a tomar mucha agua, empecé a hacer una comida al día, a veces decía: bueno, ya comí hoy, y por lo tanto no ceno, mañana en la mañana no desayuno y hasta que llegaba otra vez la comida. Hasta llegar a un día sí como y al otro día no comía. Nadie se daba cuenta de eso o sea yo decía siempre que sí comía y cuando me preguntaban ya comiste, yo decía que sí.

Empecé a tomar laxantes, empecé a tomar diuréticos y me paraba junto al baño, pero a llorar porque yo pensaba que tenía que deshacerme de todo aquello que me estorbaba en el estómago.

¿Cómo te sentías en esos momentos, en cuánto a tu estado anímico?

Sofía. Tenía mucho sufrimiento emocional respecto a lo del peso porque yo siempre en el espejo aparecía como una mujer gordísima.

Brenda. Yo ya no salía ni siquiera a la calle, o sea, para mí era pavoroso incluso ir a la tienda, yo ya no quería hacerlo, y si lo llegaba hacer, era para comer compulsivamente, o sea, ir y tener esos grandes atracones de comida y practicar nuevamente la bulimia.



Citlalli. Tengo un físico que yo digo que es delgado, tengo un cuerpo que yo creo que toda la gente va admirar, que yo quiero que todos vean perfecto, pero en realidad. Yo no era nada, yo no sentía nada dentro de mí, yo me sentía vacía, me sentía muy deprimida, me sentía muy cansada de vivir, sentía ya muchísimo hastío por la vida. Me pude ver en el espejo, pero con mucha depresión, con mucha tristeza, yo sentí que mi vida ya se me había acabado. No me levantaba de la cama por el dolor de huesos que tenía

¿Cuáles fueron las consecuencias físicas que sufriste a causa de este tipo de trastorno alimenticio?

Sofía. Las consecuencias físicas no se hicieron esperar, la caída de cabello cosa que me espanto mucho, los dolores de estómago, los dolores de garganta por tanto esfuerzo de vomitar, siempre traer la garganta irritada, dolores de cabeza, ganas así como de desvanecerme, a veces de desmayarme y pues aunados con el hecho de decir pues sí no soy delgada, no voy a ser feliz. Porque yo pensaba que las niñas delgadas eran las felices, las que podían obtener un galán más fácilmente y las que eran felices porque podían usar ombligueros, mostrar el ombligo y yo siempre quise hacer eso y nunca lo pude hacer. Yo pensé que el día que pudiera hacer eso iba a ser feliz. Conforme me fui metiendo más en lo que fue la enfermedad de la bulimia, fueron más mis malestares emocionales yo me sentía muy mal. Había veces en que no sentía ganas de levantarme porque pensaba es otro día más y estas más gorda

Brenda. Ya no pude dejar de vomitar, yo recuerdo que era diario, a veces hasta cinco veces al día. Los malestares físicos eran para mí muy fuertes, se me empezó a resecar mucho la piel, tenía dolores de garganta, sentí mucho lo que fue dolor de garganta, sentía mucho frío aunque el clima fuera templado, mareos, depresiones muy fuertes, ganas de no querer vivir, pararme con esas ganas de decir hoy no voy a vomitar. Sin embargo, era más ese miedo a subir de peso que de vomitar, a pesar de que sentía esos malestares muy fuertes. Eh, inclusive llegué sentir como mi corazón llegaba a latir cada vez más despacio, como más cansado, así como el reflejo de todo mi cuerpo. Aunque se me dio la baja de peso, después hubo un momento en que aun, yo vomitando de la forma en que vomitaba, que era todo el día, yo ya no bajaba de peso.

Citlalli. Las consecuencias físicas que yo tuve fueron el tener muchas molestias por mi regla, me canso muchísimo por lo mismo. Todavía, cuando subo las escaleras de los puentes me agoto, me dan taquicardias, porque varias veces llegue a tener varios dolores en el brazo, porque yo sentía que me iba a dar un infarto, por la falta de alimento y el esfuerzo de caminar sin alimentarme. Padezco gastritis y la verdad es que si es molesto, o sea, es molesto pero es algo que tengo que enfrentar el día de hoy. También que mi metabolismo pues quedó mal que todo, o sea, que todo mi organismo se dañó, está mal mi visión, pero también es porque mucho tiempo dejé de comer. Si hace mucho calor o mucho frío, mi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cuerpo enseguida se resiente, porque está lastimado y obviamente, empiezo a sentir dolor en los huesos por la descalcificada que estuve.

¿Crees que los medios de comunicación influyen para que se desarrolle la bulimia o la anorexia?

Sofía. En mi sí influyeron mucho, o sea, a parte de que fui una niña que desde muy chica se vislumbró gorda y fea, alrededor de las demás niñas o de las niñas que pasaban ya desde ese entonces en la televisión. A mí me causaba mucho malestar y mucho dolor ver por ejemplo, las chicas en la televisión pesando 40 o 45 kilos en promedio, que yo creo que es lo que deben de pesar. Todo eso a mí, me causaba mucho malestar y sobre todo el no poder aceptar mi cuerpo, el querer ser siempre como los prototipos norteamericanos o de otras ciudades completamente distintas a lo que es aquí. Me causó mucho malestar, mucho conflicto y sí influyeron en mí mucho.

Brenda. Yo fui presa muy fácil, o sea, en mi caso sí influyeron porque por todos lados hay ese mensaje de ser delgada y vas a tener éxito, vas a ser aceptada por los demás. Cuando una gente con la autoestima como la mía, siempre busca esa aceptación ante los demás. Entonces, el ser delgada me parecía que lo iba a lograr, el ser querida por los demás.

Cittalli. A veces influyen un poquito, aunque no existieran los medios de comunicación, de todas maneras la enfermedad se trae y se vive desde pequeño.

¿Qué consejo le darías a las personas para que no caigan en este tipo de trastornos alimenticios?

Brenda. No hagan caso de toda esa porquería que se da en los medios de comunicación y no solamente en los medios de comunicación, incluso con la misma familia, con las mismas amistades. Parece que el ser delgada es un requisito para ser aceptado y hoy sé que eso no es cierto.

Sofía. La felicidad no se mide por las tallas que yo pueda bajar o por el cuerpo que pueda tener, el día de hoy lo sé. Todavía hay miedo al peso porque me da pánico subir de peso, me da pánico a veces comer ciertos productos porque sabía que iba a engordar, todavía lo hay pero, ya no es el mismo que antes, ya llevo un tiempo sin vomitar, cosa que para mí ya era muy difícil y el día de hoy ya no vomito, pues estoy en proceso de aceptación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. 2. Los médicos opinan

Entrevista con la Dra. Magdalena Juárez, coordinadora médica de la clínica DISANA.

¿Qué es un trastorno del comer?

Un trastorno del comer es una afectación de la imagen corporal en donde la persona distorsiona la apreciación que tiene de su cuerpo, lo cual en algunos casos lo va a llevar, a afectar su manera de comer pero, no siempre se manifiestan en una alteración en la forma de comer aunque, así estén clasificados. Se trata sobre todo de un trastorno de la imagen corporal.

¿Cuántos tipos de trastornos existen?

Existen tres, que están categorizados y muy claramente delimitados que es la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y a lo que se le llama trastorno por atracón. El cuarto tipo se le llaman trastornos no especificados, en donde las personas tienen algún tipo de alteración pero que no reúne los requisitos para quedar en las categorías anteriores, a eso se les llaman no especificados.

¿Por qué se desarrollan más este tipo de enfermedades en mujeres que en hombres?

Las mujeres además de tener una exigencia social muy fuerte respecto a la imagen corporal, el origen de estos problemas tiene que ver mucho con la relación de la niña con su femineidad y por lo tanto con la relación con su madre, cosa que no sucede en el varón, el varón tiene como figura rescatadora y de reforzamiento y de todo, al padre. En los casos, en los que los varones presentan este tipo de problemas es justo, porque no hubo una figura masculina que los condujera como por este tipo de identificación. Entonces se identifican con una figura femenina y presentan el mismo tipo de problemática que las mujeres.

¿Cuáles son los signos de inicio de un trastorno de la alimentación especialmente hablando de la anorexia y de la bulimia?

Al principio, son diferentes, en la anorexia normalmente la persona comienza a tener una excesiva preocupación por su cuerpo, se siente preocupada porque cree o le han dicho que ha aumentado de peso, entonces la persona comienza a llevar a cabo, una conducta dietante, es decir, a preocuparse excesivamente por lo que come, por sus medidas y por su peso, así inicia hasta que eso se va complicando y le lleva a hacer selecciones muy arbitrarias en el tipo de alimentos que ingiere y ha tener ayunos o en su defecto a tener una restricción casi absoluta de lo que se come y que alteran todo su metabolismo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el caso de la bulimia es un poco diferente las personas tienen como periodos o eventos en donde ingieren una gran cantidad de comida, o sea, progresivamente van aumentando la cantidad de comida que ingieren en un tiempo "específico", después ya van implementando algunas medidas como para contrarrestar ese atracón.

En ambos casos existen fallas digestivas importantes. Hay fallas hormonales, hay fallas cardiovasculares o sea, a todos los niveles, porque el organismo no está recibiendo lo que requiere, hay datos de fragilidad capilar, piel reseca, un peso muy por debajo de lo que es normal para su edad y de su sexo, y esto, por ejemplo, ya presenta la persona amenorrea y comienza a presentar arritmia cardíaca, entonces cuando hay estos datos o, en el caso de la bulimia hay datos importantes de deshidratación y de fallas de electrolitos por el vómito persistente en ese momento es cuando hay que hospitalizar.

¿Cree usted que la moda influya para desarrollar este tipo de trastornos?

Si, porque dentro de la moda está tener un cuerpo muy delgado y que justo diseñan guardarrropas para que le queden a personas muy delgadas, entonces sí es como un factor desencadenante la moda, pero no es la causa, es decir las niñas que se dejan llevar por la moda van a ser niñas esbeltas pero no van a ser anoréxicas ni bulímicas.

¿Usted cree que los medios de comunicación influyen para desarrollar este tipo de trastornos?

Si, muchísimo sobretodo en las adolescentes. Obviamente estas enfermedades empiezan desde la adolescencia. Las niñas ven miles de anuncios de dieta llenas de mujeres delgadas. Tu prendes la televisión por la noche y son productos light todo el tiempo, para perder peso, fajas para ya no tener que hacer ejercicio, etc., y todo esto sí afecta.

¿Funcionan los productos que anuncian en televisión para bajar de peso?

La mayor parte no, porque normalmente estos productos que anuncian en la televisión son productos mágicos, es decir, hay una industria alrededor de la delgadez. Entonces, se venden tanto porque precisamente las personas están obsesionadas con la delgadez. En realidad lo único verdaderamente recomendable para que una persona se mantenga en un peso saludable son hábitos alimenticios y ejercicio, es lo único, todo lo demás es mercado.

¿Qué tratamiento se le debe dar a una persona que sufre de bulimia o anorexia?

Se tiene que dar un tratamiento integral, que contemple el aspecto médico, nutricional y psicoterapéutico. Dependiendo del grado de avance del trastorno, se dará prioridad a la valoración nutricional en primer instancia, y a partir de ahí

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

determinar si es urgente la valoración médica, con estas dos condiciones se determinara si hay una urgencia de internamiento. Si este fuese el caso, se comienza inmediatamente con la psicoterapia. Es decir, ir al origen del problema, pero si la persona esta teniendo una alteración física, que este poniendo en riesgo su salud, lo primero que debe hacerse es un abordaje médico, que incluye lo nutricional y en algunos casos lo psiquiátrico o la utilización de fármacos.

2. 3. En la opinión de los psicólogos

Entrevistas con:

La Dra. Maruza Castillo Nájera, coordinadora en Psicoterapia de la clínica DISANA, y el Dr. Alfredo Zúñiga Massieu, de la clínica Eating Disorders México

¿Qué es un trastorno de la alimentación?

Dra. Maruza Castillo. Como su nombre lo indica es un desorden alimenticio, se refiere a la problemática que existe en la relación con la comida y hay 3 tipos de trastornos alimenticios que serían la anorexia, la bulimia y el comedor compulsivo. La anorexia quiere decir no comer: "sin hambre". La persona que se restringe de comer y empieza a perder peso, empieza a perder la regla, empieza a perder peso ostensiblemente y sobre todo lo más importante que existe en este tipo de trastorno es un miedo o pánico a subir de peso. La bulimia, es un trastorno que se caracteriza por periodos de atracones de comer excesivamente y después tener conductas purgativas como vómito, laxantes, ejercicio excesivo, diuréticos, etc. También hay un trastorno de la imagen corporal, también hay un pánico tremendo por subir de peso y el comedor compulsivo sería el que come compulsivamente y no tiene ninguna conducta purgativa. Eso sería ha grandes rasgos los trastornos de la alimentación

Cada vez tiende a empezar en personas más jóvenes que son objetos de medios de comunicación de todo lo masivo lo globalizado, antes se presentaba, más en la clase social alta, media alta y alta pero actualmente como los medios de comunicación pelean ya en las clases bajas también empiezan a adoptar estos trastornos como suyos.

¿Cómo se desarrollan los trastornos de la alimentación?

Dr. Alfredo Zúñiga. Para que desarrolle el trastorno en su modalidad grave, es decir, cuando ya se puede clasificar como tal influyen factores individuales pero, lo que va a influir para cuajar el problema va a ser la relación de la niña con la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

mamá, durante los cuatro primeros años de vida, porque ahí es donde la niña va generando una identificación y una identidad femenina que se va a ir consolidando en los demás años, pero que la fractura está en ese periodo, entonces es una fractura que se sostiene más o menos como con una férula, digamos, que es la escuela o la socialización pero es sólo una férula, cuando surge la adolescencia eso no es suficiente, entonces ahí es donde se nota que hay algo que no consolidó bien y por eso aparece el cuadro.

¿Los medios de comunicación influyen para el desarrollo de este tipo de enfermedades?

Dr. Alfredo Zúñiga. Los medios de comunicación pueden llegar a influir porque todo lo que vemos en la televisión de "delgadez" y de belleza, influye y lo desencadena pero, la gravedad del cuadro no tiene que ver con los medios de comunicación, la gravedad del cuadro tiene que ver justo con los antecedentes que la joven viene trayendo desde la infancia.

Aunque, los medios saben explotar muy bien esto y entonces como ahora que se puede hacer muy buen negocio pues, mucha gente ha entrado en esto. Tenemos ahora muy de moda las culturas Light, son culturas que desde el estricto punto de vista del examen médico pues no son sanas, tenemos ahora una necesidad de decir que toda la población debe estar a dieta y bueno, desde el estricto punto de vista médico las dietas sirven para las personas que tienen un problema hormonal, con un problema de infarto, con un problema de gota, de colesterol en donde hay una restricción muy específica de cierto tipo de alimentos, lo que es muy cierto, es que una persona sana debe de comer de todo. Entonces, si han sabido explotar ésta necesidad de la población de forma muy adecuada y la están bombardeando constantemente con todo esto, porque esto vende, porque esta necesidad está ahí latente en todo mundo y pues se puede sacar mucho provecho de ella.

Dra. Maruza Castillo. Los medios de comunicación sirven para potenciar, no para que se desarrollen pero yo creo que el germen está en la familia, está en un modo de ser, de educar y está en la niña, en su temperamento en su manera de ser. Y los medios de comunicación potencian o no todo esto, porque los medios de comunicación los ven todas, y porque no todas son anoréxicas y bulímicas. Entonces, si estamos sujetos a un bombardeo tremendo en el que por ejemplo, vemos que en las revistas estas de moda se venden solamente si traen una dieta o el anuncio de una dieta en la portada, es cuando más se vende entonces, claro que si influyen para potenciar este tipo de trastornos.

¿Cuál es el tratamiento que se le otorga a este tipo de pacientes?

Dr. Alfredo Zúñiga. Requieren un tratamiento integral, en donde se lleve a cabo una valoración médica y nutricional para ver en qué condiciones se encuentra la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

persona y dar la ayuda correcta para este tipo de trastorno, tanto en los hábitos alimenticios como en el apoyo psicológico.

Cuándo el cuadro se hace grave y cuando se hace crónico los riesgos son muy altos, tan altos como que las personas pueden morir a causa de esto, por ejemplo, en las personas que como conducta compensatoria de los atracones vomitan la pérdida de electrolitos por él vomito recurrente les puede llevar a un paro cardiaco.

¿Cuáles son las consecuencias físicas que aparecen tanto en las bulímicas como en las anoréxicas?

Dr. Alfredo Zúñiga. Las complicaciones en el aspecto neurológico son daño nervioso, convulsiones, pensamiento desordenado e incluso puede llegar a inducir a la muerte, debido a la depresión y desnutrición severa que generalmente presentan las pacientes anoréxicas. En el caso de las bulímicas, están desarrollando erosión en los dientes, cavidades e infecciones de encías, hinchazón e inflamación abdominal. Además, por el vómito provocado, el esófago generalmente se rompe y en algunos casos debido a la constante purgación con laxantes y diuréticos, el recto se debe de reconstruir con cirugía.

Dra. Maruza Castillo. Se ha perdido el registro de lo que es el hambre y la saciedad, es decir, estas personas ya no saben a veces cuando tienen hambre. A veces sienten como un vacío emocional que quiere decir por ejemplo, una tristeza, una ansiedad y lo quieren llenar con comida. No se dan cuenta que no es hambre lo que tienen

Por ejemplo, una persona que no es muy delgada, que tiene una complexión gruesa o media, pues nunca va a poder ser tan delgada a menos que se mate de hambre como lo hacen de repente estas personas, pero no lo aceptan, no aceptan que puedan tener un cuerpo normal y entonces empiezan como a tratar de sobrecompensar y empiezan a trastornarse emocionalmente y trastornan también su metabolismo y su funcionamiento hormonal. Entonces nos llegan a veces las pacientes con el metabolismo hecho pedazos y nos tardamos unos 6 u 8 meses en que el metabolismo vuelva a tomar su ritmo normal, porque comen una cosa si y a veces no comen y a veces se atraconan y luego vomitan. Entonces traen un desorden que raya ya, hasta la parte física.

¿Con qué tipo de tratamientos cuenta la clínica para tratar este tipo de trastornos alimenticios?

Dra. Maruza Castillo. Es un problema multicausal hay que atacarlo desde varios ángulos, nosotros aquí tenemos un tratamiento de tipo integral que consiste en psicoterapia. La psicoterapia puede ser de tipo individual y grupal, canalizamos el vínculo entre la madre y la hija generalmente. Eso es en cuanto a psicoterapia y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tenemos el apoyo nutricional o sea, tenemos a una nutrióloga que hace la valoración nutricional de cuánta grasa tiene, cómo esta su masa corporal, cómo es su metabolismo, cómo se encuentra la hormona, etc. Todo el funcionamiento físico y los hábitos alimenticios.

