

Bulimia y Anorexia en México

**Protocolo de investigación que
para acreditar la materia Métodos
de Investigación 1**

P R E S E N T A :

Cesar Hernández Coronel

Asesor: Erick Pulido Mondragón.

NAUCALPAN EDO. DE MÉXICO

2010.

***Agradezco a todas la personas
que me ayudaron apoyaron con esta investigación,
para hacerle un bien a las personas que lo necesitan
el apoyo de padres y amigos de mis profesores,
gracias a ellos llevo a cabo esta investigación.***

Dedicatoria:

***Dedico esta guía a las personas
que están llenas de dudas***

***De preguntas acerca de este
tema que ha existido desde
tiempos pasados,***

***Con el fin de ayudarlas e
informarles las problemas***

***Las dificultades que padece una
persona con este tipo de
enfermedades.***

JUSTIFICACION

El tema es realmente importante porque es interesante saber el origen de estas enfermedades, el porque el numero de personas con estos problemas es muy alto. Vale la pena estudiarlo porque es un tema muy común y muy hablado por la sociedad.

Aparte, entre mas se le da importancia a estos temas se pueden evitar mas estos trastornos, mientras se le da la información adecuada ya que muchas personas no están muy bien informadas sobre estos temas. Hasta las propias personas que están metidas con estas enfermedades no saben realmente en que lió están metidos.

La intervención en los trastornos de la alimentación, debe ajustarse a las características de cada en particular y en función del tipo de trastorno de la ingesta que el sujeto presente. En general las estrategias a utilizar serán, por un lado, la evaluación cuyo objetivo será el confeccionar un Análisis Funcional de la conducta de ingesta, dar información general sobre el problema, seleccionar las conductas que se han de modificar y elegir las técnicas adecuadas. Las técnicas de evaluación a utilizar pueden ser, además de todo lo expuesto en otros apartados del tema, la entrevista clínica, la entrevista con familiares, los autos informes y los autos registros.

También principalmente, es información para los padres de familia ya que les deben de inculcar a sus hijos una buena alimentación así no se arriesgan a cometer un error y llegar al trastorno.

Si puede aportar algo a mis estudios porque hay cosas que no sabia y gracias a la investigación del tema eh aprendido realmente de que se tratan estas enfermedades y el porque se dan tanto en la adolescencia.

Las razones que me han llevado a este tema son porque es muy interesante y extenso.

Nos afecta tanto a los jóvenes el estereotipo de una mujer y un hombre perfecto, el cual nos hace cometer muchas cosas creo que esto es un gran problema por que esto es causa de la anorexia y la bulimia.

La familia también juega un papel importante en esos trastornos, ya que se originan en su mismo seno, y que pueden aparecer como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres, hijos y hermanos.

Contenido

Bulimia y Anorexia en México	8
Orígenes de la anorexia:	10
Orígenes de la Bulimia Nerviosa:	12
Síntomas que padece una persona anoréxica:	15
A que llamamos Bulimia?	17
Síntomas de una persona bulímica:	18
¿Cuál es el comportamiento de una persona anoréxica y bulímica?	19
Complicaciones graves de una persona anoréxica y bulímica.	19
Las complicaciones debidas a los vómitos provocados son:	19
Las complicaciones producidas por el abuso de diuréticos son:	20
Las complicaciones por el abuso de laxantes son:	20
¿Qué deben realizar y que no, los familiares y amigos?	21
Lo que debe de realizar un familiar:.....	21
Lo que un familiar o amigo no deben realizar:.....	22
Consecuencias físicas:.....	23
Complicaciones de la bulimia:.....	24
Complicaciones de la anorexia.	26
Objetivos del tratamiento	28
¿En que consiste el tratamiento para la anorexia?	29
¿En qué consiste el tratamiento de la bulimia?	30
Tipos de bulimia	31
Efectos directos y secundarios	32
Pronóstico.....	34
Causas	35
Temas de diagnóstico y controversias	36
Origen del trastorno	38
Clases de anorexia según DSM (Diagnostic and Statical Manual of Mental Diseases).....	40
Clínicamente importantes.....	41
Drogas.....	42
La anorexia satisface varias necesidades conflictivas:	43
Presión social y estereotipos sociales en anorexia:	45

Razones de la baja autoestima en bulimia y anorexia:	61
Consejos para estimular la autoestima en bulimia y anorexia:	62
Ventajas y riesgos psicológicos.....	65
Anorexias y Bulimias desde una perspectiva social:	67
Los factores psicosociales y familiares	68
La influencia de la publicidad:	69
Personalidad y trastornos alimentarios	70
Anorexia y Bulimia: Factores familiares y personalidad en el psicoanálisis	74
Anorexia y Bulimia: desde una perspectiva psicoanalítica.....	77
CONCLUSIÓN.....	80
Bibliografía:	81

Bulimia y Anorexia en México

Introducción:

La bulimia y la anorexia en México con el fin de crear una guía que pueda ayudar a las personas que padecen de esta enfermedad el apoyo de sus familiares, su relación con la sociedad, tratando las problemáticas que a la larga esta enfermedad o trauma llega a provocar dificultando una relación positiva con la persona.

La bulimia y anorexia es una enfermedad presente tanto en hombre como en mujeres y cada vez empieza desde edades más tempranas, queriendo tener un cuerpo delgado, ya sea siguiendo el ejemplo de las modelos, actores o actrices, llenándose de información innecesaria ya sea como dietas ejemplos en las páginas de internet proporcionando todo tipo de formas para poder bajar de peso.

Según datos médicos, de diez enfermos de anorexia y bulimia nueve son mujeres de entre los 13 y los 26 años de edad, esta enfermedad a existido desde el siglo XIX, avían personas que se provocaban el vomito después de comer o simplemente dejaban de comer.

La bulimia y Anorexia son enfermedades diferentes, en 1980 la Sociedad Americana de Psiquiatría incluyo a la bulimia en el manual de psiquiatría como enfermedad diferente a la anorexia, ambos trastornos vienen desde la antigüedad, pero es ahora cuando se les ha estudiado, tipificado definido.

Algunos de los síntomas que representa una persona enferma de Anorexia y Bulimia son

- Retraimiento Social
- Estado de ánimo bajo
- Irritabilidad
- Insomnio
- Comportamientos Obsesivos

El fin es crear una guía para la persona que padece estos trastornos, informar a padres, familiares y amigos prevenir del trastorno.

Orígenes de la anorexia:

La palabra anorexia deriva del griego y significa falta de apetito. Aunque la Anorexia Nerviosa comenzó a conocerse en la década del '60, casos de abstinencia alimentaria han sido descritos desde tiempos bíblicos. Desde el siglo XIII al XV el control del apetito connotaba religiosidad, convicción, obediencia, castidad y pulcritud. El ayuno extremo era practicado por los penitentes, generalmente mujeres, que repudiaban los placeres terrenales. El ayuno era considerado una bendición suprema de Dios y se admiraban a los que sobrevivían sin ingerir alimentos.

Tiempo después en el siglo XVII a causa de las reformas religiosas, las mujeres que tenían 'el poder' de la abstinencia eran consideradas brujas, mandadas a la hoguera o quemadas vivas. Escuadrones científicos eran enviados para desenmascarar a las falsas santas ayunadoras.

El primer caso de Anorexia se remota a 1694, cuando un médico inglés llamado Murtón describió a una joven paciente en estado de desnutrición extrema... 'parecía un esqueleto vivo, solamente piel y huesos, no tenía síntomas febriles y padecía un frío descomunal'.

En la década de 1870 dos médicos, Gull en Londres y Lasegue en París, mencionaron casos de anorexia histérica. Describieron al desorden en términos médicos y psíquicos. Gull fue el primero en nombrar a la enfermedad Anorexia

Nerviosa, otorgándole un componente mental y señalando que en estas chicas existía una negación perversa a comer.

Lasegue observó que la enfermedad ocurría en mujeres adolescentes y comenzó a investigar la conducta de la familia ante el rechazo de la adolescente a ingerir alimentos.

A comienzos del siglo XX la Anorexia Nerviosa fue erróneamente confundida con insuficiencia pituitaria y se implementaron tratamientos invasivos con insulina y electroshock. En los años 30 con el apogeo del psicoanálisis se exploraron las causas psico-sexuales de la Anorexia Nerviosa.

En la década del 70', la Dra. Brunch en Estados Unidos, describe las características de la personalidad de los individuos que sufren Anorexia Nerviosa. Brunch observó aspectos comunes en los pacientes: la distorsión de la imagen corporal, el sentimiento de inutilidad e incompetencia y la incapacidad de interpretar y reconocer las necesidades corporales.

En la actualidad la Anorexia Nerviosa se encuentra clasificada detalladamente en el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). En la enfermedad existe el persistente deseo de mantener un peso corporal debajo de lo sanamente recomendable, el miedo a engordar, la falta de menstruación y la distorsión de la imagen corporal. Las pacientes le otorgan gran importancia al peso cuando se autoevalúan como personas y minimizan el peligro que implica para la salud su bajo peso corporal.

Orígenes de la Bulimia Nerviosa:

La palabra bulimia también deriva del griego bous (buey) y limos (hambre) y significa tener el apetito de un buey. Los atracones han sido practicados desde hace miles de años. En la antigüedad los individuos dependían de la caza masiva seguida de uno o dos días de comilona. Estos atracones permitían acumular tejido graso para compensar los períodos de carencia de alimentos.

Los romanos se auto-inducían el vómito luego de extensos banquetes. En el siglo X, Aurelianus describió al 'hambre mórbido' como un apetito feroz con deglución en ausencia de masticación y vómito auto-provocado. En estos enfermos eran evidentes las grandes glándulas parótidas y la existencia de caries. Estos signos, característicos de la Bulimia Nerviosa, son consecuencias médicas del vómito auto-inducido.

El vómito fue utilizado como método de castigo y penitencia por religiosas en la época feudal. La historia cuenta que la monja Caterina de Siena (1380) evacuaba sus culpas a través del vómito y del abuso de hierbas con acción diurética.

La bulimia fue originariamente concebida como un desorden somático causado por humores fríos, parásitos intestinales, lesión cerebral o simplemente como una anomalía congénita. A comienzos del siglo XIX los diccionarios médicos describieron a la bulimia como la presencia de apetito voraz seguido de vómito propio de la histeria y del embarazo.

Tiempo después la enfermedad fue aceptada como un desorden neurótico. En 1979 la bulimia fue minuciosamente descrita por un médico estadounidense llamado Russell. Hoy esta definida en el DSM IV como la ingesta excesiva de alimentos en un corto período de tiempo, acompañada de una sensación de pérdida de control sobre dicha ingesta y de conductas compensatorias como el vómito auto-inducido, el abuso de diuréticos, laxantes, ejercicio físico, pastillas adelgazantes, etc.

