



UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
CLAVE: 3172-25

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

“ANOREXIA EN NIÑAS MEXICANAS”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

ERIKA HERNÁNDEZ DE LOS RÍOS

DIRECTORA DE TESIS:
MTRA. MARÍA FERNANDA VÁZQUEZ-MÉNDEZ MARTÍNEZ

MÉXICO D.F., JUNIO 2014



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.

UNIVERSIDAD DE NEGOCIOS ISEC

Tesis para obtener el Título de la Licenciatura.

“ANOREXIA EN NIÑAS MEXICANAS.”

Tesis presentada para obtener el Título en la Licenciatura,
Presentada por Erika Hernández de los Ríos,
Dirigida por la Mtra. María Fernanda Vázquez Méndez Martínez.

México, D.F., abril 2014.

Vivir no es solo existir, sino existir o crear,
Saber gozar y sufrir y no dormir sin soñar.
Descansar es empezar a morir.

Gregorio Marañón, (1887 – 1960).

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres...

Que siempre estuvieron atrás de mí dándome todo su apoyo, su tiempo, su cariño y su paciencia, que sin ellos no sería la persona que soy ahora. Por ser los mejores padres que una hija pudiera desear, mis ejemplos a seguir para el largo camino que se llama vida.

A mi hermana...

Mi otra mitad, mi complemento, mi confidente, mi mejor amiga, mi pilar y soporte en la vida. Mi voz interna que siempre me dice que hacer en momentos difíciles, la que siempre está para mí sin importar que tenga que hacer, la que me enseña el verdadero significado de la vida, simplemente mi alma gemela.

A mis amigas...

Las que me levantan cuando me siento derrotada ante algunas situaciones, las que me ayudan y escuchan en todo momento, las que me brindan los mejores recuerdos de mi vida y las que siempre me apoyaron y aconsejaron a lo largo de este proyecto, las que nunca se rindieron para seguir con nuestra amistad. Ellas, la familia que yo escogí tener por el resto de mi vida.

A mi asesora Fernanda...

Que siempre estuvo conmigo, apoyándome a todas horas, la que me brindo la mejor enseñanza, la mejor maestra que un alumno puede tener, la que nunca pierde la pasión por la educación y por los niños. Mi ejemplo a seguir en mi vida profesional de la que espero seguir aprendiendo día con día.

A mi Director de carrera...

Por su incondicional apoyo a lo largo de este proyecto, él que nunca perdió las esperanzas en mí, él que me escucho cuando más pérdida me sentía al inicio de este largo camino tanto educativo como profesional. Gracias por nunca perder la fe en mí.

INDICE GENERAL

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 8 |
| Introducción..... | 9 |
| Marco Teórico. | |
| Capítulo I | |
| 1.1 Trastornos de la alimentación..... | 11 |
| 1.2 Diferencia entre Anorexia y Bulimia..... | 12 |
| 1.2.1 Consecuencias físicas de la Anorexia..... | 12 |
| 1.2.2 Consecuencias físicas de la Bulimia..... | 14 |
| 1.3 Definición de la Anorexia..... | 16 |
| 1.4 La Anorexia y sus aspectos paradójicos..... | 16 |
| 1.5 Definición de la Bulimia..... | 17 |
| Capítulo 2 | |
| 2.1 Anorexia infantil: Un nuevo campo de estudio..... | 19 |
| 2.2 Concepto de Anorexia Infantil..... | 20 |
| 2.3 Clasificación de la Anorexia Infantil..... | 20 |
| 2.4 Anorexia en la primera infancia..... | 21 |
| 2.4.1 Anorexia común del segundo semestre..... | 21 |
| 2.4.2 Anorexia precoz severa..... | 21 |
| 2.4.3 Anorexia de inercia..... | 21 |
| 2.4.4 Anorexia de oposición..... | 21 |
| 2.5 Anorexia en la edad escolar..... | 22 |
| Capítulo 3 | |
| 3.1 Diferenciación de la Anorexia Infantil o Prepuberal con otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA)..... | 23 |
| 3.1.1 Trastorno emocional con evitación de alimentos..... | 23 |
| 3.1.2 Comedores selectivos..... | 23 |
| 3.1.3 Síndrome penetrante de negación..... | 23 |
| 3.1.4 Disfagia funcional..... | 23 |
| 3.2 Problematicación..... | 24 |
| 3.2.1 Autoestima..... | 24 |
| 3.2.2 Peso..... | 24 |
| 3.2.3 Imagen corporal y trastornos alimentarios..... | 24 |
| 3.2.4 Alteraciones en la imagen corporal..... | 27 |
| 3.2.4.1. Como se desarrolla el trastorno de la imagen corporal..... | 27 |
| 3.3 Auto concepto..... | 30 |
| Capítulo 4 | |
| 4.1 Etapas de la vida..... | 31 |
| 4.1.1 Niñez..... | 31 |
| 4.1.2 Pubertad..... | 31 |
| 4.1.3 Adolescencia..... | 32 |
| 4.2 Etapas de la vida según Sigmund Freud..... | 33 |

| | |
|---|----|
| 4.3 Etapas de la vida según Erikson..... | 35 |
| 4.4 Infancia/ Niñez..... | 37 |
| 4.4.1 Características generales..... | 37 |
| Capítulo 5 | |
| 5.1 Adicciones en niños..... | 43 |
| Capítulo 6 | |
| 6.1 Datos estadísticos..... | 45 |
| 6.2 Clínica pública y privada..... | 45 |
| Videos, documentales, libro y desigualdades sociales (testimonios reales) | |
| Video | |
| 1. La niña de 8 años con Anorexia..... | 46 |
| Documentales | |
| 1. Diario de una Anoréxica..... | 49 |
| 2. Miedo a comer..... | 51 |
| 3. Anorexia, mi cuerpo, mi enemigo..... | 56 |
| Cortometraje | |
| 1. El precio de la belleza..... | 58 |
| Libro | |
| 1. Diarios de la Anorexia..... | 58 |
| Desigualdades sociales (testimonios reales) | |
| Testimonio 1..... | 63 |
| Testimonio 2..... | 65 |
| Testimonio 3..... | 67 |
| El proyecto | |
| a) Antecedentes..... | 70 |
| b) Problematización..... | 71 |
| c) Justificación..... | 72 |
| d) Metodología..... | 73 |
| i. Viabilidad..... | 73 |
| ii. Objetivos..... | 73 |
| iii. Método..... | 74 |
| ✓ Alcance..... | 74 |
| ✓ Diseño de la investigación..... | 74 |
| ✓ Discusión..... | 74 |
| ✓ Conclusión..... | 75 |
| Referencias bibliográficas..... | 78 |
| Anexos..... | 79 |

Resumen

En este trabajo se observará de cerca la anorexia en general y un poco de la bulimia, más que nada se hablará de aspectos básicos de estas enfermedades que engloba lo físico, psicológico y emocional, en las personas ya que estas enfermedades están más propensas en las mujeres que en los hombres, sin descartar que pueda atacarlos.

También se observará la infancia, sus características y un aspecto importante por el cual las niñas de nuestro país están adquiriendo esta enfermedad. Si realmente influye la sociedad, la familia, amigos, los medios de comunicación o un problema psicológico en las niñas.

Se documentarán casos de mujeres que han pasado por este trastorno, se observa el misterioso caso de una niña de 8 años de Inglaterra que hace hasta lo imposible por no comer, una chica de 23 años de Francia que está dispuesta a lo que sea con tal de no subir de peso sin importar el daño psicológico y emocional que provoca en sus familiares, la historia de una madre que tiene anorexia pero trata de recuperarse ya que descubre que su hija también desarrolla los trastornos de la anorexia y juntas luchan por vencerla aunque se presenten demasiados obstáculos como el maltrato intrafamiliar, una violación y la desesperación por poder ser una familia feliz. Se encuentra un documental que nos refleja la vida de 3 jóvenes que están en tratamiento dentro de un centro de rehabilitación especializado para desórdenes alimenticios, observar como las chicas van atravesando diferentes etapas y situaciones dependiendo de su estilo de vida y edad.

Se tendrán 3 testimonios reales de chicas que son de diferentes clases sociales como es la alta, media y baja, que han sufrido esta terrible enfermedad, donde se observa que las circunstancias son muy similares a pesar de la diferencia que existe tanto social, familiar, económica y escolar, las razones por las cuales fueron víctimas de este trastorno alimenticio y como han salido adelante poco a poco.

Introducción

Las niñas que tienen anorexia y bulimia son cada vez más en nuestro país, desgraciadamente son más pequeñas las chicas que tienen este trastorno pero como en México hay más obesidad que anorexia así que se encuentran más clínicas que tratan la obesidad en niños y personas mayores.

Se hizo una búsqueda exhaustiva de clínicas que traten la anorexia y bulimia en el Distrito Federal, solo se encontraron 6 pero en ninguna quieren dar datos de cuantas chicas ingresan a sus clínicas, cuales son los tratamientos que se les dan o de que edades son las pacientes que van a buscar su ayuda profesional. Nunca se supo la ubicación exacta de estas clínicas y las que la dan dicen que ya no se especializan en eso, solo en la obesidad.

Esto nos puede arrojar que en nuestro país se van olvidando que muchas personas tienen otras enfermedades y no las que atacan principalmente a las personas, esto podría ser alarmante ya que el gobierno y la secretaría de salud no tiene una cifra exacta de cuantas chicas o niñas padecen estos trastornos alimenticios.

Para lograr esta investigación se buscaron documentales, libros y testimonios de niñas y chicas que son de diferentes clases socioeconómicas, de cómo las personas que están a su alrededor influyen en sus inicios, de cómo son sus tratamientos y los llevan a cabo, de cómo sus familiares y amigos reaccionan ante estas situaciones, del desarrollo psicológico que se presenta, de cómo viven y luchan contra esta enfermedad, de cómo ha sido su vida con, durante y la finalización de esta.

Para adentrarnos al tema de investigación primero debemos de tener claro en que consiste la infancia, sus características, como una niña puede llegar a pensar, en que consiste la anorexia y bulimia, como se va desarrollando, como se va viviendo, como se trata y sobre todo como se busca la forma de que las personas la puedan superar.

Con todo esto mencionado se puede ir entendiendo las enfermedades y de cómo se viven de cerca, la curación para estas niñas y chicas es gracias a sus seres queridos, que en muchos casos se desconoce totalmente pero no hace que se rindan, que el apoyo y en la mayoría de los casos es a base del cariño, de los profesionales que no se dan por vencidos y tratan de hacer hasta lo imposible por ayudarlas.

MARCO TEÓRICO.

Capítulo 1

1.1 Trastornos de la alimentación.

Por lo general, los trastornos de la alimentación se asocian a autocrítica, pensamientos y sentimientos negativos sobre el peso corporal y la comida y hábitos alimenticios que interfieren con el funcionamiento normal del cuerpo y las actividades diarias.

Aunque los trastornos de la alimentación son más comunes entre las chicas, también pueden afectar a los chicos. En Estados Unidos son tan comunes, que 1 o 2 de cada 100 niños sufre un trastorno de este tipo, generalmente anorexia o bulimia. Por desgracia, muchos niños y adolescentes logran ocultar a sus familias los trastornos de la alimentación durante meses e incluso durante años.

Las personas con anorexia tienen un miedo extremo a aumentar de peso y una visión distorsionada del tamaño y la forma de su cuerpo. En consecuencia, se esfuerzan por mantener un peso corporal muy bajo. Algunos reducen la ingestión de alimentos siguiendo regímenes, ayunando o haciendo ejercicio físico en exceso. Comen muy poco y tratan de ingerir las mínimas calorías posibles, a menudo obsesionadas con la comida que toman. Lo poco que comen se convierte en una obsesión.

La bulimia se caracteriza por atracones seguidos de purgas. Las personas con bulimia suelen experimentar fluctuaciones de peso, pero raramente el peso extremadamente bajo típico de la anorexia. Los dos trastornos pueden asociarse a ejercicio físico u otras medidas para eliminar la comida que han tomado, como el vómito auto inducido o el uso de laxantes.

Aunque la anorexia y la bulimia son muy similares, las personas con anorexia generalmente son muy delgadas y con un peso inferior a lo normal, mientras que las que tienen bulimia pueden tener un peso normal o estar obesas.

El trastorno por atracones, la fobia a la comida y los trastornos de la imagen corporal se están volviendo cada vez más comunes en la adolescencia.

Es importante recordar que los trastornos de la alimentación pueden descontrolarse fácilmente y convertirse en hábitos difíciles de erradicar. Los trastornos de la alimentación son problemas clínicos serios que requieren tratamiento profesional por médicos, terapeutas y nutricionistas.

Los trastornos de la alimentación son patologías que han incrementado en mayor medida su incidencia en los últimos años, hecho que se ve reflejado indirectamente en el número de nuevos casos atendidos en clínicas y escuelas de nuestro país.

1.2 Diferencia entre Anorexia y Bulimia.

| Anorexia | Bulimia |
|--|---|
| Conductas patológicas. | |
| Miedo intenso a engordar. | Comen de forma compulsiva. |
| Esconden el cuerpo de ropa muy holgada. | Abusan de laxantes y se provocan el vómito. |
| Signos fisiológicos. | |
| Perdida muy notable del peso corporal. | Perdida de piezas dentales. |
| Debilidad y mareos. | Irritación de garganta. |
| Cambio de actitud. | |
| Inseguridad en cuanto a sus capacidades. | Sentimientos de auto desprecio. |
| Sentimientos de culpa por haber comido. | Cambios en la autoestima con relación al peso corporal. |

| | |
|---------------------|--|
| Aislamiento social. | Necesidad de recibir la aprobación de los demás respecto a su persona. |
|---------------------|--|

1.2.1 Consecuencias físicas de la anorexia.

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

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

Aparato cardiovascular: Como consecuencia de la disminución del gasto energético, es muy frecuente la disminución de las pulsaciones cardiacas y la presión arterial.

Piel: Se encuentra seca, áspera y quebradiza, también como consecuencia del déficit nutricional y frío como efecto de la disminución del gasto energético que se describía anteriormente.

Estomago: Es frecuente el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes que describíamos anteriormente. La consecuencia lógica es que aparece una sensación de saciedad precoz que favorece aún más la perpetuación del cuadro anoréxico.

Intestino: La motilidad intestinal también esta disminuida como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto, junto con la baja ingestión de

alimentos, favorece la aparición de constipación pertinaz, que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes.

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

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

Sistema óseo: Es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas espontáneas. Esto se llama osteoporosis, porque los huesos se visualizan como agujerados.

1.2.2 Consecuencias físicas de la bulimia

Boca: Cuando uno vomita, vuelve a la boca toda la comida que sale del estómago y junto con eso también viene el ácido clorhídrico, ese ácido se encuentra en el estómago, para ayudar a digerir lo que uno ingiere. Se produce la pérdida del esmalte de los dientes en la cara interna de los dientes. Es fácil imaginarse de qué modo facilita el aumento en la producción de caries.

Además, el daño es irreversible: El esmalte no vuelve a salirles a los dientes. Se ve mucho en las jóvenes que han tenido episodios por tiempos suficientemente prolongado. Tiene los dientes en pésimo estado o arreglados con fundas que suplen el diente original. Otro daño que se provoca es en las encías, el paladar y la garganta, produciendo inflamación de los mismos. Las manos u otros elementos introducidos en la boca para estimular el vómito pueden provocar heridas en la garganta y el paladar, que en ocasiones llegan al sangrado.

Glándulas salivales: Suelen aumentar de tamaño, en especial las parótidas, como consecuencia de la acción de vomitar. El resultado es un rostro de aspecto regordete, esto se revierte cuando cesan los vómitos. Muchas jóvenes comienzan a vomitar porque se ven gordas, sobre todo porque suelen mirarse el rostro, que tal vez es del tipo redondeado aunque el cuerpo este en buen peso.

Esófago: Puede irritarse como consecuencia del pasaje del ácido clorhídrico en forma reiterada, lo que produce esofagitis. Si bien no es habitual, en ocasiones sobre todo si hay una frecuencia alta de vómitos diarios, el gran esfuerzo realizado para vomitar puede provocar ruptura esofágica, cuadro de suma gravedad que requiere tratamiento quirúrgico de urgencia. A veces este cuadro se anuncia con una fisura esofágica, que no es más que un preaviso de la gravedad que está adquiriendo la situación.