Dr. Alfredo Zúñiga. La psicoterapia es la base de un tratamiento para los trastornos de la alimentación. La psicoterapia individual siempre es importante para que cada persona entienda cuáles son las emociones que nos llevan a caer en ese tipo de conductas y como resolverlas, por otro lado, manejamos terapia de grupo en donde las personas pueden compartir con otras personas que están sufriendo lo mismo o lo que han tenido que sufrir por el mismo tipo de experiencias, pueden aprender de ellas, pueden enseñarles y desde luego, yo creo que tienen mucho más valor, lo que le pueda decir a una persona que sufre de anorexia, que lo que le puede decir un médico que nunca ha pasado por una experiencia de este tipo. Entonces, en la terapia de grupo es una experiencia sumamente útil y sumamente valiosa porque puede ayudar a que el grupo se vaya motivando para salir adelante. En tanto, la terapia familiar es una herramienta con la que idealmente debe contar todo paciente, no todas las familias se prestan a la terapia familiar ¿por qué?, porque esto puede poner en juego mucho de lo que sucede dentro de una familia, a veces se habla de que en un miembro de la familia es donde se descargan todas las cuestiones emocionales ¿qué pasaría si ese miembro de la familia de repente se cura, y dice "yo ya no acepto que me echéis todas la broncas a mí" la familia puede verse pues, en una situación de vulnerabilidad o de riesgo, y muchas veces las familias son también quienes más apoyo y mas ayuda pueden brindar

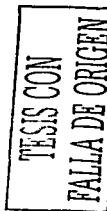
Todo tratamiento especializado en anorexia y bulimia se maneja un tema que es prevención de recaídas, si bien es cierto que muchos pacientes recaen dentro de estas conductas yo creo que esto tiene mucho que ver con el tipo de tratamiento que se ha manejado. La bulimia se lleva alrededor de 12 meses en trabajar y la anorexia quizá hasta dos años

2. 4. Tabla nutricional mexicana según un nutriólogo

Entrevista con la nutrióloga Karla Arellano de la clínica Eating Disorders México

¿Qué alimentos son los que se recomiendan en la dieta durante el tratamiento para superar el problema?

La clave de la recuperación radica en diseñar un plan alimentario específico y adecuado a las características únicas de cada paciente, pero con dos objetivos comunes a todos los casos, que serían el normalizar el patrón alimenticio y normalizar el peso.



Nunca debe realizarse un plan de alimentación bajo en calorías o restrictivo, ya que es la restricción alimentaria la que contribuye a la instalación y mantenimiento del trastorno. Hay que recordar que en la medida que las calorías estén por debajo de lo necesario, se empieza a juntar apatito, lo que desemboca irremediablemente al atracon, por lo tanto, se debe evitar la aparición del apetito intenso.

Se recomienda la necesidad de ingerir de un 60% a un 80% de las calorías diarias en forma de hidratos. La razón es la misma, la ausencia de hidratos por restricción a la larga desemboca en una ingesta desmesurada.

TABLA NUTRICIONAL MEXICANA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¿Qué es una dieta balanceada?

Una dieta balanceada consiste en combinar todos los alimentos. Existen tres grupos de alimentos que serían; frutas y verduras sería una parte, los cereales y tubérculo, sería otro grupo, los productos de origen animal y las leguminosas serían el otro grupo, entonces, en cada comida tienen que haber de los tres grupos, por ejemplo, en el desayuno puedes hacerte tu jugo de naranja y un sándwich de queso, entonces ahí están presentes los tres grupos, el pan que es un cereal, el queso que es un producto de origen animal y el jugo que serían un menú completo.

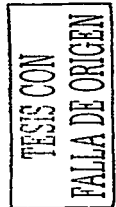
¿Cuántas calorías debe consumir una persona diariamente?

Las calorías que se deben de consumir diariamente, dependen de cada persona, de su estado fisiológico, de su edad, de su estatura, del peso ideal que tenga, de la actividad física, etc., pero, puede ser de ser entre 1500 y 2000 calorías.

El consumir menos calorías, te puede provocar desnutrición y el consumir calorías en exceso, pues obviamente te va a producir un sobre peso. No hay que comer más, ni menos de lo que tu cuerpo necesita.

¿Cómo se pueden prevenir este tipo de enfermedades?

Se pueden prevenir produciendo un ambiente familiar sano psicológicamente donde todos se apoyen, se acepten, ayudarnos o enseñarnos a manejar; correctamente todas nuestras emociones, expresarnos, saber decir qué es lo que necesitamos, qué es lo que queremos, porque muchas veces no sabemos ni qué, estás deprimida y no saber ni por qué, porque no sabes manejar tus emociones y no sabes pedir lo que necesitas, haciendo de la hora de la comida un momento agradable y no de regaños o de remordimientos.



CAPÍTULO III

TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS PARA CONTRARRESTAR LA BULIMIA Y LA ANOREXIA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPÍTULO III

TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS PARA CONTRARRESTAR LA BULIMIA Y LA ANOREXIA

3. 1. Clínicas especializadas en México

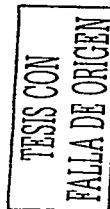
En la actualidad han empezado a proliferar clínicas privadas para el tratamiento de los trastornos alimenticios. En gran parte esto se debe a que el sector público no cuenta aún con un plan que contemple a los trastornos de la alimentación dentro de la Secretaría de Salud. En el sector privado existen:

La clínica de Eating Disorders México es miembro de la IAEDP (Internacional Association of Eating Disorders Professionals). Además de ser la primera clínica mexicana que ofrece un tratamiento multidisciplinario integral para la prevención, diagnóstico y manejo de los trastornos de la alimentación. Por ello, la clínica cuenta con un grupo multidisciplinario de médicos especializados en psiquiatría, psicología, nutrición y odontología, entre otros, que brindan el apoyo al paciente y a su familia.

El centro DISANA es una clínica de salud creada para atender trastornos relacionados con la imagen corporal y la conducta alimentaria. El tratamiento que se otorga está orientado hacia la solución de fondo de los aspectos físicos, emocionales y sociales presentes en padecimientos como anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad, etc. Se aplica un programa integral que comprende la valoración y manejo del estado nutricional, intervención psicoterapéutica individual, grupal y/o familiar, de acuerdo a cada caso e inter consultas médicas cuando se considere necesario.

El Hospital Medica Sur y el Hospital Ángeles del Pedregal, cuentan con un área destinada para el tratamiento de pacientes anoréxicas que requieran de hospitalización urgente. Como lo son las que se encuentran ya en un estado de caquexia y necesitan de sondas y terapia intensiva para salvar sus vidas.

Comenzar de Nuevo, A. C. y Grupo de Ayuda, ubicadas en la Ciudad de Monterrey, que están diseñadas para aquellas familias que cuentan con problemas de adicciones o trastornos alimenticios.



En el sector público encontramos a:

El Instituto Nacional de Nutrición, Salvador Zubirán. En el que existe un departamento conformado por diferentes especialistas en los campos de nutrición, psiquiatría, psicología, neurología y odontología, que brindan atención en cuanto a prevención, tratamiento y hospitalización en caso de ser necesario.

El Hospital Siglo XXI, cuenta actualmente con un programa piloto de prevención, tratamiento y hospitalización para aquellas personas afiliadas al IMSS.

El Grupo de Comedores Anónimos, ayuda al público en general a compartir mediante sesiones de grupo, problemáticas individuales como lo son la anorexia, la bulimia, la obesidad y el comer compulsivamente. El número de sesiones a las que se deseé asistir es de carácter voluntario y conviven personas que padecen este tipo de trastornos

La Unidad de Psicología de la UNAM, dentro de Ciudad Universitaria, Atiende al público en general y otorga campañas de prevención y de tratamiento psicológico totalmente gratuito.

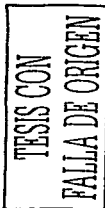
3. 2. Los tratamientos que se ofrecen a personas con bulimia y anorexia

El objetivo primordial del tratamiento es entender o comprender el trastorno alimenticio en la persona para ayudarla a encontrar alternativas, de manera que pueda llegar a manejar adecuadamente la enfermedad.

Es importante que todas las áreas (psiquiátrica, psicológica y nutricional) sean tratadas a tiempo para lograr un mejor control tanto de la parte física como de la parte mental. Dependiendo del grado de avance del trastorno se dará prioridad a la modalidad por la que se inicia el abordaje; se tiene que hacer una valoración nutricional en primera y a partir de ahí, determinar si es urgente la valoración médica.

Se tiene que dar un tratamiento integral por ejemplo, se comienza inmediatamente con la psicoterapia, es decir, un abordaje tanto del paciente o la paciente y de la familia para llegar a corregir los síntomas pero además ir al origen del problema. El tratamiento no sólo va dirigido al paciente, también incluye el trabajo con la familia.

El tratamiento comienza con una evaluación del paciente tanto en el ámbito físico como mental. El objetivo de este primer paso es determinar qué tipo de trastorno tiene la persona, cuán avanzado está y cómo está el organismo de la paciente.



Según el diagnóstico, el grupo de especialistas dispondrá la manera como será tratada la persona y también con qué frecuencia.

Un tratamiento, por lo general, está compuesto de los siguientes elementos, que a su vez corresponden a áreas específicas de la medicina. Éstas son:

La psicoterapia

Porque los trastornos alimenticios están catalogados como enfermedades psiquiátricas es imprescindible recurrir a la psicoterapia. La terapia la debe realizar tanto un psicólogo como un psiquiatra, ambos con experiencia en trastornos del comportamiento alimenticio.

La labor del psiquiatra consiste en llevar el control médico de la paciente y llevar a cabo una terapia desde el punto de vista psicoanalítico. Sólo el psiquiatra se encargará de recetar medicamentos como tranquilizantes o antidepresivos. En el caso de las personas con bulimia, el psiquiatra también se encargará de ayudarlas a suspender el uso de laxantes, diuréticos y edemas.

El psicólogo, por su parte, puede tener una formación analítica. Empero, no es médico y su papel se concentra también en la realización de terapias pero desde el punto de vista conductual.

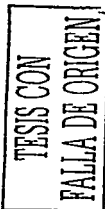
Ambas terapias son igualmente importantes porque están fundamentadas desde dos ángulos diferentes que se necesitan para llegar a una mejor comprensión del trastorno. Sin embargo, se deben llevar a cabo los tres tipos de terapia que son:

Terapia individual

La realiza el paciente sólo con el terapeuta. Busca comprender las causas psicológicas más internas para tratar de contrarrestarlas desarrollando conductas alternativas. Trata aspectos como la autoestima, la imagen corporal, revisa los comportamientos relacionados, por ejemplo, con las relaciones interpersonales, la crianza y traumas infantiles, entre otros.

Esta práctica busca en el enfermo el origen de la inconformidad con su cuerpo, las razones de su baja autoestima, de la poca confianza en sí mismo y de otras conductas destructivas. Parte de la terapia es aprender a diferenciar el hambre de otros sentimientos como el aburrimiento, la depresión o el cansancio. Muchos pacientes no logran distinguir entre estos sentimientos y siempre responden a cualquiera de ellos comiendo.

La terapia logra que el paciente se pueda redefinir como una nueva persona desde una perspectiva más positiva, de manera que pueda ganar control sobre su



vida y que aprenda a establecer su confianza en otros soportes diferentes a la apariencia física.

Terapia familiar

Su objetivo es mirar cómo ha sido la historia familiar, su estructuración, funcionamiento, etc. Para determinar si hay conductas que contribuyen a desarrollar o mantener los trastornos alimenticios en los pacientes. Esta terapia busca analizar el sistema familiar para tratar de mejorar las cosas que pueden no estar funcionando de la mejor manera. Es primordial ante todo encontrar soluciones y corregir comportamientos erróneos.

Terapia de grupo

La terapia de grupo es de gran ayuda. Cuando el paciente conoce más personas con las mismas enfermedades que él puede dejar de sentirse solo e incomprendido. El grupo permite compartir información, intercambiar experiencias, darse cuenta de que más personas pueden tener lo mismo, muchas veces darse ánimo y apoyo.

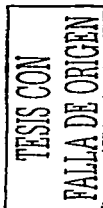
El ejemplo y el testimonio de otras personas ayuda al paciente a darse cuenta de que si es posible dar un manejo adecuado a los trastornos alimenticios y también se pueden superar las dificultades para relacionarse con otros al aprender a establecer conductas sanas con los demás.

Programas de apoyo nutricional

Por lo general, el programa comienza paralelamente a la terapia psicológica y psiquiátrica. La terapia va abriendo camino para que la persona comience a aceptar la necesidad de comer de una forma apropiada.

Para las personas con anorexia, el fin primordial del programa es lograr que alcancen un peso fuera de peligro para su tamaño y sexo. Esto se logra por medio de una dieta hipercalórica e hiperproteica prescrita para ganar peso, además de suplementos alimenticios, vitamínicos, minerales y otras sustancias como soporte para el funcionamiento normal del cuerpo.

La función primordial del nutricionista es lograr que las pacientes con anorexia lleguen a consumir al menos los requerimientos mínimos que una persona necesita para vivir. Por ejemplo, si una persona con anorexia inicia el tratamiento comiendo una sola comida al día compuesta sólo de una taza de café y una manzana, el programa comienza insinuándole que tome dos tazas de café y coma dos manzanas al día.



Debido a las fuertes restricciones de alimentos en este tipo de pacientes, el sistema digestivo se vuelve perezoso y por eso se sienten muy llenas con facilidad y no quieren seguir comiendo. Parte del tratamiento es, precisamente, explicarles que esto es normal, mientras el organismo se habitúa de nuevo a comer las porciones indicadas.

El programa va aumentando progresivamente, al paso del paciente y nunca se obliga a la persona a comer grandes cantidades de alimentos de un día para otro. El proceso es paulatino y lento, pues busca equilibrar despacio a la persona hasta que ésta logre hacer las tres comidas diarias necesarias.

Cuando se trata de pacientes con bulimia o trastornos por atracones, sin importar el peso que tengan, el programa no hará ningún tipo de restricción de alimentos, es decir, no se les prohíbe comer carbohidratos o azúcares. El fin del programa es primero enseñarles cómo disminuirlos, aprender a manejar las porciones y variar los alimentos, hasta alcanzar un equilibrio.

En estos programas es importante que las pacientes, sobre todo las de bulimia y los de trastornos por atracones, lleven un diario de lo que comen cada día y a qué hora, con el fin de identificar el patrón de alimentación para determinar cuáles son los agentes que posiblemente desencadenan los atracones.

Otro objetivo de los programas nutricionales es enseñarles a las personas con trastornos alimenticios a comer nuevamente y a que adopten buenos hábitos. Se les indica qué es una nutrición adecuada y compensada, y cómo aprender de nuevo a reconocer y comprender las sensaciones de hambre y saciedad.

Hospitalización

Tiene como fin estabilizar a la persona físicamente para evitar complicaciones serias o la muerte. También es un medio al que recurre el equipo de especialistas sólo cuando el paciente corre peligro físico o psicológico porque su estado de salud es crítico.

En las personas con bulimia nerviosa se recurre a la hospitalización cuando el desbalance de electrolitos es muy alto y puede haber un trauma severo en el sistema cardiovascular o cuando se encuentran daños graves en algún órgano como el esófago, la garganta, el estómago o los riñones. También se recurre a ella cuando las etapas del ciclo restricción-atracon-compensación son muy severas e incontrolables.

Existen diferentes disciplinas de apoyo como la Yoga, que habla de la unión del cuerpo y la mente. Talleres de artes plásticas en el que también se ve la imagen

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

corporal a través de la plastilina, de la pintura, etc. y masajes terapéuticos que van a la concientización del cuerpo.²⁶

Es relevante que la persona sepa que los tratamientos toman tiempo. Mínimo requieren seis meses, que pueden extenderse a muchos años y la prolongación de la terapia depende exclusivamente del paciente.

3. 3. Índice de Mortandad en México

Todas las personas que se someten a dietas extremas elevan su probabilidad de desarrollar un trastorno de la alimentación 18 veces y entonces aunque con esa dieta no es necesariamente un trastorno de la alimentación pues aumenta 18 veces la probabilidad de poder desarrollar uno.

Existe un dato que dice que más del 96% de las personas que logran bajar de peso con cualquiera de estos tratamientos, recuperan el 100% o más del peso perdido dentro de los 12 meses siguientes, esto te dirá si funciona o no estos métodos.

Los trastornos de la alimentación se consideran la enfermedad con más alta mortandad dentro del campo de la salud mental específicamente hablando de la anorexia.

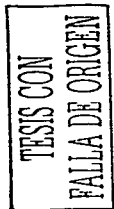
La desnutrición por sí misma es una complicación bastante frecuente que lleva a que la persona empiecen a tener frios constantes aun cuando el clima es cálido se empieza a caer el cabello, se empieza a resecar la piel y empieza a ver cambios muy, muy importantes que puede en los casos muy complicados llevar hasta la muerte desgraciadamente mueren del 5 al 20 % de las personas que sufren anorexia esto incluso a pesar de los tratamientos.

Un estudio de campo aplicado a cuatro mil 525 niñas y adolescentes en escuelas públicas y privadas del Distrito Federal, cuyos resultados demuestran que el problema existe en el país.²⁷

El primer grupo analizado fue el de las adolescentes, que se consideraba el de mayor riesgo, porque en esa etapa hay una crisis de identidad y se es vulnerable a aceptar modas y lo que dicen los medios de comunicación. Entonces se dieron cuenta de que el problema comienza antes, por lo que el estudio se amplió a púberes de 9 a 12 años.

Las púberes está en altísimo riesgo, incluso más que las adolescentes, porque esa etapa se presenta la maduración sexual, la menarca; almacenan grasa y

²⁶ Gafaro, Alejandra Op Cit p 112
²⁷ www.inegi.com.mx/



engordan, lo cual les causa problemas. Pero no saben que eso es transitorio, es una cuestión de ese periodo de la etapa del desarrollo.

En tanto, entre las niñas de 6 a 9 años se encontró que desde esa edad existen problemas de insatisfacción con la imagen corporal, de verse más gordas de lo que en realidad son, y de seguir dietas restrictivas y no ingerir nutrientes en cantidades necesarias.

El estudio muestra que a mayor edad se presenta con más frecuencia la elección de las figuras delgadas, y la muy delgada, que las chicas quisieran tener. Un 77%, contra un 65% de las púberes y un 50% de las niñas de 6 a 9 años. Además, 64% de las púberes están preocupadas por su peso; así como el 24% de las niñas y el 18% de las adolescentes.