En la actualidad la Bulimia Nerviosa tiene mayor incidencia que la Anorexia Nerviosa: el 75% de las pacientes con patología alimentaria sufre Bulimia y el 25% restante Anorexia (Turnbull, et. al., 1996). La Bulimia Nerviosa surgió como una epidemia social en la década de los 70' y se prevé que prevalecerá en los años venideros. Es posible que previamente a la descripción de la enfermedad, la Bulimia Nerviosa no se diagnosticaba o se clasificaba erróneamente bajo el nombre de otra patología. También es posible que la descripción de los síntomas dio lugar a que los pacientes y sus familiares reconozcan a la enfermedad y soliciten tratamiento.

Desde tiempo atrás el peso corporal ha sido inconscientemente asociado con valores socio-culturales. Siempre se le otorgó al cuerpo un lenguaje simbólico. En la antigüedad, la delgadez fue asociada con espiritualidad y misticismo, ahora la delgadez se asocia con belleza y éxito social. En la actualidad la Anorexia y la Bulimia Nerviosa tomaron una dimensión inesperada. A las disciplinas científicas les queda el desafío del estudio profundo de estas enfermedades, particularmente en áreas como la prevención y el tratamiento.

¿A que llamamos anorexia?

Llamamos anorexia a la pérdida de apetito para poseer una gran pérdida de peso mediante la restricción de la ingesta de alimentos, sobre todo lo que contienen alto valor calórico, asociada o no al consumo de laxantes o diuréticos.

Las personas que padecen de anorexia tienen una imagen distorsionada de su cuerpo (se ven gordos, aun cuando presentan un estado de extrema delgadez).

Anorexia Nerviosa: Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos, acompañado muchas veces por ejercicio físico excesivo.

La anorexia nerviosa consiste en una alteración grave de la conducta alimentaría que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del cuerpo.

En la anorexia nerviosa se pueden distinguir algunos subtipos:

Restrictivo:

Que describe cuadros clónicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso, donde los pacientes con anorexia nerviosa no recurren a atracones ni purgas.

Compulsivo:

Purgatorio que utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a atracones o purgas, algunos no presentan atracones pero si recurren a purgas incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Síntomas que padece una persona anoréxica:

El diagnóstico de la anorexia se basa no sólo en la ausencia de un origen orgánico definido, sino en la presencia de ciertas características. En este sentido conviene recordar los criterios considerados por la Sociedad Americana de Psiquiatría para el diagnóstico de la anorexia:

- Rechazo a mantener el peso corporal por encima del mínimo normal para la edad y talla.
- Adopción de dietas, que dan a la persona enferma sentimiento de poder y control.
- Posee un único objetivo, “ser delgado”.
- El carácter es hostil e irritable.
- Sobreviene la depresión.
- Realización de actividad física intensa.

- Miedo intenso al aumento de peso o a ser obeso incluso con peso inferior al normal.
- Distorsión de la apreciación del peso, el tamaño o la forma del propio cuerpo.
- En las mujeres, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos en el plazo previsto (amenorrea primaria o secundaria).
- Estreñimiento.
- Preocupación por las calorías de los alimentos.
- Dolor abdominal.
- Preocupación por el frío.
- Vómitos.
- Preocupación por la preparación de las comidas.
- Restricción progresiva de alimentos. Y obsesión por la balanza.
- Preocupación por la imagen y la idea.
- Abundancia de trampas y mentiras.
- Hiperactividad y preocupación obsesiva por los estudios, sin disfrute de ellos.

A que llamamos Bulimia?

Llamamos bulimia al desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. La bulimia es una enfermedad de causas diversas (psicológicas y somáticas), que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión para comer, con otros de dietas abusivas, asociado a vómitos y la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos). Es una enfermedad que aparece más en las mujeres que en los hombres, y que normalmente lo hacen en la adolescencia y dura muchos más años.

Las personas que padecen de Bulimia, poseen una baja autoestima y sienten culpa por comer demasiado, suelen provocarse vómitos, ingieren laxantes y realizan ayunos, debido a esto, presentan oscilaciones bruscas del peso corporal.

El comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia no produce pérdidas de peso exagerada.

Síntomas de una persona bulímica:

- Se comienza con dietas para mejorar el aspecto físico.
- El deseo de comer alimentos dulces y ricos en grasas es muy fuerte.
- Los sentimientos de ira, cansancio, ansiedad, soledad o aburrimiento provocan la aparición de ingesta compulsivas.
- Después de un acceso se siente una gran culpa o se ensayan diferentes métodos para eliminar lo ingerido (vómitos provocados, laxantes, etc.).
- Ansiedad o compulsión para comer.
- Vómitos.
- Abuso de medicamentos laxantes y diuréticos.
- Seguimiento de dietas diversas.
- Deshidratación.
- Alteraciones menstruales.
- Aumento y descensos de peso bruscos.
- Aumento de caries dentales.
- El hábito se arraiga.

¿Cuál es el comportamiento de una persona anoréxica y bulímica?

Tanto el adolescente bulímico como el anoréxica son unas personas emocionalmente inmaduros muy dependientes del núcleo familiar.

Tienen terror a la madures sexual y miedo a asumir el rol de adulto.

La obsesión por tener una figura esbelta basada en dietas.

Complicaciones graves de una persona anoréxica y bulímica.

Las complicaciones debidas a los vómitos provocados son:

- Engrosamiento glandular
- Caries, erosión de la raíz dental, perdida de piezas dentales.
- Desgarramiento esofágico
- Problemas digestivos
- Anemia
- Problemas gastrointestinales e hipopotasemias.

Las complicaciones producidas por el abuso de diuréticos son:

- Disminución de los reflejos.
- Arritmia cardíaca.
- Daño hepático.
- Deshidratación
- Sed
- Intolerancia a la luz

Las complicaciones por el abuso de laxantes son:

- Dolores abdominales no específicos (cólicos).
- Intestino perezoso (colon catártico).
- Mala absorción de las grasas, proteínas y calcio.

¿Qué deben realizar y que no, los familiares y amigos?

Lo que debe de realizar un familiar:

- Ame a su hijo como se ama así mismo. (el amor lo hará sentirse importante).
- Ayude a su hijo a encontrar sus propios valores e ideales. (En la mayoría de los casos, los ideales no se alcanzan tan fácilmente).
- Haga lo necesario para fomentar su iniciativa, independencia y autoestima. (tenga presente que los anoréxicos y los bulímicos son perfeccionistas y nunca están conformes con ellos mismos. Este perfeccionamiento justifica su insatisfacción).
- Tenga cuidado con la duración de la enfermedad de su hijo u amigo. (Los anoréxicos y bulímicos mejoran. Algunos en breve tiempo, muy pocos mueren, pero a veces se presentan casos que requieren largos meses y, en ocasiones, años de tratamiento.)
- Maneje su ansiedad.
- Ayude a su hijo o amigo a que comprenda que para Usted su vida es tan importante como la de él.
- Detectar lo antes posible los síntomas de la anorexia y bulimia.
- Si se observan actitudes sospechosas, no encubrirlas sino informar a los padres acerca de las mismas.
- Ante cualquier duda consultar con un especialista en patologías alimentarias.

Lo que un familiar o amigo no deben realizar:

- No le imponga a su hijo o amigo que coma. (no lo observe ni discuta con él acerca de las comidas o de su peso).
- No se sienta culpable. (muchos padres se preguntan: “¿qué hice mal?”. No existen padres perfectos. Usted ha hecho lo mejor que ha podido).
- No deje de lado a su pareja ni a sus otros hijos. (centrar su atención en el hijo enfermo hará que su enfermedad se prolongue y destruirá la familia).
- No tenga miedo de tener a su hijo separado de Usted. (si la presencia de su hijo llegara a alterar la estabilidad emocional de la familia o si el facultativo le aconseja separarlo temporariamente, no dude en hacerlo).
- No compare a su hijo o amigo con compañeros o amigos de éxito.

Consecuencias físicas:

Hay una serie de posibles consecuencias de ambas enfermedades, una vez que se vuelvan extremas. A saber:

- Relaciones afectivas conflictivas
- Úlcera de estómago y esófago
- Riesgo de paro cardíaco por falta de potasio
- Problemas dentales
- Crecimiento anormal del vello capilar
- Caída del pelo
- Baja la temperatura corporal
- Sequedad en la piel
- Alteraciones menstruales
- Muy bajo rendimiento intelectual y físico
- Dificultadas para relacionarse sexualmente
- Riesgo de muerte: entre un 5 y un 15 por ciento de los casos de bulimia y anorexia extremas son mortales.

Complicaciones de la bulimia:

Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general, las perspectivas son mejores para la bulimia que para la anorexia. Debe observarse, sin embargo, que en un estudio de pacientes bulímicos, después de seis años la tasa de mortalidad fue de 1% en las mujeres en terapia. Otro estudio encontró que el 20% de las mujeres con bulimia todavía estaban luchando contra el trastorno después de diez años.

La erosión de los dientes, cavidades y los problemas con las encías son comunes en la bulimia. Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal. Ocasionalmente, el proceso de comer excesivo y purgación resultan en la pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; esto se revierte cuando se administra potasio. Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Rara vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía.

Las mujeres con bulimia con frecuencia abusan los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito--por lo general ipecac.

Ninguno de estos medicamentos está libre de riesgo. Por ejemplo, se han notificado casos de intoxicación por ipecac, y algunas personas se tornan dependientes de los laxantes para el funcionamiento intestinal normal.

Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos, en particular si son abusados.

Complicaciones de la anorexia.

En este momento ningún programa de tratamiento para la anorexia nervosa es completamente eficaz. Dos estudios a largo plazo (10 á 15 años) reportaron recuperación después del tratamiento en entre 76% y 90% de los pacientes. En un estudio, sin embargo, la mayoría siguió comiendo menos de lo normal y en ambos estudios la bulimia y el comer excesivo continuaban siendo muy comunes al final del estudio.

Muchos estudios de pacientes anoréxicos han encontrado tasas de mortalidad que oscilan entre un 4% y 20%. El riesgo de muerte es significativo cuando el peso es menos de 60% de lo normal. El suicidio se ha calculado que comprende la mitad de las defunciones en la anorexia. (Razonablemente se puede tomar la posición de que todos los casos de anorexia son intentos de suicidio.) El riesgo de muerte prematura es dos veces más alto entre anoréxicos bulímicos que entre los tipos de dieta-restrictor. Otros factores de riesgo de muerte prematura incluyen estar enfermo durante más de seis años, obesidad previa, trastornos de personalidad y matrimonios disfuncionales. Los hombres con anorexia están a un riesgo específico de problemas médicos potencialmente mortales, probablemente porque se diagnostican generalmente más tarde que las niñas.

. La cardiopatía es la causa médica más común de muerte en las personas con anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Además, los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño. Los niveles de colesterol

tienden a subir. Los problemas del corazón son un riesgo específico cuando la anorexia es agravada por la bulimia y el uso de ipecac, el medicamento que causa vómitos.

Las personas con anorexia severa pueden sufrir daño nervioso y experimentar convulsiones, pensamiento desordenado y cosquilleo, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies. Las exploraciones cerebrales indican que partes del cerebro experimentan cambios estructurales y actividad anormalmente alta o baja durante los estados anoréxicos; algunos de estos cambios regresan a la normalidad después del aumento de peso, pero existe evidencia de que algún daño puede ser permanente.

La anemia es un resultado común de la anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. Si la anorexia se torna extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal llamada penciopenia.

La inflamación y el estreñimiento son ambos problemas muy comunes en las personas con anorexia.

Objetivos del tratamiento

El éxito de la terapia para los trastornos de la ingesta depende de muchos factores, entre ellos: la propia personalidad de la paciente y el deseo de cambio; la duración de su trastorno; la edad a que comenzó la enfermedad; su historial familiar; su nivel de habilidades sociales y vocacionales, y la concurrencia de otros trastornos como la depresión.

Es importante recordar que no hay una cura milagrosa para los trastornos de la ingesta. Usted no puede darle a alguien una píldora o pronunciar una palabra mágica y esperar que el trastorno desaparezca. Estas enfermedades implican problemas contra los que las pacientes han luchado y seguirán luchando durante la mayor parte de sus vidas. Pero un buen programa de tratamiento ayudara a reforzar la autoestima y enseñara a las participantes como enfrentare a sus problemas sin incurrir unas conductas autodestructivas.

Para las pacientes que lo necesitan, el programa también ayudara a restaurar la salud y la fuerza físicas. En general los tres objetivos principales de la terapia son:

Mitigar los síntomas físicos peligrosos o que representan una amenaza para la vida.

Enseñar a la paciente a comer normalmente, los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.

Investigar, con la esperanza de cambiarlos, los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida.

¿En que consiste el tratamiento para la anorexia?

El impacto sociológico de la anorexia es marcado y repercute en la identidad del adulto joven. El narcisismo individual y social está en juego.

El diagnóstico no es difícil. Lo difícil es el tratamiento, por las implicaciones individuales, los familiares y sociales del síndrome.

Se usan muchos tratamientos:

Psicoterapia

Terapias comporta mental

Medicamentosa

Familiar hiperalimentacion.

Los objetivos más importantes del tratamiento son la corrección de la mal nutrición y la resolución de las disfunciones psíquicas del paciente y su familia. El fracaso en la solución de estos problemas a corto y largo plazo puede abocar al fallo terapéutico.

¿En qué consiste el tratamiento de la bulimia?

- Voluntad en llevar una pauta de tratamiento.
- Disciplina en las dietas, y con las hospitalizaciones si son necesarias.
- Control de peso en los objetivos proyectados.
- Hacer una vida social normal.
- Regularidad en las consultas individuales o familiares.
- Control médico.
- Fortalecer la personalidad.
- Confianza en el entorno familiar.
- Confianza con su terapeuta.

Tipos de bulimia

En función del tipo de purga que utilizan para compensar el atracón, tenemos:

- Tipo purgativo: cuando se utiliza como conducta compensatoria el vómito (emesis), los laxantes, los diuréticos, enemas, jarabe de ipecacuana o incluso la teniasis, (infestación por *Tænia solium*), para eliminar lo más pronto posible el alimento del organismo.
- Tipo no purgativo: Entre el 6% y el 8% de los casos de bulimia se llevan a cabo otras conductas compensatorias, como el ejercicio físico intenso, no hacer nada o hacer mucho ayuno; es un método menos efectivo para contrarrestar y deshacerse de las calorías. El tipo no purgativo se da solo en, aproximadamente, el 6%-8% de los casos de bulimia, ya que es un método menos efectivo de eliminar del organismo un número tan elevado de calorías. Este tipo de bulimia suele presentarse también en quienes presentan el tipo purgativo, pero es una forma secundaria de control del peso.

Efectos directos y secundarios

- Aspiración (paso del contenido gástrico al árbol bronquial)
- Rotura esofágica o gástrica
- Neumomediastino o neumotórax (entrada de aire al interior de la cavidad torácica)
- Hipopotasemias (niveles bajos de potasio en la sangre)
- Arritmia cardíaca
- Ansiedad o compulsión por comer
- Abuso en el consumo de medicamentos laxantes y diuréticos
- Seguimiento de regímenes dietéticos diversos
- Deshidratación
- Alteraciones menstruales y amenorrea; esterilidad
- Incremento y reducción bruscos de peso, desestabilidad en el peso.
- Aumento en la frecuencia de caries dentales
- Aumento del tamaño de las glándulas salivales e infección de estas
- Pérdida de cabello
- Desmayos muy frecuentes, mareos
- Heridas de la mucosa bucal
- Alteración o pérdida esmalte dental
- Dolores de cabeza y migraña
- A largo plazo junto con otras complicaciones puede producir tumor de laringe o garganta, no siempre benigno
- Dolores en la garganta (luego de vomitar)

Bulimia y Anorexia en México

- Piel seca
- Debilidad en las piernas
- Disfonía
- En las mujeres se interrumpe la menstruación

La tasa de mortalidad se sitúa en un 5%. Un estudio indica que el 20% de las mujeres con bulimia siguen luchando contra el trastorno después de diez años.

Pronóstico

Los trastornos en la alimentación presentan una de las tasas de mortalidad más altas dentro del grupo de los trastornos mentales. Se sabe relativamente poco acerca de los efectos o consecuencias a largo plazo de la bulimia. Las investigaciones más recientes sugieren que el pronóstico es diverso.

La bulimia puede presentarse como un padecimiento a largo plazo, fluctuante durante muchos años, o bien como un problema de salud episódico, precipitándose en función de los eventos y crisis de la vida de quien la padece.

A corto plazo, algunos informes médicos sugieren que hay una mejoría del 50 por ciento en el comportamiento (en los atracones y en las purgas) en aquellos pacientes que pueden comprometerse con un tratamiento. Aún no han podido identificarse factores consistentes que permitan predecir el resultado del tratamiento.

Sin embargo, la gravedad de las secuelas de las purgas puede ser un indicador importante del pronóstico; los desequilibrios electrolíticos, la esofagitis y la hiperamilasemia reflejan el hecho de que las purgas fueron más severas, y quizá generarán un pronóstico más desalentador. En casos graves, la persona puede fallecer como consecuencia de un atracón muy severo, o incluso puede suicidarse. En muchas ocasiones el enfermo presenta síntomas como ansiedad y suele ingerir ansiolíticos excesivamente para revertir el síntoma.

Causas

La causa exacta de la anorexia nerviosa no es conocida pero las investigaciones sugieren que una combinación de ciertos rasgos de la personalidad, patrones emocionales y de pensamientos, así como factores biológicos y ambientales.

Las personas con anorexia nerviosa, con frecuencia, usan la comida como una manera de ganar un sentido de control cuando otras áreas de sus vidas están bajo mucho estrés o cuando se sienten abrumados. Los sentimientos de incompetencia, baja auto estima, ansiedad, rabia o soledad también podrían contribuir al desarrollo de este desorden. Adicionalmente, las personas con desórdenes alimenticios podrían tener relaciones problemáticas o tener una historia de haber sufrido burlas respecto a su tamaño o peso. La presión de los amigos y una sociedad que identifica la esbeltez y la apariencia física con la belleza también puede tener un impacto en el desarrollo de la anorexia nerviosa.

Los desórdenes alimentarios también podrían tener causas físicas. Los cambios en las hormonas que controlan la manera como el cuerpo y la mente mantienen el humor, el apetito, los pensamientos y la memoria, también podrían fomentarlos. El hecho de que la anorexia nerviosa tienda a correr en las familias también sugiere que la susceptibilidad a este desorden podría ser heredada.

Temas de diagnóstico y controversias

Con frecuencia, diferenciar los diagnósticos de la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros desórdenes alimenticios no especificados (EDNOS) es difícil de hacer en la práctica, pues existen síntomas comunes entre los pacientes diagnosticados con estos trastornos. Además, un aparente cambio en el comportamiento o actitud general de un paciente (como por ejemplo con el sentimiento de "control" sobre cualquier comportamiento de exceso alimentario) determinaría un diagnóstico que va de anorexia de tipo purgativo/compulsivo a bulimia nerviosa. No es inusual para una persona con un desorden alimenticio moverse de un diagnóstico a otro a medida que sus creencias y comportamientos cambian con el tiempo.

También, es importante agregar que un individuo podría sufrir de un trastorno alimenticio que amenaza con su vida y su salud (por ejemplo, anorexia nerviosa sub-clínica o EDNOS) aun cuando se percibe tan sólo un síntoma. Por ejemplo, un número significativo de pacientes diagnosticados con EDNOS cumplen con todos los criterios del diagnóstico de la anorexia nerviosa, pero carecen de los tres períodos menstruales consecutivos que se necesitan para el diagnóstico de anorexia.

Literatas feministas tales como Susie Orbach y Naomi Wolf han criticado la calificación que se le ha dado al problema de la dieta y pérdida de peso excesiva como una condición exclusiva entre las mujeres afectadas más que como un problema en la sociedad, en la que se impone el irracional concepto de la delgadez extrema como una medida de la belleza femenina.

Origen del trastorno

Es necesario aclarar que hay una gran cantidad de personas afectadas, que obliga a establecer los diferentes orígenes según se presente la enfermedad en una u otra persona, pero dentro de la cual podemos describir factores comunes. Citaremos a continuación algunas de las posibles causas del desarrollo del trastorno:

- "La teoría del punto de equilibrio": aparece un elemento de carácter psicobiológico a considerar dentro de la comprensión de los trastornos de la alimentación, es el denominado "punto de equilibrio". La investigación contemporánea sobre la regulación del peso de cada persona se basa en los hallazgos que hacen referencia a la tendencia en la especie humana a mantener un peso estable, no obstante las fluctuaciones en el consumo de calorías.
- Neurosis depresiva: constata que las anoréxicas proceden de la población más vulnerable a la manipulación propagandística de la moda y de los intereses creados en torno al adelgazamiento. Al comenzar con la restricción de alimentos, el cuadro depresivo empeora, por lo que puede llevar al desarrollo de la enfermedad.

- La anorexia atlética: Este tipo de anorexia correspondería a algunos deportistas que voluntariamente restringen la ingesta alimenticia a fin de aumentar su rendimiento. Simultáneamente a la pérdida de peso, aparecen rasgos obsesivos y fóbicos. Esta conducta es parecida a la que tienen personas profesionales del ballet, por ejemplo.
- Forma crónica de ansiedad postraumática: las personas que han sufrido evitación crónica en la adolescencia (temor angustioso a establecer relaciones interpersonales por miedo al rechazo o a la humillación) son personas que pueden desarrollar la enfermedad de forma crónica.
- El problema en el seno familiar: los problemas dentro del seno familiar pueden ser factor causal de las desviaciones de la conducta alimenticia. La influencia de la autoridad o falta de la misma de padre, madre u otro miembro de la unidad familiar, pueden dar respuestas o conductas dañinas.
- Auto calificaciones peyorativas: la propia imagen que una persona tenga de sí misma puede ser factor de riesgo si ésta es negativa. Rosa M. Raich dice en uno de sus libros: "El sentirse gordo es una de las causas más frecuentes que inciden en la aparición de trastornos alimentarios, y en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que piense que lo es y que esto le afecte".

Clases de anorexia según DSM (Diagnostic and Statical Manual of Mental Diseases)

Existen dos subtipos de anorexia:

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio actual de la anorexia nerviosa, la persona no está comprometida firmemente con un régimen alimenticio o un comportamiento purgativo, esto es, inducción al vomito, ejercicio excesivo o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas.
- **Tipo purgativo/compulsivo:** durante el episodio de la anorexia nerviosa, la persona se ha comprometido firmemente a una dieta rigurosa o a un comportamiento purgativo, esto es, inducción al vomito, ejercicio excesivo o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas.

El criterio ICD-10 es similar, pero específicamente añade:

Las formas en las que los individuos se podrían inducir a una pérdida de peso o mantener un peso corporal bajo (evitar comidas grasosas, vomito auto-inducido, purgarse, uso excesivo de supresores del apetito o diuréticos).

Ciertas características psicológicas incluyendo el "un desorden endocrino generalizado que involucra el axial del hipotálamo-pituitaria-gonadal que se manifiesta en las mujeres como amenorrea y en los hombres con una pérdida en la potencia y el interés sexual. Igualmente se perciben niveles elevados de las hormonas de crecimiento, niveles de cortisol elevados, cambios en el metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anormalidades de la secreción de la insulina".

Clínicamente importantes

- Síndrome agudo de radiación
- sida
- Apendicitis aguda en el que acompaña a la presentación de los síntomas de dolor abdominal, a menudo con vómito
- Cáncer.
- Insuficiencia renal crónica
- Insuficiencia cardíaca congestiva, tal vez debido a la congestión del hígado con sangre venosa
- Enfermedad de Crohn
- Demencia
- Depresión grave.
- Síndrome de arteria mesentérica superior
- Colitis ulcerosa

Drogas

- Anfetamina (Adderall), dextroanfetamina (Dexedrine y Dextrostat).
- Los antidepresivos pueden tener la anorexia como un efecto secundario.
- Dextromethylphenidate (Focalin).
- Cese abrupto de apetito creciente de drogas, como el cannabis.
- Metanfetamina (Desoxyn) (Añadir el tratamiento de la narcolepsia y ADHD).
- Metilfenidato (Ritalin y Concerta).
- Productos químicos que son miembros de la fenetilamina grupo. (Las personas con anorexia nerviosa puede pedir suprimir el apetito).
- Estimulantes.
- Altitud cuando también puede acompañar a la enfermedad.
- Preoperatorio anorexia medicamentos pueden ser recetados como profiláctico para asegurarse de que no se copia de seguridad de los alimentos en el esófago, que podría correr el riesgo de aspiración pulmonar.
- Significativa el dolor emocional causado por un evento (en lugar de una enfermedad mental) puede causar a una persona temporalmente perder todo interés en comer.

La anorexia satisface varias necesidades conflictivas:

La libera de parte del estrés de entrar en la adultez y lograr la independencia, mientras que atrae la atención de los padres y ofrece una medida de control de su propia existencia.

A través de estas características psicológicas se puede observar dos tipos de anorexia:

- Anoréxicas austeras: comienzan perdiendo peso a través de dietas y ejercicio, por lo general ayudadas con laxantes, píldoras de dieta y/o diuréticos.
- Anoréxicas voraces: muestran características de la bulimia nerviosa, es decir, que pasan por atracones y vómitos.

Otros tipos de características son las que presentan estas chicas:

- Un historial de ligero sobrepeso: estas chicas comienzan teniendo un ligero sobrepeso por lo que comienzan con dietas estrictas y luego no se detienen cuando llegan al peso buscado sino que, se agradan, y continúan perdiendo peso.
- Un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes: intentan agradar a los demás a expensas de su propia felicidad por lo que desarrollan una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás. Intentan mantener el control sobre su entorno porque no tienen control sobre su propia vida.

Esto además conlleva a que tengan miedo a enfrentarse a situaciones nuevas y así les surgen los problemas de identidad y control.

- Elección de una afición o una carrera que concede gran importancia al peso: las carreras de bailarina, actriz, modelo y deportista, fomentan esta enfermedad porque se le concede un alto valor a poseer un aspecto delgado y saludable.

Hay una serie de factores que también son determinantes dentro de la anorexia que son:

- Factores familiares: muchas de las afectadas proceden de familias afectuosas y cariñosas pero hay una serie de factores que la van a conllevar a la anorexia. Está comprobado que las familias de las anoréxicas están situadas en los estratos socioeconómicos medios y altas de la sociedad. Tal hecho supone conductas, valores y relaciones personales diferentes de la persona que pertenecen a otros estratos además de existir una tendencia a que los padres de las anoréxicas tengan edades avanzadas.

Presión social y estereotipos sociales en anorexia:

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en las distintas épocas de la historia del mundo occidental.

El modelo de belleza femenino de la época de Rubens es muy distinto al actual. Los cambios históricos acarean cambios culturales y cambios en los patrones estéticos y corporales.

La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres que encarnan o se identifican con ese modelo tienen razones para valorarse positivamente. Quienes no reúnen estas características, padecen baja autoestima.

En el establecimiento de los modelos estéticos, intervienen multitud de factores aunque en cada país tenga su prototipo de belleza específico. Por ejemplo, en la India, donde escasea el alimento, la obesidad es signo de prestigio social y de potencial socioeconómico. Por el contrario, el ideal de delgadez se da en sociedades donde la obtención de alimento no es problema.

Los estereotipos estéticos suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, de las clases más elevadas a las más bajas.

En las sociedades más desarrolladas, hay una relación inversa entre clase social y obesidad. Huenemann (1969) verificó que el 11,6 % de la población adolescente femenina de clase baja eran obesas mientras que las de clase alta sólo había un 5,4 %.

Esta distribución por clases sociales es totalmente opuesta a la que se da con la anorexia. Este fenómeno entremaña que los valores asociados al alimento (necesidad básica) son sustituidos por otros de carácter estético más culturizados y alejados de lo primario, de lo más estrictamente biológico.

Pero para que la restricción ingestiva se inicie no basta con que la persona tome la decisión de reducir las dimensiones de su cuerpo, sino que es necesario que sufra las influencias sociales.

Éstas se canalizan a través de los demás y del ambiente.

Un canal importante y de influencia efectiva son los medios de comunicación de masas. Nos hallamos inmersos en una sociedad donde TV, prensa, radio, bombardean continuamente a los ciudadanos con múltiples mensajes.

También se sabe que los valores del mundo anglosajones, en especial EEUU, ejercen una gran influencia sobre el resto del mundo y que pronto serán implantados en otros países.

En relación con los grupos de jóvenes más afectados por la anorexia, Garnel y Garfinkel realizaron algunos estudios concluyéndolos con la afirmación de que toda la presión sociocultural todavía es mayor en determinados grupos

homogeneizados que están en función de ciertos intereses y actividades. Éste es el caso del estudiante de música y danza o en modelos de alta costura.

Se plantearon la posibilidad de que unos estudios de este género resultaran humanamente estresantes por su competitividad. Más adelante se vio que el factor clave no es la competitividad sino la dedicación a actividades que subrayen el valor del cuerpo delgado.

En 1986, se volvió a hacer otro trabajo (por Ordeig y Cols) con muestras de estudiantes de danza, modelos de alta costura y gimnastas. Las puntuaciones obtenidas ante el E.A.T. fueron de 30, 14,8 y 18,6 respectivamente; mientras que en el grupo control fue de 11.

Entran en patología el 30% de los bailarines, el 18% de los gimnastas, el 13,3% de los modelos. Este estudio confirmó el resultado obtenido por Garner y Garfinkel.

5.1 La coacción publicitaria: hasta ahora nos hemos referido a los medios de comunicación como portavoces y creadores de los estereotipos estéticos corporales que surgen en la población.

El cine, la fotografía, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento contribuyen a determinar el estado de opinión y evaluación corporal. Pero, además, todo este mundo de palabras e imágenes van a crear un importantísimo mercado descubierto por los comerciales y productores de más de mil recursos de adelgazamiento.

El estado de opinión, por tanto queda en cierto, enriquecido en una publicidad comercial, que con sus mensajes incorporan el estereotipo estético, lo concreta y potencia.

Se realizó un análisis de publicidad de pro-adelgazamiento en 1985. De todas las revistas que se publicaron en España se eligieron aquellas que contaban con un 60% de lectores del sexo femenino que a la vez tenían una difusión de más de 100.000 ejemplares. De aquí se seleccionaron diez que constituyeron el 80% de todas las revistas leídas por la población femenina.

De estas revistas, se analizaron todos los anuncios que aparecían seleccionando todos aquellos que de manera directa o indirecta incitaban al uso o consumo de productos para adelgazar.

Los resultados fueron éstos:

Anuncios Directos	10,43%
Anuncios Indirectos	14,24%
Anuncios Totales	24,64%

Con esto se constata que casi uno de cada cuatro anuncios que llegan a un público femenino invitan de alguna manera a la mujer, a perder peso.

También se midió el coeficiente de Impacto. Éste mide la capacidad de difusión de un mensaje en una población dada. Como se ve en la tabla toman prioridad aquellos productos que son de actuación específica e inmediata, como es el caso de las cremas y pomadas adelgazantes. En segundo lugar aparecen los alimentos de tipo calórico.

En la tabla, vemos un cambio significativo en las razones que los anunciantes dan para invitar a perder peso. Es difícil predecir si esta tendencia se mantendrá, por eso antes había una gran preocupación por la salud y actualmente lo que se está dando es un vuelco hacia lo estético, es decir, se hace notar que vende más la motivación en estética que lo sanitario.

En 1985 el 55% de los argumentos pro-adelgazamientos eran estéticos mientras que sólo el 19% estaban relacionados con la salud.

El llamado coeficiente de utilización indica la cantidad de veces que una palabra aparece en publicidad. En la tabla del anexo 3, hay 24 términos verbales. Los más utilizados son: tipo, silueta, figura, delgado, línea, centímetro, kilos, adelgazar, calorías e hipocalorías.

También se llegó a la conclusión que la mayor difusión de esta publicidad se produce, principalmente en mujeres de 15 a 24 años de edad. Esto es solo un botón de muestra para darnos cuenta del bombardeo al que estamos sometidos los jóvenes y adolescentes.

Cada época ha tenido unos prototipos de belleza. En la década de los 50, existían dos modelos: uno el de Marilyn Monroe con caderas anchas, cintura ceñida etc. y el de Grace Kelly tendiente a lo rectilíneo, era la delgadez extrema. Las seguidoras de Marilyn eran mucho más vulgares que las de Kelly que eran chicas aristocráticas.

En los años 60, se da el fenómeno Twiggy. Una chica inglesa, francamente esquelética, que se introdujo como un ciclón en el mundo de la moda de América y Europa.

Publicaciones como " Vogue " trasladaron sus escuálidas dimensiones a los ojos de todo el mundo occidental. El impacto que produjo constituyó un ejemplo de la eficacia de los medios de comunicación y de las campañas de publicidad.

La aparición de este fenómeno Twiggy es un hecho clave para entender el incremento epidémico de los trastornos en el comportamiento alimentario. De algún modo el modelo de Marilyn y el de Twiggy se han mantenido hasta nuestros días.

El anhelo de la delgadez sigue vigente. Un estudio pionero de Garner verificó de las medidas de las modelos fotografiadas en las páginas centrales del Playboy y otras revistas, fueron disminuyendo cada vez más. Eran más delgadas.

5.2. Del culto a lo utópico: Kim Chelín desde una perspectiva feminista hace una importante crítica acerca de esta sociedad generadora de la actual epidemia de anoréxicas y bulímicas

En 1981 ya señalaba que E.E.U.U. se gastaba 10 billones de dólares anuales en servicios y productos relacionados con la búsqueda y pérdidas de peso y que 20 millones de personas seguían una dieta rigurosa.

La preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida que en la sociedad actual, es un fenómeno que puede considerarse como normal en la experiencia femenina; lo anormal es la no- preocupación por el cuerpo.

Ésta preocupación e insatisfacción suscitada por el propio cuerpo, tiene que encontrar alguna vía de solución. Los afectados intentan resolver sus problemas eligiendo entre las múltiples alternativas y mejores. Ésta es la técnica para adelgazar más difundida y más peligrosa en cuanto al riesgo de sufrir trastornos del comportamiento alimentario.

Una revisión de las publicaciones sobre dietas alimentarias publicadas entre 1967 y 1993 resulta muy significativa (Crencha y Jeffrey, 1994).

Resumiendo todos estos trabajos se concluyen que alrededor del 40% de las mujeres y que el 23% de los varones estaban intentando perder peso. En estas mismas circunstancias el 26% de las mujeres y el 14% de los hombres estaban haciendo régimen para adelgazar.

Los porcentajes más altos se referían a chicas que estaban en Collages donde del 50% al 61% practicaban dietas. También concluyeron en que había más personas de peso manual siguiendo dietas que personas con sobrepeso.

Pero lo más grave es que en 1985 y 1990 creció el porcentaje de personas que considerándose a sí mismas delgadas trataban de adelgazar. Del 0,7% se pasó al 4% y en adolescentes las cifras aún eran más preocupantes. El 20% de chicas adolescentes con infra peso estaban siguiendo dietas adelgazantes.

Éste es el panorama descrito con algunas pinceladas ilustrativas que hacen patente la preocupación por el cuerpo y sus medidas supuestamente excesivas. Es como si la gente aceptara la presión social y haya llegado a convencerse de

que este prejuicio es intentar adelgazar, reducir las dimensiones y de manera competitiva.

En 1993 se realizó otro estudio, Philips quienes evaluaron de igual modo y en las mismas circunstancias académicas a todas las chicas de 12 a 18 años ubicadas en el mismo distrito escolar de Búfalo.

Se les pasó una encuesta a todas las alumnas situadas en Muidle Chol, de 12 a 14 años, y a todas las de Higa Chol, de 4 a 18 años. Los resultados fueron ambiguos ya que en Higa Chol, las de mayor edad, las prácticas patógenas para perder peso habían disminuido, mientras que en Muidle Chol en ese mismo período de 8 años, el porcentaje de niñas que se medicaban para adelgazar había parado del 0,8% al 6% y de niñas vomitadoras había pasado del 3,8% al 11,4%.

En consecuencia parece concluirse que se está reduciendo la edad en que más se experimenta e interioriza la presión pro-adelgazamiento. Serían todavía niñas las que emplearon métodos peligrosos para perder peso.

Los estudios realizados sobre el tema que hagan referencia a niños pre-puberales son muy escasos pero hay un ejemplo muy significativo que es una serie de estudios llevada a cabo por un grupo de investigadores de la universidad de Leeds, en Inglaterra.

En el más reciente trabajaron con 213 niñas y 166 niños de 9 años. Hallaron que los niños presentaban una baja autoestima, un evidente deseo de adelgazar y altos niveles de restricción de comida. Pero ese deseo de adelgazar y la

motivación para seguir una dieta se mantenía en los niños y niñas de todos los niveles de peso.

Con estos resultados se puede concluir que la interiorización en los niños de los modelos estéticos corporales empieza a edades muy tempranas, al igual que los anhelos por adelgazar y llevar a cabo alguna dieta. Éstas suelen llevarse a cabo (sobre todo en el caso de las niñas) en colaboración y correspondencia de las madres.

Los niños se encuentran en la misma sociedad que los adultos y como ellos experimentan las mismas influencias. En ellas, los niños quedan mediatizadas por los adultos y mayores que tienen más cerca y que son más significativas desde una perspectiva socio afectiva. La información verbal que los padres dan a sus hijos, ha sido estudiada por una investigación muy reciente (Thelen y Cormis, 1995) en donde veían las características de 118 niños y niñas de 9 a 10 años y se constató que tres de cada cuatro padres y/o madres alentaban a sus hijos e hijas para que controlaran su peso.

Se percibía como más frecuente y presente la acción adelgazante ejercida por las madres, madres que en un 86% habían practicado dietas en alguna ocasión y que en un 57% lo habían hecho más de tres veces a lo largo de sus vidas. Éste es uno de los trabajos que pone de manifiesto el papel de la familia en la transmisión de valores en este caso, alimentario-corporal.

Esta transmisión de valores y costumbres aumentan cuando las madres han padecido o padecen trastornos en el comportamiento alimentario.

Comer con prisas: El modelo de familias tradicional tenía establecido la ingestión de tres comidas: desayuno, comida y cena que no sólo eran ocasión para alimentarse sino también de reunirse, comunicarse, en definitiva, de convivir.

Ahora cada vez son más las personas de una misma familia que realizan sus comidas por separado y lejos del hogar. Las "comidas rápidas" y en general escasas, han ocupado el lugar de las comidas lentas y hogareñas. La estructura de una comida con dos platos y postre se han ido sustituyendo por bocadillos y hamburguesas que además se ingieren con prisas.

Estos hábitos son más frecuentes en adolescentes y jóvenes de enseñanzas medias y universitarios, es decir, la parte de la población de mayor riesgo para los trastornos en la alimentación. Es justo, en estas edades, donde se debe cuidarse más en la alimentación

Las ocasiones para comer en grupo son múltiples: aniversarios, sesiones de trabajo, despedidas o cenas de parejas. Para el adelgazador, estas ocasiones suscita pesadumbre, angustias y arrepentimientos y como consecuencia se sitúa en una disyuntiva: o rechazar a la vida social o compensar esos excesos con ayunos y restricciones posteriores.

En el caso en que se elija la renuncia social, la autoestima y estabilidad emocional saldrían perjudicadas. En el segundo caso, la preocupación absorbente por la alimentación llevaría a un posible trastorno alimentario. Quien se encuentra en el culto a la delgadez no puede asistir indiferente a estos "encuentros" sociales que en definitiva son encuentros para comer.

Ésta es una de las principales razones del aislamiento social progresivo que sufren los pacientes anoréxicos y bulímicos. Sienten temor a reunirse con amigos alrededor de una mesa con platos o similares.

Resumiendo todo lo anterior se puede decir que los cambios de costumbres han alterado los hábitos alimentarios y que no se tratan de nuevas modificaciones formales y sin importancia sino que se han derrumbado que los cambios de horarios de situaciones sociales y de funciones sociales de los alimentos, dan lugar a cambios en el contenido. La desorganización incrementa los riesgos de patología alimentaria.

El rechazo social: Uno de los rechazos sociales más claros es el rechazo al obeso, tanto que a un niño de seis años de edad ya lo tiene totalmente interiorizado. Se ha observado que los niños a esta edad atribuyen características positivas (bueno, simpático, feliz...) a una persona delgada y características negativas (tramposo, sucio, lento...) a una persona gruesa.

Un estudio muy conocido hecho en los años 60 por Richardson, puso de manifiesto algo semejante. A un grupo numeroso de niños y niñas de 10- 11 años, se les mostraba una serie de láminas. Cada lámina representaba un niño con una incapacidad (niño totalmente normal, niño con muletas, niño sin una pierna, niño en silla de ruedas, niño obeso, niño con la cara desfigurada y niño sin una mano). Los niños/as debían elegir uno a uno las figuras infantiles que les resultaran más agradables. Pues en todos los casos se dio que el niño obeso era el menos elegido.

A parte de este caso de rechazo al obeso se le atribuye la responsabilidad de su enfermedad. La obesidad está considerada como la consecuencia de un vicio y el obeso una persona que se entrega a él, es decir, que el obeso es obeso porque quiere ya que come sin control con glotonería.

Este rechazo tiene varias manifestaciones. Se observó que en una serie de colegios prestigiosos, el número de chicas obesas admitidas era desproporcionadamente menor que el de chicas delgadas. Esto sucedía sin que existieran diferencias significativas ni en el cociente intelectual ni en el expediente escolar previo. Sólo los prejuicios podrían explicar estos hechos.

Otra manifestación clave y evidente del rechazo social al obeso se da en el mundo laboral. Un estudio sobre las relaciones entre un sobrepeso y empleo concluyó en líneas generales que las personas con sobrepeso son consideradas menos competentes, más desorganizadas, indecisas e inactivas.

En el caso de las mujeres la situación se agrava aún más. La promoción profesional es mucho más asequible para las delgadas que para las que no lo son. Citemos como ejemplo el caso de los auxiliares de vuelo o azafatas que pueden ser despedidas por tener problemas de sobrepeso y ciertas compañías controlan las medidas de sus muslos, caderas... hasta acostumbrarla a establecer unos límites. Es importante señalar que los trastornos en las azafatas son bastantes frecuentes (Shilling 1993).

Como se puede observar la presión social sobre las mujeres es mucho más acentuada. Ha podido también verificarse que las mujeres más emprendedoras y

social y laboralmente más activas son las que prefieren un cuerpo delgado y a las más voluminosas se les atribuye funciones de madre, esposa...

Todos estos prejuicios hacen referencia al atractivo físico, pero nos olvidamos que el atractivo físico no se reduce al volumen del cuerpo sino que es mucho más; el rostro, el cabello, las manos, los ojos, formas de moverse, color de la piel...

Métodos para adelgazar: la consecuencia más grave de las dietas restrictivas consiste en la facilitación y precipitación de trastornos en la alimentación. La restricción de alimentos es el factor de riesgo inmediato más evidente de la anorexia nerviosa.

El mercado del adelgazamiento: los medios de comunicación junto con mensajes verbales lanzan imágenes de cuerpos que sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que facilitan la difusión y consiguiente interiorización de la cultura de la delgadez.

Algunos datos significativos que reflejan la situación actual. En la década de los 80, los americanos gastaban 10.000 millones de dólares en servicios y productos destinados a perder peso. En tan solo un año los americanos subieron la cifra a 74.000 millones de dólares en alimentos dietéticos y a lo largo de esta década, los americanos doblaron sus gastos en alimentos dietéticos, programas para adelgazar libros de regímenes y consejos para perder peso.

La industria británica del adelgazamiento está facturando más de un billón de libras esterlinas por año (1994).

El mundo de la moda y las modelos: el mundo de la moda incluyendo modistas y costureras juegan un papel relevante en la preocupación femenina por revelar/ocultar el cuerpo.

Un factor importante a tener en cuenta en el mundo de la moda son las modelos. Sin ellas casi no habría difusión de las tendencias de la moda. Ellas protagonizan las exhibiciones de todo género en revistas, en televisión, carteles urbanos etc. Sus siluetas, sus figuras extremadamente delgadas parecen ejercer influencias decisivas en muchas adolescentes, jóvenes y algunas nostálgicas de la juventud.

John Casablanca fundador y presidente de una de las agencias de modelos más importantes del mundo, con 24 establecimientos en Europa y América ha declarado recientemente en una entrevista que "vivimos en una época muy sensual en la que los cuerpos lo ceden todo. Lo mismo un coche que la moda" y en esa misma entrevista reconoce que han pasado varios años volcado con las anoréxicas. Y es que esta esbelta delgadez tan deseada por los diseñadores y que tantas modelos tienen, está al borde de lo patológico.

Conocedores del tema apuntan que entre el 20% y el 30% de estas muchachas sufren trastornos en el comportamiento alimentario. Por eso no es infrecuente que muchas de ellas durante la comidas en grupos desaparezcan en dirección al baño para vomitar lo que se habían comido.

Estas son algunas de las informaciones que la prensa del corazón nos da acerca del estilo de vida de muchas de ellas. Por ejemplo, Kate Moss que mide sólo 1,70 m. y pesa sólo 44 kilos, su régimen alimentario habitual es de huevos, carne,

verdura y mucho café. Claudia Schiffer no come carne, sólo pescado y verdura y Michael Jackson no supera las 550 calorías diarias (1995).

Otro claro ejemplo es que los diseñadores son los primeros que promueven o consienten en cierto modo este tipo de enfermedad, como es el caso de Calvin Klein que en "El País Semanal" del 20x XIx 94 hizo estas declaraciones:

" Oh si, desafortunadamente este es otro problema. Un gran problema en este país. Con lo avanzadas que son y con lo lejos que han llegado en todos los aspectos de su vida. Y todavía hay una tremenda obsesión por la delgadez, con estar delgadas. Es como si fuera lo más importante en sus vidas. Una paranoia. Y Kate les recuerda a todo eso".

Una vez que ha reconocido y definido el problema lamentándose de su existencia, añade:

" ¡Yo no promociono la anorexia! Pero creo que si voy a enseñar mi ropa prefiero enseñarla en personas delgadas. La ropa sienta mejor a la gente que " cuida" de su cuerpo y que está delgada. La imagen es importantísima".

Esas cuatro frases encierran todo un sistema de valores, toda una ideología que en la que realmente está sustentando toda esa cultura de la delgadez.

Los medios de comunicación: el papel que las televisiones ejercen en la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez es el medio de comunicación más intensivo.

Silverstein (1986) estudió las características de los hombres y mujeres que aparecían en televisión durante un mes. Eran 221 personas, 139 varones y 82

mujeres. Luego un jurado de psicólogos especialmente entrenados clarificaba el cuerpo de cada uno de ellos en una escala del 1 al 10 de acuerdo con su grado de delgadez o de obesidad.

Hallaron que el 69% de las mujeres entraban en la clasificación de "muy delgado " lo que sólo sucedía al 17,5% de los hombres que aparecían en la pantalla. En cuanto a obesos televisivos los varones constituían el 25% y las mujeres el 5%. Por otro lado, el 35% de las mujeres tenían menos de 26 años mientras que en el caso de los hombres tan sólo el 16% contaba con esa edad. Por tanto el modelo suministrado por televisión es el de la mujer sumamente delgada y joven.

5.9. Crítica: haciendo una crítica de todo lo visto con relación a la "presión social y a los estereotipos culturales" hemos sacado una conclusión; por un lado los principales problemas ante una buena alimentación sin riesgos patológicos de ningún tipo y por otro lado las medidas que (teniendo en cuenta los problemas) sería bueno tomar para que cada vez sean menos los trastornos alimentarios (y a otro nivel), los trastornos en la concepción e interiorización de valores.

Razones de la baja autoestima en bulimia y anorexia:

¿ Cómo desarrolla alguien una baja autoestima? Participan varios factores:

- Creencia de que la figura determina la valía: Las personas con trastornos de la ingesta han llegado a creer que son despreciables e inaceptables a menos que estén delgadas, y por supuesto, nunca consiguen estar lo suficientemente delgadas para sentirse satisfechas.
- Dependencia de factores exteriores para determinar la propia valía: en lugar de quererse y valorarse internamente, miden su valía a través de señales exteriores, por ejemplo: la calificación de un examen, la marca de una carrera, la aprobación por parte de los amigos...
- Pensar en sí mismas como inútiles e incompetentes: Si una persona se siente impotente respecto de su vida o entorno, es evidente que no será capaz de desarrollar mucho respeto por sí misma.

Consejos para estimular la autoestima en bulimia y anorexia:

- Dedicarse a algo que la paciente ya haga bien: desarrollar una nueva actividad implica paciencia y el riesgo de no poseer actitudes para ella, de manera que hay que asegurarse de que la enferma opera de baja autoestima o persona, se dedique a algo que ya sabe que hace bien.

- Inventar "abogado del diablo" imaginario o pedir a algún amigo que lo sea: de esta manera alguien con baja autoestima puede empezar a comprender lo negativo que resulta confiar en un refuerzo exterior para sentirse bien consigo misma.

- Preguntarse "¿Porqué es tan importante tener un aspecto determinado? , ¿Cambiaría mucho la vida si pesara yo 4 kilos menos?, ¿Conseguiría ser mejor en el trabajo?, ¿Sería más divertida en las fiestas?, ¿Eleanor Roosevelt habría logrado más cosas si hubiera sido hermosa?".

- ¿Porqué no tener mejor aspecto sin preocuparse del peso?. Es bueno imaginar un mundo en el que el peso de las personas fuese inalterable. "¿Seguiría tomando medio pomelo de postre en lugar de la tarta de chocolate?".

- Actuar como si fuese delgada, como si fuese hermosa. Paradójicamente, las personas que actúan como si se quisieran comienzan a obtener una mejor reacción del resto del mundo, lo que les hace más fácil quererse de verdad.

- Observar a las personas de alrededor. Esto es más eficaz si se pertenece a un club o gimnasio, donde las personas pasean en diversos grados de desnudez.

¿Cuántos cuerpos perfectos se ven?. Además lo que para alguien puede ser perfecto para otra persona puede no serlo.

- Hay que aprender a aceptarse. Es genial desarrollar un plan de nutrición y ejercicio saludable, dejando bien sentado que no se está buscando un plan de adelgazamiento sino sólo orientaciones para comer, una dieta normal y saludable. Lo mismo vale para un programa de ejercicio: hay que dejar sentado que se está haciendo ejercicio para beneficiar el corazón, huesos... no para lograr una figura imposible.

- Es bueno unirse a un grupo de autoayuda o apoyo. Un grupo compuesto por otras personas que experimentan lo mismo, esto las ayudará a ver que no están solas.

Sugerencias para la familia: los trastornos de la ingesta afectan a toda la familia. Es imposible simular que todo está bien; muchos padres se preguntan: " ¿Es mi culpa? ¿He hecho algo mal?". Es importante recordar que los trastornos de la ingesta pueden tener muchas causas pero no se puede negar que la presencia de un trastorno a menudo indica un problema básico en la dinámica de la familia aunque también hay que entender que la enferma está tan influida por la cultura global como por su crianza.

Es importante saber que sólo en contados casos los trastornos de la ingesta logran solución sin ayuda profesional. La familia no puede culparse de la falta de actividades que sólo se puede esperar de un profesional especializado.

Si creemos que alguien querido padece anorexia, hay que decírselo con franqueza, no se debe callar con la esperanza de que sólo es una etapa; cuanto más persista la enfermedad más se agravará la paciente y más difícil será tratarla, además siempre existe la posibilidad de que la enferma esté suplicando ayuda en silencio, esperando secretamente que alguien la advierta su difícil situación y ayuda a encontrar una salida.

Ventajas y riesgos psicológicos.

La actividad física practicada con regularidad y moderación es muy recomendable desde el punto de vista médico, ya que puede ayudar a mejorarse de muchas enfermedades. Varios estudios realizados entre adolescentes coinciden en que desde el punto de vista psicopedagógico la actividad física ayuda a controlar estados emocionales como la depresión, estrés, ansiedad...

Según Martinsen hay una estrecha relación entre el ejercicio físico y la depresión porque a mayor ejercicio menor depresión. Éste fenómeno se puede explicar desde dos puntos de vista:

- Médico: ya que ayuda a mejorar los problemas de salud y
- Psicológico: el ejercicio físico requiere concentración, lo cual impide pensamientos causantes de reacciones negativas.

El ejercicio físico aumenta la autoestima, ya que se consigue una imagen corporal positiva. Cabe pensar que el efecto positivo de la actividad física sea, simplemente un efecto placebo, como se dedujo en el estudio de Deshornais, en el cual 48 jóvenes se sometieron a un programa de actividad física. Se dijo a la mitad de ellos que el programa estaba dirigido a mejorar su bienestar psicológico y nada se dijo a la otra mitad. Al final se constató que la autoestima había mejorado en el grupo de estudio y no en el otro.

El ejercicio físico también tiene sus riesgos como la dependencia a la actividad física. Morgan propuso los siguientes signos de alarma:

- Insistencia en practicar ejercicio físico como una obligación.

- Experimentación de síntomas de "abstinencia" como irritabilidad, ansiedad y depresión cuando se imposibilita el ejercicio.
- Mantenimiento del ejercicio físico a pesar de la prohibición médica.

Morris realizó un experimento con 40 corredores habituales para observar los síntomas de abstinencia. El experimento consistió en dividir a los corredores en dos grupos. El primero interrumpió la actividad física durante dos semanas. Al final de la segunda semana de supresión de la actividad física, los componentes del grupo "inactivo" presentaban una sintomatología depresiva significativamente superior a la del grupo corredor. Los "inactivos", durante esas dos semanas de inactividad, presentaban más síntomas somáticos, más ansiedad, más insomnio y más sensación de tensión que sus compañeros "activos". De aquí que Morris dedujera que la interrupción del ejercicio físico regular produce un auténtico "síndrome de abstinencia".

El ejercicio físico practicado por razones de peso, tono muscular, atractivo personal de manera obsesiva, está directamente relacionado con trastornos alimentarios y con insatisfacción de la imagen corporal. Esto supone que al suspender bruscamente la actividad física se produce la recuperación del peso.

En cambio, una práctica regular y moderada del ejercicio físico con el fin de mantenerse en forma y no de adelgazar obsesivamente es muy beneficioso tanto psíquica como físicamente.

Anorexias y Bulimias desde una perspectiva social:

La conducta humana es la reacción global frente a una situación. La conducta alimentaria es la reacción global frente a los alimentos. Esta reacción puede ser adaptada a las necesidades nutricionales o responder a otro tipo de necesidad que puede ser personal o ambiental. En la Historia de la Humanidad distintas circunstancias han desviado la conducta alimentaria determinando trastornos. Salvo breves períodos de provisión suficiente de alimentos, el Hombre ha padecido hambrunas a través de los tiempos. Felizmente, a partir de la revolución industrial y de las actuales técnicas agropecuarias, buena parte de la población mundial cuenta con disponibilidad de alimentos.

Sin embargo, cuando parecía haber llegado el momento en que el ser humano, beneficiado por el progreso, se alimentara regularmente sin sufrir desnutrición, hacen su aparición los factores culturales y personales que conducen al cambio en el concepto del "cuerpo ideal" de la sociedad.

Él, hasta ese momento, apreciado cuerpo excedido de carnes como sinónimo de salud y poderío económico, ha sido sustituido por un deseado cuerpo delgado, tan delgado hasta llegar a la emaciación y la enfermedad.

La guerra contra los kilos, alejada de la supervisión médica, no repara en la consecuencia sobre la salud de ciertas prácticas y se deja influenciar por los semanarios de moda, programas de TV, hipnotizadores, gimnasios, masajistas, obesos recuperados y cuanta persona haya encontrado en las personas excesivamente preocupadas por el peso, una fuente de ingresos.

Así, se lanzan propuestas de adelgazamiento sin sustento científico, que provocan más problemas que soluciones.

A este panorama socio-cultural, se suman una predisposición genética, determinada dinámica familiar y ciertos rasgos de personalidad configurando una posibilidad franca de desarrollar trastornos alimentarios severos. La participación singular de cada uno de estos factores y su combinación favorece el "estilo" del padecer encontrado en la clínica.

Se describen, entre los trastornos alimentarios, diferentes entidades clínicas y, aún, cada paciente se singulariza a través del estilo que posee. Por ello, se hace necesaria la aplicación de medidas terapéuticas, flexibles y abarcativas en lo interdisciplinario, que se ajusten a cada caso en particular.

Son múltiples los recorridos por consultorios y gimnasios. El consumo de productos "adelgazantes" de venta libre, que los pacientes con trastornos en la alimentación realizan, fracasando y haciendo fracasar, muchas veces, con sus intentos de "achicar" un cuerpo que rechazan por "voluminoso". Teniendo como ideal, un cuerpo magro, con importantes desarrollos musculares, obtenido a cualquier "costo", promovido por fuertes valores sociales. Esta idea llegaría a los adolescentes y les afectaría como moratoria social.

Los factores psicosociales y familiares

Entre las figuras más destacadas está el argentino Minuchin, quien habla de la teoría sobre la interacción familiar, y postula un modelo de familia

psicosomátogénica, cuya característica es la sobre protección e incapacidad para resolver conflictos. La estructura familiar surge de las exigencias funcionales invisibles que organizan en su totalidad el tipo de interpretaciones entre sus miembros.

En estas familias los límites interpersonales son borrosos, todos están enredados entre sí, ocupan y reaccionan mutuamente en forma exagerada. La rigidez hace que rechacen todo tipo de cambio, por lo que los patrones transaccionales preferidos se mantienen inflexibles. Una característica importante de esta familia es que involucran a sus hijos en el conflicto de los padres.

Mara Selvini Palazzoli dice que los padres de enfermas con trastornos alimenticios no tienen una relación emocional madura pese a que se vea de manera contraria.

Principalmente aparentan, demuestran buena situación económica y familiar, no hay riñas hogareñas, sin embargo viven en un constante estado de tensión. Pelean por temas banales, síntomas de una agresividad latente.

La influencia de la publicidad:

Es conocido que los hombres dan más importancia al aspecto físico de la mujer que viceversa. El resultado es que las mujeres se encuentran bajo mayor presión para someterse al ideal de belleza (que varía según cada época) y sus oportunidades sociales se ven fuertemente afectadas por este hecho.

Mazur sostiene que en general todas las mujeres intentan adaptarse a la presión de la publicidad, pero que en una minoría se sobreadapta, a veces hasta el punto

de la incapacidad. Ejemplos de este proceso son la histeria como exageración del ideal de fragilidad femenina de principios de siglo, la manía por los pechos grandes que tuvieron las norteamericanas de la décadas de los 50 y 60, y el actual culto a la delgadez cuyo resultado es anorexia y bulimia. La coincidencia demográfica con la anorexia sugiere que la presión publicitaria sería un factor de la alimentación representan el problema nutricional más frecuente entre las adolescentes. Ya que los adolescentes y los niños dedican más tiempo a ver la televisión haciendo que el mundo de la pantalla sea más real.

La televisión se contradice culturalmente pues promueve el consumo de alimentos y al mismo tiempo la delgadez. La bulimia sería una respuesta adaptativa, dado que la bulímica puede comer todo lo que quiere y al mismo tiempo permanecer delgada.

Personalidad y trastornos alimentarios

El interés por la relación entre personalidad y trastornos alimentarios proviene de dos distintas fuentes. La primera se relaciona con las dificultades para consensuar los criterios diagnósticos que identifiquen claramente cada una de las patologías. A pesar de que tanto la anorexia nerviosa como la bulimia nerviosa fueron descritas en el siglo pasado, recién en los últimos años, con el aumento de la incidencia, han recibido suficiente atención.

De tal manera, las pacientes anoréxicas son consideradas "curadas" al aumentar de peso y recomenzar los períodos menstruales y las bulímicas al disminuir sustancial o totalmente los atracones y los vómitos.

Es curioso que se consideren criterios de curación de carácter somático, en enfermedades que reúnen los criterios diagnósticos sólo si presentan una condición psicopatológica como el "temor mórbido a engordar". Recién entonces comprendemos que las características que subyacen y sustentan a los síntomas, no suelen ser suficientemente consideradas. Los trabajos clínico-terapéuticos, es habitual, se ocupan sólo de lo aparente, de la punta del iceberg, sin enfocar las relaciones entre condición psicopatológica y personalidad.

Podemos considerar el concepto "personalidad" desde tres distintos puntos de vista.

*Rasgos de personalidad: algún autor ha planteado, que las anoréxicas son más neuróticas, ansiosas, introvertidas y obsesivas que los controles normales.

Se puede coincidir también en que presentan inconformidad social, descontrol de las emociones y evitación. En un intento de clarificar los datos, distintos autores afirman que la inseguridad social, la dependencia y sumisión, la falta de espontaneidad y de autonomía jugarían un papel de rasgos predisponentes, mientras que la introversión, la obsesividad y la depresión serían sólo consecuencias del trastorno.

Respecto de la bulimia, se describen dos rasgos de carácter predisponente: baja autoestima e inestabilidad afectiva -que incluye tendencia a la depresión y a la impulsividad- con déficit yoico, como poca tolerancia a la ansiedad y la frustración.

*Desórdenes de la personalidad: constituidos por un conjunto de rasgos que se presentan unidos, estableciendo una permanente modalidad de percibir, conectarse y pensar el mundo que nos rodea y a nosotros mismos. Los desórdenes de la personalidad tienen una fuerte influencia de las formaciones de enfermedades y predisponen al desarrollo de trastornos alimentarios.

*Estructura de la personalidad: mencionar una personalidad estructurada, implica aceptar que la psiquis llega a tener un alto grado de organización, con estabilidad y coherencia, producto de la interacción entre lo genético y los factores ambientales que producen un moldeamiento a través del tiempo.

En el desarrollo evolutivo del ser humano, luego de un primer período simbiótico, sin separación psicológica entre él yo y los objetos, se establece un espacio intermedio durante el cual se produce lentamente la discriminación. La persona que no logra completar exitosamente esta etapa, tendrá dificultades en lograr sentirse como un todo integrado. Su modo de funcionamiento dependerá de los otros, como proveedores de funciones que no puede procurarse por sí mismo, y por lo tanto, la situación de abandono adquiere alto grado de peligrosidad.

Todo poder es patrimonio de los otros significativos y su propio poder depende de los otros.

La anoréxica, cuya conducta se corresponde con las características de esta etapa, intenta poseer un poder propio, ser alguien, a través de su control del cuerpo y el alimento. Las negativas a aceptar sugerencias terapéuticas que intentan un comportamiento alimentario más armonioso, ponen de manifiesto esta situación.

Sólo la unión del desintegrado psiquismo de la paciente, puede permitir el comienzo de un cambio definitivo.

Lograda una cohesión psicológica básica, aún persiste la creencia de que los otros tienen poder y, en consecuencia, pueden ser utilizados para la provisión de funciones. El problema central de esta etapa es la regulación de tensiones que provendrá de los otros poderosos o de la búsqueda de situaciones con alto grado de excitación que brindan una «calma» transitoria posterior (atracones, vómitos, sexualidad promiscua, hurtos), como sucede con las personas bulímicas. Las desilusiones imaginables por la falta de poder real de las figuras representativas por sus propias limitaciones, provocan vergüenza, aumentando la tensión.

El tratamiento deberá tener en cuenta una gradual y aceptable desilusión de sus creencias irreales.

De las tres dimensiones de la personalidad, los rasgos son el aspecto más concreto y más fácilmente relacionado con los desórdenes: un conjunto de rasgos sin flexibilidad suficiente y duraderos, determina un desorden particular de la personalidad. En cambio, la estructura es un concepto de fuerte nivel de abstracción y primordialmente funcional. La literatura brinda amplios informes en los que se recogen los rasgos de personalidad en personas afectadas por trastornos alimentarios.

Ultimamente se intenta relacionar los desórdenes de personalidad con subtipos de patología alimentaria entendiendo la presencia de unión a una enfermedad o de

un desorden sobre el que se instala la alteración alimentaria. Es menos frecuente el estudio de la estructura de la personalidad en anorexias y bulimias.

Anorexia y Bulimia: Factores familiares y personalidad en el psicoanálisis

Consideramos que la familia, específicamente el medio familiar, establece no sólo el sostén de los trastornos de anorexia y bulimia nerviosa, sino que se estructuran de modo tal que constituyen un elemento fundamental de su génesis.

La información de la primera infancia nos permite ubicar un lugar esencial, y las modalidades particulares de comunicación de una determinada familia, en un momento particular de su historia, nos darán sin lugar a dudas las claves del desencadenamiento y desarrollo de la enfermedad.

En los estudios de los aspectos familiares nos centramos en que existe una etapa en el análisis del vínculo y el rol materno. Las madres son descritas de un modo que puede ser contradictorio, por un lado se nos aparece como un personaje fuerte, rígido, dominante, y al mismo tiempo poco cálido. Por otro lado se revela la importancia de manifestaciones de tipo depresivas en un alto porcentaje de estas madres donde las amenazas y tentativas de suicidio aparecen con frecuencia, en más de un 60% de las pacientes tratadas hemos notado que en los primeros años de su desarrollo evolutivo éste estado depresivo materno impidió esa empatía necesaria entre la niña y su madre, especialmente en el período de lactancia.

Esta contradicción es sólo aparente, ya que su posición dominante y rígida de carácter encubren a una madre deprimida, que se percibe a sí misma como débil, desbordada y desvalorizada.

Dentro de esta perspectiva debemos considerar qué lugar ocupa cada uno en la problemática vincular del otro, al respecto es la anoréxica quién va ocupar un lugar particular en la madre. La investidura maternal es de naturaleza narcisista y valoriza principalmente de la niña performances socialmente reconocidas pero que irían en detrimento de todo aquello que es más personal, pulsional y afectivo. Esta sobre investidura aparente de la niña contrasta en definitiva con el carácter frustrante de la madre, su falta de afecto o bien su incapacidad para transmitirlo y lo que es más manifiesto, su insatisfacción permanente.

Dentro de este grupo de madres es frecuente observar como ellas sobrevalorizan en los primeros años de vida a su hija para luego constituirse como madres "abandónicas" incapaces de reconocer y valorar el mundo emocional y afectivo de la niña, se sienten frustradas cuando estas no logran todo el esplendor social esperado; se crea así un vínculo de dependencia donde la madre le hace tomar a la niña sus necesidades como propias.

Cuando la paciente avanza en su tratamiento comienza a exponerse el carácter agresivo de la madre debido a que la joven lentamente se aparta del rol esperado por ella, destruyendo de algún modo la relación idealizada y ambivalente que mantenía con ésta; la ambivalencia funciona como un doble consolador, lo que no fue su propia madre o bien como representante de ésta.

En una segunda etapa se enfoca el rol paterno, el cual subraya su carácter borrado, sumiso, demostrando su incapacidad para dar muestras de autoridad, se mantiene frecuentemente excluido de la vida familiar; es particularmente significativo ver que en los meses anteriores al desencadenamiento de la sintomatología anoréxica como el padre presentaría indicios de un estado depresivo, por una modificación en su rol dentro de la dinámica familiar que lo ubica en un punto de mayor invalidez, de desvalorización o de incapacidad para sustentar las necesidades básicas familiares; pareciera ser todo esto un modelo constante. Su identidad está muy mal asegurada y en especial respecto de sus identificaciones femeninas, presentan actitudes que van desde un repliegue sensitivo de fuerte aislamiento de modo defensivo, hasta actitudes más abiertas de seducción hacia su hija, esta relación padre-hija aparece íntimamente correlacionada con la psicopatología de la paciente, más seducción paterna, mayor histeria ligándola a cuadros de bulimia y vómitos, y más el padre actúa la vertiente del repliegue y el aislamiento, mayor predominio de cuadros de anorexia y tendencias esquizos.

En síntesis, hablamos de una familia convencional que sostiene las apariencias a cualquier precio, familias encerradas en sí mismas que temen al mundo exterior unidas por un funcionamiento patológico, que centran toda su voluntad en tratar de evitar conflictos internos e intentando mostrarse como perfectas y en donde la anoréxica o la bulímica, marcan su fracaso.

Estructura Yoica de la anoréxica - bulímica:

El desarrollo del yo es muy importante, en las personas que sufren de trastornos alimenticios. Beattio (1988) explica que el proceso de individuación de la todopoderosa madre pre-edípica es enormemente más dificultoso para las niñas que para los varones, pues ellas deben simultáneamente separarse e identificarse con una figura de apego del mismo sexo. La sintomatología sería una búsqueda de autonomía a través de la exageración del límite entre el "sí mismo" y los demás. Según Weinreich la identificación entraría en conflicto con la meta perspectiva de un "yo como me ve mi madre". Habría un alto nivel narcisístico, actuando como resistencia contra ansiedades más profundas y también contra deseos y necesidades percibidas como amenazas.

Anorexia y Bulimia: desde una perspectiva psicoanalítica

Desde esta perspectiva este grave problema se ve manifestado en la anormalidad de la alimentación, tiene un origen emocional y afectivo de base. Es pues una problemática de la personalidad lo que aparentemente parece como un problema con la comida.

La enferma anoréxica vive su cuerpo como un enemigo, se auto castiga constantemente y está en continua lucha con él porque no es como ella quisiera. En la bulimia el ritual de la comida se realiza en soledad, hay grandes sentimientos de culpa y la sensación de desesperación se vuelve a menudo intolerable. El vínculo con la comida se transforma en un vínculo humillante, vergonzoso y de esclavitud.

Hay serios componentes depresivos y una tendencia al aislamiento, ya que se siente incapaz de responder al ideal que vive como muy exigente, tanto, que se convierte en imposible.

En algunos casos, juntamente con el tratamiento individual, es necesario e importantísimo la terapéutica familiar, que no debe estar centrada en el síntoma sino en su significado inconsciente. Generalmente hay un problema de relación madre-hija. Ambas están confundidas y tienen dificultades para diferenciarse, el malentendido es constante.

La enferma de anorexia-bulimia tiene miedo a no tener su propio deseo, confunde su deseo con el deseo de la madre, al mismo tiempo que le hace una demanda constante, pidiéndole, exigiéndole algo que ella no puede darle. Esta demanda constante que hace a la madre, la repite con otras personas que le rodean, amigos, pareja, etc. Esta demanda se convierte en algo imposible de satisfacer y al no soportar este vacío, esta carencia, este sentir que le falta algo que no sabe lo que es, lo llena con atracones de comida o dejando de comer por completo.

Hay una gran dificultad para enfrentarse con las propias carencias, y cuando estas aparecen, la enferma empieza a comer compulsivamente hasta quedarse llena pensando que así no le falta de nada. Al vomitar vuelve a aparecer el vacío con lo cual se repite el ciclo: Llenar-vaciar. La enferma de bulimia se pregunta constantemente: ¿Lo tengo todo?, ¿No me falta de nada?, ¿O no tengo nada?. Realmente piensa que no tiene nada de lo que ella quisiera tener, o sinó ¿por qué

tiene tanta hambre?, ¿De qué carencia se trata?. Como no encuentra respuesta, el ciclo de Llenar-vaciar se repite constantemente.

Cuando la enferma con estas características puede poner en palabras todo esto que le pasa que como hemos dicho tiene poco que ver con la comida, se enfrenta a sus carencias y las acepta como algo inherente a todo ser humano, deja de lamentarse por lo que le falta y empieza a hacer algo positivo con lo que tiene, que dicho en pocas palabras es poner en marcha su deseo y dejar de demandar tanto, su problema de alimentación va desapareciendo y el deseo compulsivo de comer va siendo sustituido por otros deseos: estudios, aficiones, trabajo, deporte, etc.

CONCLUSIÓN

El deseo por lograr la delgadez extrema de muchas jóvenes, representa un problema físico-mental, que por su aumento impresionante en los últimos tiempos, se ha convertido en una situación que preocupa tanto a especialistas como a personas que conocen acerca del tema. Invocando a ser más responsables, analíticos y críticos con respecto a las modas pasajeras, productos de caprichos de diseñadores o de supuestos referentes de un estilo de vida, que en la mayoría de las veces se han deshumanizado por culpa de las presiones sociales, que les impone el medio.

Mantener una figura atractiva no justifica caer en extremos, donde se atente con la salud, y la vida. La Anorexia y la Bulimia tienden a ser un verdadero drama social si no se les implanta un límite, que nos permita ser lo que somos, y no parecer lo que muchas veces no se puede llegar a ser; este alto debe ser establecido por nosotros mismos para no seguir siendo partícipes de la “MODA”.

Bibliografía:

<http://es.wikipedia.org/wiki/Anorexia>

<http://www.monografias.com/trabajos/anorexia2/anorexia2.shtml>

http://www.wikilearning.com/monografia/bulimia_y_anorexia-a_que_llamamos_anorexia/5694-2

<http://www.educar.org/articulos/bulimiayanorexia.asp>

http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_25.html

http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_22.html

<http://es.wikipedia.org/wiki/Bulimia>