Intestino: Como efecto inmediato del uso de laxantes pueden aparecer la diarrea y dolores abdominales llamados cólicos. Pero lo más frecuente es la aparición de constipación grave, como consecuencia del uso prolongado de laxantes, ya que estos acostumbra al intestino a funcionar bajo su estímulo y luego el intestino no responde a los estímulos normales. Si a eso le sumamos el desorden alimentario, que en general implica un pobre equilibrio de los diferentes nutrientes necesarios para que la digestión haga su ciclo naturalmente, no es difícil imaginar porque tantas jóvenes se quejan de que no van al baño. Con el agravante de que esa constipación se traduce como gordura en la percepción de las jóvenes y dispara nuevos ciclos de ayunos y purgas.

Aparato respiratorio: No es frecuente pero, en ocasiones, se produce el pasaje hacia las vías áreas de pequeños contenidos gástricos que suben del estómago al auto inducir el vómito. Esto produce cuadros de bronquitis o de neumonías respiratorias, especialmente si el vómito se provoca en un estado de alteración de la conciencia.

Aparato urinario: No es difícil que se produzca daños, de leves a moderados, en el funcionamiento de los riñones como consecuencia de la deshidratación y del abuso de diuréticos. Cuando se abusa de los diuréticos por tiempo muy

prolongado, puede producirse una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón. También son frecuentes las infecciones urinarias y las producciones de litiasis urinaria (arenilla).

Manos: Suelen aparecer callosidades y erosiones, o lastimaduras en los nudillos de los dedos, o en el sitio de roce contra los dientes, cuando se utiliza la mano para provocar el vómito. El médico entrenado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esta señal, aunque no siempre está presente.

1.3 Definición de la Anorexia.

El término griego de anorexia es *anorexis* se menciona por primera vez en el siglo I con el significado de “falta de apetito”. El término anorexia continuó siendo usado por los médicos a lo largo de los siglos, adjudicándola a diversas etiologías según las épocas: factores divinos, satánicos, por brujería, causas metafísicas u orgánicas.

El miedo al hambre ha sido y es universal, se encuentra profundamente grabado en la herencia genética de todas las especies animales. Por esta razón los casos de ayuno extremo han despertado siempre la atención, el respeto y la admiración.

A partir del siglo XII, aumenta la participación de las mujeres en la vida eclesiástica. Frecuentemente el ayuno estricto era un componente esencial de sus experiencias místico-religiosas. En el siglo XVII, los tratamientos.

1.4 La Anorexia y sus aspectos paradójicos.

A través de diferentes cosas hemos examinado a la persona anoréxica en sus posturas; el desafío que lanza a su madre al no comer nada, tiene la mira de significarle que su cuerpo no es un cuerpo de necesidades y que ella lo interroga sobre su deseo propio, es decir, sobre lo que en el nivel del segundo tiempo del

espejo no pudo marchar bien puesto que el anoréxico no pudo construir su ideal del yo.

En la época de latencia, aun antes de que se desate la anorexia, el sujeto está envuelto en una trama de la familia que no es del mismo orden que el de la trama familiar del neurótico; se trata de lo que no puede mantener cuando se declare el síntoma anoréxico.

La paciente de nuestro caso entrega sus síntomas para que se los lea y se los descifre pero no para que se los vea en el sentido de la histeria; ella misma no se ve. Se ha considerado pues la cuestión de la relación de esa anoréxica con su imagen en el espejo. Ve una imagen filiforme, afinada, fálica o no realmente fálica que representa la sombra de un ideal; o bien lo que ve es algo monstruoso en las redondeces de que ella quiere desembarazarse, algo horroroso de una realidad no simbolizada.

Ella trata de arrancar a lo real y simbolizarlo un significante perdido para los padres a fin de que la cadena se reconstruya (cadena de los significantes como cadena de las generaciones). De ahí la importancia de la estructura o de ciertas decisiones profesionales en la “curación” de la anorexia, cuando la paciente intenta reconstruir su trama familiar.

1.5 Definición de la Bulimia.

El concepto diagnóstico de Bulimia nerviosa fue utilizado ya a finales del siglo XIX, para describir una categoría de pacientes que presentaban tendencia a comer demasiado y a reducir, a través de vómitos auto inducidos laxantes o diuréticos, las consecuencias negativas de esta sobre ingesta es el sobre peso. Para que una persona pueda ser diagnosticada con bulimia, debe cumplir con algunos requisitos:

a) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por la ingesta, en un periodo corto (por ejemplo, unas dos horas), de una cantidad de comida evidentemente más grande que la mayoría de la gente come durante un período similar y en circunstancias similares. Otra podría ser la 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 que o cuanto uno está comiendo).

b) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vomito auto inducido, 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 período 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.

Existen también dos tipos de Bulimia:

El purgativo, la persona se embarca regularmente en vómitos auto inducidos o en el uso excesivo de laxantes y diuréticos. También existe el no purgativo donde este consiste en que la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos auto inducido o el uso excesivo de laxantes y diuréticos.

En la década de los 70's aparecieron descripciones frecuentes de trastornos caracterizados por episodios incontrolados de atracones o hiperfagia. Estos pacientes presentaban características similares a aquellos con anorexia nerviosa, excepto en que el peso era normal. Este trastorno obtuvo entonces varios nombres; "Bulimarexia".

Estas personas presentaban tres aspectos comunes:

- 1) Pérdida de control subjetivo respecto a la comida y episodios bulímicos.
- 2) Conducta compensatoria para controlar el peso corporal.
- 3) Preocupación extrema por la imagen y el peso.

Capítulo 2

2.1 Anorexia infantil: Un nuevo campo de estudio.

La acción de comer de todo ser humano, depende en gran medida de dos factores: el hambre y el apetito. El hambre es la necesidad de comer, correspondiente a una sensación interna que aparece a intervalos regulares, responde a un apremio del organismo y coincide con la vacuidad del estómago y solo desaparece con la saciedad; por otro lado, el apetito se rige por las “ganas de comer” y no necesariamente corresponde al hambre, ya que interviene una sensación agradable y placer vinculado a la degustación de alimentos. Por lo que la alimentación no es simplemente una función fisiológica (Georges y Hibert-Kunteler, 1980).

A partir de los 7 – 8 años los problemas psicológicos adquieren un mayor peso en la génesis de los síntomas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria (Catalá, 2003), los efectos que estos puedan tener en el futuro desarrollo de los pre púberes son devastadores, debido entre otras cosas, a la falta de información de dichos trastornos.

Hasta los años sesentas, prácticamente la descripción de una anorexia con inicio ante los 13 años era escasa; la pregunta de por qué los casos de anorexia infantil se han incrementado, es difícil de responder quizás esto se deba a que la anorexia nerviosa hasta hace unos años se caracterizaba por tener los picos más altos en cuanto edad entre los 14 y 18 años de edad (lo que no significa que no existiera en otros rangos de edad), los recientes estudios (Turnbell, et al. 1996; Lewinsohn, et al. 2000; Ben- Tovin y Morton, 1990, citados en Rojo y Livianos, 2003) han puesto interés en un tipo de anorexia que se desarrolla antes de los 13 años, no obstante, debido a los escasos estudios epidemiológicos, el porcentaje de pre púberes que la padecen varía desde un 1.4 % (Moya, Fleitlich-

Bilyk y Goodman, 2006) hasta un 8 % de la población total con anorexia nerviosa (Sociedad Iberoamericana de Información Científica SIIC, 2002).

2.2 Concepto de Anorexia Infantil.

El termino anorexia infantil o anorexia prepuberal, entre otros, es usado dependiendo del autor al que se haga referencia, ya que los criterios varían con base en los estudios realizados y a la aptitud de la etapa considerada como “niñez” (Catalá, 2003). Así algunos autores lo han nombrado de acuerdo a la edad de aparición, (Chatoor ha propuesto el concepto de anorexia nerviosa infantil, Lask, et al. Negativa infantil a la comida, Bryant – Waugh anorexia prepuberal (Honjo, Saaki, Murase, Kaneko y Nomura, 2005).

Chatoor define a la anorexia infantil como un trastorno de la conducta alimentaria con características diferentes de la anorexia nerviosa, que empieza en la segunda infancia cuando el niño comienza a alimentarse por sí mismo (Catalá, 2003).

Lask y Bryant- Waugh (1997) definen la anorexia nerviosa prepuberal como un trastorno que en general, tiene semejanzas con la anorexia nerviosa dentro de ellas, la distorsión de la imagen corporal y miedo por engordar.

Por lo anterior y debido a las diferentes posturas de varios investigadores de acuerdo a lo mencionado anteriormente, se considerara a la anorexia infantil dentro del presente trabajo, como un trastorno de la conducta alimentaria que se desarrolla antes de llegar a la pubertad con semejanzas sintomáticas de la anorexia nerviosa con inicio en la adolescencia.

2.3 Clasificación de la Anorexia Infantil.

Varios autores han dividido a la anorexia infantil de acuerdo a los diferentes estadios del desarrollo del niño o niña.

Sichutze (1983) hizo una clasificación simple de este trastorno, la anorexia infantil es aquella que aparece en los primeros años de vida, la anorexia mental prepuberal tiene lugar aproximadamente entre los 6 y 10 años de edad.

Otros investigadores se basaron en etapas más específicas dentro de la niñez, que a continuación se describen.

2.4 Anorexia en la primera Infancia.

Pedreira (1999) considerando las etapas del desarrollo del bebe hizo una clasificación de acuerdo a las características intrínsecas en dicha etapa:

Denomino a la anorexia en esta etapa “hiperoxia”. Su rasgo más significativo es la marcada disminución en la ingesta de alimentos, que cursa con una casi desaparición del apetito y se manifiesta con un rechazo hacia la oferta de los alimentos, se subdivide a su vez en:

2.4.1 Anorexia común del segundo semestre: La cual se considera como el rechazo de los alimentos que le son ofertados, debido a dos factores: por el cambio de alimentos combinado con enfermedades del infante como son amigdalitis, gastroenteritis, etc., y el segundo, por trastornos psicopatológicos como fobia a los alimentos. Presión por la madre para alimentarlo.

2.4.2 Anorexia precoz severa: Aparece aunado a un estado depresivo del infante y/o a la madre. En él bebe se constata a un nivel de apatía e indiferencia muy evidente, con su importante desinterés por el medio que lo rodea, así mismo hay signos de tristeza.

Georges y Hilbert- Kunteler (1980) hicieron antes una clasificación similar, considerando a la anorexia nerviosa como un trastorno que sucede puede aparecer en todas las etapas del desarrollo. En la primera infancia la clasificaron de dos formas:

2.4.3 Anorexia de inercia: Aunque es muy rara, en el lactante, se manifiesta por la pasividad frente a la alimentación. En él bebe no deglute, dejando correr la leche por las comisuras de los labios. En el segundo semestre es mucho más frecuente suele comenzar con el destete.

2.4.4 Anorexia de oposición: Él bebe grita, se debate y regurgita se trata de una verdadera lucha entre él y el adulto que lo quiere alimentar.

2.5 Anorexia en la edad escolar.

La evitación de la comida es igual que en etapas anteriores pero que suele presentarse de manera más organizada. El niño no suele oponerse categóricamente a la obligación de comer, pero emplea toda clase de acciones para retrasarla (Georges y Hibert- Kunteler, 1980). Come de forma irregular, y este comportamiento se presenta sobre todo en presencia de la figura materna y en el hogar familiar nuclear, pero puede pasar desapercibido en otros ámbitos como es la escuela (Pedreira, 1999).

Capítulo 3

3.1 Diferenciación de la Anorexia Infantil o Prepuberal con otros tipos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) con inicio en la infancia.

Como existen varios tipos de TCA que se desarrollan en la infancia, en los cuales la característica principal es la “evitación de la comida”, es de suma importancia tener claramente diferenciadas las características de cada uno para diferenciarlos de la anorexia infantil. No obstante, no todos los trastornos alimentarios con inicio en la niñez tienen un diagnóstico formal, pero si han sido reconocidos y reportados. De acuerdo con Lask y Bryant- Waugh (1997) tenemos los siguientes:

3.1.1 Trastorno emocional con evitación de alimentos: En dicho trastorno se incluyen síntomas como son ansiedad, fobias, obsesiones y depresión, pérdida de peso. Puede ser un síndrome parcial de la anorexia nerviosa pero con mejor pronóstico de recuperación.

3.1.2 Comedores selectivos: La dieta en general suele ser muy pobre, así como la variedad de alimentos que comen, los niños (as) que la padecen solo comen de tres a cuatro tipos de comida, casi siempre ricos en carbohidratos y aunque tienden a tener un crecimiento normal, pueden tener problemas en el repertorio básico de interacción social.

3.1.3 Síndrome penetrante de negación: Es acompañado con el desorden de estrés post- traumático. Se manifiesta no solo por el rechazo a la comida y agua, sino también por negarse a hacer otras funciones vitales, como hablar, caminar y moverse. En algunos casos al inicio del síndrome se puede confundir con

anorexia infantil, sin embargo cuando se intenta restablecer la alimentación los otros síntomas se agravan.

3.1.4 Disfagia funcional: Se caracteriza por la evitación de los alimentos, miedo a tragar y al vomito. No se presentan pensamientos recurrentes al peso y talla, así como preocupaciones mórbidas de estas.

3.2 Problematización.

Mediante algunos enfoques se podrá realizar la investigación:

3.2.1 Autoestima: La niñez intermedia es un periodo importante de la vida para el desarrollo de la autoestima, el sentido de la propia valoración o autoevaluación. Los niños comparan sus yo reales y sus yo ideales, y se juzgan de acuerdo con los estándares y las expectativas sociales que han tomado en su auto concepto.

Las opiniones que los niños tienen de sí mismos ejercen un gran impacto en el desarrollo de su personalidad, y en especial, en su estado de ánimo. Los niños cuya autoestima es alta tienden a ser alegres; quienes tiene autoestima baja probablemente se muestren deprimidos (Harter, 1990). Una niña con alta autoestima se muestra confiada, curiosa e independiente; confía en sus propias ideas, enfrenta los retos e inicia nuevas actividades con confianza; se describe de forma positiva y se siente orgullosa de su trabajo; se ajusta con facilidad al cambio, tolera la frustración, persevera para alcanzar una meta y puede manejar la crítica y las burlas. De otro lado, una niña con baja autoestima no confía en sus propias ideas, carece de confianza, actúa con falta de voluntad y observa en lugar de explorar por su propia cuenta, se retrae y se sienta lejos de otros niños, se describe de manera negativa y no se siente orgullosa de su trabajo. Se retira fácilmente cuando se siente frustrada, reacciona con inmadurez ante el estrés y de manera inadecuada en los accidentes.

3.2.2 Peso: Los niños de edad escolar aumentan de peso entre 2.250 y 3.600 kilogramos o más, lo cual duplica su peso corporal promedio, las chicas

conservan algo más de tejido graso que los chicos, característica que persistirá durante toda la niñez.

3.2.3 Imagen corporal y trastornos alimentarios: Una de las primeras definiciones de la imagen corporal es: “La imagen que nos creamos en la mente sobre nuestro propio cuerpo, es decir la forma en que lo vemos” (Schilder, 1935). Además de la percepción de nuestro cuerpo, incluida la evaluación de nuestro tamaño, hay un aspecto emocional o actitudinal en la imagen, o evaluación, que tenemos de nuestro cuerpo; es decir, el modo en que nos sentimos respecto a él.

Este es el aspecto en el que normalmente nos centramos cuando hablamos de imagen corporal negativa en las personas con trastornos alimentarios utilizando los términos *insatisfacción* o *rechazo corporal*. Slade (1988) describe los aspectos perceptivos y actitudinales en su definición: “La imagen que tenemos en nuestra mente del tamaño, el tipo y la forma de nuestro cuerpo y nuestros sentimientos relativos a sus características y las partes que lo constituyen”. Los psicólogos más recientes han añadido un tercer componente: nuestra conducta. De aquí que Rosen (1995:369) defina la imagen corporal como: “La imagen y la evaluación mental que una persona tiene... de su aspecto y la influencia de estas percepciones y actitudes sobre su conducta”.