En México, el 10.7% de las muertes se deben a problemas de nutrición, según cifras del INEGI, entre los cuales se contemplan la bulimia y la anorexia, además de diversos casos de desnutrición. Por su parte, el sector salud habla de que más o menos de 1996 a la fecha, se han incrementado un 15% de los casos de bulimia y anorexia en el Distrito Federal, que es una cifra estadística muy considerable.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TERCERA PARTE: PRODUCCIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUÍA DE COSTOS

1 Cámara de Video Hi-8 Digital	\$9,411.00
2 Micrófonos tipo Lavalier	\$660.00
1 Tripie	\$530.00
1 Par de Audifonos	\$90.00
1 Spray de Aire Comprimido	\$90.00
20 Cassettes V8	\$700.00
4 Pilas para Micrófono	\$40.00
30 Cassettes VHS - 120	\$750.00
2 Cassettes VHS Copias de TV UNAM	\$80.00
2 Cassettes VHS de Video Visa	\$200.00
1 Cassette VHS de Película Anorexia	\$60.00
5 Rentas de Películas VHS	\$115.00
6 Cassettes de Audio de 90 minutos Sony HF	\$90.00
5 CD's para musicalizar	\$370.00
2 Cartuchos de tinta para impresora	\$750.00
3 cajas de Disketes de 3.5"	\$75.00
8 Libros	\$875.00
6 Revistas	\$137.00
Folletos	\$90.00
10 Fólter tamaño carta	\$20.00
1 Caja de Clips	\$5.00
1 Marcador	\$7.00
1 Resistol	\$6.00
5 Plumas de tinta negra	\$15.00
2 Lápices	\$8.00
1 Sacapuntas	\$3.00
1 Goma de migajón	\$4.00
1 Millar de hojas blancas	\$100.00
1 Libreta de notas	\$5.00
Copias	\$900.00
Fuente de Energia	\$120.00
Escenografía (productos Light)	\$100.00
Tarjetas Telefónicas	\$80.00
Pasajes	\$3,000.00
Viáticos	\$1,200.00
Impresiones	\$1,000.00
Engargolados	\$84.00
TOTAL	\$21,504.00

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

DÍA X DÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DÍA X DÍA

PROGRAMA: *BULIMIA Y ANOREXIA: EN BUSCA DEL CUERPO PERFECTO*
PRODUCCIÓN: *JOSÉ ALEJANDRO SÁNCHEZ GARCÍA*
JUANA AZUCENA VALADEZ GARCÍA

DÍA 1

FECHA: 29 DE NOVIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 11:00 AM A 12:00 PM.

ENTREVISTA: DRA. IVONNE ANDRADE, NUTRIÓLOGA DE CLÍNICA DISANA.

LOCACIÓN: CONSULTORIO DE CLÍNICA DISANA.

DÍA 2

FECHA: 13 DE FEBRERO DE 2002

HORARIO: 11:30 AM A 13:30 PM.

ENTREVISTA: DR. ALFREDO ZUÑIGA, DIRECTOR MÉDICO DE CLÍNICA EATING DISORDERS MÉXICO.

LOCACIÓN: CLÍNICA EATING DISORDERS MÉXICO.

DÍA 3

FECHA: 15 DE FEBRERO DE 2002.

HORARIO: 09:00 AM A 10:30 AM.

ENTREVISTA: DRA. KARLA ARELLANO, NUTRIÓLOGA DE CLÍNICA EATING DISORDERS MÉXICO.

LOCACIÓN: CLÍNICA EATING DISORDERS MÉXICO.

DÍA 4

FECHA: 19 DE FEBRERO DE 2002.

HORARIO: 09:30 AM A 11:30 AM.

ENTREVISTA: DRA. KARLA ARELLANO, NUTRIÓLOGA DE CLÍNICA EATING DISORDERS MÉXICO. NOS EXPLICA CÓMO SE REALIZA LA CONSULTA A LAS PACIENTES QUE ASISTEN A LA CLÍNICA.

LOCACIÓN: CONSULTORIO DE LA NUTRIÓLOGA EN EATING DISORDERS.

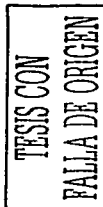
DÍA 5

FECHA: 19 DE MARZO DE 2002.

HORARIO: 11:30 AM A 12:30 PM.

ENTREVISTA: DRA. MAGDALENA JUÁREZ, COORDINADORA MÉDICA DE CLÍNICA DISANA.

LOCACIÓN: CONSULTORIO EN CLÍNICA DISANA.



FECHA: 19 DE MARZO DE 2002.
HORARIO: 15: 30 PM A 16: 30 PM.
ENTREVISTA: DRA. MARUZA CASTILLO. PSICOTERAPEUTA DE CLÍNICA DISANA.
LOCACIÓN: CONSULTORIO EN CLÍNICA DISANA.

DÍA 6

FECHA: 25 DE MARZO DE 2002.
HORARIO: 18: 00 PM A 19: 00 PM.
ENTREVISTA: DRA. MÓNICA MURGUIA, NUTRIÓLOGA DE CLÍNICA DISANA.
LOCACIÓN: CONSULTORIO EN CLÍNICA DISANA.

DÍA 7

FECHA: 15 DE ABRIL DE 2002.
HORARIO: 18: 30 PM A 20: 30 PM.
ENTREVISTA: DRA. MÓNICA MURGUIA, NUTRIÓLOGA DE CLÍNICA DISANA, NOS ENSEÑA CÓMO SE LES DA LOS MASAJES A LOS PACIENTES DE LA CLÍNICA DISANA.
LOCACIÓN: CASA DE DRA. MÓNICA MURGUIA.

DÍA 8

FECHA: 29 DE MAYO DE 2002.
HORARIO: 10: 00 AM A 11: 30 PM.
ENTREVISTA: DRA. KARLA ARELLANO, NUTRIÓLOGA DE LA CLÍNICA EATING DISORDERS MÉXICO. NOS DA OTRA EXPLICACIÓN DE CÓMO SE DA CONSULTA A LAS PACIENTES DE LA CLÍNICA.
LOCACIÓN: CONSULTORIO DE CLÍNICA EATING DISORDERS.

DÍA 9

FECHA: 27 DE JUNIO DE 2002.
HORARIO: 11: 30 AM A 12: 30 PM.
ENTREVISTA: DRA. MARUZA CASTILLO, PSICOTERAPEUTA DE LA CLÍNICA DISANA. NOS MUESTRA CÓMO SE DAN LAS TERAPIAS DE GRUPO EN ESTA CLÍNICA.
LOCACIÓN: CONSULTORIO DE CLÍNICA DISANA.

DÍA 10

FECHA: 17 DE JULIO DE 2002.
HORARIO: 18: 00 PM A 19: 00 PM.
GRABACIÓN: CHICAS HACIENDO AEROBICS Y EJERCICIOS EN GENERAL.
LOCACIÓN: GIMNASIO IRON GYM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DÍA 11

FECHA: 12 DE AGOSTO DE 2002.

HORARIO: 17: 30 PM A 18: 45 PM.

ENTREVISTA: BRENDA Y SOFÍA, PACIENTES DE BULIMIA.

LOCACIÓN: GRUPO DE COMEDORES ANÓNIMOS (CENTRO DE SALUD).

DÍA 12

FECHA: 19 DE AGOSTO DE 2002.

HORARIO: 17: 30 PM A 18: 30 PM.

ENTREVISTA: BRENDA, PACIENTE BULÍMICA.

LOCACIÓN: CASA DE BRENDA.

DÍA 13

FECHA: 29 DE SEPTIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 15: 30 PM A 16: 30 PM.

GRABACIÓN: ASPECTOS DE PERSONAS COMIENDO Y CAMINANDO.

LOCACIÓN: ZÓCALO CAPITALINO.

DÍA 14

FECHA: 15 DE OCTUBRE DE 2002.

HORARIO: 19: 00 PM A 21: 00 PM.

ENTREVISTA: CITLALLI, PACIENTE DE ANOREXIA.

LOCACIÓN: GRUPO COMEDORES ANÓNIMOS.

DÍA 15

FECHA: 23 DE OCTUBRE DE 2002.

HORARIO: 17: 00 PM A 21: 00 PM.

GRABACIÓN: CARTONEO DE PRODUCTOS LIGHT Y DIFERENTES
IMÁGENES DE REVISTAS, FOLLETOS, POSTALES, ETC.

LOCACIÓN: ESTUDIO DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

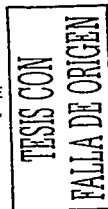
DÍA 16

FECHA: 25 DE OCTUBRE DE 2002.

HORARIO: 15: 00 PM A 20: 00 PM.

GRABACIÓN: LAURA CRUZ Y PAOLA SAGAHÓN REALIZAN RECREACIÓN DE
CHICA REGAÑÁNDOSE POR CÓMO SE VE DE "GORDA" ANTE EL ESPEJO,
VOMITANDO Y DÁNDOSE ATRACÓN.

LOCACIÓN: BAÑO DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS.



Día 17

FECHA: 26 DE OCTUBRE DE 2002.

HORARIO: 13: 00 PM A 22: 00 PM.

CORTE A COMER DE 17: 00 PM A 18: 00 PM.

SELECCIONAMOS LO MÁS IMPORTANTE DE LAS DIFERENTES ENTREVISTAS PARA ARMAR EL GUIÓN.

SE COMENZO CON LA CALIFICACION DEL MATERIAL V8.

LUGAR: CASA DE AZUCENA VALADEZ.

Día 18

FECHA: 27 DE OCTUBRE DE 2002 – 28 DE OCTUBRE DE 2002.

HORARIO: 12: 00 PM A 11: 00 AM.

CORTE A COMER DE 16: 00 PM A 17: 00 PM.

CON TODA LA INFORMACIÓN YA BIEN SELECCIONADA, SE PROCEDIÓ A ACOMODARLA PARA VER COMO IBA A QUEDAR EL ORDEN DE LAS ENTREVISTAS Y TESTIMONIOS. PARA TENER UNA IDEA DE COMO QUEDARIA EL GUIÓN.

SE PROSIGUIÓ CON LA CALIFICACION DEL MATERIAL V8, TANTO DE LAS ENTREVISTAS A LOS ESPECIALISTAS, COMO DE LOS TESTIMONIOS DE LAS PACIENTES Y LOS DIFERENTES ASPECTOS QUE SE IBAN A OCUPAR EN EL VIDEO REPORTAJE.

LUGAR: CASA DE AZUCENA VALADEZ.

Día 19

FECHA: 4 DE NOVIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 13: 00 PM A 22: 00 PM.

GRABACIÓN: GRABAR COMERCIALES DE LA TELEVISIÓN EN VHS.

LUGAR: CASA DE AZUCENA VALADEZ, Y CASA DE ALEJANDRO SÁNCHEZ.

Día 20

FECHA: 5 DE NOVIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 13 PM A 22: 00 PM.

GRABACIÓN: GRABACION DE COMERCIALES DE LA TELEVISIÓN.

LUGAR: CASA DE AZUCENA VALADEZ, Y CASA DE ALEJANDRO SÁNCHEZ.

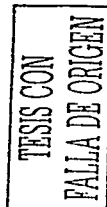
Día 21

FECHA: 8 DE NOVIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 18: 30 PM A 21: 45 PM.

TRANSFER DE LOS CASSETTES V8 A BETACAM. (DE 18 CASEETTES DE V8 SE REALIZÓ EL TRANSFER DE 11 CASSETTES).

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.



DÍA 22**FECHA:** 11 DE NOVIEMBRE DE 2002.**HORARIO:** 11: 00 AM A 15: 00 PM.**CORTE A COMER:** 15: 00 PM A 16: 00 PM.**GRABACIÓN:** REALIZAR CON LAURA CRUZ LAS RECREACIONES DE CHICA TENIENDO FRIOS EN PLENO SOL, PEINÁNDOSE EN EL BAÑO, SENTADA EN EL COMEDOR ELIMINANDO ALIMENTOS, PREPARANDO LAXANTE, LLENANDO UNA CUBETA CON TABIQUES, EN LA RECAMARA HABLANDO CON UN OSO DE PELUCHE; QUE IRÍAN EN EL VIDEO REPORTAJE, PARA ILUSTRAR LO QUE DICEN LAS PACIENTES BULÍMICAS Y ANOREXICAS.**HORARIO:** 16: 00 PM A 17: 30 PM.

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN DE LAS IMÁGENES QUE SE GRABARÓN CON LAURA CRUZ Y ELEGIR LAS MEJORES TOMAS.

LUGAR: CASA DE ALEJANRO SÁNCHEZ.**DÍA 23****FECHA:** 12 DE NOVIEMBRE DE 2002.**HORARIO:** 11: 00 AM A 13: 00 PM.**GRABACIÓN:** LAURA CRUZ TERMINA DE REALIZAR LAS RECREACIONES QUE FALTABAN, SE REPITE LA DE LA CUBETA CON TABIQUES.**HORARIO:** 13: 00 PM A 14: 00 PM.

REVISIÓN Y CALIFICACIÓN DEL MATERIAL RECIENTE GRABADO.

HORARIO: 14: 00 PM A 15: 00 PM.**CORTE PARA COMER****LOCACIÓN:** CASA DE ALEJANDRO SÁNCHEZ.**HORARIO:** 15: 30 PM A 18: 30 PM

TRANSFER DE LOS CASSETTES V8 AL BETACAM, DEL NÚMERO 11 AL 18.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.**DÍA 24****FECHA:** 15 DE NOVIEMBRE DE 2002.**HORARIO:** 13: 00 PM A 21: 00 PM.

CALIFICACIÓN DEL TRANSFER QUE HICIMOS DE LOS V8 AL BETACAM Y QUE PARA PODER CALIFICARLO LO PASAMOS A VHS PARA SACAR LOS TIEMPOS EXACTOS DE LOS QUE VAMOS A OCUPAR EN EL VIDEOREPORTAJE.

LUGAR: CASA DE AZUCENA VALADEZ.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DÍA 25

FECHA: 21 DE NOVIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 15: 30 PM A 18: 00 PM.

VOLVER A REALIZAR EL TRANSFER DE CASSETTES V8. SÓLO ALGUNOS FRAGMENTOS DE LOS NÚMEROS 2, 10, 11 Y 12, YA QUE NO TIENEN BUEN AUDIO Y ALGUNOS FRAGMENTOS EN DONDE NO SE REALIZÓ EL TRANSFER, ADEMÁS DE DEBATIR EL COLOR DE LOS SUPERS.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

DÍA 26

FECHA: 25 DE NOVIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 16: 00 PM A 18: 00 PM.

COMENZAMOS CON LA EDICIÓN DEL VIDEO Y SE ADELANTARÓN DOS PÁGINAS DEL GUIÓN, SOLAMENTE SE ESTÁ EDITANDO EL ORDEN DE LOS ENTREVISTADOS, CON SUPERS.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

DÍA 27

FECHA: 26 DE NOVIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 16: 00 PM A 18: 00 PM.

SE CONTINUÓ CON LA EDICIÓN DEL VIDEO, SE AVANZÓ DE LA PÁGINA DOS A LA SIETE.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

DÍA 28

FECHA: 6 DE DICIEMBRE DE 2002.

HORARIO: 18: 00 PM A 21: 45 PM.

SE TERMINÓ CON LA EDICIÓN DEL PROGRAMA SE HIZO EL DOBLAJE DE VOZ CON AZUCENA VALADEZ, DE LA RECREACIÓN QUE VA AL INICIO DEL PROGRAMA.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

DÍA 29

FECHA: 13 DE ENERO DE 2003.

HORARIO: 15: 30 PM A 18: 00 PM.

HACER CORRECCIONES AL PROGRAMA, COMO: QUITAR EL FRICEO, CORREGIR LOS NIVELES DE AUDIO, HACER BACKS O SUBTÍTULOS.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DÍA 30**FECHA:** 15 DE ENERO DE 2003.**HORARIO:** 17: 00 PM A 21: 00 PM.

VOLVER A INICIAR EL VIDEO REPORTAJE, PARA QUE QUEDE SIN FRICEO, SE INSERTEN LOS SUBTÍTULOS Y SE CORRIJA EL NIVEL DEL AUDIO. SE AVANZÓ HASTA LA PÁGINA CUATRO DEL GUIÓN, DONDE ESTÁ EL BACK DE CONDUCTAS PURGATIVAS Y CONSECUENCIAS FÍSICAS.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.**DÍA 31****FECHA:** 17 DE ENERO DE 2003.**HORARIO:** 15: 30 PM A 18: 00 PM.

SE CONTINUÓ CON LA EDICIÓN Y SE AVANZÓ DE LA PÁGINA CINCO A LA OCHO DONDE ESTÁ EL SUBTÍTULO DE FAMILIA Y SOCIEDAD. ¿GENERADORES DE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA?

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.**DÍA 32****FECHA:** 29 DE ENERO DE 2003.**HORARIO:** 15: 30 PM A 21: 00 PM.

SE TERMINÓ DE EDITAR, PERO SÓLO ES EL ORDEN DE LOS ENTREVISTADOS. SE HICIERÓN LAS DIRECCIONES DE LAS CLÍNICAS, PERO HICIERÓN FALTA DOS INTERVENCIONES DEL DR. ALFREDO ZÚNIGA Y POR EL MOMENTO SE COPIARON DEL VHS.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.**DÍA 33****FECHA:** 31 DE ENERO DE 2003.**HORARIO:** 18 00 PM A 21: 30 PM.

SE HIZO EL TRANSFER DEL V8 AL BETACAM DE LAS DOS INTERVENCIONES QUE FALTABAN DEL DR. ALFREDO ZÚNIGA Y QUE SE HABÍAN COPIADO DEL VHS. FRAGMENTOS DE LA TERAPIA DE GRUPO CON LA DRA. MARUZA CASTILLO Y LOS LOGOTIPOS DE LAS CLÍNICAS DISANA Y EATING DISORDERS MÉXICO. SE COMENZÓ A ILUSTRAR EL PROGRAMA Y AVANZAMOS HASTA LA PÁGINA 6 DE LA GUIÓN.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DÍA 34

FECHA: 4 DE FEBRERO DE 2003.

HORARIO: 18: 00 PM A 21: 00 PM.

SE CONTINUÓ ILUSTRANDO EL VIDEO. SE AVANZÓ DE LA PÁGINA SEIS A LA QUINCE DEL GUIÓN.

LUGAR: TALLER E TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

DÍA 35

FECHA: 6 DE FEBRERO DE 2003.

HORARIO: 18: 00 PM A 21: 30 PM.

SE CONTINUÓ CON LA EDICIÓN DE LAS IMÁGENES QUE ILUSTRAN EL VIDEO REPORTAJE. DE LA PÁGINA QUINCE A LA VEINTIDÓS DEL GUIÓN.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

DÍA 36

FECHA: 17 DE FEBRERO DE 2003.

HORARIO: 15: 30 PM A 21: 00 PM.

SE TERMINARON DE EDITAR TODAS LAS IMÁGENES QUE SE IBAN A OCUPAR PARA ILUSTRAR EL PROGRAMA. SE HICIERON CRÉDITOS Y SE MUSICALIZÓ

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

DÍA 37

FECHA: 18 DE FEBRERO DE 2003.

HORARIO: 15: 45 PM A 20: 45 PM.

SE CAMBIÓ LA MÚSICA DE LOS BACKS DE FAMILIA Y SOCIEDAD Y EL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN. SE INTRODUCIERON LOS RUIDOS INCIDENTALES DE LA PRIMER DRAMATIZACIÓN Y DEL TÍTULO. SE INSERTARON LOS SUPERS Y SE HICIERON DOS COPIAS DEL PROGRAMA.

LUGAR: TALLER DE TELEVISIÓN DE LA ENEP ARAGÓN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BREAK DOWN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BREAK DOWN

ESCENAS	INT.	EXT.	ESCENOGRAFÍA	PERSONAJES	VESTUARIO	EQUIPO	FECHA	UTILERIA
18, 24, 44	Día Consultorio.		Escritorio, silla, planta.	Nutrióloga Ivonne Andrade	Blusa, suéter, pantalón, zapatos	2 cámaras 2 baterías para las cámaras 2 alimentadores de energía elé ctrica para las cámaras 2 tripies 2 a 4 cassettes de 8 mm. 2 micrófonos tipo lavalier 2 audifonos Iluminación natural del consultorio.	29 de Noviembre de 2001	Lápices, plumas, carpeta con hojas.
7, 11, 14, 19, 27, 32, 39, 42, 48	Día Consultorio.		Escritorio, computadora, silla, reconocimientos.	Dr. Alfredo Zúñiga	Camisa, corbata, pantalón, zapatos.	2 cámaras 2 baterías para las cámaras 2 alimentadores de energía	13 de Febrero de 2002	Adornos en el escritorio, lápices, plumas, hojas.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

						eléctrica para las cámaras 2 tripies 2 a 4 cassettes de 8 mm. 2 micrófonos tipo lavalier 2 audifonos Iluminación natural del consultorio		
28	Día Consultorio.		Escritorio, silla, tablas nutricionales.	Nutrióloga Karla Arellano	Blusa, saco, pantalón, zapatillas.	2 cámaras 2 baterías para las cámaras 2 alimentadores de energía eléctrica para las cámaras 2 tripies 2 a 4 cassettes de 8 mm. 2 micrófonos tipo lavalier 2 audifonos Iluminación natural del consultorio	15 de Febrero de 2002	Lápices, plumas, hojas, lapicero, objetos de adorno en escritorio.
28	Día		Escritorio, sillas,	Nutrióloga	La Nutrióloga	2 cámaras	19 de	Pluma,

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

	Consultorio	ventana con persianas cerradas, balcena, tablas nutricionales	Karla Arellano con la paciente Lorena	viste blusa color anaranjado, pantalón café, zapatillas. La paciente Lorena viste blusa ajustada, pantalón y tenis.	2 baterías para las cámaras 2 alimentadores de energía eléctrica para las cámaras 2 tripies 2 a 4 cassettes de 8 mm. 2 micrófonos tipo lavalier 2 audífonos Iluminación natural del consultorio	Febrero de 2002	carpeta con hojas, libreta, cinta métrica, medidor de grasa, diario de la alimentación, hoja de siluetas de personas, objetos de adorno en escritorio.
9 y 34	Día Consultorio	Escritorio, silla, cuadro colgado en la pared, librero.	Dra. Magdalena Juárez	Vestido floreado, zapatillas.	2 cámaras 2 baterías para las cámaras 2 alimentadores de energía eléctrica para las cámaras 2 tripies 2 a 4 cassettes de 8 mm. 2 micrófonos	19 de Marzo de 2002	Hojas, lápices, plumas, caballo de adorno en librero, libros, y otros objetos de adorno.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS FUE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

3, 5, 16, 29, 36, 41, 49	Día Consultorio	Escritorio, silla, cuadro colgado en la pared, librero.	Dra. Maruza Castillo	Blusa, saco, pantalón, zapatillas.	<p>tipo lavalier 2 audifonos Iluminación natural del consultorio.</p> <p>2 cámaras 2 baterías para las cámaras 2 alimentadores de energía eléctrica para las cámaras 2 tripies 2 a 4 cassettes de 8 mm 2 micrófonos tipo lavalier 2 audifonos Iluminación natural del consultorio.</p>	19 de Marzo de 2002	Lapicero, plumas, lápices, hojas, caballo en librero, libros.
29	Día Consultorio.	Sillas, sillón, ventana, cuadro colgado en la pared.	Dra. Maruza Castillo, pacientes: Roxana, Lorena, Laura, Norma, Karina	La Dra. Maruza castillo, viste blusa roja, pantalón negro y zapatillas. Las	<p>2 cámaras 2 baterías para las cámaras 2 alimentadores de energía eléctrica para</p>	27 de Junio de 2002	

					pacientes visten ropa sencilla como pantalones, blusas, playeras, sudaderas, y zapatos o tenis.	las cámaras 2 tripies 2 a 4 cassettes de 8 mm. 2 micrófonos tipo lavalier 2 audífonos iluminación natural del consultorio.		
9	Día Gimnasio.	Espejos, diversos aparatos para hacer ejercicios, bascula.	Chica x	Ropa deportiva y tenis.	1 cámara 1 batería para la cámara 1 tripie 1 cassette de 8 mm. Iluminación natural de gimnasio.	17 de Julio de 2002		
2, 12, 22, 31, 40, 46	Día Habitación del grupo de C. A.	Mesa y silla.	Sofía	Blusa, pantalón, botas, broche en el cabello.	1 cámara 1 batería para la cámara 1 a 2 cassettes de 8 mm. Iluminación natural de la habitación.	12 de Agosto de 2002	Mantel para la mesa.	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

10, 13, 15, 17, 35, 43, 45	Día Habitación del grupo de C. A.		Mesa y silla	Brenda	Suéter, pantalón de mezclilla, y zapatos	1 cámara 1 batería para la cámara 1 a 2 cassettes de 8 mm Iluminación natural de la habitación.	12 de Agosto de 2002	Mantel para la mesa.
6, 20, 26, 38	Día Casa.		Ventana con cortina.	Brenda	Blusa, pantalón y zapatos.	1 cámara 1 batería para la cámara 1 a 2 cassettes de 8 mm. Iluminación natural de la casa.	19 de Agosto de 2002	Cortina.
4		Día Zócalo capila- lino.	Gente caminando y comiendo, puestos ambulantes de vendiendo comida, hot dog, nieves, tacos, etc.	Chica y chico x	Ella viste blusa, pantalón de mezclilla y zapatos, él viste con playera, pantalón e mezclilla y zapatos.	1 cámara 1 batería para la cámara 1 a 2 cassettes de 8 mm. Iluminación natural de día.	29 de Septiembre de 2002	
8, 21, 23.	Día		Cuadros colgados	Cittalli	Blusa ligera,	1 cámara	15 de	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

25, 30, 33, 37, 47	Habitación del grupo de C. A.	en la pared, silla, planta		pantalón y zapatillas	1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para la cámara 1 a 2 cassettes de 8 mm. Iluminación natural de la habitación	Octubre de 2002	
1, 20	Día Cuarto de baño.	Cuarto de baño con espejo, tasa de baño, lavabo y papelero.	Laura	Pantalón, playera ligera, tenis.	1 cámara, 1 tripie 1 cassette de 8 mm. Iluminación natural del cuarto de baño.	25 de Octubre de 2002	Cepillo y pasta dental.
6	Día Cuarto de baño.	Cuarto de baño con espejo, tasa de baño, lavabo y papelero.	Laura	Pantalón de mezclilla, sudadera y tenis.	1 cámara 1 tripie 1 cassette de 8 mm. Iluminación natural de baño.	25 de Octubre de 2002	
6	Día Habitación.	Habitación con sillones.	Laura	Pantalón de mezclilla,	1 cámara 1 tripie	25 de Octubre de	Varias golosinas

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

					sudadera. tenis.	1 cassette de 8 mm. Iluminación natural de la habitación	2002	como: pastelillos, botanas, frituras, galletas.
2	Día Comedor.		Comedor, vitrina.	Laura	Sudadera, pantalón y zapatos.	1 cámara 1 trípode 1 a 2 cassettes de 8 mm 1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para la cámara Iluminación natural del comedor.	11 de Noviembre de 2002	Pan, tortillero, caja de cereal, plato, cuchara, bote de leche.
17	Día Comedor.		Comedor.	Laura	Playera o sudadera, pantalón y tenis.	1 cámara 1 trípode 1 a 2 cassettes de 8 mm. 1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para	11 de Noviembre de 2002	Vaso con agua, cuchara, sobre de laxante.

TESTIS CON
 FALLA DE ORIGEN

						la cámara iluminación natural del comedor.		
2	Día Cuarto de baño.	Cuarto de baño, espejo y lavabo.	Laura	Blusa pegada y de tiranitos, pantalón de mezclilla y tenis	1 cámara 1 tripie 1 a 2 cassettes de 8 mm. 1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para la cámara Iluminación de cuarto de baño con luz prendida.	11 de Noviembre de 2002		
21 y 27	Día Cuarto de baño.	Espejo, lavabo.	Laura	Blusa, pantalón y zapatos	1 cámara 1 tripie 1 a 2 cassettes de 8 mm. 1 batería para la cámara 1 alimentador	11 de Noviembre de 2002	Cepillo para el cabello.	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

						de energía eléctrica para la cámara Iluminación de cuarto de baño con la luz prendida.		
15 y 30	Día Recámara.		Cama.	Laura	Camisón de dormir, pantalón, calcetines.	1 cámara 1 tripie 1 a 2 cassettes de 8 mm. 1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para la cámara Iluminación natura de recámara	11 de Noviembre de 2002	Oso de pelucha, colcha.
27		Día Patio de casa.	Plantas.	Laura	Sudadera, chamarra, pantalón y tenis.	1 cámara 1 tripie 1 a 2 cassettes de 8 mm. 1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para	11 de Noviembre de 2002	

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

						la cámara Iluminación natural del día		
8	Día Sala.		Sillones, mueble para la T. V.	Laura	Sudadera, pantalón y tenis	1 cámara 1 tripe 1 a 2 cassettes de 8 mm. 1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para la cámara Iluminación natural de la sala.	12 de Noviembre de 2002	Cubela, tabiques.
8		Día Patio de casa.	Patio y zaguán.	Laura	Sudadera, pantalón y tenis.	1 cámara 1 tripe 1 a 2 cassettes de 8 mm 1 batería para la cámara 1 alimentador de energía eléctrica para la cámara Iluminación natural del día.	12 de Noviembre de 2002	Cubela, tabiques.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ESCALETA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALETA

1. Barras cromáticas.
2. F. I. Entra a cuadro el escudo de la UNAM F. O
3. F. I. Dramatización de una joven que se regaña mientras se mira en el espejo y después vomita F. O
4. F. I. Título del video reportaje Bulimia y Anorexia: en busca del cuerpo perfecto. F. O.
5. F. I. Entra Sofía, paciente de bulimia F. O
6. F. I. Aparece la Dra. Maruza Castillo psicoterapeuta de la clínica Disana, explicando los trastornos de la alimentación y la anorexia.
7. Slade de derecha a izquierda Entra Citlalli, paciente de anorexia. F. O.
8. F. I. Dra. Maruza Castillo, explicando la bulimia. Corte directo a:
9. Brenda, paciente de bulimia, platica de los atracones que tenía. F. O.
10. Back: Características y síntomas depresivos de la bulimia y la anorexia.
11. F. I. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De clínica Eating Disorders México.
12. Slade de derecha a izquierda. Citlalli, paciente de anorexia, platica de ejercicio excesivo que hacia, para bajar de peso.
13. Slade de izquierda a derecha Dra Magdalena Juárez, coordinadora de la Clínica Disana, explica lo que hacen las personas que hacen las personas que padecen de bulimia y anorexia, para bajar de peso.
14. Slade de derecha a izquierda. Brenda, platica del aislamiento que tuvo a causa de la bulimia. Corte directo a:
15. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De la Clínica Eating Disorders, explica los estados depresivos que tienen las personas que padecen de bulimia y anorexia. F. O.
16. F. I. Sofía, paciente de bulimia, platica que ella ya no quería vivir. Corte directo a:
17. Brenda, paciente de bulimia, también platica que ya no quería estar viva. Corte directo a:
18. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De Clínica Eating Disorders, explica los problemas de actitud que conlleva la bulimia ya la anorexia. Corte directo a:
19. Brenda, paciente de bulimia, nos platica de las depresiones que tuvo.
20. Slade de izquierda a derecha. Dra. Maruza Castillo, psicoterapeuta de la Clínica Disana, explica la falta de control que tienen éstas pacientes sobre sus emociones. F. O.
21. Back: Conductas purgativas y consecuencias físicas.
22. F. I. Brenda, paciente bulímica, nos platica que se laxaba y purgaba para bajar de peso. Corte directo a:
23. Ivonne Andrade, Nutriologa de la Clínica Disana, nos explica qué y cómo funcionan los purgantes y diuréticos. Corte directo a:
24. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De Clínica Eating Disorders, nos explica de los daños que causan la bulimia y la anorexia. Corte directo a:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25. Brenda, paciente de bulimia, nos platica las consecuencias que tuvo por la bulimia. Corte directo a:
26. Citlalli, paciente de anorexia, también nos platica de las consecuencias físicas que tuvo a causa de la anorexia. Corte directo a:
27. Sofía, paciente de bulimia, nos platica de los desgastes físicos que tuvo a causa de la bulimia. Corte directo a:
28. Citlalli, paciente de anorexia, nos platica de las secuelas que aun tiene por la anorexia. Corte directo a:
29. Ivonne Andrade, Nutriologa de la Clínica Disana, nos habla de los daños físicos. Corte directo a:
30. Citlalli, paciente de anorexia, nos comenta los daños físicos que le dejó la anorexia. Corte directo a:
31. Brenda, paciente de bulimia, nos dice los daños físicos que le dejó la bulimia. Corte directo a:
32. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De Clínica Eating Disorders, nos habla de las complicaciones que puede causar la bulimia y la anorexia. F. O.
33. Back: Tratamientos especializados para la rehabilitación.
34. F. I. Karla Arellano, Nutriologa de la Clínica Eating Disorders, nos dice en qué consiste el tratamiento. Corte directo a:
35. Dra. Maruza Castillo, psicoterapeuta de Clínica Disana, nos sigue hablando del tratamiento que tienen las pacientes. Corte directo a:
36. Citlalli, paciente de anorexia, recuerda cuando estuvo en el psiquiátrico. Corte directo a:
37. Sofía, paciente de bulimia, nos habla de la terapia grupal que toma actualmente. F. O.
38. Back: Familia y sociedad ¿generadores de la bulimia y la anorexia?
39. F. I. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De Clínica Eating Disorder, nos dice el pael que juega la familia, en dichas enfermedades
40. Slade de derecha a izquierda Citlalli, paciente de anorexia, nos platica de cómo toma la familia la noticia de saber que padece de anorexia. F. O.
41. F. I. Dra. Magdalena Juárez, coordinadora de la Clínica Disana, nos habla del ideal estético de las mujeres.
42. Slade de izquierda a derecha Brenda, paciente de bulimia, comenta que desde niña nunca se sintió aceptada por su familia. Corte directo a:
43. Dra. Maruza Castillo, psicoterapeuta de Clínica Disana, nos habla de que la imagen corporal se forma desde la infancia y que la familia produce a que se desarrollen, ya sea bulimia o anorexia
44. Slade de derecha a izquierda Citlalli, paciente de anorexia, nos dice cómo era la situación en su familia. Corte directo a:
45. Brenda, paciente de bulimia, nos comenta que son muchas cosas las que influyen para desarrollar éstas enfermedades. F. O.
46. Back: La cultura de la delgadez a través de los medos masivos de comunicación.
47. F. I. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De Clínica Disana, nos habla de la influencia que han tenido los medios de comunicación para el desarrollo de bulimia y anorexia. Corte directo a:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

48. Sofía, paciente de bulimia, comenta cómo se vislumbra de gorda y fea desde niña. Corte directo a:
49. Dra. Maruza Castillo, psicoterapeuta de clínica Disana, nos habla de los productos que se anuncian en la TV para adelgazar. Corte directo a:
50. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De Eating Disorders, también nos comenta de la gran campaña de venta de productos para bajar de peso. Corte directo a:
51. Brenda, paciente de bulimia, habla del bombardeo que hay en los medios de comunicación para bajar de peso. Corte directo a:
52. Ivonne Andrade, Nutrióloga de la Clínica Disana, nos opina a cerca de la influencia que tienen los medios de comunicación para que se fomenten éstas enfermedades. F. O.
53. Back: Advertencias y sugerencia
54. F. I. Brenda, paciente de bulimia, le aconseja a las chicas para que no caigan en éstas enfermedades. F. O.
55. F. I. Sofía, paciente de bulimia, también da su consejo, para no caer en dichas enfermedades. F. O.
56. F. I. Citlalli, paciente de anorexia, nos dice que ya se acepta. F. O.
57. F. I. Dr. Alfredo Zúñiga, Dir. De clínica Eating Disorders, nos explica el índice de mortandad de los trastornos alimenticios y en qué tipo de gente se presentan. F. O.
58. F. I. Dra. Maruza Castillo, psicoterapeuta de la Clínica Disana, nos sugiere a aprender a comer y así mantener un peso adecuado. F. O.
59. F. I. Aparece a cuadro una imagen de una mujer gorda y un pequeño pensamiento. F. O.
60. F. I. Direcciones de las diversas clínicas especializadas en los trastornos alimenticios. F. O.
61. F. I. Créditos y agradecimientos. F. O.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUIÓN LITERARIO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUIÓN LITERARIO

El video reportaje llevará por título "Bulimia y Anorexia En Busca Del Cuerpo Perfecto", y será dividido en siete partes con la finalidad de dar al espectador un planteamiento entendible, donde se de a conocer la información necesaria para ubicar a los entrevistados y hacer entendibles sus comentarios acerca del tema de la bulimia y la anorexia como trastornos de la alimentación. Para ello, cada entrevistado contará con un súper que describa cuál es su función y su nombre. La manera como se dará la continuidad al reportaje es a través de una yuxtaposición de ideas de las partes, a esto nos referimos a los entrevistados en donde aparecerá primero la versión de las pacientes y enseguida la versión de los especialistas. Y para pasar de una sección a otra se emplearan Backs que sirvan de puentes para dar pausas y continuidad al programa. Además de musicalizar y agregar stock en algunos casos para reforzar las ideas.