¿Por qué tratar la imagen corporal de las personas con trastornos alimentarios? Hay varias razones de por qué tenemos que ayudar a las personas con trastornos alimentarios a mejorar su imagen corporal.

a) Algunos pacientes informan de su lucha para superar el deseo de ser delgadas como la parte más dura de la recuperación (Rorty et al., 1993) y requieren más ayuda en este ámbito (Bell, 2003).

b) La imagen corporal puede mejorar con tratamiento para un trastorno alimentario, pero solo a un grado limitado (Jacobi et al., 1996) y principalmente en el caso de la bulimia nerviosa (Rosen, 1996).

c) Las preocupaciones reiteradas por la figura y el peso o el trastorno de la imagen corporal se asocian con un resultado más deficiente (Ben-Tovim et al, 2001) anorexia nerviosa, (Keel et al., 1999) bulimia nerviosa y recaída provocando un mayor sentimiento de abandono.

d) El tratamiento para los trastornos alimentarios, especialmente la anorexia nerviosa, tiene resultados limitados y hay que mejorarlos.

Los chicos que tratan de bajar de peso no siempre son los que necesitan hacerlo. La preocupación por la imagen corporal es la forma en que uno cree que luce, empieza a cobrar importancia hacia el final de la niñez intermedia, sobre todo entre las chicas, y puede derivar en trastornos alimentarios que se vuelven más comunes en la adolescencia.

La mala alimentación es más común en las poblaciones deprimidas o aisladas económicamente, también puede derivarse de la preocupación por la imagen corporal y el control de peso (Vereecken y Herzog, 1999). Los trastornos alimentarios tanto comer en exceso como comer muy poco son más frecuentes en las sociedades industrializadas, en donde abundan los alimentos y el atractivo se equipara con la esbeltez.

En ocasiones, la determinación de no engordar puede agravar más los problemas que la obesidad misma. La preocupación por la imagen corporal y la percepción que la persona tiene de su propia apariencia a menudo se intensifica en la adolescencia y puede generar esfuerzos obsesivos por controlar el peso. En razón del aumento normal de grasa corporal de las chicas durante la pubertad, muchas sobre todo las que están avanzadas en el desarrollo se sienten infelices con su apariencia, lo cual refleja el énfasis cultural que se hace en los atributos físicos de las mujeres (Richards, Boxer, Petersen y Albrecht, 1990; Rosenblum y Lewis, 1999; Swarr y Richards, 1996), y esta imagen corporal negativa puede generar problemas alimentarios. La insatisfacción de las chicas con su cuerpo aumenta en el curso del desarrollo del cuerpo, en tanto que los chicos que se vuelven más musculosos se sienten más satisfechos con su físico.

La preocupación excesiva por el control de peso y la imagen corporal pueden ser señales de advertencia de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa, trastornos que suponen patrones anormales de ingestión de alimentos (Harvard Medical School, 2002). Estos trastornos crónicos afectan a millones de mujeres incluyendo a niñas de 7 u 8 años de edad, calculándolos en cada año en los principales grupos étnicos y clases sociales. La anorexia y la bulimia suelen correr en familias, lo que señala un posible fundamento genético. Otras causas aparentes son neuroquímicas, del desarrollo y socioculturales (“Anorexia nerviosa- Part I”, 2003; Becker et al., 1999; “Eating Disorders- Part I, Part II”, 1997; Kendler et al., 1991). Estos trastornos son especialmente comunes entre las chicas motivadas a sobresalir en el ballet, la natación de competencia, las carreras de larga distancia, el patinaje artístico y la gimnasia, las hijas de madres o padres solteros, o divorciados; y las chicas que comen frecuentemente solas.

A muchos niños —sobre todos los adolescentes— les preocupa su aspecto y pueden sentirse acomplejados con su cuerpo. Esto puede ocurrirles sobre todo cuando están atravesando la pubertad y experimentando cambios físicos importantes y enfrentando nuevas presiones sociales.

Por desgracia, para una proporción de niños y adolescentes cada vez mayor, esta preocupación puede llegar a convertirse en una obsesión que derive en un trastorno de la alimentación. Los trastornos de la alimentación como la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa provocan fluctuaciones de peso exageradas, interfieren en la vida diaria normal y dañan las funciones corporales vitales.

Los padres pueden ayudar a evitar que sus hijos desarrollen trastornos de la alimentación nutriendo su autoestima, y fomentando en ellos actitudes sanas hacia la alimentación y el aspecto físico. Además, si le preocupa que su hijo pueda estar desarrollando un trastorno de la alimentación, es importante que intervenga y busque la atención médica adecuada. Esto también puede aplicarse si existe algún antecedente familiar de trastorno de la alimentación.

3.2.4 Alteraciones en la imagen corporal: Hilde Brunch (citada en Toro, 2006) fue la primera en sugerir la existencia de una alteración en la imagen corporal en la anorexia nerviosa. De hecho para algunos autores (Hsu, 1989 y Toro, 1996)

la alteración de la imagen corporal es considerada no como un simple factor de riesgo, sino por un modelo que parte de la teoría de la restricción alimentaria. Considerándola, como el antecedente directo de la anorexia. A medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida.

3.2.4.1. Como se desarrolla el trastorno de la imagen corporal:

1) Cultura: La influencia más potente sobre la imagen corporal es la cultura (McCarthy, 1990). Los medios de comunicación (revistas de moda, anuncios y programas de televisión, y películas) ofrecen >un continuo bombardeo de imágenes idealizadas de mujeres extremadamente delgadas> (Nemeroff et al., 1994). Esto favorece la glorificación de la delgadez (Gilbert y Thompson, 1996) al equiparla con el atractivo, la felicidad, la categoría social y el éxito, mientras que al mismo tiempo relaciona la gordura con connotaciones negativas como la pereza, la fealdad y el fracaso (Rothblum, 1994). Así, el aspecto y, en particular, la figura y el peso pasan a ser fundamentales para la autoevaluación de las mujeres y la valoración de si mismas. Es probable que esto tenga una influencia especial en la adolescencia, cuando la principal tarea del desarrollo es el establecimiento de la identidad. El trastorno de la imagen corporal es superior en las mujeres occidentales blancas o caucásicas (Altabe, 1998), pero debido a la globalización, los individuos de las culturas no occidentales están cada vez más expuestos a los ideales de Occidente. Diversos estudios han decretado una mayor incidencia de trastornos alimentarios con la occidentalización. La poderosa influencia negativa de los medios de comunicación occidentales fue demostrada en un estudio por Becker et al,(2002).

Se identificaron índices de personas a dieta, alteraciones de la imagen corporal y trastornos alimentarios en muestras comparadas de 65 chicas de 17 años antes y después de que se introdujese la televisión en Fidji. No había ningún trastorno alimentario en 1995. En 1998, el 69 por ciento de las chicas se habían sometido a una dieta, el 74 por ciento creían que estaban demasiado gordas y el 11 por ciento se provocaban vómitos para controlar su peso (0 por ciento en 1995). El efecto psicológico negativo de la cultura occidental no es específico de

los trastornos alimentarios. Los índices de enfermedades mentales o desordenes psicológicos en general son superiores en los países más ricos (James, 2007).

2) Género: Se ha descubierto que la preocupación por el aspecto físico tiene el doble de incidencia en las mujeres que en los hombres (Harris y Carr, 2001). Los mensajes culturales articulan los estándares de atractivo y falta de atractivo y expresan expectativas basadas en el género que relacionan la feminidad y la masculinidad con ciertos atributos físicos. Cuando las mujeres definen la imagen de sí mismas de forma demasiado estricta por medio de la imagen corporal, esto es a costa de desarrollar un auténtico sentido del yo.

3) Edad: Las chicas aprenden a muy temprana edad a controlar cuidadosamente su aspecto y mejorarlo para obtener la aprobación social. Las adolescentes son en especial vulnerables, porque están buscando información externa que les ayude a formar su propia identidad. Las jóvenes adultas con un bajo nivel de confianza en sí mismas suelen creer que su aspecto es responsable de cualquier fracaso que hayan vivido (Probst et al., 1997). La insatisfacción corporal o la relevancia del cuerpo tiende a disminuir con la edad, pero las mujeres de mediana edad y las mayores también experimentan la insatisfacción corporal y se ponen a dieta en un intento de perder peso (Lewis y Cachelin, 2001; Whitbourne y Skultety, 2002).

4) Actitudes familiares y aprendizaje social: Las expectativas, las opiniones, las comunicaciones verbales y las no verbales también se transmiten en las interacciones con miembros de la familia, amigos, compañeros e incluso extraños. El papel formador de los padres, sus comentarios y sus críticas expresan el grado en que se valora el aspecto físico dentro de la familia, estableciendo potencialmente un estándar frente al cual el niño se compara. Los hermanos, sobre todo los varones, son frecuentemente responsables de bromas o críticas relacionadas con el aspecto.

Las bromas de los compañeros relativas al aspecto físico son comunes en la infancia y la adolescencia y predisponen a los individuos a la insatisfacción corporal. También, sobre todo en los colegios o facultades, los compañeros

pueden contribuir a la construcción de una imagen corporal negativa y a sentirse presionado para ponerse a dieta.

5) Otros factores de riesgo: Un concepto positivo de sí mismo puede facilitar el desarrollo de una evaluación positiva del propio cuerpo y servir de amortiguador frente a cualquier suceso que amenace nuestra imagen corporal. A la inversa, una autoestima deficiente puede aumentar la propia vulnerabilidad hacia la imagen corporal. El perfeccionismo es otro factor que puede llevar al individuo a poner su autovaloración en elevados y exigentes ideales físicos. Por último, una inseguridad afectiva, por la que los individuos busquen amor y aceptación y sin embargo no crean merecerlos, puede favorecer una imagen corporal negativa.

3.3 Auto concepto.

El auto concepto es la imagen que una persona tiene de sí misma. Tal imagen se basa en el conocimiento de lo que ha sido y ha hecho, y su función es guiarla en las decisiones de lo que va a ser y a hacer en el futuro. Con frecuencia, los auto conceptos que se construyen durante la niñez intermedia son fuertes y perdurables. Los de carácter positivo pueden tomar forma cuando las destrezas físicas, cognoscitivas y sociales de los niños les permiten verse como miembros valiosos de la sociedad. También es la época en que puede surgir una imagen negativa de sí mismo y permanecer con la persona hasta mucho después de haber dejado atrás la niñez.

Los niños pequeños tienden a aplicar su pensamiento de todo o nada en ellos mismo. Sin embargo, a veces entre los siete y ocho años los niños desarrollan sistemas de representación. Este avance cognoscitivo les permite integrar diferentes características de sí mismos para hacer generalizaciones de orden mayor.

Capítulo 4

4.1 Etapas de la vida

4.1.1 Niñez: En la infancia se reconocen 3 etapas de la infancia que son:

1. Recién nacido a 4 años: Los niños en esta etapa aun no entienden lo que los adultos les dicen como el razonamiento solo palabras u oraciones muy simples como el saludo, pedir el alimento, si tienen sueño o algo les molesta. No reaccionan bien ante una orden verbal como cuando se portan mal muchos adultos les dan ordenes pero aun los niños no las registran adecuadamente.

2. De 4 a 7 años: En esta etapa los niños viven en un mundo lleno de fantasías, donde no registran del todo la realidad que los rodea por eso es importante que los padres los motiven con juegos. Es muy común que los niños de estas edades tengan pesadillas o miedo a los famosos fantasmas y monstros que están debajo de la cama o del armario. Todavía no tienen sentido del tiempo real en el que están viviendo o del tiempo que pasa en el presente pero pueden entender a la perfección algún problema en casa o con la familia.

3. De 7 a 11 años: Aquí el niño ya puede comprender demasiadas cosas con lógica y razonamiento, conoce las causas y consecuencias de las cosas, comienza hacer responsable en ciertas situaciones como es las tareas, en los quehaceres del hogar y con los familiares. Aún le gustan los juegos, no los practican mucho como lo hacían con anterioridad pero siguen siendo parte

importante de sus vidas, los padres pueden enseñarles sistemas sencillos de organización como con las tareas o tener limpio su habitación.

4.1.2 Pubertad.

Aquí se abarca de los 12 a los 15 años de edad, en esta etapa los niños comienzan a dejar de ser niños pero aún no llegan a la adolescencia y surge la rebeldía, los chicos comienzan a establecer su personalidad ante la sociedad y ser muy diferentes a sus padres por lo tanto empiezan las peleas y las diferencias entre ellos pero al mismo tiempo desean de sobre manera que los padres los apoyen, les demuestren que los quieren y sobre todo que siempre estarán para ellos.

En esta etapa los chicos comienzan a desarrollar su lado social y a conocer con qué clase de personas desean juntarse, muchas veces no son las adecuadas y es donde vuelve a surgir discusiones con los padres. Llegan hacer egocéntricos en cualquier situación aunque ya tengan conciencia de ello, comprenden los conceptos de lo que es justo y de negación, no siempre se ve bien reflejada su capacidad en su comportamiento moral.

Los chicos desean tener siempre la razón, vivir más a prisa, que les permiso de hacer más cosas o tener salidas con otros chicos de sus edades, comienza la atracción tanto física como sentimental con otras personas de su grupo social ya sea en la escuela, alguna fiesta o rumbo a su hogar. Sin olvidar que aparecen los cambios físicos, el crecimiento de partes del cuerpo que antes no existía, en el caso de las chicas los cambios hormonales y en el de los hombres de testosterona.

4.1.3 Adolescencia.

Surge a partir de los 16 a los 21 años de edad, en esta etapa tienen una mayor capacidad de pensar, sentir y expresarse con otras personas o en algunos casos con ellos mismos, tiene una formación abstracta sobre su presente y futuro, al poder entender y comprender mejor los acontecimientos que los rodean y que ocurren más allá de su círculo social más cercano o en algunos casos pueden adoptar nuevas conciencias sociales.

En cuanto a su desarrollo moral va desapareciendo el egocentrismo y hay un mayor énfasis sobre sus valores abstractos y principios morales, en cuanto al desarrollo emocional y el cognitivo no puede ir al mismo paso, es posible que ellos mismo reivindicuen ciertos valores y otros los den por olvidados.

En cuanto al concepto que tienen de ellos mismo es donde forman su propia identidad, muchas veces sin ayuda o seguir el concepto de alguien surge de la búsqueda que han tenido u observado durante la pubertad, experimentan con distintos aspectos, valores, amigos y situaciones. En el caso de las chicas se da más la depresión y pueden surgir problemas de peso o de la imagen corporal que se considera una característica psicológica.

Las relaciones con los padres es conforme van avanzando los chicos por esta etapa en muchos casos deja de existir conflictos y un mayor respeto porque los hijos ya pueden ver a sus padres como individuos y comprender que sus opiniones se basan en ciertos valores y esto produce una mejoría en las relaciones familiares.

Con las relaciones entre compañeros se dan más las amistades entre chicos y chicas ya que la influencia de los demás amigos sigue siendo clave en el desarrollo personal de una identidad propia, los amigos anti-sociales pueden aumentar un comportamiento antisocial en el adolescente.

4.2 Etapas de la vida según Sigmund Freud.

Freud dividió las etapas del desarrollo del niño para explicar las emociones y sus reflejos en un futuro, Freud llamo a estas etapas como psicosexuales, ya que les asigna un papel importante a los instintos sexuales para el desarrollo de los niños.

Estas etapas son:

1) Etapa oral: Se da en niños en su primer año de vida ya que todo lo que observen y toquen se lo llevaran a la boca para descubrir de que está hecho y sentir por primera vez algo que les haga sentir bien, cuando los niños son reprimidos al hacer esto o cualquiera de las etapas, es cuando en un futuro

empiezan a tener resultados de estos momentos de represión por los padres, esto lo decía Freud.

Los tipos de carácter oral experimentan algunos trastornos en el recibir y el tomar, cuando existe un recibir fallido puede tomar la forma de dependencia pasiva, mientras que el tomar fallido resulta significar manipulación, envidia y avaricia.

2) Etapa anal: Esta etapa es a partir de los 18 meses hasta la edad de los 3 años y medio, esta etapa se caracteriza por el aprendizaje de saber desprenderse de las cosas y la posesión de las mismas.

Esta etapa es importante ya que aquí es cuando se comienza a tener conocimiento de cómo se controlan los esfínteres, de igual manera las otras etapas no deben ser reprimidas ya que esto limitara el desarrollo emocional del niño en una edad avanzada o durante todo su crecimiento.

3) Etapa fálica: En esta etapa se desarrolla la edad alrededor de los 3 a 6 años de edad y es cuando el niño descubre que tiene partes del cuerpo que son diferentes a los demás niños y que puede sentir placer con los mismos, en esta etapa se pueden desprender dos complejos que son el de Edipo y el de Electra según Freud.

4) Complejo de Edipo: Es tomado del mito griego del Rey Edipo, en el que el mata a su padre y se casa con su madre, esto se debe a la atracción que existe en el niño por su madre y esto se podría dar en la etapa fálica ya que en esta etapa el padre es visto como un rival por quitarle el cariño de su madre.

Si esta etapa es desarrollada de una manera natural el niño pierde la atracción sexual por su madre y adquiere la masculinidad de su padre, si esto no sucede entonces se tiene una conciencia atrofiada que hace que tenga una actitud arrogante hacia las mujeres.

5) Complejo de Electra: Es una etapa muy similar como la que le sucede al niño con la madre solo que esta es de la niña hacia su padre, ella lo ve como lo mejor del mundo, que no hay nadie mejor que él y a su madre como la rival. Se dice que si esta etapa fue desarrollada naturalmente la niña no tendrá ningún

problema para entablar relaciones con otras personas, será alguien modesta y alcanzará un equilibrio.

6) Etapa de lactancia: Esta etapa se da entre los 6 y 12 años de edad, no es muy específica pero si importante en la vida del niño ya que es cuando se quedan guardados todos los sentimientos, pensamientos y creencias del niño, esto es lo que ayuda a que se forme gran parte de su personalidad.

7) Etapa genital: En esta etapa se puede crear una confusión por el hecho de tratarse de los órganos genitales del niño al igual que la fálica pero se debe aclarar que son etapas diferentes ya que la fálica es cuando el niño es egocéntrico consigo mismo y esta etapa es cuando se termina de formar por completo la personalidad, se deja de buscar el placer en uno mismo sino que ya se vuelve heterosexual y obtiene placeres de otras maneras.

4.3 Etapas de la vida según Erikson.

a) Confianza contra la desconfianza: Se desarrolla desde el nacimiento hasta la edad de 2 años, en esta etapa la infancia del niño recibe los cuidados en la alimentación como en otras necesidades básicas como jugar, cambiarles el pañal, donde se sienten amados por sus padres o las personas más cercanas a ellos que los cuidan, el niño crece seguro en sí mismo adquiriendo confianza y optimismo que necesitara para desarrollarse adecuadamente. Si estos cuidados no se ejercen adecuadamente el niño podría crecer con inseguridad y le costaría trabajo confiar en las demás personas.

b) Autonomía contra la vergüenza: Esta es la segunda etapa que ocurre durante la edad temprana infantil y abarca desde los 2 hasta los 4 años de edad, el niño debe recibir una atención apropiada por parte de los padres ya que puede adquirir control en sí mismo y sentirse orgullosos de sus pequeños logros en vez de avergonzarse.

Los niños que superan la autonomía llegan a ser más independientes, tienen iniciativa propia y desarrollan lo que quieren y lo que no quieren.

Esta es la etapa donde se encuentran los berrinches y llantos por no cumplir sus caprichos y dejarlos hacer su voluntad pero esto es normal.

c) Iniciativa contra la culpabilidad: Esta etapa comienza a los 4 años y termina cuando el niño comienza en la escuela, Erikson llama a esta etapa como la edad del juego ya que el niño aprende a compartir sus cosas con los demás, desarrolla su imaginación y su fantasía al jugar. Comienza a seguir las reglas de los juegos, puede tomar el liderazgo en los juegos cuando esta con otros niños.

Si llegáramos a observar que el niño es inseguro o se restringe en los juegos y actividades, se siente culpable o esta temeroso puede que se vuelva dependiente a sus padres y no desarrolle su imaginación y creatividad a través de las fantasías que tienen los niños a esta edad esto es según Erikson.

d) Competencia contra la inferioridad: Empieza cuando el niño entra a la escuela que es aproximadamente a los 7 años hasta que la concluye como a los 14 años de edad, aquí aprende lo básico de la vida, que necesita para llegar a ser un adulto funcional y competente. Erikson dice que el niño comienza su relación con amigos, siguiendo las normas sociales propias de esa edad al igual que la de los juegos.

El niño a esta edad comprende que hacer la tarea es una responsabilidad muy importante desarrollando así su auto disciplina la cual lo ayuda a comportarse bien en la escuela, a ser más sociable con los demás niños y al igual que en su casa con reglas que los padres les pongan para cada situación.

e) Identidad contra la confusión: Durante esta etapa el desarrollo psicosocial del niño se convierte en un adolescente de 14 años hasta los 20 años de edad. El adolescente a esta edad supera otras etapas permitiendo así conocer más su personalidad aunque exista la posibilidad de que algunos adolescentes tengan confusión sobre su identidad y eso puede provocar rebeldía hasta incurrir en problemas menores de delincuencia.

Erikson cree que un adolescente maduro desarrolla su conciencia de lo que es bueno o malo para su propia persona y crear un comportamiento social adecuado. El adolescente trata de guiarse por personas que les provoque

inspiración, que tengan una gran personalidad e inteligencia sino lo encuentra podría desarrollar problemas de actitud ante la sociedad.

Intimidad contra la soledad: El adulto joven llega a experimentar la intimidad con su pareja, lo cual hace posible que se desarrolle de una relación auténtica y genuina de la cual conducirá a una vida exitosa hablando en el aspecto sentimental.

4.4 Infancia / Niñez.

La infancia, su origen en la palabra latina es *infantia*, es la etapa de la existencia de un ser humano constituye la edad del niño desde su nacimiento hasta los siete años, pero también es el primer estado de una cosa, definición que sugiere el comienzo de un ciclo. Por su parte la palabra niñez, es entendida como el periodo de la vida comprendido entre el nacimiento y la adolescencia, se fusiona en el imaginario social a la idea de pureza, ingenuidad e inocencia. Es el lapso del desarrollo humano que inicia en el nacimiento y finaliza en la adolescencia, su estudio debe tener un especial cuidado y así mismo, una especial atención en los tres puntos consiguientes: Diferencia entre el niño y el adulto, características de la infancia, importancia de esta edad para el desarrollo.

4.4.1 Características generales.

La infancia temprana, típicamente definida como los años previos a la escuela, o de 3 a 5 años, es una etapa importante y distinguida del desarrollo infantil. El consenso general es que los procesos biológicos, cognitivos, psicológicos y socioemocionales juegan un papel considerable en la maduración del niño. Los psicólogos y los filósofos han promovido históricamente diversas perspectivas en la naturaleza de los niños, aunque suelen estar de acuerdo sobre las siguientes características del desarrollo temprano en la infancia.

Cognición: Para empezar, de todas las partes del cuerpo, el cerebro crece en su mayor parte durante la infancia temprana, provocando cambios dramáticos en el desarrollo cognitivo. La memoria de los niños, avanza más después de la

infancia, los niños aprenden a transmitir pensamientos e ideas relacionados con su vida diaria usando palabras e imágenes.

Infancia educativa: La educación infantil es un proceso global y no sectorial, ya un buen proceso educativo será que todos los ámbitos del desarrollo del niño y no como preparación a etapas posteriores, por lo tanto cuando hablamos de la educación infantil es global, el niño aprende de forma global, esto implica que el aprendizaje integrado, este es donde el niño desarrolla actividades que van directo al aprendizaje total del niño en diferentes ámbitos como son:

- 1) Sensorial-psicomotor:** Donde el niño adquiere destrezas y cualidades motrices.
- 2) Social-relacional:** Todo tipo de competencias que implican la adquisición, comportamientos, adaptativos y de manejo.
- 3) Expresivo:** Abarcan desde el llanto hacia expresiones más complejas a través del lenguaje.
- 4) Intelectual-cognitivo:** Implica la adquisición de conocimientos y habilidades cognitivas.

Todos los ámbitos están relacionados y no hay ninguno más importante pero, el último se le da mucho más importancia. Estas cuatro características de la infancia educativa deben estar inmersas en cualquier tipo de aprendizaje integral.

Infancia física: En esta etapa se observa un gran despliegue de actividad. Es la época por la obsesión de los deportes o actividades que requieran esfuerzo y mucha dinámica. El crecimiento físico del escolar disminuye, los cambios que se producen son graduales y continuos, con lo cual permiten alcanzar las habilidades motoras sin tener que estar ajustándose a cambios rápidos del cuerpo. Existen algunas diferencias entre sexos, los niños adquieren mayores destrezas físicas, por ejemplo, corren más, en cambio las niñas destacan en agilidad y equilibrio.

A partir de los 8 años, tienen adquirida gran parte de la motricidad fina, todo esto hace que los niños adquieran sentimientos de capacidad y autoestima. El control de su cuerpo les hace sentirse que pertenecen al grupo.

Infancia social: Los niños considerados “torpes” presentan más el rechazo en el grupo en el que se encuentran en el grupo. Su conocimiento social va cobrando cada día mayor importancia en su comportamiento. En estos años deben aprender a manejar las complejidades de la amistad, la justicia, las reglas y las normas sociales, las conversaciones relacionadas con los papeles sexuales, la obediencia a la autoridad y la ley moral. Un concepto importante en el conocimiento social es el de inferencia social, es decir, las suposiciones acerca de lo que otra persona siente, piensa o pretende ante las demás persona o incluso con sus compañeros en el colegio.

El juicio moral es el proceso para llevar a cabo decisiones acerca de lo bueno y lo malo, empiezan a distinguir entre bondad y crueldad, generosidad y egoísmo con las personas que los rodean.

Relaciones con compañeros de la misma edad: Los logros anteriores permiten que el niño asimile el concepto de la amistad. El conformismo en el grupo es muy importante. La presión de los compañeros puede ser tanto positiva como negativa: por ejemplo, un niño que pertenece a un grupo de niños muy aplicados puede sentir presión para terminar las tareas escolares. Si el niño tiene compañeros con actitudes antisociales también puede sentirse presionado para tener dichas actitudes. En este sentido los niños son más propensos a acceder que las niñas. Además de la presión es mayor si no existe supervisión de los adultos. Generalmente, el grupo de compañeros de la misma edad satisface la necesidad de aceptación y de autonomía.

Inteligencia en la infancia: Cuando hablamos de inteligencia hacemos referencia también a aquellos procesos cognitivos como la atención, concentración, la memoria, el aprendizaje, etc., ya que el funcionamiento de estas variables sumado a una adecuada nutrición y un ambiente familiar favorable permiten constituirlos.

El niño manifiesta conductas, y en general, su funcionamiento cognitivo, con mayor avance y precisión, es decir, evolucionados y dejando atrás la etapa anterior, donde el niño aparentaba inmadurez (6 años). Sus conocimientos temporales, de los símbolos, el niño de esta etapa debe conocer forzosamente los objetos para representarlos simbólicamente, pero a su vez, no es capaz de representar todo lo que conoce. El contexto tiene gran fuerza para poder formar los símbolos, que formaran los esquemas, comienzan a adquirir y utilizar un esquema de las historias o sucesos, en un orden cronológico, pero no de manera aleatoria o entre mezclada. Los niños poseen en su memoria, representaciones de acciones o conductas utilizadas habitualmente en rutinas concretas y familiares, esquemas rudimentarios de formas casuales.

Los niños de esta etapa poseen estructuras de conocimientos respecto a la situación espacial de los objetos con los que interactúa cotidianamente o que le están al alcance de sus sentidos, es decir, que los puede percibir. Esto sucede principalmente con objetos con los que se relaciona muy a menudo, y que en su memoria los ubica dentro de un contexto. Poseen esquemas respecto a las apariencias de clases familiares de objetos y fisionomía de las personas de su familia, amigos o personas que ellos ven muy frecuentemente.

En general, los niños de esta etapa poseen conocimientos con menos profundidad, es decir, menos explícitos, generales y abstractos, en comparación con un adulto, y por lo tanto poseen un léxico muy pequeño lo que les impide hablar y razonar como una persona mayor.

Infancia en la familia: Las familias siguen siendo uno de los factores de socialización más importantes para los niños en edad escolar. El aprendizaje social se lleva a cabo dentro del contexto de las relaciones familiares.

El niño observa a su familia como una protección, reconociendo a la misma como un grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos los miembros de su familia. El niño sabe reconocer que para tener un ambiente pleno y armonioso debe crecer rodeado de amor, felicidad y comprensión.

Implicaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje: El fin último de la acción educadora en el aula es conseguir que el niño se desarrolle hacia la

autonomía moral, social e intelectual que le permita desenvolverse en el medio social en el que vive. La acción del educador, una vez que conoce el nivel en que se encuentra el alumno, se orientara a estimular nuevos niveles de competencia. Los objetivos que el educador debe plantearse en su acción serán, entre otros:

- Ampliar la capacidad de expresión en todas las áreas del desarrollo.
- Lograr una mayor autonomía de acción en el medio.
- Mediar para que se aprovechen al máximo las posibilidades de interacción porque todas ellas llevan gran potencialidad constructiva.
- Impulsar la capacidad de interiorizar las acciones y su organización, originadas en contextos concretos.

Para poder reforzar todos estos puntos se sugiere lo siguiente:

1. La aportación de los conocimientos de la fuente psicológica es importante porque nos transmite información sobre que se puede aprender en un determinado momento y como aprenderlo.
2. En el currículo prescriptivo, los objetivos generales expresan el tipo de desarrollo al que hay que dirigir la acción educadora y que serán adaptados en función de las características de los alumnos en los proyectos curriculares y en las programaciones de aula.
3. Los contenidos expresados en el currículo de ambas etapas educativas, seleccionan conceptos, procedimientos y actitudes acordes con las capacidades de los alumnos.
4. La visión del desarrollo que se plantea en las dos etapas es con textualista-interaccionista. Admite que el desarrollo psicológico es el resultado de las relaciones que el individuo tiene con su entorno.
5. De los 2 a los 6 años se adquieren movimientos en las extremidades inferiores de gran precisión y finura, lo mismo sucede con las manos y los dedos. La verdadera construcción del yo corporal no se consigue hasta los cinco años aproximadamente.
6. El niño utiliza y domina las nociones espaciales y las nociones temporales antes al nivel de acción que de representación simbólica.

7. Los progresos motores repercuten en la estabilidad cognitiva y este repercute en los procesos afectivos que son más estables, abiertos, conscientes y ordenados.

8. La evolución en la capacidad de análisis conseguida en la etapa de Educación Primaria, marca la transición al pensamiento abstracto y hacia una lógica formal.

9. En la metodología que se utilice en la acción educadora es básico comenzar partiendo del nivel de los alumnos.

10. Los juegos contribuyen a su desarrollo moral y afectiva-social porque le ayude a establecer reglas que dan orden y estabilidad a la actividad lúdica.

El niño se va desarrollando hacia una moral autónoma construyendo un elemental sistemático ético:

- No se toleran las trampas ni las mentiras
- Comienza a mostrar un sentido de la justicia y de la equidad alta.
- Asume ciertas responsabilidades.
- Son más exigentes consigo mismos.
- Sienten necesidad de excusarse cuando realizan acciones incorrectas.

Capítulo 5

5.1 Adicciones en niños: Las adicciones más comunes en los niños son:

Tecnología: Los niños de esta época permanecen largas horas en la computadora, televisión y videojuegos. El internet es la nueva adicción en niños de edades entre 7 a 12 años, muchos de estos niños prefieren no comer, no salir a jugar con otros niños de su edad, no comer o convivir con sus propios padres o hermanos.

Es algo que llega a preocupar a muchos padres de familia, ya que los niños no quieren jugar con sus amigos del colegio o de su vecindario porque prefieren estar pegados a una computadora, teléfono celular, consola de videojuegos o la televisión.

Y si un padre decide no comprarle ninguno de estos aparatos electrónicos a sus hijos terminan siendo tema de burla ante sus compañeros de la escuela o los mismo niños dejan de poner atención en los estudios o comienzan los berrinche y la rebeldía. Es importante que los padres de familia mantengan un equilibrio con sus hijos, de enseñarles que antes que todo están los estudios y después la diversión.

Que los niños adquieran estos aparatos tecnológicos significara que serán responsables con sus tareas, respetuosos con los mayores y que podrán invitar a sus amigos al hogar para poder jugar con ellos, tal vez estas podrían ser algunas recomendaciones para evitar que esta adicción siga creciendo con más niños que podrían ser hasta más pequeños de lo que ya son.

No es favorable que los niños tengan esta obsesión por estos aparatos no podría ser tanto la preocupación sino más bien los temas que tienen estos juegos que llegan a tener un contenido demasiado violento tanto como físico y verbal, esto solo hará que los niños piensen que es normal y correcto que se expresen o se comporten de esa manera y solo generara más violencia de la que ya existe tanto en nuestro país como en el mundo entero.

En cuanto al internet es preocupante que los niños tengan acceso a cualquier página web ya que en muchos sitios no existe mucha seguridad y podrán observar cualquier cosa que no sea apropiada para ellos.

Capítulo 6

6.1 Datos estadísticos.

Se realizara una pequeña búsqueda de cuantas niñas\personas son afectadas por este trastorno alimenticio, se buscará en las siguientes instituciones:

6.2 Clínica pública y privada.

Desgraciadamente en el D.F. existen muy pocas clínicas o centros de tratamientos como público y privados para tratar la anorexia y bulimia. Las clínicas que se encuentran tanto por internet como en periódicos o la sección amarilla ya no tratan esta enfermedad debido a que en nuestro país existen más personas con problemas de obesidad que con anorexia o bulimia.

En la mayoría de estas clínicas no atendieron, no quisieron dar informes de sus clínicas, tratamientos o incluso de si tenían chicas en sus centros o a cuantas recibían al mes o al año, toda esta información fue negada por doctores y enfermeras. Solo decían que ya no trataban a personas con estos desórdenes alimenticios por la razón que se mencionó con anterioridad. Pero si se requería más información tendría que hacer cita con los nutriólogos y psicólogos de estas instituciones pero tendría un costo de consulta y por cada uno. En cuanto a las clínicas públicas se necesita tener un pase de otra institución para poder ser atendido o ser derechohabiente para solicitar una cita con un nutriólogo y poder evaluar a la persona.

El total de clínicas que tratan estos desórdenes alimenticios en el D.F. y zona metropolitana, se encontraron 59 de las cuales no contestan el teléfono, no saben la información que se necesita dar al cliente, mencionan el tema de la

obesidad y otras son datos erróneos que se encuentran tanto en internet como en la sección amarilla o periódicos.

Testimonios reales, videos, reportajes, literatura.

Video: Este reportaje se transmitió en el canal Home & Health.

1. La niña de 8 años con Anorexia.

Dana es una niña que tiene anorexia a sus 8 años de edad, ella vive en Inglaterra, es internada en la Clínica Roads Farm especializada en trastornos alimenticios, este será el nuevo hogar de Dana por las próximas 12 semanas.

En esta clínica será evaluada, alimentada, controlaran su ingesta alimenticia porque Dana tiene esta enfermedad.

En esta clínica se ha observado durante los pasados 2 o 3 años a niñas cada vez más jóvenes o pequeñas con este trastorno alimenticio.

Antes de ingresar a la clínica Dana ya había dejado de comer, perdió cerca de 1/4 de su peso corporal dejándola peligrosamente sin los nutrientes y proteínas necesarias para poder funcionar como una niña de su edad.

Dana fue llevada a la clínica engañada y en contra de su voluntad, ya que llegaron a la clínica fue forzada a bajar del auto pero ella se rehusaba y le prometía a sus padres que ella comería, que volvería a comer pero ya era demasiado tarde para esas promesas.

Al igual que a Dana muchos niños son inseguros por la visión que tienen de ellos mismos, se estima que un 75% de los niños de Inglaterra quiere ser más delgado que los demás, si la anorexia ataca a un niño esto puede llegar hacer muy peligroso, como en el caso de Dana esto ocurrió de la noche a la mañana.

Después de que Dana cumpliera 8 años, su rutina alimenticia cambio drásticamente, lo primero que dejo de comer fue la comida que su madre le preparaba, luego dejo las golosinas, la comida chatarra, trato de volverse vegetariana hasta llegar al punto de dejar de comer por completo.

Sus padres al ver lo grave que era el problema la internaron en el hospital pero Dana le dijo a su madre que si la dejaba ahí ella dejaría de comer por completo, así estuvo por 2 semanas al grado de no tomar agua.

Los médicos al observar el comportamiento de Dana le inyectaron glucosa intravenosa para alimentarla pero ella se resistía demasiado a eso, lo hizo por varias horas al grado de enrollar el tubo de su mano para evitar que la glucosa entrara a su cuerpo y se sentó con su brazo izquierdo levantado por completo por unas 6 horas deteniendo toda la circulación de su brazo, su madre al ver eso quedo sumamente impactada.

A pesar de que Dana no comía mostro algunas mejorías y la dieron de alta en el hospital pero eso no significaba que ya estuviera recuperada. Al llegar a su casa comenzó a obsesionarse con el ejercicio, subía y bajaba las escaleras de su casa una hora sin detenerse, Dana sabia y sentía que estaba demasiado cansada para seguir haciendo ejercicio pero había una voz en su cabeza que le decía que tenía que continuar con el ejercicio.

Dana aprendió a contar las calorías que contiene cada alimento, solía consumir entre 100 y 175 calorías por día y ahora en la clínica tendrá que consumir 2,400 calorías, eso es un 50% más para una niña de su edad.

En la clínica no se negocia dejar la comida, las enfermeras que están a cargo en la hora del almuerzo deben estar al pendiente de que las chicas no hagan trampa o trucos para no alimentarse bien, es una lucha para ellas cada día.

Muchas de ellas consumen vinagre, dicen que esto les ayuda a perder peso. En la hora de la comida esconden el alimento en sus mangas, bolsas de pantalones, abajo de la mesa, en su cabello, otras mueven constantemente las piernas y pies, pues dicen que esto las ayuda a acelerar su metabolismo y así poder quemar calorías.

Otros trucos que realizan es poner más comida en la cuchara o tenedor para poder vomitarlos luego de la ingesta, muchas veces suelen jugar o acomodar la

comida para distraer a las enfermeras, otras vomitan en jarras o cajas y las depositan debajo de su cama o en el armario cubriéndolas con ropa limpia para prevenir que el olor sea demasiado fuerte.

Muchas chicas al momento de pesarlas llegan a tomar hasta 2 litros de agua en 30 min para que cuando suban a la báscula les aumente de peso, es algo impresionante.

Su peso es controlado una vez por semana, en el caso de Dana se pretende que aumente 1 kilo por semana. El aumentar de peso significa ver a su familia e incluso salir de la clínica antes de lo planeado.

Lo más importante del tratamiento es averiguar qué es lo que ocasiona la anorexia ya que las niñas que comen aun quieren bajar de peso y esos pensamientos no se les escapa de la mente tan fácil, se podría creer que muchas chicas con anorexia comienzan cuando tienen muchos problemas en la escuela o en su casa y buscan la forma de sentirse bien con ellas mismas, para sentir que pueden controlar sus vidas pero en el caso de Dana es confuso y difícil de saber porque dejo de comer por completo, solo ella explica que quería morir ya que no les gustaba lo que veía en el espejo.

Dice que no sabe porque lo hizo, nunca fue por problemas en la escuela, en su casa o por algún estrés.

Ella en la clínica no tuvo mucho problema en adaptarse a las reglas de la comida y al programa que le dieron, ella trato de poner se su parte y echarle ganas para poder regresar a su casa con su familia.

A las 8 semanas Dana recibe la visita de sus padres para llevarla a un zoológico pero este es el verdadero reto para ella y sus padres; comer fuera de la clínica. Ella debe elegir un plato fuerte y un postre alto en calorías. Con el plato fuerte no tuvo problema alguno, se lo termino todo pero al momento de comenzar con el postre se da cuenta que la porción es para 2 personas y eso le causa un conflicto muy fuerte a Dana ya que ella sabe que si lo deja reprobara el desafío, se sentirá mal y eso podría significar que se tendrá que quedar más tiempo en la clínica.

Alguno de los factores que se cree que provoca la anorexia es la depresión, esto se desemboca por problemas familiares, para llamar la atención o no saber cómo comunicarse con otras personas, presionar a los niños en algunos aspectos cotidianos de su vida como la escuela, tareas o decisiones, también para imitar a las amigas, hermanas mayores, las madres o las mujeres que salen en la televisión o revistas de moda.

Para cuando Dana salga de la clínica su madre debe tener un libro que le indica cuantas calorías contiene cada alimento y así poder calcularlo.

Dana completa su tratamiento en la clínica, ella no está curada al 100% pero con esfuerzo, dedicación y mucho trabajo ella podrá salir adelante y vencer esta enfermedad.

Este documental se encontró en el canal de YouTube.

2. Diario de una Anoréxica.

Cihoe es francesa, estudia derecho en la Universidad de Marsella pero le cuesta concentrarse ya que en 4 días no ha consumido más que una Coca Cola Light y cigarrillos, Cihoe solo tiene 20 años y ha sido diagnosticada con anorexia nerviosa.

Ella vive en un estudio a solo 5 minutos de casa de sus padres ya que su psiquiatra le recomendó cortar cualquier dependencia con ellos.

La ausencia de alimento le provoca una necesidad muy fuerte de comer, ella casi siempre va a casa de sus padres a prepararse pasteles ya que ella no gana o le dan lo suficiente para comprar muchas cosas.

Ella tiene una obsesión con las galletas, todos los días compra, las consume y al final del día las vomita. Cihoe por lo general, es una chica muy consciente de su enfermedad, las personas que tienen esta enfermedad son muy inteligentes, saben que ellos la tienen y en que consiste.

Cihoe acomoda sus galletas conforme las vaya consumiendo, estaba dispuesta a comenzar con los atracones de comida cuando de repente llega su amiga

Amelie de la escuela a invitarla a comer. Clhoe siempre rechaza las invitaciones que Amelie le hace pero al parecer gracias a las cámaras Clhoe acepta salir a comer a un restaurante que está muy cerca del departamento de ella, de hecho está a la vuelta de la esquina y esto es para después de comer llegar lo más pronto posible a su casa.

Clhoe casi siempre pide la cuenta después de que le entregan su platillo y esto es porque al dar el primer bocado ella siente la necesidad de seguir comiendo, como se dicen los famosos atracones, por esta misma razón es que escogió el restaurante más cerca de su casa.

Ella termina su plato e inmediatamente sale del lugar con un pedazo de pan para calmar el ataque que le ha provocado comer. Su amiga Amelie intenta acompañarla hasta la puerta de su departamento pero lo único que Clhoe quiere es irse para seguir comiendo y después vomitarlo todo.

Llegando a su departamento lo primero que hace es consumir una caja de galletas completa junto con café, continúa con queso crema, yogurt, esto le provoca a Clhoe un inmenso placer y continua, no puede parar a pesar de que ella siente el estómago a reventar.

Para continuar con el procedimiento de los ataques Clhoe toma 3 litros de agua, esto es para facilitar más el proceso de vomitar todo lo que consumió en el atracón.

Si psiquiatra le pide que escriba en un diario todo lo que hace, que consume, cuando y cuanto, con cuantas personas sale o lo que hace en su día, para que no pierda el sentido de la realidad en la que ella está viviendo.

Ella despierta con la necesidad de hacer ejercicio ya que siente que se excedió demasiado la noche anterior, por lo que quema gramo por gramo con ejercicio de gimnasio, la anorexia está destruyendo su cuerpo y su salud. En su última revisión médica le informan que tiene osteoporosis como una mujer de 60 años, sus bajos niveles de potasio a causa de los vómitos le pueden provocar un infarto en cualquier momento, esta anémica y le faltan los nutrientes necesarios para mantener sus órganos vitales en funcionamiento.

Se estima que cada uno de diez personas con anorexia muere por la mala alimentación o se suicidan. Clhoe no puede ni siquiera mirarse al espejo ya que

le atemoriza de sobre manera verse gorda, ella toca su cuerpo y siente sus huesos por debajo de su piel, sus antebrazos y hombros delgados pero eso no sirve de nada, ella se ve y se siente como una persona gorda.

Clhoe visita semanalmente a su endocrino, quiere curarse pero cada revisión es una pesadilla, siempre quiere pesarse de espaldas para no saberlo y obsesionarse, también le pide al doctor que no se lo diga.

La pesan con todo y ropa, está 20 kilos baja de su peso, su organismo se va degradando al grado de que Clhoe dejó de tener su periodo menstrual por completo, esta preocupa a su doctor ya que el cuerpo de Clhoe podría no tener una salvación y podría morir en cualquier momento.

Después de 15 días Clhoe dejó los ataques y el vómito por 5 días ya que tenía un examen difícil que presentar y solo quería estar concentrada. Terminando su examen decide tener un atracón bastante pesado por la noche, sus noches son bastante rutinarias, primero es comer durante una hora, segundo vomitar por una hora, tercero tomar una Coca Cola Light, fumar 2 o 4 cigarrillos y cuarto limpiar toda la casa por una hora.

La soledad invade de melancolía a Clhoe ya que es cuando más extraña a su familia, extraña ya no tener amigos cerca y una pareja sentimental con la cual establecerse.

Clhoe decide pesarse y se da cuenta que está al límite, solo pesa 33 Kg así que decide ingresar a una clínica, pero por desgracia en Francia y en la zona en la que vive Clhoe hay muy pocas o saturadas y resulta muy difícil poder ingresar a ellas, pero por fortuna una clínica aceptó a Clhoe y está en la lista de espera para que sea ingresada y se pueda recuperar de esta terrible enfermedad llamada Anorexia Nerviosa.

Documental encontrado en YouTube.

2. Miedo a comer.

En el centro de Renfrew de Florida se encuentran chicas de todas edades con trastornos alimenticios.

Shelly tiene 25 años y acaba de ingresar a la clínica, es una enfermera de psiquiatría, diagnosticada con esta enfermedad desde hace más de 5 años donde se le obliga a recibir el alimento a través de un tubo, después de 10 intervenciones médicas ingresa voluntariamente a este centro.

Shelly tiene conectado el tubo a la boca del estómago, ella puede inducir sus medicamentos por esa vía.

En el momento en que ingresa a la clínica tiene que ser evaluada, tanto la enfermedad de Shelly como su profesión le dan armas para no comer o hasta suicidarse.

Ella comenta que una vez en el hospital donde ella trabajaba estuvo a punto de inyectarse insulina y toda clase de medicamentos por el tubo que tiene conectado con el estómago.

Shelly entra pesando 38.2 kilos, no le cuesta nada de trabajo hacer amigas cuando está en la zona de fumar.

Conoce a Polly que tiene 29 años donde ella le comenta las reglas de las fumadoras como es el hablar de su peso ya que en la clínica está prohibido que se hable de eso, criticar a otras chicas o hablar de cualquier tema que no se permita dentro del centro. Polly le platica su experiencia con la enfermedad, ella lleva 6 semanas de tratamiento, ingreso voluntariamente a la clínica por un intento de suicidio.

Polly siempre ha estado a dieta, hacia cosas que ahora se conoce como síntomas de la anorexia y de la bulimia pero para ella en un principio era normal ya que su familia le enseñó a cortar la comida en pedazos muy pequeños y masticar con demasiada calma, Polly tomaba demasiada agua para sentir el estómago muy lleno y a los 11 años ya sabía contar las calorías de los alimentos que consumía.

En la clínica toman terapia en grupo donde todo lo que se hable ahí dentro está prohibido comentarlo en otro lugar y con alguien más, eso a las chicas les da confianza ya que pueden decir lo que quieran y no serán juzgadas por nadie, se

dan apoyo y consejos acerca de cómo se sienten dentro de la clínica y de su enfermedad.

En este grupo podemos conocer a Brittany, ella tiene 15 años y lleva 4 semanas internada en la clínica, en los últimos años su peso bajo desde los 84 kilos hasta los 44 kilos, con esto se podría decir que prácticamente la mitad de su peso desapareció. Cuando ingresa al centro tenía baja la frecuencia cardiaca, se le caía el cabello y tenía el hígado muy dañado, cada mañana que Brittany es evaluada observan que los dedos de sus manos están azules pero tienen una temperatura adecuada y su carnosidad está dentro de lo normal.

Ella platica que a los 8 años de edad empezó a comer compulsivamente y a escondidas, a los 12 años comenzó una dieta estricta ya que veía que las chicas de su edad eran delgadas y ella era la “gordita” de la escuela, al ver su madre que estaba adelgazando la obligaba a comer demasiado lo que provocó que Brittany comenzara a vomitar esto sucedió cuando había cumplido los 15 años por eso no se lo conto a nadie por un mes hasta que decidió contárselo a su madre pero ella tenía miedo ya que su madre también padece desórdenes alimenticios, fue tanto que llego el punto en que las 2 comían golosinas y vomitaban todo, eso hizo que Brittany se sintiera peor y más enferma de lo que ya estaba.

Shelly tiene una pequeña terapia familiar con su madre, hablan acerca de la hermana gemela de Shelly, ella pesa 47 kilos sin hacer dieta ni nada y la consideran la chica más popular, la que tiene personalidad, amigos. Shelly no quiere ser igual a su hermana gemela ya que odia que las comparen siempre o que su hermana sea la mejor en todo pero tampoco quiere ser la gorda de la familia.

El terapeuta se da cuenta que existe una relación muy competitiva entre ellas y eso afecta mucho a Shelly ya que su madre está muy preocupada por la salud de su hija.

Brittany habla con su nutrióloga y le confiesa que a vomitado 12 veces en todo el tiempo que ha estado en la clínica, la nutrióloga se sorprende ya que Brittany

no se lo había dicho con anterioridad aunque la nutrióloga se lo preguntara muchas veces durante la consulta, eso la hace sentir muy mal y con ganas de irse de la clínica.

Brittany no soporta la presión que siente por parte de la clínica y que su madre le esté pagando parte de todo el tratamiento.

En la clínica todas las noches les dan obligatoriamente a las chicas un suplemento alimenticio para que ganen peso sanamente, a muchas de las chicas les desagrada demasiado tomarlo tanto por el sabor como los poco gramos que les hace ganar.

Shelly desde que no decidió comer le tuvieron que poner un tubo en la nariz para poder alimentarla pero su padre no soportaba la idea de ver a su hija con este tubo en la nariz así que decidió mandarla con un doctor para que se lo quitaran y mejor se lo conectaran a la boca del estómago.

Cuando Shelly despertó sintió un inmenso dolor en el estómago y vio que ya tenía el tubo pero pensó que sería más fácil sacar la comida por ahí, apretaba los músculos de su abdomen y vio que salía la comida por el pequeño orificio que tenía en el estómago.

Una vez se metió una aguja en el pequeño hoyo donde sale el tubo para poder sacar la comida que había ingerido unos minutos antes, ella sabe que es algo desagradable pero no podía permitir tener esos alimentos en su cuerpo.

Dentro de la clínica Shelly confiesa a ver sacado comida por el tubo ya que se dieron cuenta que su frecuencia cardiaca estaba muy baja y no había aumentado de peso sino todo lo contrario, con todo esto han decidido quitarle el tubo del estómago, no le darán más medicamentos que le ayude con la ansiedad y la depresión y se quedara más tiempo en la clínica.

El grupo de terapeutas mandan llamar a Polly para darle sus opiniones y sugerencias acerca de sus avances dentro de la clínica donde le dan muy buenas noticias que la subirán de piso y eso significa que le quedan menos días en la clínica y podrá salir de vez en cuando para dar paseos.

Shelly es internada para quitarle el tubo que está conectado con su estómago y la operación resulta ser todo un éxito, se espera que con esto tengan un mayor control en lo que consume Shelly.

Después de una semana Shelley la mandan llamar ya que notan que está vomitando y no come adecuadamente sus alimentos, los terapeutas le restringen lugares de convivencia para que se exija más y pueda seguir al corriente con su tratamiento pero ella se siente mal, deprimida y con mucha ansiedad ya que ella asegura que no está vomitando sus alimentos.

El fin de semana llega la mamá de Shelly para visitarla ya que ella firmo la solicitud de salida y será hasta dentro de 72 horas. La razón por la cual Shelly quiere irse de la clínica es porque alguien puso una hamburguesa vegetariana en su habitación y todos los terapeutas ya no confían en ella y después de que creen que ella está vomitando los alimentos que le dan en la clínica.

A los pocos días se encuentra que Shelly tenía razón acerca de la hamburguesa, todo había sido un mal entendido, le ofrecen disculpas y ella decide quedarse en la clínica hasta terminar con su tratamiento pero a los terapeutas no les gusta que las chicas empiecen a esconder los alimentos, así que deciden hacer una revisión profunda en los cuartos de todas las chicas y a Shelly le encuentran una caja de cigarrillos y 2 pastillas de antidepresivos, su terapeuta la manda llamar y ella le confiesa todo como de que cada día se siente más y más cansada con la enfermedad, le comienza a provocar ansiedad y nerviosismo ya que sabe que si no le echa ganas al tratamiento nunca podrá salir de la clínica y sobre todo poder curarse pero lo que también le provoca esta ansiedad es que Polly le dio esas pastillas de antidepresivos y ella no quería que Shelly se lo contara a alguien ya que la podría meter en problemas pero ella ya no quería mentirle a nadie y decide contárselo a su terapeuta.

Hacen una reunión con todos los del equipo de la clínica y deciden que Polly tiene que irse de la clínica ya que no es una buena influencia para las demás chicas que quieren recuperarse.

Polly ante la presión vomita gran parte de su almuerzo y no puede creer que lo haya vuelto hacer, se siente muy triste y traicionada por sus amigas que le dijeran

a todos de que ella fumaba en los baños y no en el área especial, de que se había hecho un tatuaje y de que ella les haya dado los antidepresivos.

Brittany tiene que abandonar el centro ya que el seguro no le pagara más su tratamiento y eso la entristece demasiado porque aún no se siente segura y confiada de volver a casa ya que sabe que volverá a los malos hábitos de vomitar o dejar de comer junto con su madre. Al estar lejos de la clínica Brittany volvió a restringirse la comida después del alta y pronto perdió demasiado peso.

Polly después de que se fuera de la clínica estudio la carrera de fotografía y dirige un estudio fotográfico, desgraciadamente ella aún sigue provocándose el vómito para estar cada vez más delgada.

Shelly obtuvo el alta un mes después donde regreso con su madre a Utah, adelgazo casi 8 kilos y fue sometida a terapia electro convulsiva para tratar su depresión, se ha casado y vuelve a ejercer su carrera de enfermería, aunque Shelly sigue luchando con sus trastornos alimenticios.

Este documental es del programa Crónicas de Televisión Española y se encontró en YouTube.

3. Anorexia, mi cuerpo, mi enemigo.

Patricia es una chica que vive en España, está internada en una clínica para tratar la anorexia, sus compañeras tienen entre 14 a 40 años de edad.

Cada mañana la enfermera pesa a 2 pacientes, esto se realiza cada semana para que las chicas no manipulen el de sus cuerpos con trucos tales como tomar agua, ponerse más ropa o esconderse objetos pesados en el cuerpo al momento de subirse a la báscula. El peso de las chicas es confidencial ya que esto podría provocarles ataques de ansiedad o que su obsesión por bajar de peso sea más fuerte de lo que ya es.

Una de las bases del tratamiento es la terapia en grupo, durante una hora y con ayuda del terapeuta las chicas pueden decir lo que quieran acerca de su vida o

de la misma enfermedad, también se intenta averiguar el porqué de ese comportamiento.

Patricia comenta que ella es así para tapar los problemas que ella va arrastrando, es un medio que muchas chicas utilizan para tapar lo que les afecta en la vida, ella utilizaba la enfermedad muchas veces para llamar la atención.

Ana Marta es compañera de Patricia están en la misma clínica, ella tiene 33 años y está diagnosticada con anorexia nerviosa, ella se sentía muy triste porque se veía sola, el no comer era como un suicidio lento, ella no tenía ánimos de seguir viviendo, tiene 10 años con esta enfermedad y cada año que iba pasando ella solo empeoraba de salud, tuvo que dejar los estudios y su vida, ella lleva 8 meses internada en la clínica.

La enfermedad de Ana Marta la fue consumiendo poco a poco hasta que solo quería estar encerrada en su habitación, no quería hablar ni salir con nadie pero ahora que está en la clínica entendiendo muchas cosas acerca de la enfermedad.

Patricia tiene 26 años es la segunda vez que ella está internada en esa clínica. Cuando ella termino su primer tratamiento regreso a vivir a Madrid con sus padres pero se quedaba en un piso terapéutico que es el segundo paso del tratamiento. Esto consiste en irse a vivir a un pequeño departamento con 3 chicas más y una terapeuta, ahí se les da el derecho de confianza donde ella pueden servirse la comida y tratar de hacer su vida lo más normal posible. Cuando Patricia estaba ahí ella comenzó a trabajar, regreso a los estudios y trataba de hacer su vida lo más normal posible pero con todo eso se agobiaba demasiado con las presiones y tuvo una recaída así que tuvo que volver a internarse.

Ella lleva más de la mitad de su vida con esta enfermedad, empezó desde los 13 años en la escuela donde sus compañeros la molestaban y le decían que estaba gorda, ella era muy sensible y le afectaban esos comentarios así que decidió ir con un nutriólogo para que ella bajara unos kilos de más.

Al ir bajando de peso Patricia se sentía muy bien, le decían que estaba más guapa, comenzó a destacarse en los deportes así que dejaron de molestarla en la escuela y se volvió una chica popular.

Pasa unos días y le hacen entrega a Ana Marta de un certificado de liberación de la clínica ella ha terminado su tratamiento correctamente, puede ingresar al piso terapéutico donde podrá buscar un trabajo y seguir con sus estudios, ahí podrá visitar a sus padres y amigos, ella estará en observación del terapéutico que esté a cargo en ese piso.

Con Patricia es diferente ya que ella sigue con su tratamiento y espera poder seguir adelante con él para salir de la clínica y continuar con una vida feliz pero sobre todo sana.

Cortometraje transmitido en el canal 28.

1. El precio de la belleza.

En este cortometraje nos habla de los casos de muchas chicas que han atravesado por esta enfermedad. El primer caso es de Anastasia de 17 años, ella cuenta que siempre se sintió gorda o más de lo normal, ella se iba al gimnasio todos los días porque su cuerpo estaba ancho comenzaba a contar las calorías de todos los alimentos que consumía.

Ella usaba métodos diferentes para poder perder peso tal como con los laxantes todos los días, tomaba agua durante una semana eso ayudaba a facilitar volver todo lo que comía.

Anastasia comenta que un día en el colegio estaban formados esperando a entrar a su salón y comenzó a sentirse mareada y se desmayó. Cuando volvió en si estaba en la enfermería ya con sus padres esperándola, la enfermera de la escuela les comento que Anastasia estaba muy delgada y que necesitaba ir con un doctor para evaluarla ya que no era normal que tuviera ese peso.

El doctor les informa que anastasia tiene anorexia nerviosa ella tiene miedo de continuar así ya que ella podría morir en cualquier momento y eso es lo que menos quería así que le pidió a sus padres que la internara, que ella iba a cumplir con su tratamiento hasta el final para recuperarse.

Libro:

1. Diarios de la anorexia.

Linda era una terapeuta, ama de casa, madre de 2 hijos (Gregg y Tara) pero antes de ser una profesionalista Linda se sentía aturdida, deprimida, con ganas de poder trabajar y seguir alguien en la vida demás de ser un ama de casa. Linda se sentía así porque cuando tomaba el primer semestre de la universidad se enteró que estaba embarazada de Gregg, tuvo que dejar la escuela y casarse.

Al pasar el tiempo Linda tenía serios problemas con su esposo Louie, muchas veces intentaron separarse pero por sus hijos trataban de echarle ganas a su matrimonio.

Hasta que pasando el tiempo era inevitable no tener problemas, en muchas ocasiones no se dirigían la palabra en días, esto le preocupaba a Linda porque no quería que sus hijos vieran y supieran que ellos tenían problemas serios en su matrimonio.

Linda hace una nota interesante en el libro, en una fuerte pelea con su esposo la golpea, no le fractura ningún hueso o le deja marcas en el rostro, solo lastima profundamente su alma y su orgullo, y es a causa de la enfermedad de Tara (Esto es una nota que revela en el libro).

Linda trata de dejar eso en el pasado pero eso inicia su enfermedad, ellos tenían problemas económicos, ella regreso a la escuela para poder tener un mejor empleo, pero las deudas, el estrés en la escuela y el trabajo hacen que Linda deje de comer en varios días.

Ella reconoce tiempo después que es un problema y trata de solucionarlos sin ayuda de algún nutriólogo o experto en esta enfermedad.

Tara comenzó su enfermedad cuando era una adolescente, observaba que su cuerpo iba cambiando. Ella comentaba que siempre fue una chica activa y delgada pero al entrar a la pubertad observo en muchas partes de su cuerpo comenzaba a salir los típicos “gorditos”, su cuerpo se iba convirtiendo al de una joven mujer pero su mentalidad aún seguía siendo el de una niña y eso la confundía demasiado.

Ella comenta que sus hábitos alimenticios durante esa etapa no era nada saludable ni tampoco su auto-imagen. Ella veía el comer como una debilidad en lugar de una parte normal de la existencia humana. Todo era negro y blanco, bueno o malo, gordo o delgado, nunca había términos medios para las cosas que ella estaba viviendo en ese momento.

Cuando entro al quinto grado Tara era la chica más popular de toda la escuela pero por un problema que tuvo con su mejor amiga, su vida se convirtió en un infierno. Todos sus compañeros empezaron a molestarla, sobre todo su ex amiga y otra chica que era muy pesada, la golpeaban cuando iba camino a su casa, la empujaban en los casilleros, le gritaban e insultaban cosas muy feas.

Fue tanto su tormento que Tara intento quitarse la vida con un tenedor clavándoselo en la muñeca de su mano pero al ver que no había perforado ninguna vena lo dejo, en ese momento su madre lleo y Tara le pidió que la cambiara de escuela o se suicidaría pero su madre solo la ignoro pensando que era un problema de la edad sin saber que eso desataría la autodestrucción de Tara.

Tara logro convencer a su madre de que la cambiaran de escuela y ella decidió en meterse a clases de natación para bajar de peso, pensó que eso la ayudaría a bajar de peso pero no, ella se sentía cada día más enorme así que intento nadar más tiempo para no sentirse de esa forma. Comienza a saltarse los desayunos y cenas, en las comidas solo consume una bolsa de papas fritas y una golosina.

Casi en todo el día se siente muy cansada pero ella lo asocia por todo lo que nada en la alberca de la escuela.

Pasa el tiempo y Tara tiene 16 años, entra a trabajar como maestra de natación para niños y ahí es cuando conoce a Mitch, ella dice que él es el amor de su vida y ve que hay algo positivo en su vida, que después de todo no esta tan mal.

Al trabajar ahí solo piensa en estar delgada para gustarle más a Mitch, una noche después de cenar Tara estaba en su cuarto y se sentía demasiado llena así que fue al baño y vomito, dice que la primera vez no fue mucho pero se sentía orgullosa de ella misma así que la noche siguiente lo vuelve a intentar y esta vez logra vomitar lo suficiente.

Esta nueva práctica la implementa 2 veces por día y cómo ve resultados rápidos decide contárselo a su mejor amiga.

Una noche Tara le pregunta a su madre acerca de la anorexia y bulimia de que sucedía si no te tratabas estas enfermedades pero Linda no contesto su pregunta y eso hizo sentir a Tara ignorada así que se fue a su cuarto a vomitar y los siguientes días dejo de comer todo el día hasta que no aguanto más y tuvo que comer un pedazo de pan que obviamente vomito unos minutos después.

Se metió a clases de aerobics, sigue con la natación y hace recorridos en bicicleta eso hace que cada día se sienta más cansada y su mama lo noto así que muy tranquila hablo con Tara y ella se animó a preguntarle otra vez acerca de estas enfermedades y fue cuando Linda le pregunto si ella hacia eso a lo que Tara no contesto y su madre se molestó demasiado diciéndole a su esposo pero él no tuvo alguna reacción a lo que provoco más molestia en Linda.

Preocupada por la salud de su hija la llevo con un especialista para que hablara con ella y le diera un tratamiento, el doctor le explico las consecuencias que pude dejar esta enfermedad, le hizo análisis y le diagnosticaron anorexia y bulimia pero Tara solo estaba asustada en un principio pero después mostro apatía a ese tema.

La enfermedad de Tara va acabando poco a poco con su vida así que sus padres la internan en un hospital especializado en desórdenes alimenticios, Tara no analiza a detalle la situación y cree que será por unos cuantos días pero al enfrentarse a los enfermeros se da cuenta que no será fácil vomitar o evitar las

comidas. Uno de ellos le sirve de comer pero ella se rehúsa y es cuando él la amenaza con alimentarla por vía intravenosa.

Los días pasan y Tara se las arregla para vomitar o dejar de comer, muchas veces tiene que terminar sus alimentos, eso hace que no se sienta tan cansada y con más ánimos de lo normal.

Durante su estancia en el hospital tienen sesiones familiares, a Tara le ayuda mucho demostrarle a sus padres afecto y hace que se sienta más desahogada.

El tiempo va pasando y ahora Tara entro a la universidad está contenta porque vive con 3 compañeras, ve a Mitch cada fin de semana y muchas veces se escriben cartas para no extrañarse tanto, su enfermedad va disminuyendo, tratando de olvidarlo y seguir adelante con su vida pero un viaje a Tijuana cambia por completo su vida.

En ese viaje a Tara la viola un marinero, regresando a su casa no se lo comenta a nadie, cae en una terrible depresión al grado de querer suicidarse, no sabe cómo enfrentarlo y mucho menos contárselo a sus padres, amigos o a Mitch.

Eso desata que Tara tenga atracones para después vomitar, sus ánimos decaían cada vez más pero estaba decidida a contárselo a su madre ya que no podía seguir ahogándose en ese trauma ella sola. Desgraciadamente Linda no le cree y se lo toma a mal como una forma de llamar la atención con esto Tara se siente aun peor de que su propia madre no viera el dolor que ella estaba sintiendo en ese momento.

Esto no detuvo a Tara ella quería sentirse bien en su vida, sobreponerse de ese terrible accidente y salir adelante, procura ir cada fin de semana solo a ver a Mitch, él es su única salvación pero Tara no se atreve decirle lo que sucedió en Tijuana ya que tiene miedo de perderlo, de que el piense lo peor de ella y el decida abandonarla así que Tara habla con el consejero de su universidad y le platica todo lo que sucedió y como eso la hace sentir, ella siente tranquilidad al decírselo a alguien y que ese alguien la escuche y no la juzgue. Su terapeuta le recomienda tomar clases de defensa personal para sentirse más protegida, cómoda y segura ante cualquier situación que se le presente a Tara.

Eso la ayuda demasiado y se anima a contárselo a Mitch, le explico todo lo que le había sucedido en el viaje, él estaba sorprendido y sobre todo impotente de que ella tuviera que pasar por todo eso, que se lo guardara tanto tiempo así que el la abrazo muy fuerte y le prometió que nunca más le volverían hacer daño y mucho menos el no estar cerca de ella.

Con ayuda de su terapeuta y de Mitch ella siguió adelante, se sentía muy protegida estando con él, Tara va mejorando con sus trastornos alimenticios, es difícil y muchas veces le dan recaídas pero ella no quiere dejarse caer por nada y decide hablar con su madre para poder solucionar su situación. Tara viendo hacia atrás se da cuenta que todo lo que ha pasado y vivido se debe de tomar como una enseñanza que la vida muchas veces nos da y aprender de eso para ser mejores personas.

Desigualdades sociales (Testimonios reales).

Esta enfermedad se presenta en más niñas de una clase socioeconómica media alta pero no se puede generalizar. En esta parte se darán a conocer testimonios reales de chicas de esta clase socioeconómica que han padecido esta enfermedad.

Por respeto a estas personas que cuentan sus historias se omitirá el nombre y orígenes reales de los testimonios, en el caso 2 se cambiaran solo los nombres.

Testimonio 1.

Clase socioeconómica alta: Ella comenzó con este trastorno cuando iba en la secundaria, esto surgió porque en su casa decían que estaba un poco pasada de peso, siempre sus padres le decían que dejara de comer tantas golosinas, comida chatarra y refrescos. Ella no los consumía con frecuencia por eso se sorprendía de que en su casa le hicieran esos comentarios pero por un momento los ignora pero en la secundaria fue donde se hizo más presente esta enfermedad.

Ella era una chica de cuerpo “normal” las que dicen que no son ni muy gorditas o muy delgadas, pero ella noto que los chicos de su escuela siempre se fijaban en las chicas que estuvieran muy delgadas, cero panza, cadera, las famosas “lonjas”, que tuvieran demasiado trasero, busto, el abdomen plano, pierna delgada, etc.

Todo eso hizo que se diera cuenta que las chicas delgadas eran las más populares de toda la escuela, que una mujer entre más delgada y “perfecta” era la que sería más feliz en la vida sin importar lo que pensara o sintiera, siempre tendría que ser el cuerpo delgado el que podría hacer feliz a una mujer.

Ella se sentía dolida porque el chico que a ella le gustaba nunca se fijaría en ella ya que él era el principal en decir que la delgadez era sinónimo de perfección y cuando se lo comenta a su madre ella acuerda con ese pensamiento, es cuando ella decide en ponerse a dieta y su madre concuerda con ella. Le propone ir a un gimnasio exclusivo para que la pongan a dieta pero ella se lo toma como un reto o una meta que debe de cumplir solo para poder ser la mujer más bonita de la escuela.

Ella comienza en dejar la comida chatarra por ensaladas, refrescos por agua simple, golosinas por cigarro, muchas veces se salteaba las comidas diciéndole a su madre que ya había comido en la escuela o con sus amigas y ella solo le creía. Para sentir el estómago lleno llegaba a tomar hasta 3 litros de agua y cuando dejaba de sentir esa sensación comía un chicle lo masticaba y se lo ponía debajo de la lengua eso inhibiría el apetito y engañaría a su cerebro de tener hambre.

Todo esto siguió así durante 8 meses, ella comenzó a bajar de peso drásticamente pero en su casa lo asociaron con el gimnasio, pero ella sentía que ya no bajaba, que se había quedado estancada en su peso y es cuando comenzó a provocarse el vómito, esto lo vio en un sitio de internet especialmente de anoréxicas y bulímicas.

Su obsesión por bajar de peso continuo tanto que su delgadez ya era muy evidente, no normal como para estar en el gimnasio así es que su madre hablo con ella y pero esta chica negó estar en problemas alimenticios, si se veía cansada era porque tenía proyectos un poco pesados en la escuela pero eso sería todo así que su madre lo dejo pasar. Cuando ella se sentía cómoda con su cuerpo se atrevió hablarle al chico que tanto le gustaba pero el cómo cualquier chico de secundaria inmaduro y en muchos casos cruel le dijo que estaba gorda y que siempre lo seria para él, que no tendría oportunidades en la vida por ser así.

Ella al escuchar esas duras palabras se dejó caer en la depresión y se le quedo tan adentro que se sentía más “gorda” que una mujer de 200 Kg y siguió con su dieta, el ejercicio, provocándose el vómito y evitando demasiadas comidas.

Una noche ella estaba a punto de irse a la cama sentirse demasiado mareada, con muchas náuseas y escalofríos después de eso no supo nada hasta que abrió los ojos y vio que estaba en un cuarto de hospital.

Estaba al borde de la muerte, con 35 Kg baja de peso, sus huesos comenzaban a perder calcio al igual que sus dientes, con reumas y comenzando con problemas cardiacos, esto fue las consecuencias de querer tener el cuerpo perfecto para que el chico más popular de la escuela se fijara en ella.

Después de 3 años ella entiende muchas cosas, aun arrastrando este trastorno alimenticio espera poder ser una chica sin problemas físicos, mentales y emocionales y ser la chica que antes era, todo provocado por la presión que existía en su familia y con sus compañeros de escuela.

Testimonio 2.

Clase socioeconómica media: Regina comenzó con este trastorno cuando iba terminando la secundaria, ella llevaba una vida normal, sin problemas y tampoco con muchas novedades, era una chica tranquila que llevaba una muy buena relación con sus padres y hermanos.

Ella iba en una secundaria de gobierno y había una chica Aranza que era la más popular de toda la escuela, ella era muy delgada, bonita y tenía gran personalidad pero la inteligencia no se le daba demasiado.

Aranza se dio cuenta que Regina era muy estudiosa y dedica en la escuela pero no tenía amigos, nadie quería hablarle por ser la “nerd” del salón, que ningún niño le hacía caso, etc. Ella solo quería aprovecharse de Regina y en algún punto ayudarla en cuanto a su popularidad, Aranza comenzó a acercarse a Regina si quería estar en un equipo de trabajo y ella acepto inmediatamente, Aranza la invito a comer a su casa para esa misma tarde comenzar hacer el trabajo.

La mama de Aranza era una señora que trabajaba a tiempo completo en una empresa así que no tenía mucho tiempo para dedicarse al 100% con su hija, por lo tanto ella tenía casa sola toda la tarde. Comenzaron hacer el trabajo que realmente todo lo estaba haciendo Regina mientras Aranza le platicaba cosas de un novio que ella había tenido y de cómo ella era tan popular con los muchachos de su edad o incluso chicos más grandes que ella, así que le conto de cómo le hacía para bajar de peso, Regina se quedó sorprendida sabía que era algo malo pero veía a Aranza bastante bien o al menos se veía una chica muy sana.

Regina llegando a su casa cenó y de inmediato recordó lo que Aranza le había confesado así que ella se metió al baño e intento vomitar la cena pero no pudo, le costó demasiado trabajo volver la cena y eso hizo que se obsesionara más con ese tema, si Aranza era delgada y popular porque Regina no podría hacerlo.

Al día siguiente Regina se acercó a Aranza pero ella la ignora en toda la mañana, hasta que fue la hora de la salida fue cuando ella se le acerco a Regina disculpándose porque no quería que nadie se enterara del secreto que le había contado a Regina y ella acepto hacerlo con Aranza para ser como ella, eso le dio seguridad y confianza para poder ser popular en la escuela.

Regina empezó a cambiar en la escuela y con su familia, estar con Aranza no le hacía mucho bien ya que empezó a ser irresponsable con la escuela, ya no

quería hablar de sus cosas con su madre, no se llevaba bien con sus hermanos y sus padres se dieron cuenta pero pensaban que era la edad.

Regina era muy obstinada y todo lo que se proponía lo cumplía costara lo que costara, al principio le fue un poco difícil pero con ayuda de su nueva “amiga” le fue más fácil hacerlo. A los pocos meses Regina se dio cuenta que estaba bajando de peso y al estar con Aranza le daba popularidad con los chicos de su escuela, eso la hacía sentir muy bien.

Un día en la clase de educación física estaban corriendo alrededor del patio de la escuela cuando vieron que Aranza cayó al piso, inconsciente de inmediato el profesor la llevo al doctor de la escuela pero Aranza estaba muy débil así que decidieron llevarla al hospital, Regina estaba muy asustada y preocupada por ella, no le querían decir donde la habían mandado ni donde podría buscarla ya que en su casa nadie contestaba.

A los 2 días llego Regina a la escuela y vio que algunas chicas estaba medio llorando así que se acercó a ellas y les pregunto qué había pasado y le dijeron que Aranza había muerto en el hospital de un paro cardiaco, su cuerpo no aguanto más la lucha contra esa enfermedad.

Regina quedo en estado de shock no podía creer que Aranza hubiera muerto a causa de la anorexia, se sentía devastada pero a la vez sintió que fue un llamado de atención, el director mando hablarle para saber qué había sucedido, ya que Regina se había vuelto la mejor amiga de Aranza, ella le dijo todo al director sabía que era traicionarla pero Regina no quería tener el mismo final que su amiga y decidió contarle a sus padres el problema que tenía con la anorexia, la mandaron con un psicólogo a ver si podía ayudarla ya que ellos no tenían el suficiente dinero para mandarla a una clínica y Regina lo sabía así que decidió echarle muchas ganas y poder olvidar su amargo viaje por la anorexia.

Hasta la fecha a Regina le cuesta trabajo seguir la dieta que el nutriólogo le mando pero hace un esfuerzo por ella, por su familia y por su amiga que murió a causa de esta terrible enfermedad.

Testimonio 3.

Angélica es una niña de 14 años que tiene anorexia y bulimia, todo comenzó porque ella se sentía muy sola, su padre los había abandonado eso desato su trastorno, ella recuerda que una voz le decía que dejara de comer porque era algo muy malo pero su voz buena le decía que no, que no le hiciera caso a la mala porque no estaba bien que dejara de comer solo porque si, ella le dice eso a su hermano y el decide apoyarla dejando de comer y vomitando.

Ella llevaba 8 días en una clínica donde no volvió a vomitar pero la obligaban a comer y ella se siente desesperada, su hermano trataba de ayudarla ya que él tenía miedo de que le pasará algo porque si es así ella sería la primera en morir así que él la apoyaba e intentaba comer al menos enfrente de ella para que ella se sintiera motivada y poder salir de la clínica pero no significaba que él se sintiera mejor con la comida, a él le daba asco, sabía que era algo malo, que lo hacía sentir sucio y vomitaba toda la comida del hospital.

Angélica se rehúsa a comer, está desesperada por salir de la clínica y decide convencer a su madre para que la saque de ahí pero desgraciadamente la mama de Angélica es una mujer muy humilde e ignorante así que prefiere que el terapeuta de ella decida si es conveniente en dejarla salir o no ya que su estado es bastante riesgoso y no saben si Angélica será capaz de encargarse de su propia enfermedad.

Pasan 2 días y el terapeuta no cree conveniente en que Angélica salga de la clínica pero ella hace hasta lo imposible para que su mama le firme la autorización de salida de la clínica, desgraciadamente ella lo firma porque cree que su hija está sufriendo, ve que todos los días llora y se siente muy triste. Pasan los días y Angélica se prepara para salir de la clínica, está emocionada y ansiosa de poder salir de esas cuatro paredes, poder ver a sus amigas y sobre todo regresar a su casa, parece que Angélica va mejorando en su enfermedad al menos trata de comer un poco más ya que el cansancio que siente es demasiado a comparación de otros días.

Por desgracia Angélica escucha un comentario en su vecindario que un chico le hace, diciéndole que sigue igual de “gorda” que no pierda su tiempo que siempre será así, eso la pone sumamente mal y hace que deje de comer y lo poco que ingesta lo vomita, todas las noches llora porque piensa y siente que su vida no vale nada, que el cuerpo que ella tiene es como una maldición, ella detesta ser gorda y tener que dejar de comer para poder verse bien para otras y sobre todo para ella misma, Angélica regresa a la clínica.

Angélica permanece en la clínica por 2 semanas y parece que se siente mejor, con muchos ánimos, su hermano ha estado a su lado y ayudándola para que pronto pueda irse a casa con su mamá ya que ella tiene que trabajar más para poder darle lo mejor a Angélica y a su hermano. Pasa una semana y el terapeuta evalúa a Angélica, ella sigue muy baja de peso pero por lo menos han hecho que ella coma mucho mejor, que no tenga atracones y que no vomite todo lo que consume.

Su madre se compromete a que tendrá a Angélica en observación con ayuda de su hermano para que no vuelva a recaer en la enfermedad.

Pasa tiempo y Angélica se va recuperando poco a poco ha sido muy difícil para ella porque le cuesta comer un poco mejor, sus demonios siguen ahí atormentándola pero ella trata de luchar para no rendirse, actualmente ella sigue recuperándose y echándole todas las ganas para poder estar bien.

El proyecto.

a) Antecedentes.

La anorexia y bulimia son temas que desgraciadamente no se han estudiado ni tratado lo suficiente ya que en nuestro país existe más gente con problemas de obesidad que con personas que son delgadas, no hay suficientes clínicas que se especialicen en estos trastornos, doctores o tratamientos que sean eficientes, duraderos y sobre todo que puedan brindar una mayor mejoría en las pacientes.

Se conoce del tema pero en muchos casos da miedo hablar de eso, son muy pocas las personas que conocen a alguna chica con este trastorno, lo que es peor es que da más miedo saber que en el país las personas que presentan más estos trastornos son las niñas de 8 años en adelante, esto es preocupante ya que quiere decir que cada vez las niñas se fijan más en lo físico, en saber que muchas personas te quieren, te respetan o te hablan porque eres más delgada.

Se analiza desde el aspecto psicológico y social estos trastornos alimenticios, de donde se va dando, el origen, su desarrollo y las consecuencias dentro y fuera de un tratamiento.

Se observa que muchos de estos casos se dan por las burlas de compañeros de escuela, por los padres de familia o hermanos que se someten a dietas y las niñas imitan esos patrones.

Desgraciadamente el internet es el mayor facilitador de esta información, de que las chicas consigan cualquier dieta, formas de bajar de peso o consejos que las

ayude a facilitar esta enfermedad. También las revistas, programas de televisión y anuncios propician a que cada vez más sean las niñas que deseen imitar a estas mujeres de cuerpos esbeltos.

Es por eso que con esta investigación se pretenda entender e informarnos más acerca de estos trastornos alimenticios y sus consecuencias que cada vez más se presentan en las niñas de nuestro país y del mundo entero.

Como antecedentes se puede observar los casos que se presentan en esta investigación tales como documentales, un libro, un cortometraje y testimonios de chicas que han sufrido, padecido los estragos de la enfermedad que las llevaba al extremo como vomitar, dejar de comer en días, tomar litros de agua, aprender técnicas de cómo bajar de peso en cuestión de muy pocos meses, hacer ejercicio hasta sentir que el cuerpo no puede ni un movimiento más por realizar y en la parte emocional tener una depresión muy fuerte, sentir que nadie quiere estar contigo, no tener amigos o una pareja estable en la cuál te puedas apoyar si tienes algún problema o incluso no poder contárselo a tus propios padres o hermanos.

b) Problematicación

La presente investigación puede analizarse desde los siguientes enfoques:

- ✓ **Económica:** Con el objetivo de conocer cuánto se invierte en crear instituciones, tratamientos, medicamentos y personas especializadas para ayudar en la recuperación de las chicas que tienen estas enfermedades.

Sin olvidar que se debe de invertir en campañas publicitarias, que tengan un mensaje positivo y que ayude a crear consciencia.

- ✓ **Familiar:** Con el objetivo de conocer de qué manera influye la opinión y la educación que los padres proporcionen a sus hijas en cuanto a la belleza física, como llevar una vida saludable, ir al doctor periódicamente y de la alimentación que llevan en casa y en la escuela.

- ✓ **Mercadológico:** Con el objetivo de conocer de qué manera influyen los medios de comunicación tales como la televisión, el internet, los anuncios publicitarios y las revistas.
- ✓ **Psicológico:** Con el objetivo de conocer cuáles son los impactos emociones que lleva a cabo el problema de casa niña o chica que se presenta en esta investigación, como se va dando su tratamiento y que mejorías existen en el momento de su recuperación.
- ✓ **Social:** Con el objetivo de conocer cuáles son las razones por las cuales las chicas deciden practicar estas enfermedades, las burlas de las que son víctimas en las escuelas, en algunos casos dentro de la familia por comentarios que en su momento no eran intencionados y provocaron que esto se desencadenara.

c) Justificación.

Esta investigación se lleva a cabo debido a que es un tema que tiene una gran importancia pero no como se debería en México.

A nivel personal este es un tema que siempre me llamo la atención, me provoco curiosidad y cuando comencé a investigarlo me provoco pasión, también es un tema que he vivido demasiado cerca con personas que he querido demasiado y se lo que es tener una persona querida que viva esta enfermedad pero sobre todo que no sea atendido como en otros países, desgraciadamente en México no existen muchas clínicas que puedan brindar un tratamiento favorable y las que lo tienen son demasiado caras o tienen hasta una lista de espera para poder ingresar y ser atendido.

Asimismo, esta investigación me permitió conocer la otra cara de la enfermedad que son los familiares, conocer sus debilidades y fortalezas, como escuchar a quien padece estos trastornos y las consecuencias más a fondo, conocer a chicas que pasaron por cosas terribles dentro de esta enfermedad, que definitivamente dan una lección de vida sumamente importante de la cuál muchos deberíamos de conocer para entender a otros.

Con esta investigación se busca que las personas tengan más consciencia de cómo dirigirse a alguien más cuando ese alguien es diferente a todos los demás, que en las escuelas exista más la tolerancia, el respeto y la comunicación por parte de los alumnos y también de los maestros que en muchos casos son los que aportan para que esto se desencadene aún más.

d) Metodología.

i. Viabilidad.

La presente investigación fue viable ya que se contó con todos los métodos para la investigación de este proyecto tanto con los recursos humanos y materiales para llevarlos a cabo.

Asimismo, se contó con el apoyo de los testimonios y el acceso a los lugares de investigación.

ii. Objetivos.

1. Objetivo General.

Se analizarán las razones por las cuales cada vez más chicas padecen estos trastornos alimenticios.

2. Objetivos Específicos.

- Conocer las causas por las cuales las personas prefieren que las mujeres incluyendo las niñas y adolescentes sean demasiado delgadas.
- Existirá alguna diferencia entre las clases socioeconómicas.
- Existirá alguna diferencia entre la anorexia y bulimia.

- Conocer cuál es el medio que más influye a las niñas a adquirir estos trastornos alimenticios.
- Conocer cuál es la mayor influencia que existe para bajar de peso.
- Conocer los métodos que las chicas ocupan para bajar de peso.
- Existirá un tratamiento efectivo que cure este trastorno alimenticio.
- Explorar la percepción de padres de familia ante esta enfermedad con sus hijas.
- Explorar la percepción de las chicas que tienen este trastorno alimenticio.
- Explorar la percepción de las chicas que tienen este trastorno alimenticio dentro de la escuela.

iii. Método.

- ✓ **Alcance.** Descriptiva, porque se está describiendo las características de la anorexia y de la bulimia como enfermedad. También este trabajo es documental, ya que se dan a conocer casos reales tanto por testimonios como por programas de televisión y de internet donde las chicas cuentan sus experiencias, logros y el desarrollo de estas enfermedades.
- ✓ **Diseño de la investigación.** Este diseño es No experimental debido a que el alcance es descriptivo y transversal porque se hizo en un único momento.
- ✓ **Discusión.** Con base en esta investigación se observa que las chicas que padecen esta enfermedad principalmente es por la presión que la

sociedad ejerce, como en la escuela, el trabajo, en casa, e incluso en los amigos. En esta sociedad tanto en América Latina como en Europa es la misma presión, las chicas se sienten agobiadas de que la mujer perfecta es la mujer que esta delgada y entre más delgada este es considerada una mujer muy guapa, atractiva, inteligente, divertida y simpática.

La anorexia y la bulimia no respeta el sexo o preferencia de las personas, identidad social, nivel socioeconómico, edad, nacionalidad o cualquier otra cosa, el desarrollo de estas enfermedades son desgarradoras, es increíble como las chicas que padecen esta enfermedad están dispuestas hacer lo que sea con tal de estar delgadas y ser la envidia de cualquier persona o amistades.

Lo primero que se debe observar en las chicas que tienen la anorexia es que ellas están conscientes de que tienen la enfermedad, de que están dispuestas a lo que sea con tal de no querer comer, que existe la famosa “voz interna” que les dice que no deben de comer, que es muy malo y que si lo hacen nadie en este mundo las va a poder querer.

Es importante observar las consecuencias de estos trastornos, darnos cuenta de cómo la enfermedad va dejando huella en el cuerpo y en la mente de cada chica o niña que atraviesa por esto, ver como una persona está dispuesta a deteriorar su cuerpo, saber que daño le provoca y aun así seguir haciéndolo hasta conseguir su objetivo que es ser delgada.

Como se ha mencionada en el marco teórico, la anorexia y la bulimia son patologías que se dan ahora en niñas de hasta 6 años, donde ellas solo buscan el propósito de ser delgadas, la percepción errónea que tienen ante ellas.

De las chicas que se presentan en los documentales y los testimonios se puede observar que las características iniciales por las cuales desarrollaron estas enfermedades son muy similares y las chicas son de diferentes países e incluso de diferente idioma, esto lo vuelve un dato muy interesante.

- ✓ **Conclusión.** Para finalizar esta investigación se concluye entonces lo siguiente:

La anorexia y bulimia se pueden curar pero llevando correctamente el tratamiento, que las chicas tengan un cuidado intensivo que esto será posible dentro de una clínica a menos que ya hayan pasado por todo el tratamiento que esto se lograra con ayuda de sus padres, familiares y amigos.

Desgraciadamente todavía queda mucho por hacer pero con ayuda de personas que sigan investigando causas relevantes para poder evitar que cada vez más chicas y de menos edad tengan estos trastornos alimenticios ya que se considera que de cada número de chicas algunas ya tienen anorexia, esto se observa en el marco teórico pero es un porcentaje alarmante para todo el mundo ya que esto significa que cada vez más chicas y niñas tienen esta enfermedad.

Esto se debe de detener lo más pronto posible. A continuación se darán algunos puntos importantes que se considera para evitar esta enfermedad en las niñas y chicas tanto de nuestro país como a lo mejor de otros:

1. Antes que nada se debe de cambiar el estereotipo de la mujer perfecta, porque no es posible ni creíble que una mujer guapa sea sinónimo de una mujer en los huesos.
2. En los medios de comunicación tanto en televisión, revistas y el internet no deben de poner a la mujer tan delgada, dar mensajes de que las mujeres con un cuerpo "normal" están bien.
3. En las escuelas debe de existir más la tolerancia tanto de los alumnos como de los profesores, no permitir que los alumnos abusen y critiquen a los demás por su apariencia distinta.
4. En las familias debe de existir la comunicación, si la niña o la adolescente observa que en su casa hacen dieta los padres deben de explicarle las razones por las cuales lo practican o en caso de ver que sus hijas adquieren ese patrón en la escuela o las amigas hablar con ellas.

5. Muchas veces las chicas observan a sus amigas o compañeras que practican esto para alcanzar la popularidad en la escuela pero ellas deben de saber que antes de ser delgada existe primero la inteligencia.

6. El Gobierno debería de implementar pláticas y asesoría tanto en escuelas como en instituciones de salud, para reducir el incremento de chicas que padecen estas enfermedades.

7. Al igual que el punto anterior en las escuelas se deberían de realizar cursos, pláticas o congresos donde se hable de estas enfermedades, se explique de su origen, su desarrollo y sus consecuencias para que las chicas se informen más acerca de esta enfermedad.

8. Cuando se observe que una niña o adolescente tenga las características de esta enfermedad llevarla con un nutriólogo para tener una mayor información y si existe algún problema poder corregirlo a tiempo.

9. A los padres de familia se les debe de orientar en caso de que sus hijas tengan estos trastornos alimenticios ya que desgraciadamente muchos padres desconocen las alternativas para poder ayudarlas y tratarlas.

10. Estar pendientes de los niños/as para evitar que a su edad comiencen a imitar estas características, con que chicos se juntan, como son sus compañeros en clase y tratar de que no se dejen influenciar por las demás personas.

Referencias Bibliográficas

1. Papalia / Desarrollo Humano
2. www.revneurolog.com
3. salud.nih.gov
4. O. Mannoni, A. Deluz, B. Gibello y J. Hebrard, La crisis de la adolescencia, Editorial Gedisa, Barcelona España, 1984
5. Tesis de Susana Hernández Hernández, “El animismo y la representación del mundo en escolares mexicanos de 5 a 10 años”, 1988
6. Tesis de Marcela Alejandra Sandoval Cano, “La Anorexia Nerviosa a la Anorexia Infantil, una mirada socio cultural de la enfermedad”, 2007
7. Georges, H. y Hilbert- Kunteler, O. (1980), El apetito de su hijo, Barcelona: Planeta
8. Catalá, M. (2003), Anorexia Nerviosa de inicio en la niñez. En: L. Moreno y G. Cava (Eds.) Anorexia Nerviosa (289-305) España: Ariel Ciencias Médicas
9. Toro, J. (2006), Riesgo y causas de la Anorexia Nerviosa, Barcelona: Ariel
10. Toro, J. (1996), El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel
11. Livianos, L. y Rojo, L. (2003), Trastornos de la Imagen Corporal en el varón. En: Moreno y G. Cava (Eds.) Anorexia Nerviosa (509- 521) España: Ariel Ciencias Médicas
12. Bell, L. y Rushforth, J. (2008), Superar una imagen corporal distorsionada. Un programa para personas con trastornos alimentarios.
13. Rosina, C., Eduardo F., Diana G. (1998), Anorexia y Bulimia lo que hay que saber, Barcelona: Gedisa.

14. Fernando, F., Vicente T. (1988), Trastornos de la alimentación, Barcelona: Masson.
15. Linda M. Rio y Tara M. Rio. (2003), Diarios de la anorexia, Estados Unidos: Editorial Promexa.
16. www.euroresidentes.com/adolescentes/estapas-adolescencia.htm
17. www.archivo.abc.com
18. www.educacioninicial.com
19. www.psicologicamentehablando.com

Anexos.

- ✓ **Campañas contra la Anorexia y Bulimia.**



Siempre la moda es la principal razón por la cual las chicas quieren bajar de peso ya que las modelos son consideradas como las mujeres más guapas del mundo y son extremadamente delgadas, siempre dicen que a las chicas muy delgadas son las que mejor lucen la ropa pero en muchos casos eso es un error.



La percepción que muchas chicas tienen sobre sus cuerpos, la imagen corporal que tienen es totalmente lo opuesto a lo que realmente es y esta imagen lo muestra claramente, muchas personas les pueden decir que están demasiado delgadas pero ellas siempre se verán como las personas más gordas que pueden conocer. Lo vimos en los testimonios y documentales donde a las chicas las ponían a dibujar sus siluetas y siempre se dibujaban con demasiado peso, más anchas y toscas pero cuando les dibujaban sus verdaderas siluetas tenía un gran impacto en ellas.



Muchas veces la sociedad es la culpable de que muchas chicas tengan estos trastornos alimenticios, ya que como se mencionaba en la primer imagen el sinónimo de una mujer inteligente y bella es el ser demasiado delgada, porque la sociedad lo impone. Se han visto muchos casos en los que si una mujer es “gorda” los chicos no la conquistan o hasta llegan a ser objetos de burla.



Esta imagen **nos muestra** algo muy cierto que muchas chicas han olvidado, tal como son las personas es lo que muestra la autenticidad, no tienen que aparentar ser alguien más solo para agradarle a los demás. Esto es algo que muchas personas sobre todo las mujeres han olvidado, no necesitan morir de hambre o estar en los huesos para ser mujeres atractivas o que tienen mucha personalidad para atraer tanto a los hombres como a las amistades.



Esta publicidad es interesante ya que es muy cierto lo que dicen, la belleza debe de salir de uno mismo mostrando como son, no necesitan escuchar las opiniones negativas de las demás personas para poder ser alguien interesante, bella, inteligente y con mucha personalidad, el dejar de comer no brindara belleza ante los ojos de ningún chico o persona.