En la primera parte se realizará una dramatización de una joven que se encuentra en un baño y se mira al espejo reprochándose lo gorda que está y ante tal situación, decide inclinarse a vomitar en el inodoro. Después de esta breve introducción aparece el título del video reportaje y enseguida entra una entrevista con una paciente bulímica de nombre Sofía quien dará su punto de vista acerca de lo que es la bulimia, para que después entre la Dra. Maruza Castillo, psicoterapeuta de la clínica DISANA, quien se encargará de dar el término médico de los trastornos de la alimentación y de la anorexia, para que después de entrada a Citlali, quien es una paciente anoréxica del grupo de Comedores Anónimos y opinará al respecto. Enseguida volverá a cuadro la Dra. Maruza Castillo que dará la definición médica de la bulimia y después aparecerá a cuadro Brenda, que es una paciente bulímica y complementará lo dicho anteriormente.

Para pasar a la segunda parte se utilizará un Back que lleve por título: Características y síntomas de la bulimia y la anorexia. En donde se expondrán las posibles causas que originan estas enfermedades con el aporte de la opinión del Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica de Eating Disorders México y de las entrevistadas que aparecieron anteriormente.

En la tercera parte aparecerá a cuadro un Back que lleve por título: Conductas purgativas y consecuencias físicas. Para explicar a detalle cuáles son los daños que se puede provocar una persona si emplea cualquier técnica purgativa, aparecerá a cuadro la nutrióloga Ivonne Andrade de la clínica DISANA. En esta parte se verá apoyada por el Dr. Alfredo Zúñiga y por las pacientes bulímicas y anoréxicas que han aparecido anteriormente.

En la cuarta parte se utilizará un Back, con el título de: Tratamientos especializados para la rehabilitación. La nutrióloga Karla Arellano de la clínica Eating Disorders México, explicará que se debe de hacer durante el tratamiento, cuál es el trato que se le debe dar a la paciente y cuáles son las técnicas que se emplean para iniciar una rehabilitación para contrarrestar la

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

bulimia y la anorexia. Para reforzar estas ideas, se contará con la participación de la Dra. Maruza Castillo y de de las pacientes bulímicas y anoréxicas.

En la quinta parte se empleará de nueva cuenta un Back, con el título de: Familia y Sociedad ¿generadores de la bulimia y la anorexia? Para explicar el cómo reacciona la familia, la Dra. Magdalena Juárez de la clínica DISANA, expondrá el perfil del ideal estético de las mujeres de hoy en día y del cómo afecta tanto a la paciente, como a la familia. Además de verse apoyada por los demás especialistas y por las opiniones de las pacientes entrevistadas.

En la sexta parte aparecerá un Back con el título: La cultura de la delgadez a través de los Medios Masivos de Comunicación. Se hablará acerca de la influencia que pueden generar los medios de comunicación para fomentar este tipo de trastornos alimenticios, como lo son la bulimia y la anorexia. Para ello, se reforzará esta parte con material de stock en las intervenciones de los especialistas y de las pacientes, además de musicalizar algunas partes con el fin de mantener al espectador en el clímax del video reportaje.

La séptima parte será la última y a manera de final se incluirá un Back, con el título de Advertencias y sugerencias. Con el fin de sensibilizar al espectador acerca de la problemática de la bulimia y la anorexia. Además, de dar una conclusión final cada uno de los entrevistados, ya sean estos especialistas o pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUIÓN TÉCNICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUIÓN TÉCNICO

VIDEO	AUDIO
<p>BARRAS CROMATICAS</p> <p>FADE IN:</p> <p>ENTRADA INSTITUCIONAL CON EL ESCUDO DE LA UNAM Y LAS TORRES DE ARAGON</p> <p>FADE OUT.</p> <p>FADE IN:</p> <p>Sec. 1 <u>BAÑO PÚBLICO, INT. DÍA.</u> LAURA, ATRACTIVA JOVEN DE 23 AÑOS, MIRA SU ASPECTO FÍSICO FRENTE AL ESPEJO.</p> <p>FADE OUT.</p> <p>FADE IN:</p> <p>ENTRA BACK CON EL TÍTULO DEL PROGRAMA, BULIMIA Y ANOREXIA: EN BUSCA DEL CUERPO PERFECTO.</p> <p>FADE OUT.</p> <p>FADE IN:</p> <p>Sec. 2 <u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A. INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DE SOFIA. PACIENTE BULÍMICA DE ESPALDAS EN O. S.</p>	<p>LAURA: Otra vez, otra maldita vez, no podías controlarte, acabas de subir dos kilos esta semana, estás hecha una cerda ¡vete!, no sé, no sé qué voy hacer, tengo que pensar algo, tengo que, que hacer algo, ¡no puedo seguir subiendo de peso! Las dietas ya no funcionan No sé, no sé ¡ve! Tengo que pensar algo. ¡tengo que hacerlo!</p> <p>ENTRA TEMA MUSICAL UNO Y BAJA A FONDO, HASTA DESAPARECER.</p> <p>SOFÍA: Yo siempre en el espejo aparecía como una mujer gordísima.</p>

TESTS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>FADE OUT.</p>	<p>ehh, pues fueron muchísimas cosas yo siempre me sentía mal, yo lloraba! porque no podía bajar de peso, lloraba porque a pesar de la bulimia, del ejercicio de que pues me abstenia de comer pan, me abstenia de comer tortilla, no, no veía ningún resultado yo me seguía viendo exactamente igual, la gente me decía que estaba más delgada, yo había bajado mucho de peso, yo nunca lo note, yo siempre me vi exactamente igual delante del espejo llegue a golpearme por esa, por ese coraje y resentimiento conmigo misma por no poder bajar de peso.</p>
<p>FADE IN:</p>	<p>DRA. MARUZA CASTILLO: Un trastorno del comer es un trastorno psicológico que va a tener varios niveles de eehhh, de profundidad digamos, lemas profundo sería el trastorno psicológico que se va a centrar en una deformación de la imagen corporal.</p>
<p><u>CONSULTORIO DE LA DRA. MARUZA EN LA CLÍNICA DISANA INT. DIA. ENTRA SUPER DE LA DRA. MARUZA CASTILLO NÁJERA EN M. S.</u></p>	<p>DRA. MARUZA CASTILLO. La anorexia que quiere decir sin hambre no comer aunque la paciente siempre tiene hambre, por supuesto, pero tiene mucho más miedo a engordar que hambre, entonces se va quitando alimentos y va enfilcando, va reduciendo su manera de comer, también hacen ejercicio excesivo y tiene por supuesto el trastorno en la imagen corporal.</p>
<p>FLASH A: DRA. MARUZA CASTILLO NÁJERA EN M. S.</p>	
<p>ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE DERECHA A IZQUIERDA CON EL WIPE A:</p>	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A INT. DÍA.

ENTRA SUPER DE CITLALLI. PACIENTE ANORÉXICA EN M. S.

CORTE A:

V. C. STOCK DE IMÁGENES DEL PROGRAMA CÍRCULO ROJO. CON SUPER DE CRESTOMATIA

FADE OUT.

FADE IN:

CONSULTORIO DE LA DRA. MARUZA CASTILLO EN LA CLÍNICA DISANA INT. DÍA.

ENTRA SUPER DE LA DRA. MARUZA CASTILLO NAJERA EN M. S.

CORTE DIRECTO A:

HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A INT. DÍA.

ENTRA SUPER DE BRENDA. PACIENTE BULÍMICA EN O. S.

CORTE DIRECTO A:

DRAMATIZACIÓN DE UNA CHICA DÁNDOSE UN ATARCÓN. CON SUPER DE RECREACIÓN.

CITLALLI: A los 15 años empecé a hacer ejercicio, empecé a hacer dietas, empecé hacer una sola comida al día, empecé, este, a castigarme.

Yo nada mas me complacia con vertos comer, porque yo sentia que ellos se comian lo que yo en realidad deseaba comerme, porque ahí salía mi mentira de que no tenia hambre, porque siempre negué que quería comer, cuando en realidad si quería comer.

DRA. MARUZA CASTILLO: Después estaría la bulimia que quiere decir hambre de toro, hambre de buey, esta está caracterizada por episodios que van de un atracón muy fuerte y después una conducta compensatoria, que puede ser vómito, uso de laxantes, ayunos, ejercicio excesivo, diuréticos, etc.

BRENDA: En muchas ocasiones yo esos atracones los tenia a escondidas o igual era subirme a mi cuarto a lo mejor comprar muchas cosas en la tienda, no, no saber ni qué comprar o sea la cosa era llenarme, comprar muchísimas cosas este, en la tienda y en

Mi cuarto tener esos grandes atascamientos. Me sentia muy culpable a la vez por estar tirando la comida, sin

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>FADE OUT.</p> <p>ENTRA BACK CON EL TÍTULO DE: CARACTERÍSTICAS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS DE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA.</p> <p>FADE IN:</p> <p>Sec. 3 <u>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO ZÚÑIGA EN EATING DISORDERS INT. DÍA.</u></p> <p>ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZÚÑIGA EN B. C. U.</p>	<p>embargo fue más mi deseo de, de querer adelgazar.</p> <p>ENTRA TEMA MUSICAL DOS Y BAJA A FONDO, HASTA DESAPARECER.</p> <p>DR. ALFREDO ZÚÑIGA: Son personas que suelen aislarse y suelen aislarse porque no quieren que la gente les comente o que les diga o que les recuerde que están comiendo muy poco dejan de ir a lugares donde va haber comida por temor a que les van a ofrecer algo que ellos no comen les va a dar pena y empiezan aislarse y desde luego empiezan aparecer síntomas depresivos muy importantes.</p>
<p>ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE DERECHA A IZQUIERDA CON EL WIPE A:</p> <p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A INT. DÍA.</u></p>	
<p>ENTRA SUPER DE CITLALLI, PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.</p>	<p>CITLALLI: Yo me acuerdo que incluso me sali de la escuela porque mi preocupación mayor era bajar de peso, yo ya no quería salir a la calle porque me veía muy gorda.</p>
<p>FLASH A: LA MISMA PACIENTE</p>	<p>Porque yo sentía cómo engordaba, porque sentía como subía cada día más y más de peso, estaba aislada en mi casa</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>DISOLVENCIA A:</p> <p>DRAMATIZACIÓN CON LAURA, ACOSTÁNDOSE EN EL PISO CON UNA CUBETA DE TABIQUES EN EL ESTÓMAGO. CON SUPER DE RECREACIÓN</p>	<p>En una de esas ocasiones me llegue a acostar en el piso y dije bueno si no pude bajar de peso con el ejercicio va a tener que ser con tabiques, me puse tabiques en el estómago ehh, yo me acuerdo que tome una cubeta y le puse mucho, muchos, muchos tabiques en, en la cubeta para que según yo me aplanaran el estómago, pero yo sentía que realmente me iban hacer quemar la grasa cuando los tenía puestos yo decía los tengo que aguantar, o sea tengo que resistir aunque pese mucho yo los tengo que resistir.</p>
<p>ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE IZQUIERDA A DERECHA CON EL WIPE A:</p>	
<p><u>CONSULTORIO DE LA DR. MAGDALENA JUÁREZ DE LA CLÍNICA DISANA INT. DÍA</u> ENTRA SUPER DE LA DRA. MAGDALENA JUÁREZ EN M. S.</p>	<p>DRA. MAGDALENA JUÁREZ: Comienzan como algo normal o sea la persona primero cree que lo que quiere es cuidarse físicamente entonces comienzan</p>
<p>CORTE A: UNA CHICA HACIENDO EJERCICIO EN EL GIMNASIO.</p>	<p>Haciendo ejercicio o comienzan haciendo una dieta pero esto progresivamente se va ehhh, exagerando y además ya ni la dieta es la normal para la persona ni la cantidad de ejercicio tampoco lo es ni el hecho de que la preocupación por la comida y la delgadez los vaya aislando socialmente.</p>
<p>ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE DERECHA A IZQUIERDA CON EL WIPE A:</p>	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C A INT DÍA.</u> ENTRA SUPER DE BRENDA, PACIENTE BULÍMICA EN O. S.</p>	<p>BRENDA: El aislamiento que, que yo tuve, porque si antes me sentía aislada, después fue más, o sea más porque como no quería que me... que gente exterior se diera cuenta de lo que yo hacia pues la única forma era encerrarme en mi casa ¿no? O sea, vivir para vomitar, o vomitar para querer morir.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO ZÚNIGA EN EATING DISORDERS INT DÍA.</u> ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZÚNIGA EN M. S.</p>	<p>DR. ALFREDO ZÚNIGA: Va haciendo que las emociones se vean más afectadas al grado tal que puede llevar a estado depresivo tan importantes</p>
<p>DISOLVENCIA A: IMÁGENES DE CHICAS ANORÉXICAS</p>	<p>Que las personas cometan suicidio, un suicidio lento como el dejar de comer y morir por desnutrición o un suicidio rápido.</p>
<p>FADE OUT. FADE IN:</p>	
<p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C A INT DÍA.</u> ENTRA SUPER DE SOFÍA. PACIENTE BULÍMICA DE ESPALDAS EN O. S.</p>	<p>SOFÍA: Porque yo decía pues me puedo llegar a morir pero me voy a morir delgada, sin saber que pues si esta enfermedad me iba, me iba a llevar a la muerte.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C A INT DÍA.</u> ENTRA SUPER DE BRENDA, PACIENTE BULÍMICA EN O. S.</p>	<p>BRENDA: Siempre paso por mi mente eehh la idea de no vivir, yo me levantaba con la idea de no, o sea, con la esperanza de que yo ya no estuviera viva.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE DIRECTO A:</p>	
<p><u>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO ZÚÑIGA EN EATING DISORDERS INT. DIA</u> ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZÚÑIGA EN M. S.</p>	<p>DR. ALFREDO ZÚÑIGA: Las personas que padecen de estas enfermedades sufren mucho.</p>
<p>CORTE A: IMÁGENES DE PACIENTES ANORÉXICAS</p>	<p>Yo pienso que una persona que tiene la capacidad de dejar de sufrir lo haría inmediatamente y que si estas personas no dejan de sufrir no es porque no quieran sino porque no pueden y creo que es ahí en donde está ehh... la enfermedad, no es un problema de actitud es una enfermedad que como muchas otras requieren de un tratamiento y de ayuda.</p>
<p>CORTE DIRECTO A:</p>	
<p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C.A INT DIA</u> ENTRA SUPER DE BRENDA, PACIENTE BULÍMICA EN O. S.</p>	<p>BRENDA: Parte de esas depresiones fuertes que yo tuve fue no querer ni siquiera bañarme, o sea ni siquiera, me daba pavor el encontrarme en un baño desnuda y ver un cuerpo obeso aunque en ese tiempo yo no lo estaba, pero me daba de todas maneras pavor el desnudarme y</p>
<p>DISOLVENCIA A:</p>	
<p>V. C. STOCK DE TV UNAM, DE UNA ANIMACIÓN POR COMPUTADORA DE LA FALSA PERCEPCIÓN DEL CUERPO.</p>	<p>Verme ehh, obesa, o sea, ehhh... era un sufrimiento muy fuerte a veces no pude en ocasiones no pude levantarme ni siquiera de la cama, que, que tenía esas, este fuertes depresiones, que tenía una pesadez en mi cuerpo y bueno pues ahora también de lo que es poquito que he escuchado sé que estuve en una depresión muy fuerte.</p>
<p>ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE IZQUIERDA A DERECHA CON EL WIPE A:</p>	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CONSULTORIO DE LA DRA. MARUZA CASTILLO EN LA CLÍNICA DISANA INT DIA

ENTRA SUPER DE LA DRA. MARUZA CASTILLO NÁJERA EN M. S.

FADE OUT.

ENTRA BACK CON EL TÍTULO DE CONDUCTAS PURGATIVAS Y CONSECUENCIAS FÍSICAS.

FADE IN:

Sec. 4

HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C A INT DIA

ENTRA SUPER DE BRENDA, PACIENTE BULÍMICA EN O. S.

CORTE A:

V. C. STOCK

DE TV UNAM, CON IMÁGENES DE DIURÉTICOS CON SUPER DE CRESTOMATIA.

CORTE DIRECTO A:

CONSULTORIO DE LA NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE DE LA CLÍNICA DISANA INT DIA

ENTRA SUPER DE LA NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE EN M. S.

DRA. MARUZA CASTILLO: En la mente no están procesando adecuadamente lo que tendrían que ir haciendo para tener una conducta normal, entonces lo que no pueden aceptar psicológicamente, como por ejemplo, ehh, que no aceptan, su depresión, sus tristezas lo meten en la comida.

ENTRA TEMA MUSICAL TRES Y BAJA A FONDO HASTA DESAPARECER.

BRENDA: Tuve que recurrir a los laxantes, yo por mucho tiempo vomite y me laxé, use diuréticos naturales como era el agua de jamaica muy concentrada, eh, de esos que también te vendían que era también para hacer del baño

Pastillas, e infinidad de laxantes. En cuanto a las pastillas también me las comía todas, todas me las tomaba y pues también obviamente pues mi cuerpo desalojaba.

NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE: Los diuréticos son unos fármacos que lo que hacen es actuar a nivel de riñón provocando una micción frecuente, lo que van a provocar es que el paciente

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE A: <u>V. C. STOCK</u> DE UNA ANIMACIÓN DE UN APARATO DIGESTIVO.</p>	<p>pierda agua. Hay pérdida muy importante de... de potasio que es lo que te conduce a problemas de arritmias cardíacas y puede provocar la muerte. Ahora en los laxantes también se pierde agua, pero estos activan a nivel de intestino grueso y... bueno, la paciente cree que así va a perder peso y lo que realmente esta perdiendo es agua porque el intestino delgado es donde se absorben los nutrimentos.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO ZÚÑIGA EN EATING DISORDERS. INT DÍA.</u> ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZÚÑIGA EN M. C. U.</p>	<p>DR. ALFREDO ZÚÑIGA: Especialmente a largo plazo las personas que vomitan con frecuencia dañan toda la dentadura, existe un desequilibrio en las sales corporales que pueden causar desde cansancio extremo hasta congestión hasta arritmias cardíacas, ¡calambres!, esto es importante los músculos se ven muy afectados por los cambios en las sales corporales y recordemos que el corazón es un músculo que también podría caer en un paro cardíaco entonces creo que hay una gran gama de efectos o consecuencias de estas enfermedades por lo cual es muy importante detectarlas a tiempo.</p>
<p>CORTE A: <u>V. C. STOCK</u> A IMÁGENES DE PACIENTES ANORÉXICAS.</p>	<p>BRENDA: Ya no pude dejar de vomitar y, y yo recuerdo que era diario, a veces hasta cinco veces al día, los malestares físicos eran para mí muy fuertes, se me empezó a resecar mucho la piel, ehhh, esos dolores de garganta, sentí mucho, lo que fue dolor de garganta, mareos.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>HABITACIÓN DE BRENDA INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DE BRENDA. PACIENTE BULÍMICA EN M. S.</p>	<p>BRENDA: Ya no pude dejar de vomitar y, y yo recuerdo que era diario, a veces hasta cinco veces al día, los malestares físicos eran para mí muy fuertes, se me empezó a resecar mucho la piel, ehhh, esos dolores de garganta, sentí mucho, lo que fue dolor de garganta, mareos.</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

	<p>depresiones muy fuertes, ganas de no querer vivir, diario de pararme con esas ganas de decir hoy no voy a vomitar, sin embargo era, más ese miedo a subir de peso que de vomitar, a pesar de que, de que sentía esos malestares muy fuertes.</p>
<p>CORTE A: V. C. STOCK DE COMERCIAL DE OCEANICA.</p>	<p>Yo sentí como mi corazón llegaba a latir cada vez más despacio, como más cansado, así como el reflejo de todo mi cuerpo.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A. INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DE CITLALLI, PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.</p>	<p>CITLALLI: Me quedaba con muchísimo cabellos en las manos.</p>
<p>DISOLVENCIA A: DRAMATIZACIÓN DE UNA CHICA QUE SE QUEDA CON MUCHOS CABELLOS EN SU MANO.</p>	<p>Aparte de que estaba ya muy maltratado muy reseco por lo mismo, ehh, yo me acuerdo que mi piel en ese momento ya se veía amarillenta, bueno que es el color que tengo ahora actualmente amarillo y bueno se me empezó a ver mi piel amarillenta, me empezaron a crecer los bellitos de los brazos, empecé a sufrir de muchos cansancios, empecé a tener dolores de huesos, empezaba, empezaba, bueno empezaba a sentir que todo, o sea, que todo, que todo lo que hacía me causaba muchísimo agotamiento.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A. INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DE SOFÍA, PACIENTE BULÍMICA DE ESPALDAS EN O. S.</p>	
	<p>SOFÍA: Los desgastes físicos la pérdida de pelo, el dolor de dientes, o sea, todo eso ya se estaba presentando, ehh, nunca llegue a vomitar con sangre, más que una vez que estaba vomitando, este, como que se me atoró parte de la quijada, no sé me dio fue un dolor intenso y mucho miedo.</p>
<p>CORTE DIRECTO A:</p>	

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A INT. DÍA</u> ENTRA SUPER DE CITLALLI, PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.</p>	<p>CITLALLI: Todavía tengo muchas molestias por mi regla, me canso muchísimo por lo mismo, todavía cuando subo las escaleras de los puentes me agoto, me dan taquicardias, porque varias veces llegué a tener varios dolores en el brazo, porque yo sentía que me iba a dar un infarto, por la falta de alimento y el esfuerzo de caminar sin alimentarme, todavía estoy, a veces todavía siento ese cansancio</p>
<p>CORTE A: IMAGEN DE UNA MODELO ANORÉXICA.</p>	<p>Incluso hasta mi cadera de tantas veces que me llegué a pegar en la pared, pues mi cadera me duele, a veces, todavía me sigue doliendo mi cadera, por todo lo que me hice.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>CONSULTORIO DE LA NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE DE LA CLÍNICA DISANA INT. DÍA</u> ENTRA SUPER DE LA NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE EN M. S.</p>	<p>NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE: El... daño bueno es, gastritis ruptura del conducto esofágico aja... eh... también caries dental principalmente por el contacto del ácido clorhídrico con... con el esmalte eh... son algunas de las alteraciones, sangrado del tubo digestivo y lógicamente bueno, con el vómito también se pierde potasio que es lo que te provoca es las arritmias y los paros cardiacos.</p>
<p>CORTE A: IMÁGENES DE PACIENTES ANORÉXICAS.</p>	<p>NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE: El... daño bueno es, gastritis ruptura del conducto esofágico aja... eh... también caries dental principalmente por el contacto del ácido clorhídrico con... con el esmalte eh... son algunas de las alteraciones, sangrado del tubo digestivo y lógicamente bueno, con el vómito también se pierde potasio que es lo que te provoca es las arritmias y los paros cardiacos.</p>
<p>CORTE DIRECTO A: <u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A INT. DÍA</u> ENTRA SUPER DE CITLALLI, PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.</p>	<p>CITLALLI: Padezco gastritis y la verdad es que si es molesto, o sea es molesto pero es algo que tengo que enfrentar el día de hoy que es parte de lo que me daña, tengo que enfrentar también que mi metabolismo pues quedó mal que</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>HABITACIÓN DE BRENDA. INT. DÍA</u> ENTRA SUPER DE BRENDA, PACIENTE BULÍMICA EN M. S.</p> <p>CORTE A: V. C. STOCK DE ANIMACIÓN DE UN ESTÓMAGO.</p> <p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO</u> <u>ZÚNIGA EN EATING DISORDERS. INT</u> <u>DÍA</u> ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZÚNIGA EN M. C. U.</p> <p>CORTE A:</p> <p>DRAMATIZACIÓN DE UNA CHICA TENIENDO FRÍO Y CAYENDOSELE EL CABELLO.</p> <p>CORTE A:</p> <p>IMÁGENES DE CHICAS ANORÉXICAS.</p> <p>FADE OUT.</p> <p>ENTRA BACK CON EL TÍTULO DE TRATAMIENTOS ESPECIALIZADOS PARA LA REHABILITACIÓN.</p> <p>FADE IN:</p>	<p>todo, o sea, que todo mi organismo se dañó, se dañó de tal manera que pues también cuando llegó a tener muchísimo trabajo, muchas cosas, me vuelve, me vuelve a dar colitis.</p> <p>BRENDA: Lo que es mi digestión si se dañó porque actualmente el yo comer carne, carne roja me causa conflicto para poderlo digerir, o sea,</p> <p>Yo tengo que comer como que cosas blanditas para, para poder obrar bien.</p> <p>DR. ALFREDO ZÚNIGA: La desnutrición por sí misma es una complicación bastante frecuente que lleva a que la persona empiecen a</p> <p>Tener fríos constantes aun cuando el clima es cálido se empieza a caer el cabello, se empieza a resecar la piel y empieza a ver cambios muy, muy importantes que puede</p> <p>En los casos muy complicados llevar hasta la muerte desgraciadamente mueren del 5 al 20% de las personas que sufren anorexia esto incluso a pesar de los tratamientos.</p> <p>ENTRA FONDO MUSICAL CUATRO Y BAJA A SEGUNDO PLANO HASTA DESAPARECER.</p>
--	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>Sec. 5 <u>CONSULTORIO DE LA NUTRIÓLOGA</u> <u>KARLA ARELLANO DE EATING</u> <u>DISORDERS INT DIA</u> ENTRA SUPER DE LA NUTRIÓLOGA KARLA ARELLANO EN M. C. U.</p> <p>ENTRA DISOLVENCIA A:</p> <p>LA MISMA NUTRIÓLOGA EN UNA CONSULTA, CON UNA PACIENTE.</p> <p>CORTE A: IMÁGENES DE LA NUTRIÓLOGA PESANDO A LA PACIENTE.</p> <p>CORTE A: IMÁGENES DE LA NUTRIÓLOGA MIDIENDO EL CUERPO DE LA PACIENTE.</p>	<p>NUTRIÓLOGA KARLA ARELLANO: El tratamiento a parte de que es lo emocional, que es la parte emocional, va a la mano de la parte nutricional.</p> <p>Les hago un cuestionario sus hábitos, cuántas veces comen, cómo les fue, cómo, si tienen algún miedo, qué alimentos no comen por, por miedo, por ejemplo, en el caso de la bulimia si tienen atracones, me platican sus atracones cuántas veces al día comen, cuántas veces, este, hacen ejercicio.</p> <p>Entonces ya cuando platicamos me platicaron todo lo que hicieron y eso, este.... has de cuenta que, este, ya las peso les digo que se quiten los zapatos y si traen suéter, chamarra, todo lo pesado, porque luego... luego son muy... tienen mucha mentira, entonces traen dos pantalones, este, chamarras, suéteres, entonces le hago que se quite todo eso, que se quede con lo más ligerito y después de ahí, este, las peso, siempre las peso de espaldas nunca las peso de frente, ellas no pueden ver su peso.</p> <p>Yo decido a quién si le digo el peso o a quién no, o sea, yo se lo, yo lo decido y después las mido les mido la complexión les mido la grasa, les mido la... entonces este, y les mido todo, todo, este, con una cinta les mido.</p> <p>Más que ver en su peso y fijarnos en sus medidas y en que si bajó o no bajó de paso, nos fijamos mucho en el control en las emociones que refleja en</p>
---	--

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

<p>DISOLVENCIA A:</p> <p>REGRESA A CUADRO LA NUTRIÓLOGA EN UN M. C. U.</p> <p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>CONSULTORIO DE LA DRA. MARUZA EN LA CLÍNICA DISANA. INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DE LA DRA. MARUZA CASTILLO NAJERA EN M. C. U.</p> <p>FLASH A: LA MISMA DRA.</p> <p>CORTE A: IMÁGENES DE UNA TERAPIA DE GRUPO CON LA MISMA DRA.</p> <p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A. INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DE CITLALLI, PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.</p> <p>FLASH A: LA MISMA PACIENTE.</p> <p>DISOLVENCIA A: DRAMATIZACIÓN DE UNA CHICA HABLANDO CON SU OSO DE PELUCHE.</p>	<p>los alimentos</p> <p>Que problemas tuvieron porque comieron, porque no comieron, entonces el tratamiento parte va muy, muy enfocado a lo emocional más que al peso.</p> <p>DRA. MARUZA CASTILLO: El tratamiento entra en cualquier momento</p> <p>Porque como va en grados podemos hacer desde un prevención con unas simples platicas de orientación a la familia, hasta un tratamiento ya mas profundo.</p> <p>Tratamientos grupales en los que puedan ya estar viendo "en vivo y a todo color" qué es lo que está pasando con otras personas que padecen el mismo mal que, que las pacientes, etc. ¿no?</p> <p>CITLALLI: Yo necesitaba hacer algo por mi vida pero definitivamente los médicos y los psiquiatras se derrotaron ante mí.</p> <p>Una de las cosas que yo recuerdo es que cuando yo entre al Fray Bernardino, también entre porque yo ya hablaba con mi, pues</p> <p>Yo hablaba con mi oso de peluche, yo tenía un oso de peluche con el que platicaba y yo veía cómo el oso de peluche yo le decía hay fijate que me siento sola, yo quisiera que vinieran, yo quisiera que me abrazaran, yo quisiera que me digan te quiero. yo quiero que</p>
--	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A. INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DE SOFÍA. PACIENTE BULÍMICA DE ESPALDAS EN O. S.</p> <p>CORTE A: V. C. <u>STOCK</u> A UNA TERAPIA DE GRUPO, DE LA PELÍCULA ANOREXIA.</p> <p>FADE OUT.</p> <p>ENTRA BACK CON EL TÍTULO DE FAMILIA Y SOCIEDAD. ¿GENERADORAS DE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA?</p> <p>FADE IN: Sec. 6 <u>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO ZUÑIGA EN EATING DISORDERS. INT. DÍA.</u> ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZUÑIGA EN M. S.</p>	<p>me reconozcan, yo no quiero sentirme así y yo me acuerdo que este, que mi oso de peluche me contestaba y me decía si Citlalli yo te quiero, si Citlalli tú no estás sola, si Citlalli yo siempre voy a estar contigo, nunca me voy a separar de ti, yo te quiero que nadie mas te quiera, yo te quiero mucho, yo me acuerdo que el osito me contestaba, y yo veía como el osito así, hasta como que movía su boquita y me contestaba.</p> <p>SOFÍA: Gracias a esta terapia grupal que yo tengo bueno pues he dejado de golpearme porque yo me golpeaba, me golpeaba mucho en el estómago y pues</p> <p>El día de hoy me siento mejor, empiezo a ver que la vida pues tiene muchísimas otras cosas más que el peso, que vivir pensando en el peso y arriesgar mi vida por, por ser delgada.</p> <p>ENTRA FONDO MUSICAL CINCO Y BAJA A FONDO HASTA DESAPARECER.</p> <p>DR. ALFREDO ZUÑIGA: La familia juega un papel muy importante en nuestras las enfermedades tanto para favorecerlas, perpetuarlas, o ayudar a la recuperación de una persona que padece un trastorno de la alimentación y encontramos familias de todo tipo, encontramos familias que muy</p>
---	---

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE A: V. C. STOCK DE UNA FAMILIA DE LA PELÍCULA ANOREXIA. CORTE A: V. C. STOCK DE UNA FAMILIA DE LA PELÍCULA ELISA ANTES DEL FIN DEL MUNDO.</p>	<p>claramente están consientes del problema y están dispuestos a ayudarlas en lo que sea necesario y</p> <p>Encontramos familias que por el otro lado se quieren desentender del problema aunque lo entiendan aunque lo conocen y lo aceptan</p>
<p>CORTE A: V. C. STOCK DE UNA FAMILIA DE LA PELÍCULA EN UN CLAROSCURO DE LA LUNA.</p>	<p>No es rara la familia que llegan y dicen ahí les dejo a mi hija por favor me la curan y cuando este bien me la regresan,</p>
<p>CORTE A: REGRESA A CUADRO EL DR. ALFREDO ZÚNIGA EN M. S.</p>	<p>Y hay otro tipo de familias en las que dicen no mi hija no tiene nada este una negación absoluta.</p>
<p>ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE DERECHA A IZQUIERDA CON EL WIPE A:</p>	
<p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A INT DIA</u> ENTRA SUPER DE CITLALLI, PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.</p>	<p>CITLALLI: A la familia le cuesta mucho trabajo aceptar que hay una, que hay en su familia alguien que esta enfermo y que padece de esto, es muy difícil, es muy difícil porque si yo con mucho trabajo lo acepto, pues mi familia con más esfuerzos.</p>
<p>FADE OUT. FADE IN:</p>	
<p><u>CONSULTORIO DE LA DRA. MAGDALENA JUÁREZ DE LA CLÍNICA DISANA INT DIA</u> ENTRA SUPER DE LA DRA. MAGDALENA JUÁREZ EN M. S.</p>	
<p>CORTE A: V. C. STOCK DE UNA MODELO. DE TV UNAM.</p>	<p>DRA. MAGDALENA JUÁREZ: En la actualidad un ideal estético de las mujeres</p> <p>Es la delgadez y no sólo estéticos.</p>

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CORTE A:
V. C. STOCK
 IMÁGENES DE UNA PASARELA DE
 MODAS.

ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE
 IZQUIERDA A DERECHA CON EL
 WIPE A:

HABITACIÓN DE BRENDA INT. DÍA.
 ENTRA SUPER DE BRENDA.
 PACIENTE BULÍMICA EN O. S.

CORTE A:
 IMÁGENES DE PROPAGANDA
 PUBLICITARIA PARA BAJAR DE
 PESO.

CORTE DIRECTO A:

CONSULTORIO DE LA DRA. MARUZA
 EN LA CLÍNICA DISANA INT. DÍA.
 ENTRA SUPER DE LA DRA. MARUZA
 CASTILLO NAJERA EN M. S.

FLASH A:
 LA MISMA DRA. EN M. S.

Sino que a la delgadez de una manera subliminal o escondida se le atribuyen otro tipo de, de cualidades como es la persona delgada no solo es bella, sino es virtuosa, controlada, pura, perfecta.

BRENDA: Desde niña yo nunca me sentí aceptada por lo que fue mi familia, entonces, siempre quise buscar a lo mejor lo, lo exterior y en lo exterior me pedían

Que fuera delgada, porque yo así lo sentía, hoy sé que no es cierto.

DRA. MARUZA CASTILLO: La imagen corporal se va formando desde la infancia con la mirada que la madre pone en el hijo es decir, si lo desea, si no lo desea, cómo lo mira, si lo ve bonito, si lo ve feo, lo ve gordo, lo ve flaco, etc.

Pero también una conducta familiar por ejemplo, las familias demasiado perfeccionistas, padre y madre demasiado perfeccionistas, que sobre exigen a los hijos calificaciones, que sean muy limpios, que estén siempre aseados, que siempre sean los mejores en todo, tienden a producir anorexia y bulimia, en un momento dado, por el perfección, perfeccionismo, que reina en ese hogar, en esa casa por ejemplo, las personas demasiado controladoras

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

<p>ENTRA BARRIDO HORIZONTAL DE DERECHA A IZQUIERDA CON EL WIPE A:</p> <p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C A INT DÍA</u> ENTRA SUPER DE CITLALLI, PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.</p> <p>FLSAH A: LA MISMA PACIENTE EN M. C. U.</p> <p>CORTE A: V. C. DE <u>STOCK</u> DE UNA FAMILIA DE LA PEÍCULA, ELISA ANTES DEL FIN DEL MUNDO.</p> <p>CORTE A: REGRESA A CUADRO LA MISMA PACIENTE EN M. C. U.</p> <p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>HABITACIÓN DE BRENDA INT DÍA</u> ENTRA SUPER DE BRENDA, PACIENTE BULÍMICA EN O. S.</p> <p>CORTE A: V. C. DE <u>STOCK</u> DE UNA FAMILIA DE LA PELÍCULA, ELISA ANTES DEL FIN DEL MUNDO.</p>	<p>también, padres o madres demasiado controladores, también tienden a potenciar o a producir este tipo de trastornos y por último la sociedad, la sociedad en la que vivimos, tiende a producir este tipo de problemas y de trastornos.</p> <p>CITLALLI: La situación de mi familia era muy, muy tensa realmente, era una familia muy rígida,</p> <p>Mi familia era muy difícil de expresar una emoción, en mi familia decir me duele, no sé, o sea,</p> <p>Me duele, o sea, me duele, me duele como me siento, o sea, me siento triste, o me duele hasta la cabeza, o sea, decir alguna expresión o, o algún sentimiento, por ejemplo esa rosa está bonita, era malo y mi familia todo eso era malo,</p> <p>En mi familia no había que expresar emociones porque era, era malo.</p> <p>BRENDA: Vengo de una familia disfuncional, pero también te puedo decir que ellos no son culpables de, de mi enfermedad, porque aun cuando,</p> <p>Cuando yo venga de un seno familiar que no es a lo mejor el idóneo, yo sé que yo ya venía mal, o sea, que esta enfermedad, este, pues implica muchas cosas, o sea, yo no creo que solamente sea tu familia.</p>
---	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE A: REGRESA A CUADRO LA MISMA PACIENTE EN M. C. U.</p> <p>FADE OUT.</p> <p>ENTRA BACK CON EL TÍTULO DE LA CULTURA DE LA DELGADEZ A TRAVÉS DE LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACIÓN.</p> <p>FADE IN:</p> <p>Sec. 7 <u>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO ZUÑIGA EN EATING DISORDERS INT DIA.</u> ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZUÑIGA EN M. S.</p>	<p>Que sea a lo mejor los medios de comunicación, o sea, son muchas cosas.</p> <p>ENTRA FONDO MUSICAL SEIS Y BAJA A FONDO HASTA DESAPARECER.</p> <p>DR. ALFREDO ZUÑIGA: Yo creo que en México han influenciado muchísimo los medios y definitivamente hemos entrado a una cultura de la delgadez muy importante.</p>
<p>CORTE A: IMAGENES DE REVISTAS DE DIETA.</p> <p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE C. A. INT. DIA.</u> ENTRA SUPER DE SOFÍA. PACIENTE BULÍMICA DE ESPALDAS EN O. S.</p> <p>CORTE DIRECTO A:</p> <p><u>CONSULTORIO DE LA DRA. MARUZA EN LA CLÍNICA DISANA. INT. DIA.</u> ENTRA SUPER DE LA DRA. MARUZA CASTILLO NAJERA EN M. S.</p>	<p>Basta ir a una tienda donde venden revistas y leer las portadas de las revistas, todas ellas tienen por lo menos un artículo que tenga que ver con la delgadez, con la dieta, con la baja de peso, con la figura, con como lucir mejor, etc.</p> <p>SOFÍA: Fui una niña que desde muy chica se vislumbro gorda y fea alrededor de las demás niñas o de las niñas que pasaban ya desde ese entonces en la tele.</p> <p>DRA. MARUZA CASTILLO: Vemos que en todo los programas de televisión</p>

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE A: V. C. DE STOCK DE COMERCIALES QUE ANUNCIAN PRODUCTOS PARA LA BAJA DE PESO.</p> <p>CORTE DIRECTO A:</p> <p>CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO ZUÑIGA EN EATING DISORDERS INT DIA. ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO ZUÑIGA EN M. S.</p>	<p>nocturnos los que se ven después de las doce de la noche, si tu le cambias a</p> <p>Todos los canales es eh, las pastillas para adelgazar, los ejercicios para adelgazar, el como quitarse kilos etc. Es de lo que está lleno en la televisión actualmente.</p> <p>DR. ALFREDO ZUÑIGA: Yo creo que existe una gran campaña de venta de productos para bajar de peso, para bajar de medidas, porque ahora compramos de todo,</p> <p>Que en realidad no tienen una utilidad y un valor real, si todas estas cosas sirvieran y funcionaran todo el mundo estuviera delgado y nadie tendría ningún problema.</p>
<p>CORTE DIRECTO A:</p> <p>HABITACIÓN DE BRENDA. INT. DÍA. ENTRA SUPER DE BRENDA. PACIENTE BULÍMICA EN O. S.</p>	<p>BRENDA: Somos presa muy fácil para, para todos esos bombardeos que hay en, en los medio de comunicación de que en todo y por todos lados es adelgaza, adelgaza. este, tienes éxito si adelgazas, todo lo puedes conseguir si adelgazas, este, la felicidad es adelgaza es adelgazando y pues hasta los comerciales ¿no?</p>
<p>CORTE A: V. C. DE STOCK DE IMÁGENES DE DIFERENTES COMERCIALES PARA BAJAR DE PESO.</p>	<p>Cualquier tipo de comercial, aun cuando no sea de comida siempre hay una mujer delgada y una mujer que no se parece a, a la mujer que somos a las mujeres mexicanas muy diferente y siempre ehhh, en mí siempre hubo esa, lucha por, por bajar, por ser aceptada</p>

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

<p>CORTE DIRECTO A: <u>CONSULTORIO DE LA NUTRIÓLOGA</u> <u>IVONNE ANDRADE DE LA CLÍNICA</u> <u>DISANA INT DÍA.</u></p>	<p>ante los demás.</p>
<p>ENTRA SUPER DE LA NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE EN M. S.</p>	<p>NUTRIÓLOGA IVONNE ANDRADE: Mucho tiene que ver los medios masivos de comunicación para que.... se presenten este tipo de trastornos</p>
<p>CORTE A: IMÁGENES FIJAS Y EN PANELO DE PRODUCTOS PARA BAJAR DE PESO, PRODUCTOS LIGTH Y MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR EL HAMBRE.</p>	<p>Porque están fomentando la cultura de la delgadez extrema aja, a toda costa el bombardeo publicitario es.... es grande para consumir infinidad de productos que.... no son 100% avalados ¿no?, ni están permitidos por la norma oficial mexicana para el control de peso, por ejemplo, y las pacientes, bueno, quieren tener el estereotipo de....</p>
<p>CORTE A: REGRESA A CUADRO LA NUTRIÓLOGA EN M. S.</p>	<p>Estas personas que salen en televisión o modelos en pasarelas.</p>
<p>FADE OUT.</p>	
<p>ENTRA BACK CON EL TÍTULO DE ADVERTENCIAS Y SUGERENCIAS.</p>	<p>ENTRA FONDO MUSICAL SIETE Y BAJA A FONDO HASTA DESAPARECER.</p>
<p>FADE IN:</p>	
<p>Sec. 8 <u>HABITACIÓN DE BRENDA INT DÍA.</u> ENTRA SUPER DE BRENDA, PACIENTE BULÍMICA EN O. S.</p>	<p>BRENDA: Que no hagan caso de, de toda esa porquería que, que se da en los medios de, de comunicación y no solamente en los medios de comunicación,</p>
<p>FLASH A: V. C. DE STOCK DE COMERCIAL DE LALA LIGTH.</p>	<p>Incluso con la misma familia, con las mismas amistades el, parece que el ser delgada es una.</p>
<p>CORTE A: REGRESA A CUADRO LA PACIENTE.</p>	<p>Es un requisito para, para ser aceptado.</p>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FADE OUT.

FADE IN:

HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE
C. A. INT. DÍA.

ENTRA SUPER DE SOFÍA. PACIENTE
BULÍMICA DE ESPALDAS EN O. S.

CORTE A:

V. C. DE STOCK
DE COMERCIALES DONDE
APARECEN CHICAS DELGADAS.

CORTE A:

REGRESA A CUADRO LA MISMA
PACIENTE.

FADE OUT.

FADE IN:

HABITACIÓN DE LA AGRUPACIÓN DE
C. A. INT. DÍA.

ENTRA SUPER DE CITLALLI,
PACIENTE ANORÉXICA EN M. C. U.

FADE OUT.

FADE IN:

CONSULTORIO DEL DR. ALFREDO
ZUÑIGA EN EATING DISORDERS. INT
DÍA.

ENTRA SUPER DEL DR. ALFREDO
ZUÑIGA EN B. C. U.

SOFÍA: Que los prototipos que pasan en la tele que pasan en las revistas, pues son totalmente distintos a los que son realmente o cómo es la mujer mexicana

Y que pues el día de hoy se que no me la va a dar ni un cuerpo perfecto ni estar completamente en los huesos como yo quería estar, o sea yo sé que no me lo va a dar ni que se vale poner en riesgo mi salud para poder llegar a,

A tener un cuerpo sano ¿no? O tener un cuerpo esbelto.

CITLALLI: Yo quisiera ser perfecta, no, o sea, como mi cuerpo perfecto, yo quisiera ser delgadísima no, así como, quería ser perfecta, el día de hoy entiendo que no soy perfecta, el día de hoy entiendo que soy un ser humano mas, que tengo muchas virtudes, que tengo muchos defectos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. ALFREDO ZUÑIGA: Los trastornos de la alimentación se consideran la enfermedad con más alta mortandad

<p>FLASH A: EL MISMO DR. EN B. C. U.</p> <p>CORTE A: IMÁGENES DE MODELOS ANORÉXICAS</p> <p>CORTE A: REGRESA A CUADRO EL DR. ALFREDO ZÚNIGA EN B. C. U.</p> <p>FADE OUT.</p> <p>FADE IN:</p> <p><u>CONSULTORIO DE LA DRA. MARUZA EN LA CLÍNICA DISANA. INT. DÍA.</u> <u>ENTRA SUPER DE LA DRA. MARUZA CASTILLO NAJERA EN M. S.</u></p> <p>FADE OUT.</p>	<p>dentro del campo de la salud mental específicamente hablando de la anorexia.</p> <p>La bulimia y la anorexia se presentan usualmente en gente joven, que en la mayor parte de las personas que sufren esto son mujeres</p> <p>Hablamos quizá de 10 mujeres por cada hombre que se enferma de un trastorno de la alimentación la edad promedio de presentación es alrededor de los 16-17 años, desgraciadamente cada vez vemos chicas más jóvenes, hemos tenido ya casos de anorexia muy graves en chicas, en niñas diría yo ya de 8-9 años y es muy difícil por otro lado que comience esta enfermedad después de los 25 años ¿no?</p> <p>Quizá menos del 5% comienzan después de los 25 o 30 años.</p> <div data-bbox="650 607 942 682" style="border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p> </div> <p>DRA. MARUZA CASTILLO: Entonces tendríamos que ir aceptando nuestro cuerpo tal como es, sin la necesidad de ser obesas, ni gordas, simplemente aprendiendo a combinar alimentos, aprendiendo una forma sana de vivir, haciendo un ejercicio moderado también, no excesivo, pero para, mantenernos saludables y mantenernos en un peso adecuado.</p>
--	---

<p>FADE IN:</p> <p>Sec. 9 ENTRA BARRIDO VERTICAL A PANTALLA DIVIDIDA DE UNA IMAGEN FIJA Y ENTRA UN BACK CON EL PENSAMIENTO: A DECIR VERDAD, LA CUESTIÓN NO ES CÓMO SER CURADO, SINO CÓMO VIVIR. DE JOSEPH CONRAD.</p> <p>BARRIDO (WIPE OFF) DE ESCENA.</p> <p>FADE OUT.</p> <p>ENTRA BACK CON EL TÍTULO: EN CASO DE AYUDA A DÓNDE ACUDIR.</p> <p>DISOLVENCIA A: ENTRA BACK CON LAS DIFERENTES DIRECCIONES DE LAS CLÍNICAS A DÓNDE SE PUEDE ACUDIR A PEDIR AYUDA.</p> <p>DISOLVENCIA A: ENTRA BACK DE CRÉDITOS Y AGRADECIMIENTOS.</p> <p>FADE OUT.</p>	<p>ENTRA TEMA MUSICAL OCHO Y SE MANTIENE EN PRIMER PLANO HASTA DESAPARECER.</p> <div data-bbox="572 790 862 866" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>TESIS CON FALLA DE ORIGEN</p> </div>
---	--

GUIÓN DE EDICIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GUIÓN DE EDICIÓN

CASSETTE	TIEMPO INICIAL	VIDEO	TIEMPO FINAL	TIEMPO PARCIAL
VHS #7	00:03:22	M. S. de Laura.	00:04:00	48"
Betacam 1	00:01:11:15	O. S. de Sofía paciente Bulímica de C. A.	00:01:51:00	50"
Betacam 1	00:18:01:23	M. S. de la Dra. Maruza Castillo, en su oficina.	00:18:17:04	16"
Betacam 1	00:18:39 :00	M. S. de la Dra. Maruza Castillo, en su oficina.	00:19:01:19	20"
Betacam 1	00:11:13:23	M. S. de Citlalli paciente Anoréxica de C. A.	00:11:21:22	8"
Betacam 1	00:12:55:20	M. S. de Citlalli paciente Anoréxica de C. A.	00:13:08:00	13"
Betacam 1	00:19:01 :23	M. S. de la Dra. Maruza Castillo, en su oficina.	00:19:19:26	18"
Betacam 2	00:40:22:20	M. C. U. de Brenda Paciente bulímica de C. A.	00:40:42:15	20"
Betacam 1	00:08:01:20	M. S. de Brenda paciente Bulímica de C. A.	00:08:09:11	8"
Betacam 1	00:28:24:04	C. U. del Dr. Alfredo Zúñiga de E. D. M.	00:28:51:04	27"
Betacam 1	00:12:21:01	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:12:28:06	7"
Betacam 1	00:13:18:00	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:13:52:02	30"
Betacam 1	00:24:36:28	M. C. U. de la Dra. Magdalena Juárez, en su oficina.	00:25:06:16	30"

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Betacam 1	00:06:38:20	O. S. de Brenda, paciente bulímica de C. A.	00:07:00:01	22"
Betacam 1	00:29:01:15	M. S. del Dr. Alfredo Zúñiga de E. D. M.	00:29:18:03	17"
Betacam 1	00:02:21:20	O. S. de Sofía, paciente bulímica del grupo C. A.	00:02:32:02	11"
Betacam 1	00:04:57:20	O. S. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:05:09:01	12"
Betacam 2	00:03:15:04	M. S. del Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica E. D.	00:03:37:15	22"
Betacam 1	00:07:11:00	O. S. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:07:54:00	43"
Betacam 1	00:19:31:10	M. S. de la Dra. Maruza Castillo, en su oficina.	00:09:48:16	17"
Betacam 1	00:04:15:00	O. S. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:04:44:24	29"
Betacam 1	00:25:51:20	M. S. de la Nutrióloga Ivonne Andrade.	00:26:03:15	12"
Betacam 1	00:26:08:13	M. S. de la Nutrióloga Ivonne Andrade.	00:26:35:18	27"
Betacam 2	00:07:15:18	M. C. U. del Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica E. D.	00:07:55:00	40"
Betacam 2	00:40:53:28	M. C. U. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:41:34:24	41"
Betacam 1	00:09:12:20	M. C. U. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:09:21:26	9"
Betacam 1	00:11:40:00	M. S. de Citalli, paciente anoréxica de C. A.	00:12:07:21	27"

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Betacam 1	00:02:38:20	O. S. de Sofia, paciente bulimica del grupo C. A	00:02:59:25	21"
Betacam 1	00:15:29:08	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:02:49:27	20"
Betacam 1	00:16:27:27	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:16:35:10	8"
Betacam 1	00:26:53:00	M. S. de la Nutrióloga Ivonne Andrade.	00:27:23:16	30"
Betacam 1	00:15:59:17	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:16:17:20	18"
Betacam 2	00:06:30:07	M. C. U. de él Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica E. D.	00:07:03:05	33"
Betacam 2	00:13:13:20	M. C. U. de la Nutrióloga Karla Arellano de E. D.	00:13:19:27	6"
Betacam 2	00:14:02:20	M. S. de la Nutrióloga Karla Arellano de E. D.	00:14:22:25	20"
Betacam 2	00:14:40:10	P. A. de la Nutrióloga Karla Arellano de E. D.	00:15:15:05	35"
Betacam 2	00:15:25:07	P. A. de la Nutrióloga Karla Arellano de E. D.	00:15:39:10	14"
Betacam 2	00:13:21:26	M. S. de la Nutrióloga Karla Arellano de E. D.	00:13:31:28	11"
Betacam 2	00:13:41:22	M. S. de la Nutrióloga Karla Arellano de E. D.	00:13:50:24	9"
Betacam 1	00:18:13:22	M. C. U. de la Dra. Maruza Castillo Nájera.	00:18:17:00	4"
Betacam 2	00:22:17:25	M. S. de la Dra. Maruza Castillo Nájera.	00:22:24:02	7"
Betacam 1	00:14:01:00	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:14:57:04	56"

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Betacam 1	00:02:02:00	O. S. de Sofía paciente Bulimica de C. A.	00:02:21:15	19"
Betacam 2	00:02:16:05	M. S. del Dr. Alfredo Zúñiga de E. D. M.	00:03:03:20	37"
Betacam 1	00:17:35:06	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:17:48:28	13"
Betacam 1	00:23:59:08	M. S. de la Dra. Magdalena Juárez.	00:24:24:12	25"
Betacam 1	00:06:12:19	O. S. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:06:28:10	16"
Betacam 1	00:18:17:20	M. S. de la Dra. Maruza Castillo Nájera.	00:18:29:29	12"
Betacam 1	00:20:49:20	M. S. de la Dra. Maruza Castillo Nájera.	00:21:29:27	40"
Betacam 1	00:16:49:05	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:16:53:14	4"
Betacam 1	00:17:03:09	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:17:24:08	21"
Betacam 1	00:10:01:13	M. C. U. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:10:28:16	27"
Betacam 1	00:16:32:18	M. C. U. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:16:45:11	13"
Betacam 2	00:43:03:05	M. S. del Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica E. D.	00:43:17:13	14"
Betacam 2	00:27:36:00	M. S. del Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica E. D.	00:27:51:02	15"
Betacam 1	00:03:09:20	O. S. de Sofía paciente Bulimica de C. A.	00:03:18:13	9"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Betacam 1	00:20:01:09	M. S. de la Dra. Maruza Castillo Nájera.	00:20:15:25	14"
Betacam 2	00:28:04:05	M. S. del Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica E. D.	00:28:25:21	21"
Betacam 1	00:05:19:24	O. S. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:06:02:27	43"
Betacam 1	00:27:34:10	M. S. de la Nutrióloga Ivonne Andrade.	00:28:14:20	40"
Betacam 1	00:10:39:07	O. S. de Brenda, paciente bulímica del grupo C. A.	00:10:59:02	20"
Betacam 1	00:03:31:02	O. S. de Sofía paciente Bulímica de C. A.	00:04:02:01	31"
Betacam 1	00:15:06:10	M. S. de Citlalli, paciente anoréxica de C. A.	00:15:18:15	12"
Betacam 2	00:05:14:14	C. U. del Dr. Alfredo Zúñiga de la clínica E. D.	00:05:56:11	42"
Betacam 1	00:20:26:00	M. S. de la Dra. Maruza Castillo Nájera.	00:20:42:05	16"
Betacam 3	00:08:58:00	Imagen fija de una postal que habla de la anorexia.	00:09:07:29	9"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

A manera de conclusión

En México, la anorexia y la bulimia son enfermedades que principalmente la padecen las mujeres jóvenes de entre los 11 y 25 años de edad. Quiénes presentan este tipo de trastornos alimenticios presentan episodios esporádicos de comer compulsivamente para enseguida purgarse, laxarse, utilizar diuréticos y realizar ejercicios de manera compulsiva.

Las pacientes que llegan a desarrollar bulimia o anorexia. Son personas que tienen una autoestima muy baja, por el entorno familiar en que se desarrollan y crecen. Las jovencitas que regularmente, provienen de familias disfuncionales, lo que hacen es refugiarse en la comida, como un escape de su realidad. Sin embargo, en la mayoría de las personas que desarrollan bulimia o anorexia, lo hacen para llamar la atención de las personas que las rodean y por las cuales quieren sentirse queridas.

En muchas de las ocasiones las pacientes no aceptan su enfermedad y rechazan todo tipo de ayuda que se les quiera brindar para su recuperación. Médicos y familiares del enfermo tratan desesperadamente de cambiarle la conducta alimentaria, sin comprender que cualquiera de estos padecimientos está directamente vinculado a la historia familiar y a la experiencia emocional personal. El proceso de recuperación de los involucrados se inicia cuando se conoce de forma objetiva la dimensión del problema.

Se habla de una imagen corporal ideal en cada cultura, y esta ha ido cambiando a lo largo de los años y ha hecho que de alguna forma se sienta una necesidad por tener una figura corporal específica. A la hora en que se juntan todas estas presiones sociales o culturales o mercadotécnicas, o de los medios o como queramos llamarlas con una serie de cuestiones emocionales personales es como se desarrolla la enfermedad, porque todos estamos expuestos a los medios y no todos nos conformamos con nuestro aspecto físico. Entonces se necesita de algo más, algo que proviene desde la personalidad de cada quien, de como maneja las cuestiones emocionales y es lo que va a dar el origen a este problema.

Actualmente, existen muchas presiones sociales y culturales, que crean un clima emocional que predispone a las mujeres al desarrollo de los trastornos alimenticios

Este tipo de exigencias y expectativas son alimentadas por los medios masivos de comunicación, en las cuales se nos muestran ejemplos de éxitos extraordinarios de mujeres delgadas. Sin embargo, todas estas exigencias y expectativas recaen sobre todo en la población femenil y que conlleva a que las mujeres se sientan

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

sumamente frágiles y vulnerables emocionalmente. Esas mujeres pueden decir a menudo que pueden encontrarse bien y manejar todo a la perfección, pero por dentro se sienten desesperadamente incompetentes e inseguras de sí mismas.

Los medios de comunicación nos han bombardeado con mensajes publicitarios de que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de ser una persona delgada. Estos continuos mensajes nos llevan a atribuirle a la esbeltez demasiada importancia, de hecho estudios recientes han señalado que la esbeltez es el aspecto más importante del atractivo físico en las mujeres. Por lo cual, el sobre peso conlleva numerosas connotaciones negativas, como el hecho que la persona con sobre peso es perezosa, descuidada, fea, etc., y consecuentemente nuestra sociedad alienta a las mujeres a bajar de peso a cualquier costo.

Por consecuencia, la presión para hacer dieta ha conducido a objetivos dietéticos más irreales y a métodos para adelgazar mas destructivos. Estos comportamientos incluyen excesos en la comida, purgas, vómitos, uso de laxantes, abuso de diuréticos, abuso de píldoras dietéticas, ejercicio exhaustivo y ayunos. Ante este fenómeno, se ha visto la proliferación de "clínicas profesionales" que prometen bajar de peso y se dicen ser certificadas ante la secretaria de salud, cuando en realidad no lo son.

El proceso ideal para obtener un cuerpo sano es mediante un programa cuidadoso y personalizado de los hábitos alimenticios. Nada de trucos, ni promesas, se trata simplemente de cobrar conciencia de que los hábitos alimenticios están relacionados con nuestra educación y que ésta es indispensable para gozar de un peso normal para toda la vida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO I

DIFERENCIAS ENTRE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A continuación se presenta una tabla que hace referencia a las diferencias existentes entre la bulimia nerviosa y la anorexia nerviosa.

DIFERENCIAS ENTRE LA BULIMIA Y LA ANOREXIA	
ANOREXIA	BULIMIA
<ul style="list-style-type: none"> • No hay conciencia de la enfermedad. • Se ve una progresiva pérdida de peso. • La persona se cree gorda, y la percepción del propio cuerpo no coincide con la realidad. • Son demasiado exigentes consigo mismas respecto al estudio, trabajo y hasta la forma de vestir. • Dejan de fomentar encuentros sociales y prefieren cada vez más quedarse en casa antes que salir con amigos. • Se rechazan los alimentos. • Comienza a cambiar el comportamiento. • Suele presentarse la caída del cabello, piel seca, baja presión arterial, sensación de frío, mareos y pérdida de la menstruación • No consulta al médico porque no se considera enferma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hay conciencia de la enfermedad, pero se oculta. • Generalmente no hay descenso notorio del peso. • Existe temor a engordar y culpa por comer excesivamente. • Tienen atracones: de repente los asalta una necesidad urgente de comer en forma descontrolada. • Suelen vomitar y hay un deterioro y pérdida de piezas dentarias. • Hay signos físicos que evidencian las conductas purgativas: lesiones en los dientes, esófago y estómago. • Hacen ayunos y practican actividad física en exceso. • Emplean diuréticos o laxantes. • Se sienten culpables por su comportamiento y su carácter tiende a ser desganado e irritable. • Cuando consigue superar la vergüenza consulta al médico.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO II

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO II

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

CARACTERÍSTICAS	ANOREXIA	BULIMIA
- Terror mórbido a engordar. - Distorsión de la imagen corporal. - Dificultades con la ingesta o la alimentación. - Problemas familiares. - Depresión. - Ansiedad.	Se manifiesta en ambas con diferencia de calidad y cantidad, según la gravedad del caso y la personalidad de base.	
- Necesidad de aprobación social.	Negada	Búsqueda
- Dificultades en el control del impulso.	Pánico a perder el control	Activo (se lleva a la práctica)
- Afectividad inestable.	Reprimida – supresión	Manifiesta inestabilidad
- Autoestima	Pseudocompensada	Baja
- Espontaneidad	Falta	Pseudoespontaneidad
- Sentido del humor	Malo	Inestable
- Tendencias autodestructivas	Negadas	Actuadas
- Dependencia / Independencia	Dependencia	Pseudodependencia por oposición
- Individuación.	Muy eficiente	Deficiente
- Eficacia y eficiencia	Sobrevalorada	Sensación de fracaso
- Prueba de realidad.	Deficiente	Alterada en menor grado
- Miedos y fobias.	Aprensión manifiesta	Temores negados
- Sobreexigencia.	Sobreadaptación	No sentirse capaces
- Problemas sexuales.	Reprimidos	Manifiestos
- Abusos sexuales.	Encubiertos, pasivos	Activos y manifiestos
- Tendencia al control excesivo.	Control llevado a límites extremos	Polarización control - descontrol

 TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO III

PLANILLAS DE AUTOMONITOREO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aquí se recapitulan algunas ideas importantes que ya se han expuesto para la superación del trastorno del comer. Los formularios, cuestionarios y ejercicios de esta sección van destinados a que se tome conciencia de lo que provocó, en principio, un trastorno de la alimentación.

ANEXO III**Planilla de auto monitoreo**

NOMBRE: /Nutricionista:.....
Semana del al de de 200...

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
*Atracones							
*Vómitos							
*Uso de laxantes							
Tipo de ejercicio físico							
+ Problemas para dormir							
Otros							
*Comidas "no dieta"							

(+) Poner sí/no

(*) Poner número en el casillero de cada día

En promedio, durante la última semana:

	Mejóro	Esta igual	Empeoró
Mi relación con mis padres			
Mi relación con mis hermanos			
Mi relación con mis amigos			
Mi estado de ánimo			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO IV

LA HOJA DE AUTORREGISTRO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO IV

La hoja de autorregistro dietético sirve para detectar los factores que precipitan sus conductas alimentarias, a tomar una mayor conciencia de lo que hace y de sus motivaciones. Es una herramienta de gran utilidad, si se utiliza correctamente. Anote con precisión todo lo que coma, (aun si es tan solo un bocado) y los sentimientos que afloran.

FECHA:			
HORA	Lugar	Cantidad que comió	Estado de ánimo anterior a la comida
EJEMPLO: 8 Horas	En casa	2 litros de helado	Depresiva, nerviosa

FECHA:			
Escala de hambre (1-4)	¿Lo considera un atracón?	¿Conducta compensatoria?	¿Cómo se siente después de este episodio?
EJEMPLO: 2	Si	Vomitó	Enfadada, depresiva

Si a pesar de todos sus esfuerzos, termina dándose un atracón, no lo dramatice. No es una catástrofe, tan solo es una recaída momentánea, que le ofrece a la vez, también una oportunidad para aprender sobre si misma. Relea su hoja de autorregistro dietético y su autorregistro de estrés y conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál fue, según usted, el factor desencadenante? (Circunstancias, influencias externas, sentimientos, etc.)
2. ¿Qué medidas de prevención puede tomar para que no vuelva a suceder?
3. ¿Cómo puede modificar sus actos la próxima vez para no quedar atrapada en el ciclo de control?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO V

AUTORREGISTRO DE ESTRÉS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO V**AUTORREGISTRO DE ESTRÉS**

El autorregistro de estrés es similar a la hoja de autorregistro dietético, solo que, en este caso, usted intentará determinar las causas de su ansiedad, miedo, irritabilidad o depresión. Para tener una clara idea de lo que "le esta fastidiando", anote lo que siente en el autorregistro: tensión, nerviosismo, inseguridad, dolor de estómago, dolor de cabeza. No olvide anotar con precisión su estado anímico en ese momento: ira, depresión, etc. Y qué tipo de técnicas usó para liberarse del estrés (medicación, baño caliente, técnicas de relajación grabadas, atracción, purga, etc.).

Fecha	Hora	¿Qué pasó antes?
Ejemplo. 8/8	16:00	Discuti con mi madre

Síntomas de estrés	Estado emocional	Técnicas utilizadas para liberarse
Nerviosa, insegura, mal del estómago.	Ansiosa, miedosa, con ira.	Traté de meditar pero terminé comiendo tres zanahorias a toda velocidad. Necesitaba masticar algo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO VI

DÓNDE BUSCAR AYUDA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO VI
DÓNDE BUSCAR AYUDA

A continuación se mencionan algunas de las instituciones públicas y privadas a las cuales es posible recurrir para consultas vinculadas con el tema de esta investigación.

CLÍNICA DISANA: Ohio No. 8, esquina Miguel Ángel de Quevedo, Coyoacán D.F., C. P. 04330. Tels. 5689 2600, 5689 2620 y 5689 2627.
E-mail: disanacentro@terra.com.mx

EATING DISORDERS MÉXICO: Paseo de las Palmas 751-1002, Lomas de Chapultepec, en la Ciudad de México, C. P. 11010. Teléfono: 5540 0493.
www.eatingdisorders.com.mx

Médica Sur: Puente de Piedra No. 150, Col. Toriello Guerra, D. F. Tel. 5424 7273

Hospital Ángeles del Pedregal: Camino a Sta. Teresa No. 1055, Col. Héroes de Padriana Tel 5499 5500

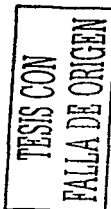
Instituto Nacional de Nutrición: Vasco de Quiroga No. 15, Del. Tlalpan, D. F. Tel. 5679 6141.

Instituto Nacional de Psiquiatría: Vasco de Quiroga No. 15 Del. Tlalpan, D. F. Clínica especializada en trastornos alimenticios. Tel. 5655 2811.

Centro Médico Siglo XXI: Del. Cuauhtémoc, D. F. Tel. 5627 6900.

Unidad de Psicología, UNAM: Av. Universidad No. 3000, Ciudad Universitaria D. F. Tel. 5623 2127.

Oficina Intergrupala de Comedores Anónimos: Fray Servando Tereza de Mier No. 840, Col. Jardín Balbuena, D. F. Tel. 5789 1754.



BIBLIOGRAFÍA

- Toro, Josep.** EL CUERPO COMO DELITO: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Ed. Ariel Ciencia. 1998 pp.356.
- Gáforo, Alejandra.** ANOREXIA Y BULIMIA: Todo lo que necesitas saber sobre los trastornos de la alimentación. Ed. Norma, 2001. pp. 165.
- Dr. W. Barnhill, John y Taylor, Nadine.** SI CREES QUE TIENES TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION. Ed. Robin Book, España 2000. pp.220.
- T. Sherman, Roberta.** BULIMIA una guía para familiares y amigos Ed. Trillas, México 1999 pp. 155.
- Crispo, Rosina, Figueroa, Eduardo y Guelar, Diana.** ANOREXIA Y BULIMIA lo que hay que saber. Ed. Gedisa, Barcelona España, 1998. pp. 215.
- Malsion, Helen.** THE THIN WOMAN Feminism post-structuralism and the social psychology of anorexia nervosa. Ed. Routledge London and New York. 1998. pp.224.
- Carbonel, Juana Carlos.** ANOREXIA Y BULIMIA Ed. El obelisco SA, Buenos Aires Argentina, 1996. pp. 255.
- Shelly, Rosemary.** ANOREXIA: Guía para pacientes, familiares y terapeutas Ed. Trillas, México, febrero 2000. pp.215.
- Cruz, Abel.** ANOREXIA un tratamiento naturista Ed. SELECTOR, México, agosto 2001. pp.196.
- Cruz, Abel.** BULIMIA un tratamiento naturista Ed. SELECTOR, México, septiembre 2001. pp.172.
- Buckroyd, Julia.** Anorexia y Bulimia Ed. Martínez Roca, S.A., Barcelona, España, 1997. pp.125.
- Selvini, Palazzoli, M.** MUCHACHAS ANOREXICAS Y BULÍMICAS. Terapia familiar Ed. Paidós España 1999 pp.237.
- Beck, A. Freeman, A.** TERAPIA COGNITIVA DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Ed. Paidós, 1995.
- Burns, D.** SENTIRSE BIEN Ed. Paidós, 1994.
- Caballo, V.** (dir); MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS VOL. I, Ed. Siglo XXI, 1997.
- Cervera, M.** RIESGO Y PREVENCIÓN DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA. Ed. Martínez Roca, 1996.
- Cervera, S. y Quintanilla, B.** ANOREXIA NERVIOSA. MANIFESTACIONES PSICOPATOLÓGICAS FUNDAMENTALES. Ed. Eunsal, 1995.
- Chinchilla, A.** GUÍA TEÓRICO-PRACTICA DE LOS TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA NERVIOSA. Ed. Masson, 1995.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Chinchilla, A. Calvo, R.; Rodríguez, B. y Zamarrón, I. ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS.

Ed. Ergon. 1994.

Raich, R. ANOREXIA Y BULIMIA: TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Ed. Pirámide, 1994.

Saldaña, C. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO.

Ed. Fundación Universidad-Empresa, 1994.

Toro, J. y Vilardell, E. ANOREXIA NERVIOSA

Ed. Martínez Roca, 1987.

Turon, V.; TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN Ed. Masson, 1997.

Vandereycken, W.; Castro, J. y Vanderlinden, J.; ANOREXIA Y BULIMIA. La familia en su génesis y tratamiento. Ed. Martínez Roca, 1991.

DIRECCIONES DE INTERNET

www.inegi.gob.mx/

www.iztacala.unam.mx/dip/uiicselab_nutricion.html

www.anagrama.com/

www.cmhpcuba.com.mx/page154.html

www.adicciones.org.mx/

www.cimac.org.mx/noticias/01012707.html

www.oceanica.com.mx/

www.inmujer.df.gob.mx/secciones/salauad/articulos/nov2201.html

www.ssa.gob.mx/

www.centroderehabilitacion.com.mx/

www.tsi.com.mx/cij/index.htm

www.redes.ilce.ede.mx/redescolar/foros/demo0060.html

www.avalon.com.mx

www.something_fishy.org

HEMEROGRÁFICAS

REFORMA: El corazón de México

Suplemento Estado.

Obsesión por la figura.

Miércoles 8 de septiembre de 1999.

Número 851, pp. 20.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFORMA: El corazón de México
Suplemento Estado.
Trabajan para prevenir trastornos alimentarios.
Lunes 6 de marzo del 2000.
Año 4, Número 979, pp. 28.

La Jornada: Investigación y Desarrollo
Suplemento de la Jornada
Sobrepeso
México, Julio 1999.
Número 1, Año VI, pp. 16.

GACETA UNAM: Órgano informativo de la UNAM.
Anorexia y Bulimia acechan a niñas y jóvenes mexicanas.
2 de julio de 2001.
Número 3469, pp. 32.

CUADERNOS DE NUTRICIÓN
Anorexia y Bulimia Lingüística y Nutrición
Septiembre-Octubre 1997.
Vol. 20, Num. 5, pp. 50.

CUADERNOS DE NUTRICIÓN
El Plato del Bien Comer
Enero-Febrero 2002.
Vol. 25, Num. 1 pp. 48.

CONOZCA MÁS: La aventura del conocimiento.
Anorexia
Julio de 1999.
Febrero del 2001.
Edición 12/02, pp. 16-20.

MARIE CLAIRE: Para la mujer que hace avanzar al mundo.
Y tú... ¿Qué comes? 4 jóvenes anoréxicas entrevistan a una modelo
Abril 2003
Año 14, No. 04, pp. 50-57.

VIDEOTECA

ANOREXIA
VIDEOVISA
98 minutos.
Color.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBSESIONES

VIDEOVISA

55 minutos.

Color.

CONFINES III

TV UNAM

60 minutos.

Color.

CONFESIONES Y CONFUCIONES

TV UNAM

60 minutos.

Color.

Bulimia y anorexia.

Canal 11

11:30 a 13:00 hrs.

México, D. F., Noviembre 17 de 2001.

Diálogos en Confianza.

Bulimia y anorexia.

Canal 11

11:00 a 13:00 hrs.

México, D. F., Enero 30 de 2002.

Diálogos en Confianza.

MI novio me volvió anoréxica.

Canal 13

16:00 a 17:00 hrs.

México, D. F., Agosto 3 de 2001.

Cosas de la vida

Bulimia y anorexia.

Canal 13

16:00 a 17:00 hrs.

México, D. F., Enero 8 de 2002.

Cosas de la vida.

Una experiencia bulímica.

Canal 2

16:00 a 17:00 hrs.

México, D. F., Enero 25 de 2002.

Mujer casos de la vida real.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN