

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL  
UNIDAD 092 AJUSCO**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.  
“ TALLER PREVENTIVO SOBRE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA”**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADA EN PEDAGOGIA.**

**P R E S E N T A N:**

**ELIZABETH BARRAGÁN PÉREZ**

**MARTHA LETICIA MILLÁN CONCEPCIÓN**

**ASESOR DE TESIS. ALONSO RAMIREZ SILVA**

**MÉXICO. D.F.**

**FEBRERO2003**

**A mis padres:**

**Ana y Santiago.**

*Dedico con orgullo y gratitud e inmenso cariño este trabajo a los seres más queridos de mi vida que me brindaron su apoyo, confianza, seguridad, y sobre todo por su infinito amor, no encuentro las palabras para agradecer todo lo que han hecho por mí y por cada uno de sus hijos. Ustedes han sido el pilar y el ejemplo para seguir adelante y quiero agradecer a Dios por ser tan bueno y darme unos padres como ustedes.*

*Con cariño, admiración y respeto.*

**A mis hermanos:**

**Jorge, Mariana, Karina, Miguel y Wendy.**

*A cada uno le entrego todo mi cariño penas y alegrías que formaron parte de una vida estudiantil y que además me apoyaron y motivaron incondicionalmente para lograr continuar en el sendero del estudio hasta culminar uno de los anhelos más grandes de mi vida.*

*Y que sepan que este triunfo también les corresponde a ellos.*

*Gracias.*

**A mis familiares:**

*Por el impulso que me brindaron a lo largo de mi carrera y que es para mí de un valor incalculable.*

*Hoy que he realizado uno de mis más grandes metas quiero compartir con ellos la dicha que inunda mi corazón..*

*A todos ellos. ¡Gracias!*

**A Leugim:**

*Gracias por todo, por que siempre has sido una persona con un corazón enorme y sobre todo por tu cariño; amor y comprensión.*

*Gracias.*

**A Martha:**

*Por su apoyo y paciencia.*

*Gracias.*

*Elizabeth.*

**A mis papás:**

*Por su apoyo y comprensión.*

**A mi esposo:**

*Por toda su paciencia y apoyo incondicional.*

**A mis hijas:**

**Irene, Belem y Carla.**

*Por su amor y todas las limitaciones que  
supieron superar, su apoyo e interés.*

*A Marco y Rodrigo, por su cariño y compañía.*

**A mis sobrinas:**

**Juliana y Fernanda.**

*Por su compañía y motivación para finalizar  
este trabajo.*

**A mis hermanos:**

*Por su apoyo y por haber estado junto a mí.*

*A Chata, por la ayuda que me brindó, te quiero por tú condición tan especial..*

**A mis maestros:**

*Porque de todos ellos aprendí, pero en especial a los profesores Alonso Ramírez y S. Lorena Esperón por su apoyo e interés en cada uno de los aspectos de mi formación.*

*A todos ellos: Gracias.*

*Lety.*

## ENSEÑAR

*Enseñar es más difícil aún que aprender y ¿por qué es más difícil enseñar que aprender? No porque el maestro deba contar con un mayor caudal de información y tenerlo siempre preparado.*

*Enseñar es más difícil que aprender porque lo que el enseñar exige es esto: llegar a la sensibilidad del grupo, captar sus atención , lograr la retención y la aplicación de lo aprendido.*

*La misión del maestro es enseñar, por lo cual hacer educación es una cruzada y un misticismo; sin fe en lo trascendental no se realiza obra alguna que merezca el recuerdo.*

*El magisterio debe mirarse como una vocación religiosa, debe llevarse adelante con un solo objetivo el mejoramiento humano.*

*Martín*

*Heidegger.*

## ÍNDICE

Agradecimientos	III
Resumen	VIII
Introducción	IX

### CAPÍTULO 1. Trastornos de la conducta alimentaria

1.1. Antecedentes históricos de la conducta alimentaria	2
1.2. ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria? Concepción y algunas explicaciones sobre sus causas	4
1.3. Principales factores que originan la anorexia y la bulimia	9

### CAPÍTULO 2. Anorexia y bulimia.-

2.1. ¿Qué es la anorexia nerviosa?	17
2.1.1 Tipos de anorexia	19
2.1.2. Características específicas	20
2.2. ¿Qué es la bulimia nerviosa?	23
2.2.1 Tipos de bulimia	25
2.2.2 Características específicas	26
2.3. Manifestaciones de la anorexia y la bulimia nerviosa	29
2.4. Dimensión mundial del problema	32

### **CAPÍTULO 3. Adolescencia.-**

<b>3.1.¿Que es la adolescencia?</b>	<b>36</b>
<b>3.1.1. Cambios psicológicos</b>	<b>40</b>
<b>3.1.2. Cambios físicos en la adolescencia según el sexo</b>	<b>42</b>
<b>3.2.¿Por qué se alimentan mal los(as) adolescentes?</b>	<b>44</b>
<b>3.2.1. Errores en la alimentación de los adolescentes</b>	<b>45</b>
<b>3.2.2. Sugerencias para mejorar la alimentación de los(as) adolescentes</b>	<b>45</b>

### **CAPÍTULO 4. Taller preventivo sobre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosas.-**

<b>I. Marco de Referencia</b>	<b>49</b>
<b>II. Fundamentación Teórica</b>	<b>50</b>
<b>III. Presentación</b>	<b>60</b>
<b>IV. Objetivos</b>	<b>61</b>
<b>V. Metodología</b>	<b>62</b>
<b>VI. Evaluación</b>	<b>65</b>
<b>VII. Temario</b>	<b>65</b>
<b>4.2 Estrategia Didáctica</b>	<b>67</b>
<b>Conclusiones.</b>	<b>79</b>
<b>Anexos.</b>	<b>81</b>
<b>Bibliografía.</b>	<b>86</b>

## Resumen

Este trabajo tiene varios propósitos:

En el primero de ellos –que se describe en el capítulo uno- es definir y caracterizar los trastornos de la conducta alimentaria, su conceptualización y factores de riesgo que originan la anorexia y la bulimia nerviosas.

El segundo propósito es describir las manifestaciones de estos trastornos, en específico: la anorexia y la bulimia nerviosa, sus características principales, el por qué de su importancia y cómo ponen en peligro la vida o la integridad física e intelectual de quien los padece; desde las formas más leves hasta las más graves, su evolución y además los factores que influyen en su aparición y reforzamiento; cuales son por causas fisiológicas, por trastornos emocionales o psicológicos y cuáles son debidas a la influencia de los medios masivos de información; a la presión social; factores que no son independientes unos de otros, sino que se interrelacionan entre ellos.

El tercer propósito es comprender la adolescencia desde un punto de vista psicoanalítico, anatómico-fisiológico y del entorno social, para entender, posteriormente, cómo la anorexia y la bulimia nerviosa, afectan a los jóvenes.

Nuestra inquietud no es terapéutica, sino atender de una manera preventiva y enfocada a la población que en la actualidad resulta más afectada, los adolescentes desde los 12 a los 15 años de edad. Por ello requerimos de elementos para saber cuáles son los problemas que les aquejan en esta etapa, considerada por algunas culturas como difícil.

Desde nuestro punto de vista consideramos que el entorno sociocultural en que nos desenvolvemos, la presión social y los medios masivos de información son de muy alto riesgo. Por lo anterior, como pedagogas, proponemos una alternativa: el desarrollo de un *Taller Preventivo sobre la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa*, teniendo como objetivo: que los(as) adolescentes aprendan a analizar y tener una posición crítica en la influencia de estos factores; aprender a asumir una actitud consciente de cuidado, respeto y conservación de su cuerpo. Siendo este encaminado al último propósito.

## Introducción.

El presente trabajo nace de nuestra inquietud por conocer acerca de uno de los problemas que aquejan a los(as) adolescentes. En cierta ocasión, nos encontramos con un artículo publicado en una revista (*Proceso*, núm.1290, 2001). Éste se refería al problema que significaba para las jovencitas de nado sincronizado mantener una figura esbelta y agradable a la vista del público; situación que llevó a algunas de ellas a tener problemas con su forma de comer (denominados trastornos de la conducta alimentaria), estos trastornos las llevaron a padecer, a unas, anorexia nerviosa y, a otras, bulimia nerviosa.

Con la finalidad de aprender más y ver en qué forma podríamos aportar algo, desde nuestra formación profesional como pedagogas, para evitar el desarrollo de estos trastornos en los(as) adolescentes, consultamos libros, revistas de nutrición, periódicos, series de televisión, anuncios publicitarios, películas, tesis y sitios de Internet que tratan el tema, todo ello aunado a los conocimientos adquiridos en la Licenciatura en Pedagogía y en particular en el campo de Orientación Educativa.

En el desarrollo de este trabajo logramos comprender, hasta cierto punto, la problemática tan compleja que se encierra en estos casos de trastornos de la conducta alimentaria; también a permitido identificar cuáles son las causas que los originan y arribar a la conclusión que una parte de ellos tiene sus orígenes en las normas, hábitos y valores; en los conflictos familiares (desintegración familiar, divorcio, alcoholismo, violencia intrafamiliar, etc); y en la influencia de los medios masivos de información en esta etapa del desarrollo, por los estereotipos de la figura o aspecto corporal que se manejan tanto en mujeres como en hombres.

Con todos los datos obtenidos nuestro interés apunto hacia la realización de un *Taller preventivo sobre problemas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*, que pudiera aplicarse a los adolescentes de nivel secundaria como una actividad dentro del programa del ciclo escolar, en la materia de Orientación Educativa.

## **CAPÍTULO 1: Trastornos de la conducta alimentaria**

## 1.1 Antecedentes históricos de los trastornos de la conducta alimentaria

En este apartado pretendemos señalar las huellas históricas, que han dejado los trastornos alimentarios. Antes de pensar en cualquier evidencia histórica, es necesario procurar entender en su contexto socio-histórico y cultural, porque la anorexia y la bulimia nerviosa son trastornos propios de nuestro tiempo, pero sus raíces se extienden y se fortalecen desde antaño. Es importante destacar que no sabemos las drásticas restricciones alimenticias en donde se observaron síntomas muy parecidos a los cuadros actuales de estos trastornos, como son: la notoria pérdida de peso y por consiguiente la mala nutrición, los vómitos y el uso de laxantes, la sorprendente vitalidad e hiperactividad a pesar de la evidente inanición, los frecuentes comportamientos compulsivos, junto con la muerte por caquexia - estado de extrema desnutrición producida por diversas enfermedades que llevan a un profundo adelgazamiento-, (Diccionario Enciclopédico Larousse) que tuvieran en el fondo una distorsión de la imagen corporal, ni el temor a engordar que tan significativos resultan para un diagnóstico actual de la anorexia y la bulimia.

En la Edad Media existía una interpretación religiosa de todo. En el Cristianismo, el ayuno fue y ha sido una forma de penitencia, un signo de remordimiento por los pecados cometidos. Así mantenerse sin comer era considerado como un signo de santidad, de purificación. En la Edad Media, la causa de la restricción alimentaria voluntaria era de índole religiosa; la iglesia promovía celosamente la oposición entre alma inmortal de origen divino y un cuerpo indeseable, animal, inclinado a todo tipo de tentaciones y excesos. Tal tradición religiosa marcó profundamente el destino de Occidente, mientras que en Oriente se comprendió de diversas maneras la importancia del cuerpo e incluso se le incorporó plenamente como vía de acceso al desarrollo espiritual.

La Reforma Protestante cambió las cosas. Las ayunadoras ya no eran vistas como santas, sino pensaban que era Satán quien las motivaba. No obstante, se conocieron casos de “doncellas milagrosas” (Toro Joseph Pág. 56, 1996), como se

les nombraba, que atraían la atención del público y frecuentes recompensas materiales, por el hecho de sobrevivir prácticamente del aire.

A partir del siglo XVIII, las mujeres con trastornos alimentarios eran consideradas brujas; dada la condición voladora de las últimas, debían ser sumamente delgadas. Una prueba de brujería consistía en verificar si el peso corporal de la sospechosa correspondía a lo deseable en función de la estatura.

También en el siglo XVIII, Claude Ambroise Servat, conocido como "*l'home Anatomique*", se constituyó en el prototipo de los llamados artistas del hambre o esqueletos vivientes. Estos se exhibían en ferias por lucro. En Alemania este tipo de exhibiciones se fue haciendo más popular.

Kafka, en su "*Artista hambriento*", dibujó a su personaje poniendo de manifiesto su persecución narcisista de la perfección mediante el control del apetito. Kafka en esta obra, describió detalladamente la experiencia subjetiva de uno de esos hombres, lo cual reflejaba su propia problemática de persona anoréxica.

Charcot, piedra angular del quehacer científico en esa época, también publica un artículo de la Anorexia histérica. Él fue el introductor del aislamiento de la paciente respecto a su familia como fórmula terapéutica, y fue el primero en señalar el "miedo a la obesidad" como motivación anoréxica hacia el ayuno (Gordón, 1990).

En ese momento histórico, la progresiva medicalización de los trastornos alimentarios, había relegado a un segundo plano las concepciones religiosas o espirituales, la victoria del espíritu sobre la carne o la realización de las prácticas ascéticas, de tal forma que en el siglo XIX, la autoinanición era considerada una afección debida a causas naturales.

En otras palabras, cuando a lo largo de la historia la estructura en el tejido social cambia, el lugar del ayuno se modifica y produce el tipo de mujer correspondiente: santa, rebelde, endemoniada, curiosa, patética y ahora enferma, pero siendo parte del último grito de la moda.

## **1.2 ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?. Concepción y algunas explicaciones sobre sus causas.**

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades conductuales devastadoras producidas por una compleja interacción de factores que pueden incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y el vivir en una cultura en la cual hay una sobre abundancia de comida y una obsesión con la delgadez ([www.geocities.1999/bulimia](http://www.geocities.1999/bulimia)).

Este tipo de Trastornos constituyen un tipo de problema que en las últimas décadas ha aumentado considerablemente afectando, de manera primordial, a personas jóvenes del sexo femenino y en menor proporción a jóvenes de sexo masculino.

Si bien clínicamente se pueden clasificar distintas alteraciones, el elemento común está dado por la intención de disminuir el peso corporal, independientemente de cual sea. Por que se acompaña de un intenso temor a engordar, que excede las preocupaciones que en ese sentido presentan la mayoría de las personas. La intención de disminuir el peso y el temor a engordar llevan a cambios o alteraciones básicas del organismo y ésto puede también darse a través de una negativa a comer todo tipo de alimentos o a comer solo un grupo de ellos; o por el contrario, a alimentarse con grandes cantidades de comida, generalmente en cortos espacios de tiempo, acompañados por la sensación de no poder controlarse.

Existe una gran variedad de trastornos de la conducta alimentaria como son:

a) La pica (pica de “urraca”, en latín), consiste en ingerir persistentemente sustancias no nutritivas como pintura, yeso, cabello, cuerdas o ropa, tiza, arcilla, almidón, óxido y ceniza.

Suele darse entre mujeres con tendencia histérica y en embarazadas como consecuencia de déficit alimentarios serios. También es un hábito cultural de ciertos pueblos.

b) La ingestión compulsiva se caracteriza por periodos de voracidad sin purga alguna, se come más rápido que lo normal y en mayor cantidad. Los “atracones” se hacen a solas y después de ellos existe un gran sentimiento de culpa y depresión. Se considera que para el diagnóstico debe existir un sobrepeso de un 20% o más (<http://www.arraquis.orexis/orexis.htm>).

Asimismo, los trastornos de la conducta alimentaria son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios. Estos trastornos se clasifican de acuerdo con las conductas y con las consecuencias que estas conductas producen sobre las esferas física, emocional y social, por último se clasifican en relación con un resultado final: la recuperación o la muerte.

Todos estos trastornos deben ser atendidos por equipos de profesionales especializados, considerando que el resultado del tratamiento depende en gran medida de la consulta temprana por parte de quien los padece o cree padecerlos.

En cuanto a la anorexia y la bulimia nerviosas, también son parte de los trastornos de la conducta alimentaria. Se describen algunas explicaciones sobre las causas de los trastornos de la conducta alimentaria en los que, como se observará, algunos autores ya hacen referencia a la anorexia y la bulimia nerviosas.

Según la *revista Cuadernos de Nutrición Vol. 20* (Pág. 23), es difícil conocer cuál es la causa de los trastornos de la conducta alimentaria, debido a que no tienen un origen único, sino múltiple y en tres niveles: el biológico, el psicológico y el social. Se han propuesto varias teorías sobre la causa de dichos trastornos:

En los albores del siglo XX, Pierre Janet (1903) dió un nuevo impulso al análisis y descripción del trastorno alimentario. Janet describe dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica. Por lo que para el la anorexia nerviosa tenía un origen emocional.

Posteriormente Sigmund Freud, advirtiendo de antemano que el psicoanálisis no era muy adecuado para rescatar a personas con anorexia hace una breve descripción de ella, la cual, según él, estaba relacionada con una forma de melancolía en donde la sexualidad no había alcanzado un desarrollo adecuado, la

clasifica como una “neurosis nutricional”. Las aportaciones de Janet y Freud fueron parteaguas para la reflexión sobre el significado de la supuesta o real pérdida de apetito en la anorexia.

Mara Selvini Palazzoli (1974), fue quién dió los pasos definitivos en la explicación cultural de los trastornos de la conducta alimentaria. Selvini constató el incremento de pacientes anoréxicos tras la Segunda Guerra Mundial, atribuyendo el desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo.

Todo ello como fenómeno del incremento de familias de clase media, y de su forma de atención dirigida a sus hijos, y además, como un fenómeno presente en las mujeres inquietas que experimentan una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de una emancipación. Hasta ella, los médicos destacaban el efecto de la dependencia familiar, pero se rehusaban a reconocer la raíz social del problema. No veían los desequilibrios y contradicciones de la propia estructura social: patriarcado-sexismo, familia-autoridad, trabajo-competencia.

Hilde Bruch (1978), psiquiatra, señala qué estos trastornos de la conducta alimentaria, deben ser entendidos en términos del desarrollo completo de la personalidad, en el contexto familiar, más que una interpretación del desarrollo psicosexual individual. Ella otorgó marcada relevancia a fenómenos actuales, experimentados por el trastorno anoréxico, como el trastorno de la imagen corporal o alteraciones de introspección. Además, opina que la opresión generada por la fuerza del poder que reside en la autoridad padre/madre, no era evidente ni para los padres ni para la hija.

Era una opresión que ocultaba las contradicciones inherentes del concepto de familia; por una parte el papel de los padres era producir seres humanos que respondieran a los valores sociales; por otra, los hijos debían de corresponder libremente, desde una personalidad propia, lo cual desencadenaba conflictos que

acaban por enfermar a las hijas. La dificultad, según Bruch, radica en el patrón de interacción madre / hija. La dificultad central se encuentra en el déficit de la madre para decodificar las señales biológicas y emocionales que emite el bebé, dichas señales corresponden a necesidades que se viven y expresan de manera indiferenciada. O sea, que la labor de la persona a cargo del infante, según ella, está en responder adecuada y diferenciadamente a cada tipo de necesidad: alimentarlo cuando tiene hambre, abrigarlo cuando tiene frío y proporcionarle afecto cuando lo requiera.

Esta labor contribuye a que el niño aprenda a diferenciar las necesidades físicas de las emocionales. Cuando dicha labor no se realiza de manera adecuada, el bebé no aprende a discriminar entre el hambre y la saciedad, o entre el hambre y otro tipo de funciones internas, lo cual le impide reconocer bien sus propios sentimientos, pensamientos, sensaciones corporales y lo induce a no satisfacer todo lo que sus padres esperan de él.

En su obra, *“La jaula de oro”*, Bruch, hace referencia a la necesidad de que estas personas logren “despegar por su propia cuenta”, pues presentan un pobre concepto de sí mismas, así como un deficiente sentido de identidad y autonomía. Además, tienen problemas en su proceso de maduración y la configuración de su identidad sexual. En términos generales, la anorexia nerviosa es un intento equivocado de la persona por recuperar el control de su propia vida, lo cual se limita a un control errático sobre su cuerpo.

Una característica más, que menciona la autora respecto a estas personas, es el miedo a la sensación interna de vacío. Por ello tienden a esconder dichas sensaciones a cualquier precio. Para lograrlo, suelen ser perfeccionistas y complacientes ante los deseos de los demás con el fin de lograr su aprobación.

Sin embargo en la actualidad se considera que el origen de los trastornos de la conducta alimentaria es una conjugación de los factores antes mencionados, la figura 1 muestra como los diferentes factores dan origen a estos trastornos.

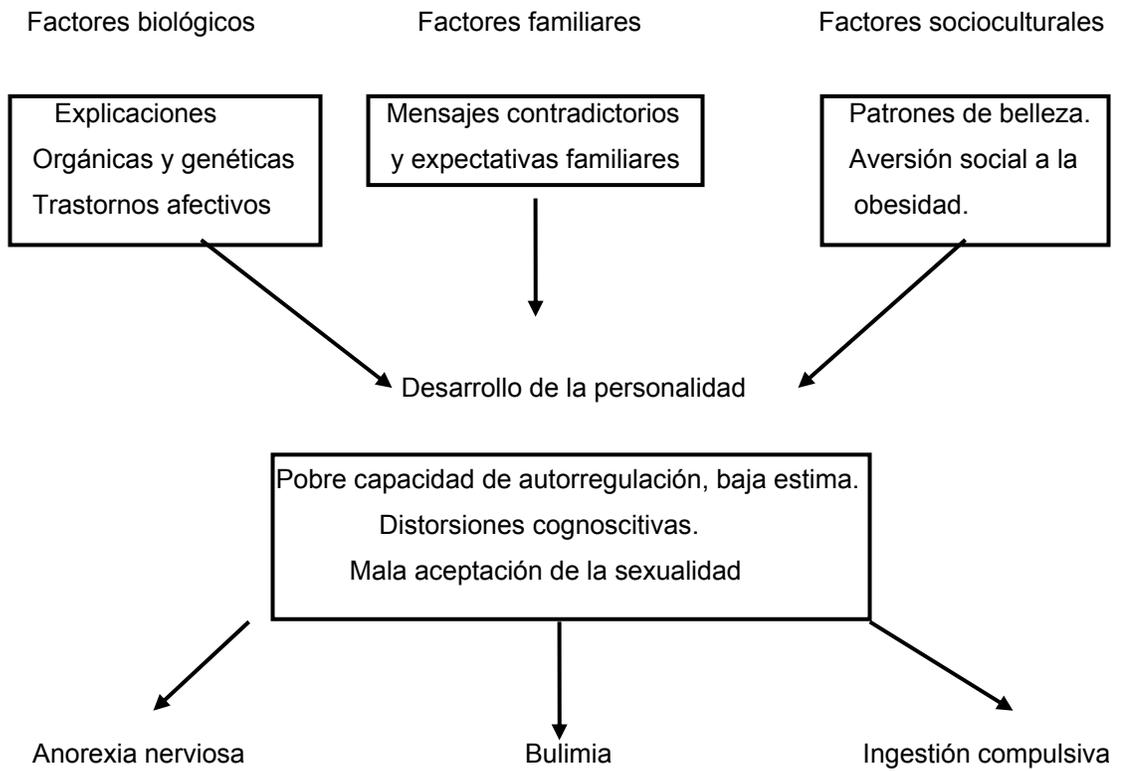


Figura 1 Factores etiológicos de los trastornos de la conducta alimentaria.  
Tomado de *Cuadernos de Nutrición* Vol. 20 No.5 septiembre-octubre 1997.

### **1.3 Principales factores que originan la anorexia y la bulimia nerviosa.**

La incidencia de la anorexia y la bulimia nerviosa en edades tempranas, tiene sus orígenes quizás en los regímenes alimentarios de casa, en los hábitos alimenticios de la madre y en el grado de preocupación por el físico existente en la familia. Los niños tienden a imitar la conducta de los padres, incluso en la manera de alimentarse. También influye si los niños practican alguna actividad física desde muy pequeños.

Por otro lado, los seres humanos somos seres sociales y simbolizadores de nuestros actos. Estos están cargados de significados relacionados con la pertenencia a un grupo y con determinados intereses y valores, con la comida sucede lo mismo, en la vida adulta, el lugar donde comemos y el tipo de comida que ingerimos, al igual que la casa y la ropa, tienen un significado y una valoración, pero la relación de la comida con los afectos se inicia con la vida misma. Desde que nacemos la primera relación con la madre o la persona que se encarga de nosotros es a través del alimento, cuando éste llega a tiempo, a la temperatura adecuada y se le ofrece al bebé con amor, paciencia y cuidado, el bebé no solo recibe leche, sino cariño, mensajes de aceptación y de amor.

Desde bebés y más claramente durante la infancia, el comer o no y el forzar a comer o respetar el hábito y gusto de los niños es reflejo de manipulación, aceptación, imposición, agresión y muchos afectos más, por parte de los padres o los encargados del cuidado del niño.

Diversas escuelas en psicología (*Cuadernos de Nutrición*, Pág.9), han documentado que tanto el cuerpo (como es claro en el caso del adolescente), como los alimentos, se convierten a la vez en depositarios y en medios para descargar depresión, ansiedad, tensión, agresividad, entre otros, ya sea dejando de comer o comiendo en exceso. La teoría de Freud (Presses Universitaires de France, 1972) describe las diversas etapas del desarrollo del niño desde la oral hasta la genital, en estrecha relación con las circunstancias del crecimiento del cuerpo.

Otro factor importante en estos trastornos son los medios masivos de información, ya que los especialistas en este rubro, por medio de los elementos,

técnico, estético y psicológico que integran los mensajes, saben y tratan de llegar a nosotros como individuos y como audiencia. La intención primordial del emisor de los mensajes publicitarios es la creación de un número cada vez mayor de consumidores de mensajes y mercancías; tienen como objetivo que los espectadores centren su atención en los comerciales ya sea por las formas, por los diseños y hasta por los colores (cfr. Alonso Ramírez Silva, 1998. Pág.61).

Estos trastornos comparten un síntoma: desear una imagen corporal perfecta, la misma que distorsiona la realidad frente al espejo. En las últimas décadas, ser físicamente perfectos se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas y es en la adolescencia cuando este tipo de obsesión se está convirtiendo en una pesadilla, ya que con una personalidad aún no configurada, no acorde con los modelos de perfección y belleza que transmiten constantemente los medios masivos de comunicación, el adolescente se siente en la obligación de tener un cuerpo perfecto sacrificando su salud, llegando hasta las últimas consecuencias.

Es cierto que el reconocimiento de la anorexia y la bulimia como trastornos, pueden estar asociadas con acontecimientos que provocan estrés en la vida y que no están relacionados con la preocupación de la mujer por su imagen corporal o su peso. Una discusión doméstica, una enfermedad, la muerte de un familiar cercano, la preocupación por los exámenes, un cambio de trabajo, el fin de una relación, un embarazo, etc., pueden ocasionar la primera comilona o dejar hasta de comer.

Todos hemos oído de cómo Calvin Klein ha volcado a las mujeres dentro del mundo de los desordenes alimentarios. Las imágenes de las mujeres con apariencia de niña han contribuido a incrementar la obsesión para estar delgado.

Desde pequeños, a los niños y niñas se les enseña que la apariencia importa, tenemos una población creciente de niños(as) que pasan mucho tiempo delante de los televisores y en este sentido, hay muchos que crecen con un autoconcepto superficial de lo que son. Las imágenes de televisión pasan innumerables horas diciendo que perdamos peso, que al estar delgado y guapo y comprando más cosas, la gente nos querrá más y seremos mejores por ello.

Los programas de televisión escasas veces muestran hombres y mujeres de constituciones comunes y tratan de poner en nuestras mentes el tipo de vida que supuestamente deseamos. El carácter de las personas con sobrepeso es el retrato típico del holgazán, sin amigos, o del chico malo; mientras que las mujeres delgadas y los hombres musculosos son exitosos, populares, deseables y poderosos, cosa que no es totalmente falsa, pero tampoco necesariamente cierta.

La televisión nos proyecta imágenes de modelos estéticos y de conducta que se convierten en estereotipos para los(as) adolescentes. Además, programas dirigidos tanto al núcleo familiar (“Vida T.V.”, “Con Sello de Mujer”), como al adolescente (“Otro Rollo”, “No te Equivoques”), son contradictorios; en un segmento del programa presentan entrevistas a psicólogos con respecto a los problemas de anorexia y bulimia y en otro segmento muestran publicidad de productos para adelgazar, que por intereses económicos, condena, critica o ridiculiza a una persona con exceso de peso.

En las revistas dirigidas a personas adultas o adolescentes se dan también estas contradicciones: en una sección de la revista hablan de modas, de cómo verse y sentirse mejor, qué dieta seguir para alcanzar un cuerpo delgado (cultura de la delgadez) y, en otras, condenan o informan respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, específicamente de la anorexia y de la bulimia, ejemplo de ello son las revistas “Ultima Moda”, “Veintitantos”, “15 a 20”, “Cosmopolitan”, “Vanidades”, “Saludable”, etc.

Los mensajes publicitarios y los elementos que los constituyen en imágenes, discursos, colores y personajes están dirigidos a satisfacer intereses económicos; al mismo tiempo intentan representar a diferentes grupos sociales y ofrecer un estilo de vida como modelo (Alonso Ramírez Silva, 1998. Pág.43). Las campañas publicitarias insertadas en distintos medios de comunicación están dirigidas hacia la cultura de la delgadez, como el concepto “Totalmente Palacio” promovido por la tienda Palacio de Hierro, también los productos Kellog’s, “All Bran’s” y “Special K”, o las campañas de productos “light”, están dirigidos a evitar el incremento o disminuir el peso corporal, sin hacer mención a que el consumo excesivo de estas mercancías puede ocasionar trastornos de salud; asimismo todos los productos para

adelgazar se promueven y se ingieren sin verificar si están respaldados por alguna investigación científica.

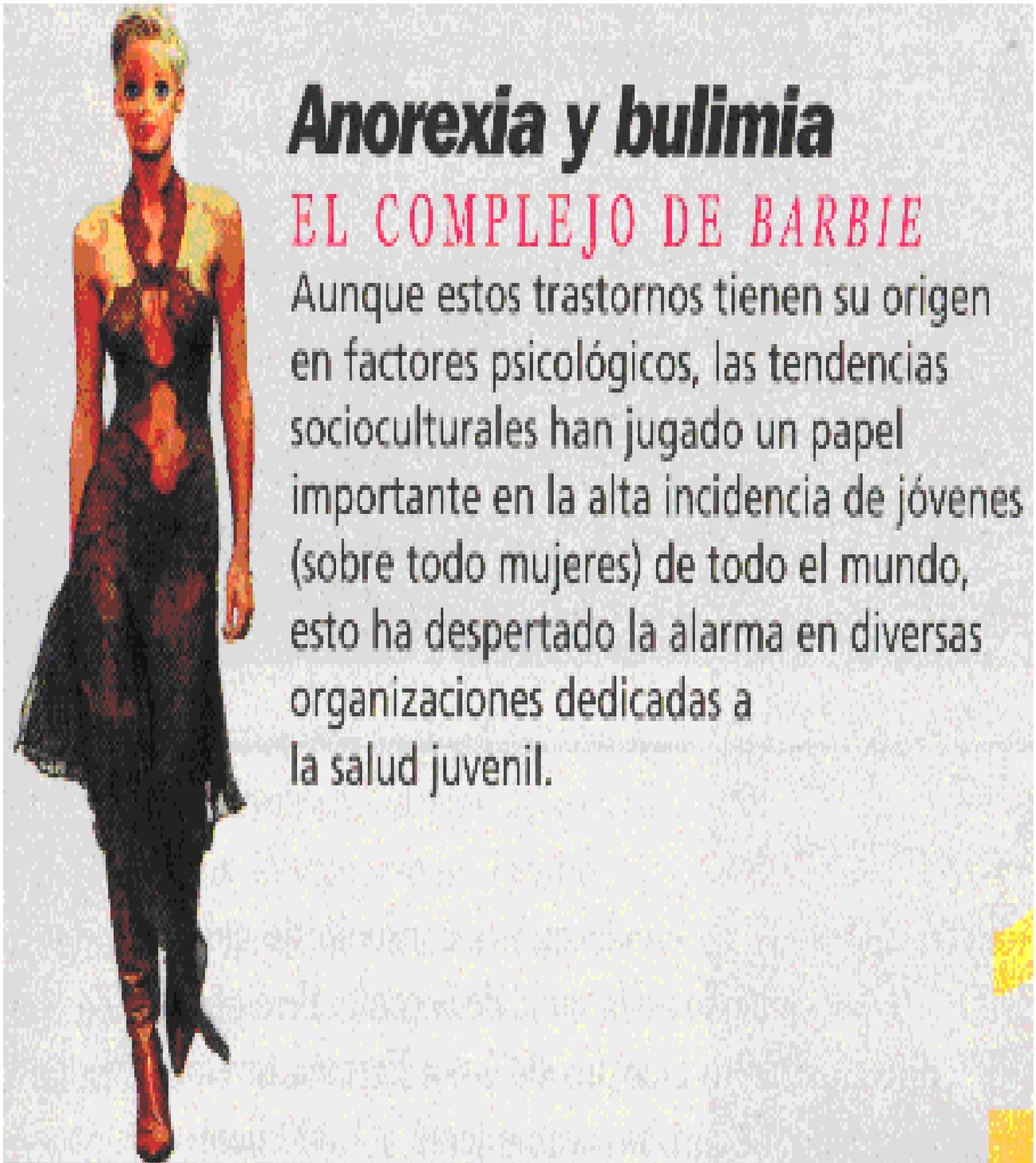
A las mismas muñecas Barbie, a menudo, se les ha culpado de jugar un rol importante en el desarrollo de los problemas de imagen corporal y los desórdenes alimentarios. No sólo estas muñecas tienen unas proporciones ficticias en cuanto a pequeñas tallas, sino que también se centran en aumentar la creencia de que las posesiones materiales, la belleza y la delgadez son sinónimos de felicidad.

Barbie tiene un increíble número de accesorios posibles, incluyendo a Ken, su atractivo novio. Además, tiene un gran surtido de papeles a desempeñar, educar a su hermana Kelly, ser princesa y, más recientemente dentista. Consideramos de forma particular que cada niña que tiene una muñeca tipo Barbie corre un riesgo frente a los desordenes alimentarios –<http://www.trstornos de la alimentación.com> (véase imagen Núm.1) .

Necesitamos enseñarles que hay otros tipos de juguetes y proveerlos de elementos para una buena elección. Lo más importante es darles modelos reales de vida como doctores, maestros, escritores, hombres y mujeres importantes en la historia, por ejemplo: Ghandi, Miguel Hidalgo, Sor Juana Inés de la Cruz, etc.

Es así como la educación de nuestro país se ve constantemente influenciada por culturas extranjeras, en cuanto a tendencia de ropa, conceptos de salud, etc.; los mexicanos somos personas muy distintas a los europeos y norteamericanos la complejión depende de la alimentación, clima, situación geográfica, factores que van variando de país en país. Los medios de información transmiten sin cuestionar la ideología extranjera

Otras variables como las psicopatológicas, el estrés y los problemas familiares, se han asociado simultáneamente con problemas de anorexia y bulimia pero es la imagen corporal la que tiene un impacto muy fuerte.



# Anorexia y bulimia

## EL COMPLEJO DE BARBIE

Aunque estos trastornos tienen su origen en factores psicológicos, las tendencias socioculturales han jugado un papel importante en la alta incidencia de jóvenes (sobre todo mujeres) de todo el mundo, esto ha despertado la alarma en diversas organizaciones dedicadas a la salud juvenil.

**Imagen N°1.** Este es uno de los modelos de figura femenina con el que se familiarizan muchas mujeres desde niñas (Tomado de, *Revista Conozca Más* Pág.14).

En resumen los factores de riesgo que están asociados con la anorexia y bulimia nerviosas son:

- **El sexo.** El 95% de los(as) adolescentes que padecen anorexia y bulimia nerviosa son mujeres; según algunos expertos, la mayoría de los casos en hombres (5%) están asociados con tendencias homosexuales.
- **La edad.** La anorexia nerviosa habitualmente se presenta entre los 15 y 26 años, mientras que la bulimia se presenta entre los 18 y los 28 años.
- **La personalidad predisponente.** En la anorexia nerviosa las(os) adolescentes se caracterizan por ser obsesivas, dependientes y obedientes; en tanto que las(os) pacientes que padecen bulimia generalmente son conflictivas, impulsivas y poco tolerantes a las presiones.
- **El ambiente familiar.** En general las familias de las(os) adolescentes con anorexia son rígidas, estrictas y poco tolerantes a los cambios. La familia de el(la) adolescente con bulimia generalmente es conflictiva, además en ellas pueden existir antecedentes de alcoholismo, drogadicción y obesidad.
- **El nivel socioeconómico.** Hasta hace poco tiempo se pensaba que los trastornos de la conducta alimentaria se presentaban sólo en personas de nivel socioeconómico elevado, sobre todo en países industrializados. Sin embargo, estos trastornos se presentan cada vez con más frecuencia en países en vías de desarrollo y en personas de bajos recursos económicos, desafortunadamente estos países no cuentan con datos que confirmen la frecuencia de los trastornos y si se está incrementando.
- **Los factores culturales.** En los países occidentales, la imagen ideal o preferida del cuerpo de la mujer ha cambiado con gran rapidez en las últimas décadas; cada día se le exige que sea más esbelta y como consecuencia, existe también la presión por el consumo de alimentos

bajos en calorías. Si bien estos factores no provocan los trastornos, si facilitan el desarrollo de los mismos y más grave aún los disfrazan durante un buen tiempo \*(Tomado de Cuadernos de Nutrición Vol. 20.Núm.5 Pág. 22-23).

## **CAPITULO 2: ANOREXIA Y BULIMIA**

## 2.1 ¿Qué es la anorexia nerviosa?

Ernest Charles Laségue, psiquiatra francés del siglo XIX, en plena época victoriana hace un cuadro muy completo, llamado anorexia histérica. Fue el primer médico en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la muchacha y sus padres, señala también la relevancia de pertenecer a las clases media-alta, para el desarrollo de la anorexia. William Withey Gull, inglés, en el mismo año que Laségue, sin tener noción de lo que éste último estaba haciendo, llega a los mismos conocimientos. Gull, inventó el término *Anorexia Nerviosa* para distinguirla de la tuberculosis. Ambos médicos son reconocidos como los iniciadores del estudio científico de la anorexia nerviosa. (González Maldonado Leticia. *La anorexia*, Tesis UAM-X.2000. Pág. 8 ).

La anorexia nerviosa es una alteración grave del comportamiento alimentario que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales y que perturba al individuo a nivel físico emocional y en su conducta.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, y, la mayoría, acaba con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas, vómitos provocados o ejercicios físicos excesivos (<http://www.psiquiatria.com/tralimentación/artículos>).

Las personas con anorexia nerviosa se vuelven enflaquecidas al punto de la inanición, pierden por lo menos del 15% a un máximo del 60% del peso corporal normal. Aun cuando se vuelven enflaquecidas, las mujeres con anorexia a menudo todavía están convencidas de que están con sobre peso. Los alimentos se convierten en el enemigo; un investigador describe la anorexia como la fobia del peso, al restringir severamente sus dietas los(as) adolescentes, y se conocen como anoréxicas restrictoras; las anoréxicas bulímicas, mantienen la emaciación (adelgazamiento morboso) a través de la purgación. Aunque ambos tipos son graves, el tipo bulímico, que impone estrés adicional a un cuerpo destruido, es el

más dañino. El tabaquismo y los ejercicios compulsivos son otros riesgos que a menudo son parte de esta condición (González Maldonado Leticia. op. cit Pág. 11).

Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-IV, 1994), el nombre correcto de este trastorno es *anorexia nervosa*.

La anorexia nerviosa ocurre en los hombres 15 veces menos que en las mujeres. Empieza de la misma manera y su curso es similar. La mayoría de los hombres con anorexia nerviosa están obsesionados por la comida como las mujeres, pero es menos probable que demuestren tanto interés por la cocina y libros de recetas.

La razón por la que los hombres persiguen la delgadez con tanto afán es una incógnita, ya que los adolescentes, en general, buscan estar musculosos en lugar de delgados.

La anorexia nerviosa es el tercer trastorno crónico más común en mujeres adolescentes y se estima que en el futuro ocurrirá del 0.5 al 3% en todas ellas.

Generalmente ocurre en la adolescencia, aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo ancianos y niños tan pequeños como de seis años. Una encuesta reciente de estudiantes de quinto y sexto grado reportó que 73% de las niñas y 43% de los niños querían estar más delgados y 10% del grupo expresó actitudes desordenadas hacia el comer. Entre los años de 1950 y 1970, la incidencia de anorexia se incrementó casi el 30% en México. (<http://www.psiquiatria.com/congreso2>).

### 2.1.1 Tipos de anorexia

En la anorexia nerviosa participan factores biológicos, psicológicos y sociales. Estos trastornos permiten explorar las interacciones que existen entre el cuerpo, la mente y la sociedad cuando se trata de explicar porqué comemos o dejamos de hacerlo.

Existen dos tipos de anorexia:

**Anorexia nerviosa primaria:** en este trastorno no coexiste ninguna otra manifestación más que el miedo intenso a subir de peso. Se pueden identificar dos subgrupos dentro de estos trastornos: anorexia nerviosa restrictiva, en donde la persona utiliza el ayuno y la disminución exagerada de la ingestión de alimentos para controlar el peso, sin utilizar el vómito o los laxantes. Un segundo grupo se conoce como bulimarexia y se caracteriza por periodos de ayuno y periodos en que las personas que sufren estos trastornos, comen en forma compulsiva y se provocan el vómito, se purgan o se aplican enemas (cremas para lavado intestinal) después de los "atracones" como método para controlar el peso.

**Anorexia nerviosa secundaria:** es consecuencia de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión; en estos casos la anorexia se debe a una interpretación falsa o simbólica de la alimentación; por ejemplo: el paciente esquizofrénico cree que los alimentos pueden estar envenenados y en consecuencia rehúsan alimentarse; un paciente depresivo puede rechazar los alimentos como una forma de autocastigo. La diferencia fundamental es que en el trastorno secundario no existe un deseo por disminuir el peso corporal.

## **2.1.2 Características específicas.**

### **Trastornos emocionales:**

- Pánico a engordar (miedo intenso a convertirse en obesa).
- Estados depresivos.
- Negación del trastorno alimentario.
- Dificultad para concentrarse.
- Desinterés sexual.
- Negación de las sensaciones de hambre, cansancio y sueño.
- Distorsión grave de la imagen corporal (a pesar de estar muy delgado(a), se ve gordo(a)).

### **Trastornos de conducta:**

- Incremento de la irritabilidad.
- Vómitos autoinducidos.
- Reducción importante de la ingestión de líquidos.
- Utilización de laxantes y diuréticos.
- Desprecio de alimentos con muchas calorías.

### **Trastornos físicos:**

- Pérdida importante de peso.
- Vértigo y dolor de cabeza.
- Amenorrea (ausencia de periodos menstruales).
- Insomnio.
- Anemia, afectación del sistema inmunitario.
- Deshidratación.
- Contracción brusca de vasos sanguíneos alrededor de la piel, presión sanguínea baja, latidos del corazón desorganizados, pérdida del ritmo cardíaco normal.

- Problemas digestivos: dificultad para comer, náuseas, vómitos, estreñimiento.
- Erosiones dentales (pérdida del esmalte dental).
- Excesiva sensibilidad al frío.
- Las personas con anorexia nerviosa, a veces presentan crisis de bulimia intensas, seguidas de vómito provocado y de ingestión de laxantes. Todo esto desemboca en episodios de diarrea, estreñimiento y dolores abdominales.

Cuando la persona utiliza laxantes y diuréticos durante mucho tiempo puede aparecer deshidratación, pérdida de acidez en la sangre y descenso del nivel de potasio ([www.dietanet.com](http://www.dietanet.com)).

En las personas con anorexia se ha podido definir que tienen antecedentes familiares, en donde algunos de los padres presentan hábitos perfeccionistas en lo que se refiere a la alimentación y el comportamiento de sus hijos. Por otro lado, son distantes en su relación con ellos. Una de las características de los(as) anoréxicos(as) es que son considerados(as) como niños(as) modelo, con un alto nivel intelectual, son buenos(as) estudiantes y evitan conflictos.

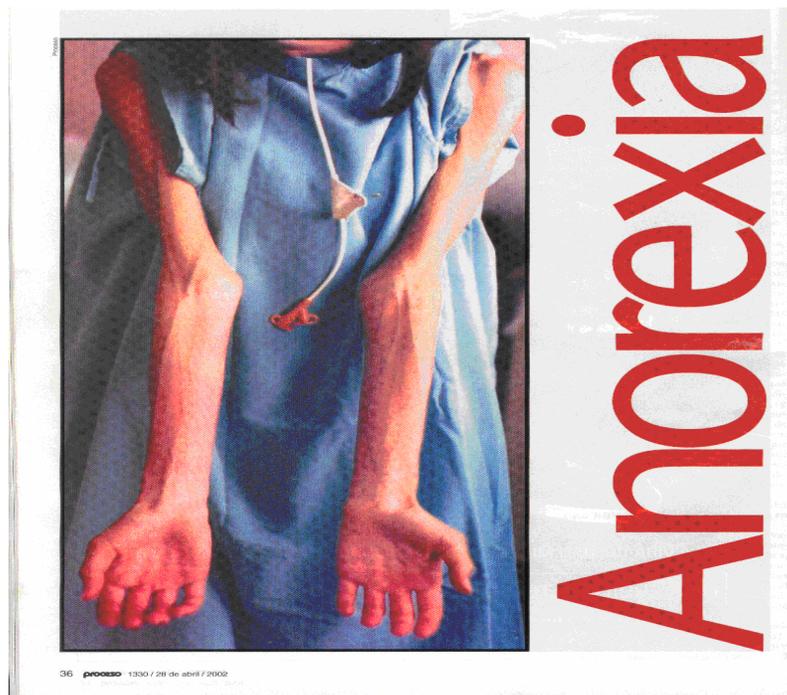
También en la mayoría de los casos tienen antecedentes familiares de conductas adictivas como tabaquismo y alcoholismo, igualmente ansiedad y depresión.

En el siguiente relato vemos cómo una paciente con anorexia sufre este tipo de trastorno ocasionándole daños severamente graves.

**Alejandrina (22años)**, dice que todo su cuerpo le duele. No hay una sola parte que no esté lastimada. Se mira al espejo y ve en su espalda baja moretones. Estos son el resultado de 1500 torsiones para tratar de lograr una cintura que jamás consigue. No puede reír ni doblarse, su vientre quedó lastimado tras las 2000 abdominales que hizo la noche anterior. Su cuerpo parece lacerado y en realidad lo está. Ella lo maltrató por que es su peor enemigo, “Hacía más de cinco horas de ejercicio diarias”, afirma Alejandrina. “No es que no me gustara o que lo disfrutara, simplemente me daba pánico engordar”.

Si un día el cansancio o el dolor podían más que ella, Alejandrina vivía con angustia y culpa por la idea fija de que iba a engordar. Estas emociones sólo se esfumaban si evitaba la comida por completo.

No me sentía sana como las demás personas que miraba en el gimnasio. Yo me veía cansada, siempre bostezaba y tenía sueño. Todo me aburría y hubiera dado lo que fuera por no estar ahí. Pero lo hacía en automático. Fui dejando de comer distintos alimentos hasta que todo se redujo a un pequeño plato de ensalada a la que gradualmente le quite el atún por que me daba asco. Empecé a comer únicamente lechuga y a ingerir mucho refresco de dieta. Al principio me sentí muy feliz, pero cuando me vi en una cama temblando de frío y con un infierno permanente en la cabeza relacionado siempre con la comida me di cuenta de que esto no era vida y que la gente que me quería estaba preocupada y harta. También caí en cuenta de que la aceptación que tanto buscaba se alejaba cada vez más de mis manos por que la gente, al ver que me estaba haciendo tanto daño, se llenaba de impotencia y se iba de mi lado. (Alejandrina Musi, *revista Marie Claire*, No 9., Pág.63).



**Imagen N°2.** Manifestaciones físicas de la anorexia (Tomado de *Revista Proceso* N°1330 Pág. 36)

## 2.2 ¿Qué es la bulimia nerviosa?

La bulimia históricamente ha recibido menor atención que la anorexia. El término Bulimia se deriva de “bulimy”, en griego, y se traduce como hambre excesiva o “hambre de buey”. Las palabras “knos orexia”, que significan “hambre canina” también son tomadas como sinónimos de bulimia, considerada como la consecuencia de un estado de ánimo anormal que conduce a un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que pueden ligarse a vómitos severos y copiosos movimientos del vientre (Kalan y Garkfinkel, 1984) como síntoma, desde finales del siglo XIX, aparece en descripciones asociada con algunas patologías del cerebro o con la anorexia nerviosa.

Socio-culturalmente el trastorno bulímico fue aceptado en varias culturas, como en la cultura Romana, en donde el banquete y el vómito fueron auténticas instituciones de clase media y alta. En la Edad Media el vómito constituyó una práctica penitencial. La historia del mundo Occidental y de Europa en particular, está salpicada de personajes, épocas y grupos sociales que practicaban asiduamente el atracón seguido de vómito, por ejemplo: Enrique VIII, el Papa Alejandro Borgia, el Rey Eduardo de Inglaterra o el presidente americano Taft, por mencionar algunos, fueron personajes que realizaron estas prácticas (Toro, 1998).

Vomitarse después de grandes comilonas ha sido descrito a través de la historia, estas conductas no eran prácticas cotidianas sino muy esporádicas la mayoría de los informes de personas que vomitaban después de comer en forma excesiva en un periodo corto de tiempo se remontan al siglo XIX.

Este trastorno está asociado a enfermedades como depresión, ansiedad, trastornos afectivos y anorexia nerviosa.

Fue en 1907 cuando Janet publicó una descripción detallada de un caso de bulimia. Sin embargo, apenas a partir de 1940 esta enfermedad se considera síndrome bulímico. En 1980, la *Sociedad Americana de Psiquiatría* incluyó la bulimia en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III)*, como una enfermedad diferente a la anorexia nerviosa.

La bulimia es un trastorno de causas diversas que producen desarreglos en el comportamiento y la ingesta alimentaria, alternados con periodos de compulsión

para comer (atracones) y otros de conductas compensatorias inadecuadas (dietas abusivas, provocación de vómitos, ingesta de diversos medicamentos, laxantes, diuréticos, etc.), al igual que la anorexia provoca trastornos emocionales, físicos y de conducta.

La aparición de los vómitos autoinducidos y el consumo de laxantes en la bulimia nerviosa, así como la transición de un “Síndrome Bulímico” a la “Bulimia Nerviosa”, constituyen manifestaciones de la influencia de estos factores históricos y sociales sobre el comportamiento alimentario de los individuos.

El estallido del rechazo social a toda forma de obesidad o sobrepeso y el anhelo de delgadez tiene que estar forzosamente en la cimentación del fenómeno. (Toro Joseph. Pág.50).

Este síndrome lleva a la persona a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

La crisis se desarrolla de la siguiente manera, primero hay una sensación de malestar difícilmente explicable, como una forma de angustia. Esta sensación se interpreta como una necesidad de comida y poco a poco la idea de comer se impone en el ánimo de la persona, que en principio procura resistir pues conoce perfectamente cómo acaba este proceso. En la fase de lucha interior, la tensión va aumentando hasta llegar a la fase de descarga que se realiza mediante la ingestión alimentaria masiva, rápida e irresistible, después entra en la fase de remordimiento que puede ser el origen de una nueva crisis.

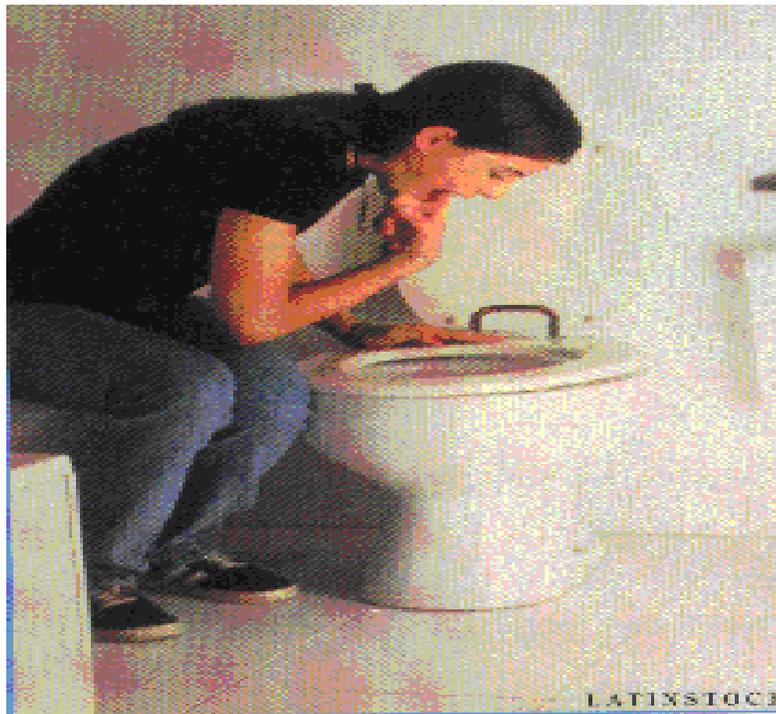
La finalidad de la bulimia no es nutrirse sino compensar, es decir llenar un vacío insoportable.

El acto alimentario es como un mecanismo de descarga, después de cada crisis la persona experimenta una sensación de doble fracaso, por no poder controlar su alimentación y por no adelgazar.

### 2.2.1 Tipos de bulimia nerviosa.

Se distinguen dos tipos:

- **El purgativo**, describe cuadros clínicos en los que durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito, usa laxantes, diuréticos, etc.
- **No purgativo**, se emplean otras conductas compensatorias como el ayuno o el ejercicio intenso, pero la persona no recurre regularmente a provocarse el vómito, no usa laxantes ni diuréticos.



**Imagen N°3.** El vómito es una manifestación de la bulimia nerviosa. (Tomado de *Revista Conozca Más*. No13 Pág.16).

## **2.2.2 Características específicas.**

### **Trastornos emocionales:**

- Trastorno de imagen corporal.
- Temor a engordar.
- Percepción continua de hambre.
- Problemas de concentración.
- Cambios bruscos de humor y estado de culpa.
- Propósitos por encima de sus posibilidades.
- Los(as) adolescentes que padecen bulimia son personas muy lastimadas emocionalmente y se sienten solas pero aparentan ser amistosas, competentes y la depresión es muy frecuente.
- Estos(as) adolescentes suelen ser personas impulsivas y es común que abusen de fármacos y alcohol.
- Tienen poca capacidad de adaptación social, inhiben sus sentimientos y tienen gran confusión en cuanto a su identidad sexual; por su gran necesidad de cariño y aceptación tienden a la promiscuidad.
- Son personas con muy baja autoestima y creen que sólo estando delgadas serán aceptadas por los demás.

### **Trastornos físicos:**

- En estudios realizados en personas que padecían bulimia demostraron que un alto porcentaje (52%) había sufrido abuso sexual.
- Frecuentemente presentan aumento de las glándulas parótidas submaxilares y submandibulares, lo que provoca el facial hinchado “cara de ardilla” causándoles gran preocupación ya que se ven “cachetonas”.

- Las personas bulímicas utilizan ipecacuana (sustancia para provocar el vómito) muy frecuentemente y en forma indiscriminada, lo que les ocasiona arritmias cardíacas, esta sustancia afecta directamente al corazón.
- La amenorrea se presenta si la persona con bulimia tiene un peso bajo o en ocasiones también puede ser debido a trastornos psicológicos.
- El uso de dietas no recomendadas por especialistas, moderación en el consumo de alimentos delante de otras personas y en algunas ocasiones, la realización de ejercicios en exceso.
- La apariencia física de estas personas no siempre está deteriorada, pueden estar dentro del peso correspondiente a su talla o ligeramente elevado.
- En cada comilona la persona con bulimia puede consumir de 3000 a 6000 calorías por episodio, el “atracción” termina cuando la persona siente malestar estomacal, cansancio o bien es interrumpida.
- Otras alteraciones: erosión dental sobre todo del esmalte y a veces dilatación gástrica, ruptura esofágica y el desarrollo de úlceras.
- La mayor parte del tiempo las personas con bulimia tienen los ojos irritados y abrasiones de las manos.

Para terminar este apartado señalaremos que las personas con bulimia suelen ser conscientes de la anormalidad de su comportamiento, pero se ven incapaces de remediarlo, suelen sentir autodesprecio y depresión en cada crisis.

Es importante mencionar que el docente desde el aula esta incapacitado para darle una solución pues se requiere de un grupo de especialistas dedicados a atender a personas con estos trastornos, motivo por el cual la única opción es darle la orientación y canalizarlo a los Centros de Apoyo.

Se ha podido encontrar que el 85% de las personas con bulimia refieren experiencias de abuso en cualquiera de sus tipos. Presentamos un caso a manera de ejemplo:

**Daniela (16años)**, no hay nadie en casa. Una sensación de vacío la apabulla. Va al refrigerador a pesar de que sabe que no tiene hambre. Come sin parar todos los alimentos que se había prohibido para no subir de peso. Se siente satisfecha pero, inmersa en una especie de trance, continua comiendo hasta que le duele el estómago y siente que su vientre va a estallar. “Comía compulsivamente porque sentía un gran hueco dentro de mí. Era como si algo me faltara, como si me sintiera frustrada por que algo no salía como lo deseaba. Me sentía deprimida y todo me resultaba absurdo”. Confiesa Daniela:

Un atracón es como un ritual que uno espera al estar sólo. El momento no debe ser interrumpido. Mientras comía no podía pensar en nada más. Mi mente estaba concentrada sólo en los alimentos y antes de que me terminara uno, ya estaba pensando en qué comer después. El vientre está inflamado. Daniela ya se desabrochó el botón del pantalón que parecía iba a romperse. Una sutil somnolencia se hace presente pero es interrumpida por una súbita sensación de culpa que crece hasta volverse enloquecedora.

Mi culpa era tal que sentía que había cometido una atrocidad imperdonable. La sensación de que mi estómago iba a explotar me aterrorizaba y un bochorno subía hasta mi rostro, cosa que me hacía sentir fastidiada, llena de ira. En realidad estaba muy enojada conmigo misma por no haberme podido controlar. El enojo se convertía en odio, el odio más fuerte que he sentido y después en una gran tristeza. Me miraba en el espejo y comenzaba a llorar mientras pensaba en todo lo que iba a engordar. Me sentía muy avergonzada de mi actitud, de lo que acababa de hacer; sentía un profundo asco por mí misma. Cuando vomitaba sentía que encontraba una salida a mi dolor, a un dolor que verdaderamente me estaba acorralando. El vómito puede ser una fuga, un desahogo, pero tarde o temprano me volvía a sentir cansada, sola y sobre todo vacía. Nunca fue suficiente. La inseguridad y el temor eran algo permanente en mi vida, no dependían de comer o vomitar. (Ollín Islas, *revista Marie Claire* Núm 9 Pág. 62.).

Pero al momento en que vomita siente un gran desahogo. Es como si todas esas emociones que antes la atormentaban salieran junto con la comida- a pesar del alivio estomacal, el cuerpo protesta. Su garganta está destrozada y los vasos capilares de su rostro se han reventado por el esfuerzo.

## 2.3 Manifestaciones de la anorexia y la bulimia nerviosa

Estos trastornos de la conducta alimentaria se expresan por las etapas que a continuación citamos:

### **Primeras señales.**

La persona:

- Está obsesionado(a) con su peso y apariencia física.
- Tiene miedo a subir de peso.
- Se “brinca” comidas o ayuna de manera frecuente.
- Está permanentemente a dieta para bajar de peso.
- Acostumbra comer cuando está triste, enojada(o), molesta(o), angustiada(o), o frustrada(o).
- Se pesa frecuentemente en ocasiones una o más veces al día.
- Calcula la energía (calorías) y el peso de los alimentos que consume.
- Fija una cantidad arbitraria de energía (calorías) y come de acuerdo con ella, independientemente de su hambre.
- Evita comer con la familia y con los amigos.
- Hace comentarios ofensivos o devaluatorios con respecto a su persona.
- Rara vez muestra enojo o contesta de una manera desagradable.
- Insiste en ser la(el) mejor en todo lo que hace.
- Ha dejado de hacer actividades que le gustaban por que no es la(el) mejor.
- Deja de actuar de manera despreocupada o juguetona.
- Valora poco los logros que le son fáciles de obtener como si ésto no contara.
- Se altera demasiado o se avergüenza si no saca muy buenas calificaciones o si su desempeño en el trabajo no es excelente.
- Valora poco a compañeros que son buenos estudiantes o trabajadores.

### **Señales más avanzadas.**

La persona:

- Ha perdido peso.
- Ha tenido variaciones constantes en su peso.
- Ha aumentado su actividad física.
- Se molesta cuando no puede hacer ejercicios como lo había planeado.
- Tiene pensamientos obsesivos por los alimentos, la alimentación y la nutrición.
- Ha deteriorado su comunicación y relación con los demás.
- Se encuentra muy irritable.
- Tiene dificultad para concentrarse.
- Puede estar vomitando después de las comidas o usando purgas.
- Tiene hinchado alrededor de sus ojos.
- Tiene derrame en los ojos.
- Se muestra muy preocupada(o) por agradar y cuidar a otras personas, en especial en preparar comidas para otros, que ella o él no consume.

### **Señales muy avanzadas.**

La persona:

- Perdió mucho peso de manera rápida.
- Varía frecuentemente de peso.
- No menstrúa o su menstruación se ha vuelto muy irregular.
- Siente pánico si no puede hacer ejercicio.
- Realiza pequeños rituales con su comida en la mesa. Por ejemplo, cortar alimentos en pedazos muy pequeños, comerlos muy despacio y en determinado orden, eliminar ciertos tipos de alimentos por completo, por ejemplo los muy ricos en grasas.
- Hace viajes frecuentemente al baño después de comer y permanece mucho tiempo encerrada(o).
- Puede vomitar frecuentemente, en algunos casos se puede observar que la persona tiene:

- ❖ Irritación e inflamación crónica de la garganta, que puede sangrar.
- ❖ Derrame en los ojos.
- ❖ Sangrado de la nariz.
- ❖ Problemas gastrointestinales como: dolor abdominal, diarrea o estreñimiento.
- ❖ Hinchazón debajo de la mandíbula y cuello debido a la inflamación de las glándulas salivales, lo que le da una apariencia regordeta a la cara.
- ❖ El esmalte dental ésta deteriorado.
- ❖ Callos en los nudillos de las manos.
- Esconde comida.
- Ha estado deprimida(o) o irritable por un tiempo prolongado.

También se puede:

- Encontrar cantidades exageradas de empaques de alimentos en su cuarto o mochila.
- Notar que hace falta comida con frecuencia en el refrigerador o la despensa.

Ante la sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria lo más indicado es acudir con profesionistas. Si las señales avanzadas son evidentes no se debe perder tiempo o pensar que es un trastorno pasajero o que se va a resolver solo.

La persona que los sufre puede no quejarse de los síntomas que está padeciendo a pesar de ser muy dolorosos. Incluso por un tiempo puede continuar con un buen rendimiento en la escuela o en el trabajo. Sin embargo, el trastorno existe y esta allí; es necesario hacerle frente. Mientras más pronto se identifique y se actúe, más pronto y de manera menos difícil se resolverá.

Es importante que en el tratamiento intervengan un equipo multidisciplinario que incluya: psicólogo o psiquiatra, nutriólogo, médico y fisioterapeuta; y que colabore la familia.

Cuando una persona padece alguno de los trastornos anteriores toda la familia sufre. Es frecuente que sus miembros experimenten una variedad de

sentimientos que van desde la negación y la confusión, hasta la culpa, el coraje y la desesperanza.

Al participar en el tratamiento, la familia entenderá lo complejo del trastorno, conocerá los riesgos que se corren, estará en mejor disposición para apoyar el tratamiento y resolver cualquier situación que pudiera interferir con la recuperación, que puede durar meses o años (*Cuadernos de Nutrición Vol. 20* , Pág.38,39,2001).

La detección precoz y el buen diagnóstico son las primeras armas para combatir la anorexia y la bulimia nerviosas. Pero es necesario realizar programas de prevención en los ámbitos educativo, familiar, de salud y social.

## 2.4 Dimensión mundial de los trastornos de la conducta alimentaria

Los informes sobre la frecuencia de la anorexia nerviosa indican que los casos de estos trastornos han ido aumentando en las últimas décadas. La incidencia de los casos de anorexia nerviosa es mayor en los países sajones en comparación con las sociedades latinas y orientales. En Nueva York, en la década de los 60, el promedio anual de incidencia de anorexia nerviosa fue de 0.55 por cien mil personas, mientras que en la siguiente década este promedio aumenta a un 3.26 por cien mil personas. La frecuencia de anorexia nerviosa durante la década de los 80 en EU., se situó posiblemente entre el 1% y el 5% en mujeres blancas adolescentes.

En Inglaterra el número de mujeres diagnosticadas como anoréxicas aumenta un 11% entre 1972 y 1981. En 1995 los informes de prevalencia de estos trastornos fueron del 0.02% en la población general y del 0.1% en mujeres entre 15 y 29 años de edad.

En Noruega la prevalencia de anorexia nerviosa encontrada en 1995 fue de 5.7% en mujeres adolescentes y de 0.8% en hombres. En Hungría no se encontraron casos de anorexia nerviosa en el mismo año.

En contraste, en países orientales la prevalencia de este trastorno es muy baja. En Hong Kong se diagnosticaron apenas 70 casos de anorexia durante la década de los 80 y en Japón la frecuencia fue de 0.02% en las zonas urbanas y de 0.05% en zonas rurales.

En general, la prevalencia de la anorexia nerviosa en países occidentales es mayor que en los orientales, africanos y latinoamericanos; la frecuencia de la bulimia es más alta que la de anorexia nerviosa. En Australia se ha encontrado que la padecen el 13% de mujeres adolescentes y jóvenes; en Norteamérica las prevalencias van desde un 3% hasta un 19% en estudiantes universitarios (*Revista de Nutrición*.2001,Pág.22).

Los trastornos de la conducta alimentaria en Italia no son muy frecuentes; sin embargo, los últimos estudios realizados en este país reflejaron una prevalencia de 0.5% de bulimia y 3.7% de trastornos de la conducta alimentaria no especificados.

Hay informes de que en la capital de Argentina la frecuencia de bulimia es muy alta pero no se mencionan cifras exactas. En países orientales y en Portugal la frecuencia de estos trastornos es menor al 1%.

Los pocos estudios epidemiológicos de ingestión compulsiva informan que su prevalencia es más elevada que la de anorexia nerviosa y bulimia. Algunos ejemplos son: en Noruega la frecuencia de este trastorno de la conducta alimentaria fue del 1.5%. Diferentes estudios realizados en EU, revelaron una prevalencia entre el 2 y el 30% de posibles comedores compulsivos.

En México no existe información sobre la prevalencia o incidencia de ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria, lo cual no quiere decir que no se den y además se estén incrementando.

Cabe aclarar que los datos de frecuencia de los trastornos de la conducta alimentaria pueden estar sub o sobrestimados debido al método de diagnóstico: por un lado no siempre se hace el diagnóstico preciso con los mismos criterios y por otro lado, la mayoría de las veces se utilizan cuestionarios para su detección y la mayor parte de las personas que presentan dichos trastornos tratan de esconderlos debido a que se sienten culpables. El diagnóstico temprano de los trastornos de la conducta alimentaria es difícil debido a que los(as) adolescentes y sus familiares no tienen claro que los rasgos presentados al comer son síntomas de trastornos complejos y graves que requieren de atención especializada (Ibid.pág.22).

## **CAPÍTULO 3: Adolescencia**

### **3.1. ¿Qué es la adolescencia?.**

En este capítulo se hace una amplia descripción de la adolescencia, de algunas relaciones entre el cuerpo y la alimentación; de los efectos de ésta a lo largo del desarrollo, con el objeto de crear un marco de comprensión acerca de las razones por las cuales la anorexia y la bulimia se manifiestan con mayor claridad en esta etapa.

Durante la adolescencia los cambios somáticos y el aumento del impulso sexual desestabilizan en forma muy importante al adolescente quien de momento teme profundamente ser adulto, pero específicamente teme, a pesar de desearlo, ejercer su sexualidad. Sus contradicciones se ven reflejadas en la relación con su cuerpo. Por un lado, su ansiedad, frustración y agresión pueden llevarlo a comer en exceso como una forma de descarga o de convertirse en una persona poco atractiva ( y así ponerse a salvo del juego seductor ) a pesar de que esto le ocasiona también gran incomodidad porque si no cubre los requisitos del modelo del momento puede ser mal recibido por el grupo. Por el contrario, la misma ansiedad y agresión pueden hacerle perder el apetito además de que si el modelo de ese momento es de esbeltez, tendrá más aceptación en el grupo

La adolescencia es un periodo evolutivo que hasta principios del siglo XX obtiene más atención por parte de los estudiosos e investigadores del desarrollo y crecimiento humano; ha sido considerada por muchos de ellos como un periodo conflictivo, pudiendo ser esto cierto, como también puede serlo que es influido por factores culturales, sociales, económicos y familiares.

No se considera a la adolescencia como un simple periodo “intermedio” que sigue a la niñez y precede a la edad adulta, sino que la adolescencia es un periodo durante el cual el muchacho(a), puede prepararse para ser autosuficiente e independiente, mientras recibe todavía de su familia apoyo, protección y guía.

Knepler señala que se debe hacer la distinción entre los términos: pubertad y adolescencia, que con frecuencia se emplean como sinónimo (en Gerald, D. Winter, 1978. Pág.210 ).

Pubertad se deriva del latín “pubertas” que significa “la edad viril”. Abarca un periodo más corto que la adolescencia y se refiere a los cambios fisiológicos en el transcurso de los cuales maduran los órganos sexuales de los(as) jóvenes.

En cuanto al término “adolescencia”, éste deriva de la voz latina “adoleceré” que significa “crecer” o “desarrollarse hacia la madurez”.

Cole y Hall sugieren que para las mujeres la pubertad es un periodo de apenas poco más de seis meses, mientras que para los varones puede durar dos o más años; pero consideran que la adolescencia dura alrededor de ocho años y que incluye cambios que no corresponden a la pubertad, tales como el desarrollo de las capacidades intelectuales, inclinaciones, actitudes, definiciones personales, adaptaciones emocionales, intereses vocacionales, aptitudes y actitudes religiosas y morales (Ibíd. pág. 210).

Kuhlen señala que “la adolescencia es un periodo durante el cual tiene lugar la adaptación sexual, social, ideológica y vocacional”, por tanto podemos decir, que la pubertad es un proceso que forma parte de la adolescencia, pero que no es equivalente a ella, ya que, la adolescencia comprende todas las fases de la madurez y no sólo la sexual como sucede con la pubertad (en Rolf E. Muss, 1997, pág.18).

La adolescencia es un periodo de transición de la niñez hacia la edad adulta, que en nuestras sociedades se torna en un período “difícil”, tanto para los padres como para la sociedad en si misma.

De forma similar lo afirma Knepler al señalar, que no en todas partes ni en forma obligatoria, la adolescencia es un periodo de tormentas y tensiones, sino que es más bien el estilo de vida de los pueblos el que contribuye a la existencia, intensificaciones o ausencia relativa de profundos conflictos emocionales en esta etapa (en Gerald D. Winter, Op. cit. Pág.218 ).

Dentro de nuestra sociedad existen grandes presiones ejercidas hacia el adolescente; debe cumplir ciertas reglas y tratar de adquirir determinados valores. La principal tarea de este periodo evolutivo es la búsqueda de la identidad, de la independencia y de rescatar valores y normas propias que con el tiempo se han perdido (en Rolf E. Muss, Op.cit Pág. 206 ).

Erickson y Nixon dicen que la tarea evolutiva central del periodo adolescente es la autodefinición (Ibíd. Pág. 206 ).

Los chicos están aprendiendo a definir quienes son, que sienten, que pueden hacer y lo que desean llegar a ser. La búsqueda de la identidad propia de los(as) chicos(as) es factor importante en la adolescencia, pues en una sociedad como la nuestra, en donde tanto el grupo infantil como el grupo adulto están nítidamente separados y bien definidos, el grupo adolescente se encuentra en una ambivalencia, ya que como lo señala Muss, el adolescente se está trasladando de un grupo al otro y mientras dure el traslado, no pertenecerá a ninguno de dichos grupos.

También Muss señala los cambios de la estructura física durante la adolescencia, la experiencia del cuerpo, las sensaciones nuevas, los deseos nuevos; son tan drásticos que el adolescente se encuentra preocupado por su propio cuerpo, cosa que lo mantiene perturbado manifestándose en su conducta y en su relación con los demás ( Ibíd. Pág. 118 ).

Los cambios físicos que se producen durante la adolescencia, juegan un papel muy importante en la búsqueda de la identidad, por tanto, la imagen que los chicos tengan de sí mismos depende en gran medida de su cuerpo, la que los pone en relación con los demás y consigo mismo.

Peter B. Jenney señala que el joven adolescente se levanta y todos los días se encuentra con alguien distinto ante el espejo. Para algunos, este proceso es pavoroso (en Gerald D. Winter. Op. cit. Pág. 34).

A. Aberasturi menciona en su libro *“La adolescencia normal”* que el adolescente de hoy como el de todos los tiempos, esta arto de consejos, necesita tener sus experiencias y comunicarlas, pero no quiere no le gusta ni acepta que sus experiencias sean calificadas, clasificadas ni confrontada con los padres.

Al adolescente no le gusta ser controlado por sus padres deben de dar libertad y para ello hay dos caminos; dar una libertad sin limites que es lo mismo que abandonar a un hijo, o dar libertad con limites que impone cuidados, cautela, observación, contacto afectivo permanente, dialogo para ir siguiendo paso a paso la evolución de las necesidades y de los cambios de su hijo.

El concepto de normalidad no es fácil de establecer ya que en general varia en relación como el medio socioeconómico, político cultural como ya se establece sobre las pautas de adaptación al medio y que no significa sometimiento al mismo el adolescente atraviesa por desequilibrios e inestabilidad extremas de acuerdo con lo que se conoce de el, por ejemplo, misticismo, timidez, urgencia, destierres o apatía, hasta conductas sexuales dirigidas hacia el heteroerotismo y hasta la homosexualidad. Todo esto es lo que ha llamado el síndrome normal de la adolescencia y tiene las siguientes características:

- Búsqueda de si mismo y de la identidad
- Tendencia grupal
- Necesidad de intelectualizar y fantasear
- Crisis religiosas que pueden ir desde el ateismo más intransigente hasta el misticismo más fervoso.
- Desubicacion temporal en donde el pensamiento adquiere las características de pensamiento primario contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta denominada por la acción, que constituye la forma de expresión conceptual mas típica de este periodo de la vida.
- Actitud social reivindicatoria con tendencias anti o asociales de diversa intensidad, constantes fluctuaciones del humor y del estado de animo.

### **3.1.1.Cambios psicológicos.**

Uno de los problemas centrales de la adolescencia es la aceptación y adaptación que tengan los chicos consigo mismo (autoestima).

Debido a los cambios vividos durante esta etapa, los chicos comienzan a preocuparse por lo que parecen ante los ojos de los demás en comparación con el sentimiento que tienen de sí mismos, este sentimiento varía día a día ya que es un periodo continuo que no deja de darles sorpresas.

Cuando el adolescente entra en conflicto -como lo expresa la teoría psicoanalítica- la sexualidad pasa a primer término y el objetivo sexual es el placer. Entran en conflicto el “ello” (compulsiones instintivas) y el “superyo” (o conciencia). El “superyo” se desarrolla a través de los conceptos morales, normas, valores, aspiraciones y ambiciones de cada sociedad que le son transmitidos al individuo a lo largo de su crecimiento; así pues, como la sexualidad es el polo opuesto de la conciencia, entran en lucha las fuerzas instintivas del “ello” y las socialmente orientadas del “superyo”.

El adolescente debe desprenderse o liberarse de esa dependencia que lo vincula con sus padres, tanto de alguna tendencia incestuosa como del dominio y poder que ejercen sobre él.

Para ello y con el propósito también de ayudarse a establecer su propia identidad, los adolescentes dejan de lado el hogar, manifiestan por algún tiempo cierto rechazo, resentimiento y hostilidad para con los padres y otras formas de autoridad. Se identifican muchas veces con héroes de la televisión o el cine, con dirigentes de grupo, campeones de deportes, etc., y tienden a formar parte de pequeños grupos que brindan la posibilidad de encontrar su identidad dentro del contexto social.

Dupont señala que en realidad la tarea evolutiva de la adolescencia es altamente difícil y complicada, en función de los complejos cambios que se presentan ya que en esta fase es cuando el adolescente busca una identidad y así poder asemejarse con sus compañeros a través de la estereotipia de sí mismos, de sus ideales y de sus adversarios. (Cit. Por IMPPA: *Memorias de la sexta reunión* Op. cit. Pág. 92).

Además, uno de los principales problemas que ataca a los adolescentes son los trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia, debido al impacto de los mensajes que transmiten los medios masivos de comunicación, principalmente de los estereotipos sociales que existen sobre una figura ideal. El papel sexual de la mujer y del hombre en nuestra cultura, la importancia del cuerpo y el esfuerzo por lograr cierta imagen corporal y estética, son más valorados en las mujeres pero sin dejar atrás a los hombres.

Se habla de trastornos de la alimentación de “moda” que solo podrían darse en jóvenes de clase alta, pero con el paso del tiempo y a través de los estudios que se han realizado, la anorexia y la bulimia nerviosa, se han convertido en un problema, ya que la población con este tipo de trastornos ha crecido significativamente.

Es posible relacionar algunas enfermedades para determinada clase social o determinada época. Por ejemplo: la obesidad es más frecuente entre los miembros de la clase media alta o en los países desarrollados; el SIDA es una enfermedad de nuestra época.

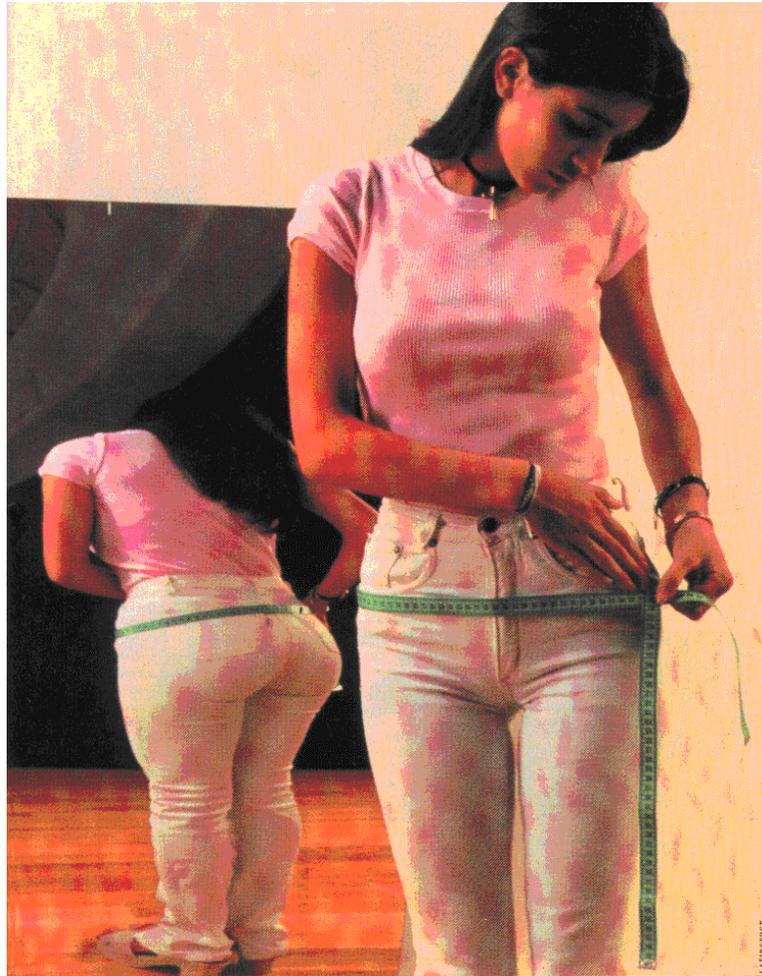
### 3.1.2 Cambios físicos en la adolescencia según el sexo.

Los cambios físicos juegan un papel importante durante la adolescencia como se ha mencionado, los factores fisiológicos del desarrollo humano están inseparablemente interrelacionados con los psicológicos, sociológicos y los cambios físicos que preceden y acompañan a la adolescencia, representan un papel preponderante en la aceleración de los cambios de conducta y sobre todo de las dificultades de aceptación (en Gerald D. Winter. Op. cit. Pág.321 ).

A continuación se presenta un cuadro con los diferentes cambios físicos que tiene el(la) adolescente, la metamorfosis que sufre al entrar a la edad de la pubertad.

<u>Niñas</u>	<u>Niños</u>
Aparición del vello en el pubis.	Aparición del vello en el pubis.
Aparición del vello en las axilas	Aparición del vello en las axilas.
Ligera aparición del vello en la cara.	Marcada aparición del vello en la cara .
Leve crecimiento de la laringe.	Marcada aparición de vello en en el cuerpo.
Moderado cambio de voz.	Leve crecimiento en la laringe.
Ligero aumento de grosor muscular.	Considerable cambio de voz.
Ensanche de las cadera.	Salida de los segundos molares
Aumento de la transpiración.	Considerable aumento del grosor muscular.
Desarrollo de los senos.	Ensanche de los hombros.
	Aumento de la transpiración.
	Ligero desarrollo temporal de las mamas alrededor de los pezones.

“Erick Erickson plantea que en la pubescencia se dan como características esenciales, la rapidez del crecimiento físico, la madurez genital y la conciencia sexual; factores que no se habían presentado en años anteriores y que hacen que se presente una discontinuidad que lo separa del desarrollo anterior por ser algo nuevo y desconocido para el “ ( en Rolf E. Muss, Op .cit .Pág.49 ).



**Imagen N°4.** La imagen muestra claramente los cambios físicos de una adolescente (Tomada de revista *Conozca Más*, No 13 Pág. 15)

### **3.2 ¿Por qué se alimentan mal los(as) adolescentes?**

La alimentación durante la adolescencia es muy importante porque los(as) adolescentes están creciendo y en estas edades se forjan hábitos alimentarios que repercuten en la salud a largo plazo.

Los jóvenes son cada vez más autónomos y escogen lo que comen fuera de casa basándose en su grupo de referencia y en su poder adquisitivo. Entre las personas de clase media los más pequeños eligen las hamburgueserías, los adolescentes prefieren las pizzas y cuando son mayores van a cenar a restaurantes chinos.

El estilo de vida y los patrones alimentarios en la adolescencia están influenciados por el deseo de adecuarse a las normas sociales. Este hecho puede favorecer la aparición de trastornos alimentarios.

Los factores que más influyen en la elección de los alimentos por los adolescentes son el hambre y el apetito, las características del alimento (su sabor principalmente) el tiempo del que disponen para comer el adolescentes y sus padres, y la comodidad (fácil de conseguir, de llevar y preparar).

Otros factores que también influyen en la elección de los alimentos son la disponibilidad (en casa, en la escuela), los padres, los hábitos alimentarios (cultura y costumbres de la familia), los efectos beneficiosos de los alimentos (aporte de energía, estar sano o como decimos “engañamos al hambre”) o alguna situaciones específicas (momento del día, estación del año, celebraciones).

El estado de ánimo, si se ve gordo(a) o delgado(a), los hábitos, recursos económicos, los medios de comunicación y las creencias vegetarianas son factores que también influyen sobre la elección de los alimentos.

### **3.2.1 Errores en la alimentación de los adolescentes**

- Si tienen otras opciones no escogen frutas, verduras y, en algunos casos, tampoco lácteos.
- La mayoría de los adolescentes comen fuera de casa: en la escuela y en establecimientos de comida rápida, donde en general no se promueve el consumo de alimentos saludables.
- Las frutas y verduras requieren mucha elaboración o pelado y no resultan agradables para comer.

### **3.2.2 Sugerencias para mejorar la alimentación de los adolescentes.**

- Preparar alimentos sanos con sabor y aspecto agradables.
- Hacer que los alimentos saludables sean la única opción disponible (eliminar los alimentos “no sanos”).
- Hacer que los alimentos sean más accesibles y fáciles de preparar.
- Los padres deben educar a sus hijos para que coman saludablemente desde pequeños.
- Divulgar la importancia de una alimentación adecuada. (<http://www.dietanet.com>).

Con esto finalizamos el análisis de los factores que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia referentes a la anorexia y bulimia nerviosas, pasamos ahora a establecer la propuesta pedagógica de acuerdo a la investigación que hemos realizado y tomando en cuenta los factores de riesgo que existen entre los adolescentes que se encuentran de los 12 a los 15 años de edad. Como pedagogas dentro de nuestra formación en el campo de la Orientación Educativa consideramos necesario que desde el aula existan los planes y estrategias didácticas orientadas hacia la prevención de dichos trastornos.

La materia que consideramos más apropiada para realizarlo es la de Educación Cívica y Ética a nivel secundaria puesto que su objetivo pedagógico es reforzar

normas, hábitos y valores. Asumimos que la aplicación de un Taller preventivo donde el alumno pueda analizar y comentar cuales son las causas y consecuencia, aclarando dudas y fortaleciendo la responsabilidad y el respeto por su cuerpo es la forma más adecuada.

En el siguiente capítulo de nuestro trabajo hacemos la propuesta de un taller preventivo sobre la anorexia y bulimia nerviosas dando los elementos generales para la aplicación y dejando un margen de flexibilidad de acuerdo al contexto en el cual se este aplicando por lo que también se esta considerando el aprendizaje significativo (Ontoria Peña Antonio, 1996 Pág. 27), aplicable a las situaciones de nuestra vida cotidiana, dejando más claro en los adolescentes, la gravedad de un trastorno de la conducta alimentaria.

**CAPÍTULO 4: Taller preventivo sobre la anorexia nerviosa  
y la bulimia nerviosa.**

**PROGRAMA DE ESTUDIO**

**TALLER PREVENTIVO SOBRE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSA**

**Horas: 20**

**Elaborado por:**

**BARRAGÁN PÉREZ ELIZABETH**

**MILLÁN CONCEPCIÓN MARTHA LETICIA**

## I. MARCO DE REFERENCIA

### **Características de los destinatarios que intervendrán en el taller**

El taller está dirigido a orientadores y alumnos.

**Docentes** que impartan la materia de Orientación Educativa y que su formación sea de tipo pedagógica o psicológica.

**Alumnos:** serán adolescentes entre doce y quince años que cursan el nivel medio básico. El comer demasiado, el estrés, los malos hábitos de nutrición y las comidas de moda son problemas comunes entre los jóvenes y esto puede llevar a que el(la) adolescente adquieran algún trastorno alimentario, como la bulimia y la anorexia, situación que cada vez se va incrementando.

Los padres y docentes se preguntan a menudo cómo se pueden reconocer los síntomas de la anorexia y la bulimia; pues intuyen que este tipo de trastornos puede afectar al alumno(a). El hecho es que muchos adolescentes pueden ocultar a sus familias por meses o aún por años estos desórdenes de posibles consecuencias serias o fatales. Además el(la) adolescente con anorexia o bulimia es típicamente un perfeccionista que saca muy buenas calificaciones en la escuela y eso hace más difícil y más complicada la detección; es por ello que la escuela y su equipo de trabajo deben tener un conocimiento más amplio de estos trastornos.

También para ayudar al alumnado a que reciba una información adecuada y tenga la posibilidad de reflexionar sobre estos trastornos, clarificar su identidad, mejorar sus relaciones con los demás, sus decisiones acerca de lo que el quiere para sí; y sobre todo dar sentido y eficacia a su vida, de acuerdo con sus principios y posibilidades (Cuadernos de Nutrición Vol.20 No.5 sep.-oct. 1997 pagina 16)

La orientación que se realizara es de tipo personal educativo porque se guía, conduce e informar en modo progresivo a los adolescentes para ayudarles a conocerse, aceptarse como personas e integrar las tareas y potencialidades que se constituyen en cada persona y la intencionalidad educativa implícita de desarrollarlas cuanto sea posible, para que el(la) orientado(a) logre su existencia en plenitud de eficiencia y satisfacción, siendo capaz de resolver los problemas que la vida le plantee.

## II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

### **Análisis Epistemológico de las disciplinas que orientarán el desarrollo del taller.**

**Psicología escolar:** rama de la psicología que estudia los problemas psicológicos que se refieren a la educación y su principal objetivo es ayudar a la adaptación del escolar en la institución; ayuda técnicamente en el diagnóstico y exploración de los(as) adolescentes, ya sea individual o colectivamente; realiza actividades de divulgación de aspectos psicológicos que se refieren a la escuela o la comunidad; orienta y asesora sobre la toma de decisiones vocacionales, profesionales, escolares y familiares; asesora a los profesores acerca de la fatiga escolar, cambio de actitudes, sistema de participación en el aula y rendimiento del alumno (Enciclopedia Ciencias de la Educación, Edit. Euromexico pág.554).

Nos ayudara para observar y valorar cuál es el comportamiento que genera el(la) adolescente, dentro de la escuela, con respecto a los trastornos de la anorexia y la bulimia y qué tipo de ayuda puede recibir.

**Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC):** ¿Qué es la TREC?. Es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directo de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Brewin, 1996).

La TREC se cuestiona por qué las personas crean sus propios problemas y qué se puede hacer al respecto. Ofrece un método científico de pensamiento

racional para ayudar a la gente a disminuir sus problemas emocionales y llevar una vida más plena y satisfactoria. Mantiene una filosofía de vida (que constituye un aspecto central de la TREC), de modo que uno de sus principales objetivos es conseguir un profundo cambio filosófico en los individuos que afecta sus emociones y conductas tanto presentes como futuras. Pero la TREC no solo hace hincapié en lo filosófico; incluye también una visión humanista de hombre aceptándolo de forma incondicional con sus limitaciones, y centrándose especialmente en sus experiencias y valores, incluyendo su potencial y autorrealización.

La TREC se esfuerza en que los individuos adquieran filosofías que resalten el interés por uno mismo, la auto dirección de su propio comportamiento, la inclinación por lo social, la tolerancia hacia uno mismo y hacia los demás, la aceptación de la incertidumbre, la flexibilidad, el pensamiento científico, el asumir riesgos y un compromiso con estos intereses vitales. La TREC supone que si los individuos logran adquirir esta perspectiva filosófica raramente se ocasionarán a sí mismos problemas emocionales, actuales y futuros (Lega, Leonor et. alt. 1997, Pág. 3-6).

La intención desde nuestra perspectiva como pedagogas, es la de aportar un taller de prevención de trastornos de la conducta alimentaria, que se definen desde el punto de vista clínico como anorexia y bulimia, con la finalidad de que el adolescente este informado de cuales son las causas y consecuencias de estas y tratar de prevenir el desarrollo de las mismas.

Existe consenso en que uno de los factores que desencadenan esos trastornos es la denominada *estética anoréxica*. En este sentido, no únicamente la delgadez es sinónimo de belleza y salud, sino que implica toda una filosofía psicosocial en la que una figura física, un estatus social y la realización personal se obtienen a través de sacrificios, los cuales valen la pena, sin que se defina exactamente qué tipo de satisfacciones se pierden u obtienen en función de la figura, "correcta".

Esta estética anoréxica representa un conjunto de cualidades y beneficios que sólo pueden existir fusionados en la persona (generalmente mujer) delgada; mientras que se piensa que la falta de oportunidades y las características

antiestéticas existen sólo en personas “gordas”. Se hallan conceptos no concretos ni tangibles que se asocian a la delgadez que son inaccesibles; como consecuencia, la figura delgada ideal nunca podrá ser alcanzada, solo aproximarse a ella. Hay una amplia gama de vagos conceptos en los que está basada la estética anoréxica, esto es: la figura delgada oscila entre ser un medio o el fin de un ideal inalcanzable por lo indefinido; la delgadez no es un recurso para ser aceptada una persona por un grupo social dado, sino la meta a conseguir para la autoaceptación, pues mientras no se tenga la “figura correcta” alguien no puede valorarse a sí misma como persona de valía.

No es nuestra intención –en este nivel- analizar el fenómeno cultural, plantearemos a priori que la filosofía de la estética anoréxica conduce a un estado de insatisfacción de la imagen corporal. Esta imagen ideal no accesible e inalcanzable genera frustración, y los conducen a padecer trastornos de la conducta alimentaria.

Postulemos entonces que ante esta filosofía de no aceptación de la imagen corporal y sus implicaciones, es necesario oponer una filosofía de tolerancia y aceptación de nuestro cuerpo. Para ello consideramos que la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), es un recurso preventivo que puede dar una respuesta favorable, dado que en el campo terapéutico se han obtenido resultados altamente satisfactorios (Roca, *Segundo Congreso Virtual de Psiquiatría*. 2001). Por lo que creemos que con la confrontación de ideas racionales e irracionales que generan los mensajes publicitarios, elaborados por los medios masivos de comunicación, lograremos que los(as) alumnos(as) hagan un análisis crítico de los estereotipos que se manejan dentro de estos mensajes, sin dejar de lado la importancia del cuidado de nuestro cuerpo, que aprendan a aceptar a los demás y sobre todo a sí mismos, por lo que valen como personas y no por la figura. De esta forma tratar de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria y que sean, los(as) adolescentes, capaces de entender el riesgo que corren si intentan seguir dichos estereotipos.

**Pedagogía:** es el conocimiento destinado a instituir los modos de acción que forman un sistema de educación. Es un conocimiento interdisciplinario que se asienta fundamentalmente sobre datos biológicos, sociológicos y psicológicos. La

pedagogía nos va a ayudar a estructurar el programa del taller con la finalidad de prevenir la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria, como la anorexia y la bulimia nerviosa, dado que, como muchos otros padecimientos, es más sencillo prevenir que curar.

**Didáctica:** nos va ayudar a adquirir habilidad para transmitir conocimientos y así despertar la curiosidad, la atención y el interés en los(as) adolescentes. Nos orienta en el uso de recursos didácticos para alcanzar los objetivos planteados anticipadamente y facilitar la enseñanza, mejorar el aprendizaje, ampliar los conocimientos de los(as) alumnos(as) y promover la reflexión y el análisis crítico de la realidad, asimismo implementar dinámicas que nos ayuden a la realización de un taller.

**Sociología:** se encarga del estudio de las influencias de los grupos humanos, de los hechos sociales y de las estructuras sociales. Con la sociología trataremos de explicar cómo han evolucionado los trastornos de la anorexia y la bulimia, en qué país o países han aumentado estos trastornos, cuáles son las principales causas de orden social (estereotipos sociales del hombre y de la mujer, la influencia de los medios masivos de comunicación social, entre otros) que las originan y cómo el adolescente es afectado.

**Orientación Educativa:** la orientación, en su sentido más amplio, se va haciendo presente en las sociedades desarrolladas, por que el hombre moderno necesita de su asesoramientos técnico y de un enfoque sistemático de los problemas que plantea la vida actual en cualquiera de sus múltiples situaciones sociales, familiares, educativas y profesionales. La justificación de la orientación para el hombre de hoy se hace cada vez más evidente; son muchas las dificultades que le presenta la sociedad en la que vive, por sus rápidos cambios y la falta de referencias permanentes. A los(as) adolescentes les resulta cada vez más difícil conocerse a sí mismos, conocer su entorno y sobre todo, hacia donde se dirigen.

### **Investigación comparativa de otros proyectos similares**

De acuerdo con la investigación que hemos realizado, se sabe que en Extremadura, España, hasta el día 9 de abril del 2001, había más de 2000 mujeres afectadas por trastornos alimentarios. Según información proporcionada a Europa Press, por la conserjería de sanidad y consumo, la prevalencia de la anorexia nerviosa en la población extremeña, estaba en torno al 0.28% equivalente a 447 mujeres jóvenes afectadas mientras que la población por bulimia se encontraba alrededor del 1% aproximadamente, entre 1585 mujeres.

Se calcula que cada año aparecen 55 nuevos casos de anorexia nerviosa y 66 casos de bulimia, con un total de 121 nuevos casos. En la actualidad el 24.3% de las personas que padecen anorexia y el 9.6 de jóvenes con bulimia, consultan su trastorno con un especialista y reciben atención primaria, mientras que el 19.3% y el 4.9% respectivamente son atendidas en unidades de salud mental. Más de la mitad de los pacientes con anorexia y alrededor del 85% de las personas con bulimia, no reciben tratamiento, estos son datos preocupantes desde el punto de vista sanitario.

En Barcelona, la Conselleria de Enseñanza estudia implantar en las escuelas una asignatura para prevenir la anorexia y la bulimia, alteraciones de los trastornos alimentarios que en España afectan al 4.5% de mujeres entre 14 y 24 años y un pequeño porcentaje de hombres.

En la Ciudad de México “los trastornos alimentarios han aumentado considerablemente en los últimos años; alcanzan a personas de todos los niveles socioeconómicos y de edades cada vez más tempranas”. Según casos registrados en la Fundación Internacional CBA para la Prevención y Tratamiento de Anorexia, Bulimia y Comer Compulsivo, A. C., fundada en la Ciudad de México en 1993, en ese año la fundación atendía a 150 casos al mes. Esta fundación avanza con éxito ya que la conforman varios especialistas como doctores, psicólogos y todo el personal de apoyo.

La Dra. Victoria Holtz, una de las pocas especialistas en trastornos alimentarios en la Ciudad de México, graduada en Saddleback College de California, considera que los deseos de un hombre o de una mujer por sobresalir en

el deporte puede ser un factor detonante de trastornos de la conducta alimentaria en México.

El Colegio Norteamericano de Medicina Deportiva considera que el 62% de los deportistas de élite padecen trastornos de salud como consecuencia de su alimentación y que el 18% está en peligro de caer en la anorexia. Según la doctora Laura Elliot de Eating Disorders de México, la única institución en el país con cifras comprobadas, una de cada cuatro mujeres universitarias, presentan rasgos de anorexia y una de cada 10 de bulimia (Pereira Beatriz, 2001 Pág.74-75.)

La detección precoz y un buen diagnóstico son las primeras armas para combatir estos trastornos, pero es preciso realizar programas de prevención y promoción de la salud desde los ámbitos familiar, educativo y social.

En Navarra, a iniciativa del Instituto de la Mujer en colaboración con el Instituto Navarro del Deporte y Juventud, se están realizando campañas de sensibilización y mediante folletos se analizan los síntomas más frecuentes, la forma en que se puede desde la familia prevenir, detectar y solicitar ayuda terapéutica en estos casos. Los folletos recalcan que la preocupación continua por la comida en este tipo de trastornos de la conducta alimentaria se convierte en algo obsesivo que la persona no puede dejar de hacer con el consiguiente sentimiento de confusión y estados de ansiedad y depresión.

Se recomienda que cuando ya se halla detectado el trastorno alimentario, utilizar la calma y el sosiego; en la búsqueda de soluciones, la familia no se debe culpabilizar ni recriminar por estas conductas. Con ayuda de los dispositivos sanitarios de atención primaria, quienes evaluarán el problema y lo derivarán, si procede, a otros grupos de ayuda mutua para intentar mejorar la atención de estos trastornos y sensibilizar a la sociedad, realizando acciones reivindicativas para conseguir una mejor asistencia médica y psicológica, denunciando a los medios de comunicación por la utilización de mensajes negativos.

Todas las personas relacionadas con la educación también tienen un papel importante en la detección precoz, observando los comportamientos, cambios emocionales y de aspecto físico de los(as) adolescentes, que pueden hacer pensar en trastornos de la conducta alimentaria.

### **Prevención desde el aula.**

Los mismos consejos que se ofrecen en el folleto, que el Instituto de la Mujer en colaboración con el Instituto Navarro del Deporte y Juventud han elaborado, se están utilizando en campañas para prevenir y ayudar en estos trastornos. También van a servir para que en el aula comiencen a trabajar los docentes con los infantes. Estos mensajes se enmarcan en una educación para la salud. Entendiendo el concepto no sólo en la prevención de estos trastornos, sino en un espacio más amplio y positivo de promoción de salud, ya que como el centro educativo no puede permanecer al margen, debe elaborar proyectos y programas en este ámbito.

En los temas que se tratan, se hace hincapié en incidir no solo en los aspectos de buena nutrición y dietas equilibradas, que ya se abordan, también en otros mensajes:

- Cómo defenderse del culto excesivo al cuerpo.
- Los inconvenientes de ser perfectos(as).
- Cómo mejorar la autoestima.

Las personas con trastornos de la conducta alimentaria han adquirido unos conocimientos a veces exhaustivos de la buena alimentación. Conocen perfectamente las dietas saludables, saben más de calorías, grasas y proteínas que el resto del alumnado.

Los mensajes publicitarios ayudan a que esta conducta errónea se considere como una obligación, el(la) adolescente recibe el mensaje “debes estar delgada(do)”; la delgadez tiene prestigio, lo propio, lo natural, lo redondo molesta, perjudica. El grado de insatisfacción con el esquema corporal se empieza a producir en la infancia, hay una condena y rechazo de los(as) niños(as) con gordura; los insultos más frecuentes en la escuela son: “te estas poniendo como un cerdo, pareces una vaca, gorda, ballena, etc”.

Así muchas familias comienzan a influir en sus hijos(as) obligándoles casi con crispación a visitar a pediatras y a restringir su alimentación por temor a la obesidad. Es preciso por lo tanto reorientar desde la escuela las ideas erróneas sobre la percepción de un cuerpo saludable que no tiene por que ser excesivamente delgado ni gordo.

Es fundamental potenciar la autoestima, ofrecer modelos humanos no estereotipados y favorecer positivamente las diferencias estableciendo medidas de acción adecuadas para compensar posibles situaciones de menosprecio en el ámbito escolar.

La prevención en la escuela va a consistir en desarrollar habilidades personales y sociales, potenciar hábitos y actitudes saludables, así como promover una acción responsable y solidaria con la comunidad.

A través del denominado “currículum oculto”, es decir los valores y actitudes que se encuentran de forma implícita en el quehacer cotidiano de las clases, conductas del profesorado, repartición de papeles, etc.; se puede influir también positiva o negativamente en los trastornos de la alimentación.

Es preciso que los programas que se desarrollen para la prevención, contengan mensajes positivos y no excesivamente dramáticos.

Respecto a los materiales didácticos puede recurrirse a cosas muy sencillas que pongan de relieve el atractivo del cuerpo humano en todos los aspectos: buscar muñecos(as) menos estilizados que la Barbie o su compañero Ken, utilizar recortables con la figura humana, sobre todo la femenina, más redondeada y cubrirla con ropas divertidas.

Los(as) chicos(as) fueron alertados de los peligros que supone el excesivo culto al cuerpo; y del daño que se produce y sufre al ridiculizar a las personas por su aspecto físico.

Es interesante también leer testimonios de jóvenes que han sufrido estos trastornos y lo han resuelto.

En el Instituto Nacional de Psiquiatría (INP) se hizo un taller de orientación para familias y pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria. El objetivo de este taller fue informarles a los padres acerca de estos trastornos; las causas, las características, los síntomas, las consecuencias, las complicaciones y el tratamiento etc.

El taller se realizó en un área de psicoterapia del INP, constó de cuatro sesiones con duración de dos horas, una vez por semana.

En general, para cada sesión asisten cinco familias (comúnmente gente atendida en el INP) y pacientes que se encuentren internados en el hospital en este tiempo.

El taller es dirigido por un psiquiatra titular (el doctor de las pacientes) y lo apoyan dos doctores más, un psiquiatra y una psicóloga.

En la primera sesión: se presenta el taller, los médicos, las(os) pacientes y las familias. Se explicó el origen de los trastornos, los factores sociales, familiares, culturales, psicológicos y biológicos implicados. Se les dan recomendaciones a las familias:

- Conservar la calma.
- Buscar ayuda adecuada para cada caso.
- Tomar en cuenta que no hay solución fácil y rápida.
- Informarse acerca del trastorno.
- Expresar amor honesto verbal y físicamente.
- Dejar tiempo a ellos mismos y a sus otros familiares, descansar.
- Buscar ayuda para sí mismos.
- Hacer cosas divertidas para sus familias.
- No aislarse de personas de las que pueden recibir ayuda y apoyo.
- No condicionar su amor a la apariencia física del individuo o a su peso.
- No hacer comentarios ni positivos ni negativos acerca del peso de la persona.
- No dejar que aspectos como la comida dominen la dinámica del hogar.
- No obligar a las personas a comer apropiadamente.
- No esperar ser un padre perfecto, ni que su familiar lo sea también.
- No ignorar el problema.
- No esconder la comida o dejar de comprar alimentos por adecuarse a la manera de comer del afectado.

En la segunda sesión se abordaron los temas: características clínicas de los trastornos alimentarios y los criterios para diagnosticarlos.

Tercera sesión: se informó acerca de las consecuencias de los trastornos alimentarios, complicaciones médicas y psicosociales. Se explican también los tratamientos, que consisten en trabajos multidisciplinarios (médico, psiquiátrico, nutricional y social).

Por último, en la cuarta sesión, se dio una explicación sobre nutrición (la pirámide nutricional, los grupos de alimentos, la importancia de una dieta balanceada, etc) y se resuelven dudas del tema y de lo relacionado con lo expuesto en las cuatro sesiones.

### III. PRESENTACIÓN

Se pensó en el diseño de un taller por que consideramos, qué como dice, Lespada (1989. Pág.21) “es un instrumento, un método pedagógico o práctico de abordaje del(la) adolescente, del conocimiento y de la realidad tomando como punto central la acción protagónica y responsable, individual y grupal”.

El tipo de taller a realizar será cerrado pues “se comenzará con una matrícula específica y se mantiene hasta su culminación” ( Id Pág.96). Conjuntamente con uno de actividades orientadas ya que “es el taller donde el(la) adolescente concurre para realizar actividades coordinadas por un asesor que orienta la acción” (Id Pág.118), enfocada a la materia de Orientación Educativa.

Este Taller se elaboró siguiendo la metodología planteada por Frida Díaz Barriga (en Díaz Barriga, et.al.,1983 Pág.30-40) para la elaboración de programas, adaptándolo al nivel educativo específico en este caso de acuerdo con el programa de Orientación Educativa, el taller comparte el propósito de reforzar normas, hábitos y valores con respecto al cuidado personal y respeto por la salud de cada alumno.

El Taller Preventivo sobre la anorexia y la bulimia implica sobre todo la participación del estudiante en un ambiente de confianza para que pueda preguntar, comentar, dar opiniones y sugerencias respecto al tema.

El taller está organizado en seis sesiones de 3 horas cada una, con 20 minutos de receso por cada hora y media de trabajo

Durante el desarrollo de las sesiones se promoverá un aprendizaje que conduzca al análisis crítico, a la reflexión, al debate y a un conocimiento nuevo y más amplio sobre los trastornos de la conducta alimentaria y en particular sobre un fenómeno comercial que en la actualidad se ha dado en llamar “la estética anoréxica”.

#### **IV. OBJETIVOS**

Al término del taller se plantea que el (la) alumno(a):

Conozca los conceptos de la anorexia y la bulimia como trastornos de la conducta alimentaria.

Conozca los antecedentes y los principales factores que originan estos trastornos.

Analice cuales son los medios de comunicación, los mensajes que influyen en la conducta alimentaria del (la) adolescente.

Aprenda a detectar y prevenir los trastorno de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y comprenda la importancia de una alimentación balanceada para mantener un cuerpo sano.

## V. METODOLOGÍA

Para que las coordinadoras conozcan a los(as) alumnos(as) se aplicará la Técnica de Concentración en la presentación (en Stella S. Gilb, 1984, Pág.48) la cual consiste en que cada alumno(a) se presente, inmediatamente después dirá algo más para identificarse, el segundo al turno lo presentará nuevamente, agregando lo que dijo de más y posteriormente se presentará el mencionando algo que lo identifique, así consecutivamente.

Describiremos brevemente la dinámica de trabajo: al inicio de cada sesión: daremos una introducción al tema haciendo una exposición verbal breve; o bien, proyectar una película, diapositivas, anuncios publicitarios televisivos o impresos, fotos de adolescentes afectados con estos trastornos; también nos apoyaremos con diagramas o dibujos relacionados con la alimentación.

En las actividades a realizar fomentaremos el debate y lluvia de ideas entre los(as) alumnos(as), agrupándolos en conjuntos de siete; promoviendo que discutan entre ellos(as), y se centren en el tema, evitando se disperse la discusión y hacerlos arribar a sacar sus conclusiones por equipos; mismas que en ésta o siguiente sesión se comunicará a la totalidad del grupo para nuevamente discutir las y sacar conclusiones generales en las cuales participen todos(as) los(as) alumnos(as).

Nuestro propósito será que los(as) alumnos(as) se den cuenta de la existencia de ideas preconcebidas respecto a la alimentación y la figura corporal; las cuestionen antes de aceptarlas como válidas, que logren confrontarlas con su razonamiento para que ellos(as) mismos(as) puedan formarse su propio punto de vista en relación al aspecto físico y la alimentación; además de analizar la validez o no de los mensajes publicitarios. Evitando que como coordinadoras imponamos nuestras opiniones, las cuales les comunicaremos, pero también serán confrontada, en este proceso.

Cerraremos el Taller aplicando un cuestionario, que tiene como objetivo evaluar la comprensión y asimilación de los(as) alumnos(as) del tema.

Como recursos didácticos emplearemos videocassetera, proyector de transparencias, pizarrón, dibujos y láminas, rotafolio y las anotaciones y dibujos que elaboren los(as) alumnos(as).

## VI. EVALUACIÓN

La evaluación es un proceso que se realizará a lo largo de todo el curso, donde se valorarán los avances y retrocesos personales y grupales con la finalidad de mejorar y consolidar los procesos de enseñanza aprendizaje.

Con base en lo anterior los criterios de evaluación que se proponen para el curso taller son:

- Aplicación de cuestionarios sobre los trastornos de la conducta alimentaria por parte de las coordinadoras.
- Participación pertinente y oportuna en cada sesión.
- Exposición por parte de los(as) adolescentes respecto a los comerciales que ellos(as) elegirán, para ver cual ha sido la comprensión del tema.
- Entablar debates sobre la anorexia y la bulimia.
- Los jóvenes harán una evaluación de las sesiones y darán su opinión respecto al curso taller.

**Nota: no se asignarán calificaciones, será un trabajo analítico y reflexivo.**

## VII. TEMARIO.

**Bloque I:** Presentación e integración del grupo

**Bloque II:** Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia:

- 1.- Antecedentes.
- 2.- Anorexia nerviosa.
- 3.- Bulimia nerviosa.
- 4.- Origen y características.

**Bloque III:** Factores que originan la anorexia y la bulimia:

- 1- Anorexia primaria.
- 2.- Anorexia secundaria.
- 3.-Bulimia nerviosa
- 4.- Por qué se dan estos trastornos.
  - 4.1.- Factores causantes: familiares, socioeconómicos y los medios de comunicación

**Bloque IV:** Los medios de comunicación y su influencia.

- 1.- Cuáles son los principales medios de comunicación que influyen para que existan este tipo de trastornos.
- 2.-Cuáles son y qué tipo de imágenes pasan con mayor frecuencia en la televisión.
- 3.- Qué transmiten los comerciales nutricionales.
- 4.- Cuál es el estereotipo de la mujer o del hombre en el(la) adolescente.

**Bloque V:** Detección y prevención de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia).

- 1.- Señales que permitan sospechar la presencia de la anorexia y de la bulimia nerviosas.
- 2.- Primeras señales.
- 3.- Señales más avanzadas.
- 4.- Señales muy avanzadas.
- 5.- Sugerencias para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria.

**Bloque VI:** Cómo tener una buena alimentación.

- 1.- La alimentación sana.
- 2.- Alimentos que realmente nutren.
- 3.- Hábitos alimentarios y características de una alimentación balanceada.

## 4.1 Estrategia Didáctica.

**Bloque I:** presentación e integración del grupo.

**Sesión Uno.**

**Objetivo:**

Que el alumno conozca los conceptos de anorexia y bulimia como trastornos alimenticios.

**Actividades:**

- ✓ Los alumnos y las coordinadoras se presentarán ante el grupo
- ✓ Cada integrante anotará su nombre en una tarjeta que se les proporcionará.
- ✓ Se aplicará la técnica de concentración en la presentación.
- ✓ Se aplicará un cuestionario a los(as) alumnos(as). para saber qué tanto saben acerca del tema.
- ✓ En otra tarjeta cada alumno deberá escribir lo que le agrada y desagrada del físico de las personas que el o ella elijan, puede ser cualquiera.
- ✓ Se les pedirá que lean sus comentarios y con quién los relacionan.
- ✓ Veremos si realmente se fijaron todos en el físico o por lo que ella o el son interiormente.
- ✓ Posteriormente se explicará que pretendemos con el taller.
- ✓ Las coordinadoras mencionarán lo que esperan obtener al final del taller.
- ✓ Se promoverá la participación voluntaria para que expresen dudas respecto a los contenidos, formas de trabajo, propósito del taller.

**Recursos Materiales:**

- ✓ Tarjetas 15 X 10 cm.
- ✓ Marcadores.
- ✓ Seguros para que porten su nombre.

**Tiempo:**

120 minutos.

**Evaluación:**

- ✓ Reconocer las visiones que tienen los alumnos sobre la anorexia y la bulimia como trastornos alimenticios.
- ✓ Se les aplicará un cuestionario con preguntas abiertas para conocer que tanto saben de la anorexia y la bulimia (el cuestionario se incluye en el anexo N°1).

## **BLOQUE II.- ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?**

### **Sesión 2.**

#### **Objetivo:**

Que los(as) jóvenes diferencien los conceptos de anorexia y bulimia y conozcan los antecedentes históricos de éstos trastornos.

#### **Contenidos:**

- 1.- Antecedentes.
- 2.- Anorexia nerviosa.
- 3.- Bulimia nerviosa.
- 4.-Origen y características.

#### **Actividades:**

- ✓ Presentación del video “Una amistad peligrosa” para que se familiaricen y conozcan acerca de estas enfermedades que pueden llegar a tener finales drásticos.
- ✓ Explicar que es la anorexia y la bulimia, su origen y características.
- ✓ Se les repartirán dibujos relacionados con la anorexia y la bulimia a los jóvenes para que identifiquen de qué enfermedad se trata, al terminar en dos pliegos de papel bond, ellos tendrán que pegar en el lugar correspondiente el dibujo de cada trastorno.

#### **Recursos:**

- ✓ Una televisión.
- ✓ Una video casetera.
- ✓ Dibujos con imágenes de personas con trastornos de la anorexia y la bulimia nerviosas.
- ✓ Marcadores.

- ✓ Dos pliegos de papel rotafolio. El primero llevará por título “Características de la bulimia” y el segundo “Características de la anorexia”.
- ✓ Película “Una amistad peligrosa”.

**Bibliografía:**

Susane Abraham. “Anorexia y Bulimia desordenes alimentarios”. Editorial Alianza, México, 1985 pág. 208.

**Tiempo:**

180 minutos.

**Evaluación:**

- ✓ Análisis grupal sobre la película “Una amistad peligrosa”, con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria.
- ✓ Entablar un diálogo entre las coordinadoras y los(as) adolescentes para analizar cuál es la idea central y significado de la película.
- ✓ Ver si los alumnos obtuvieron una comprensión acerca del tema a través de un debate sobre el concepto de anorexia y bulimia.
- ✓ Expresar las dudas que tuvieron para que haya una mejor claridad con respecto a los temas que se están tratando.

## **BOQUE III.- Principales factores que originan la anorexia y la bulimia.**

### **Sesión 3.**

#### **Objetivo:**

Que los(as) adolescentes comprendan y analicen cuáles son los principales factores que originan los trastornos de la anorexia y la bulimia.

#### **Contenido:**

1.- Anorexia primaria.

2.- Anorexia secundaria.

3.- Por qué se dan estos trastornos.

3.1.- Cuáles son los principales causantes: familiares, socioeconómicos y los medios de comunicación.

#### **Actividades:**

- ✓ Al empezar se dará una breve explicación de los contenidos de cada sesión.
- ✓ Pasar una serie de diapositivas que ilustren cómo cada vez van aumentando estos trastornos y cómo los medios de comunicación son un principal factor como causa de ellos.
- ✓ Las imágenes que se proyectarán son de chicas con anorexia y bulimia.

#### **Recursos:**

- ✓ Carrusel y proyector de diapositivas.
- ✓ Diapositivas de mujeres y hombres con anorexia y bulimia.

**Bibliografía:**

Duker, Marylyn, Roger –Slade, “Anorexia y bulimia, Desordenes alimentarios”. Edit. Alianza, México Limusa 1995, pág. 318.

Internet. Trastornos de alimentación “La nueva epidemia del culto del cuerpos: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos. Prevención desde la familia y la escuela”.

**Tiempo:**

- ✓ 180 minutos.

**Evaluación:**

- ✓ En una hoja blanca escribir o dibujar el impacto emocional que les causó ver la proyección.
- ✓ Opinión sobre cómo evitar que los estereotipos estéticos afecten las ideas de que el ser vale por sus medidas exclusivamente y no por sus actitudes y conocimientos.
- ✓ El estudiante explicará cuál es para él, el papel del ejercicio y de la buena alimentación en la vida cotidiana de las personas.

## **Bloque IV Los medios de información y su influencia en la imagen corporal**

### **Sesión 4**

#### **Objetivo.**

Que el alumno valore cuáles han sido los medios de información que más influyen y cómo repercuten en los adolescentes por los mensajes que transmiten sobre la imagen corporal

#### **Contenido.**

- ✓ Cuáles son los principales medios de información que influyen para que haya este tipo de trastornos de la alimentación y el interés por un cuerpo perfecto.
- ✓ Cuáles son y qué tipo de imágenes pasan con mayor frecuencia en la TV.
- ✓ Qué transmiten los comerciales nutricionales.
- ✓Cuál es el estereotipo de la mujer o del hombre que se presenta a los adolescentes.

#### **Actividades:**

- ✓ Presentar un video con cortos de comerciales de: Calvin Klein, Palacio de Hierro, Barbie, por ejemplo, donde presentan estereotipos de los modelos y productos de belleza.
- ✓ Al terminar la presentación del video se preguntará al grupo que les parecieron dichos comerciales.
- ✓ Se harán grupos de siete personas, cada equipo escogerá el comercial que más les llamó la atención; lo analizarán en cuanto a las formas, los colores y el significado directo o tácito que transmiten. Posteriormente cada equipo expondrá su punto de vista respecto al comercial que eligió.
- ✓ Se les preguntará si han comprado algún producto de los comerciales de la televisión o de revistas y qué los motiva a comprar ese producto.
- ✓ Se les preguntará qué tipo de revistas compran y ¿por qué?.

**Recursos:**

- ✓ Una video casetera
- ✓ Televisión
- ✓ Un cassette con varios comerciales grabados
- ✓ Revistas
- ✓ Artículos de revistas como “15 a 20”, “Vanidades”, “Marie Claire”, “Men’s Hert”, “Veintitantos”, “ Barbie”, etc.

**Tiempo:**

180 minutos

**Evaluación:**

Los participantes darán su punto de vista respecto al análisis que realizaron en los diferentes equipos.

Se tomará en cuenta el cómo se analizaron los comerciales y cuál es su opinión crítica respecto a los mismos.

Se observará y registrará el interés y la participación de los adolescentes.

## **BLOQUE V: Detección y prevención de los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosas).**

### **Sesión 5.**

#### **Objetivo:**

- ✓ Que el(la) adolescente aprenda a detectar y prevenir la anorexia y la bulimia nerviosas.

#### **Contenido:**

- ✓ Señales que permiten sospechar de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.  
Primeras señales.  
Señales más avanzadas.  
Señales muy avanzadas.
- ✓ Sugerencias para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria.

#### **Actividades:**

- ✓ Las coordinadoras expondrán a través de un cuadro sinóptico por qué es importante detectar estos trastornos de la conducta alimentaria antes de que lleguen a consecuencias mayores.
- ✓ Se aplicará un cuestionario de preguntas abiertas para detectar si alguno(a) de los(as) adolescentes presenta síntomas de un trastorno de la conducta alimentaria.( Anexo N°2).
- ✓ En círculo los jóvenes y las coordinadoras y comentaran si conocen un caso similar y cómo ellos han o pueden ayudar a solucionar y prevenir casos de este tipo.

**Recursos:**

- ✓ Gises.
- ✓ Pizarrón.
- ✓ Hoja de papel rotafolio.

**Bibliografía:**

Adriana Cruz Ortega, Cecilia Mónica Vallejo. "La importancia de la relación madre e hija en la anorexia nerviosa". Tesis UAM 2001, pág.67.

**Tiempo:**

180 minutos

**Evaluación:**

La evaluación se basará primordialmente en el planteamiento de dudas y preguntas que tengan los jóvenes sobre las señales que permiten sospechar que alguien tiene un trastorno de la conducta alimentaria, anorexia o bulimia nerviosas.

## **Bloque VI. Cómo tener una buena alimentación**

### **Sesión 6.**

#### **Objetivo:**

- ✓ Que el adolescente reflexione la importancia que tiene una alimentación balanceada y mantener un cuerpo sano.

#### **Contenidos:**

- ✓ La alimentación sana.
- ✓ Alimentos que realmente nutren.
- ✓ Hábitos alimentarios y características de una alimentación balanceada.

#### **Actividades:**

- ✓ Se les preguntará a los(as) adolescentes si consideran que los miembros de su familia y/o sus compañeros de la escuela se alimentan bien y el por qué.
- ✓ Los(as) jóvenes armarán la pirámide nutricional en grande con material que se les proporcionará y clasificarán los grupos de alimentos.
- ✓ Se les preguntará qué tipo de alimentos consumen, qué es lo que acostumbran comer, cuáles son sus tradiciones y qué tipo de alimentos preparan en sus fiestas y reuniones.
- ✓ Los(as) adolescentes clasificarán los alimentos ricos en azúcares o carbohidratos.
- ✓ En una hoja de papel rotafolio, por equipos, dibujarán alimentos ricos en proteínas, otros en azúcares y otros en grasas.
- ✓ Las coordinadoras explicarán qué son las vitaminas y su importancia en la salud.

- ✓ Se resolverán dudas que surjan sobre los temas que se vieron durante el desarrollo del taller.

**Recursos:**

- ✓ Monografías tamaño rotafolio de toda clase de alimentos.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Resistol.
- ✓ Cartoncillo.
- ✓ Cinta adhesiva.
- ✓ Plumones.
- ✓ Gises de varios colores.

**Bibliografía:**

Martínez Mercedes. "Maravillas de la Biología", Edit. Epsa. México, 1993. pág.250.

"Anorexia y bulimia, aspecto psicológico", en *Cuadernos de Nutrición* volumen 20, núm. 5, septiembre-octubre 1997.

**Tiempo:**

180 minutos.

**Evaluación:**

- ✓ Los jóvenes harán una evaluación y darán su opinión respecto a las actividades, contenidos y exposiciones del taller.
- ✓ Se les aplicará un cuestionario con preguntas abiertas al finalizar el taller para ver que tanto aprendieron respecto a los Trastornos de la Conducta Alimentaria, en particular, de la anorexia y la bulimia nerviosas.

**Nota:** la bibliografía es para uso personal de las coordinadoras.

## CONCLUSIONES

- ✍ Uno de los principales factores que permiten una mala alimentación en la población escolar entre los adolescentes desde los 12 a los 15 años de edad, es el desconocimiento de lo que constituye una buena alimentación.
- ✍ En algunos casos, la presión familiar hacia el adolescente forma parte del origen de los trastornos de la conducta alimentaria.
- ✍ Las características psicológicas, biológicas y sociales que presenta el adolescente lo hacen más vulnerable a los trastornos de la conducta alimentaria, por el deseo de adecuarse a las normas sociales.
- ✍ La influencia nociva de los medios de información, genera en los adolescentes estereotipos corporales que le obligan a mantener una alimentación deficiente para poder sentirse dentro de los estándares que la moda exige.
- ✍ En la actualidad, tanto la anorexia como la bulimia nerviosas, son trastornos que van en aumento entre la población adolescente en nuestro país, una razón principal son los medios masivos de información, por el tipo de mensajes que transmiten con respecto a la imagen corporal.
- ✍ Los Pedagogos, encargados de atender los cursos de Orientación Educativa deben poner especial atención en abordar estos trastornos dentro de sus actividades con los adolescentes ya que ellos son quienes cuentan con los recursos necesarios para abordar el tema desde un nivel preventivo y de forma significativa.
- ✍ Es necesario que el Programa de Orientación Educativa considere atender con amplitud y profundidad aspectos relacionados con factores que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria.
- ✍ La prevención en la escuela va a consistir en desarrollar habilidades personales y sociales, potenciando hábitos y actitudes saludables así como promover una acción responsable, siendo preciso que los programas que se

desarrollen para la prevención, contengan mensajes positivos y no excesivamente dramáticos.

- ✍ La Orientación del adolescente en estos trastornos puede apoyarse, desde el ámbito educativo, con un taller como el que aquí se propone, lo que "beneficiaría" al desarrollo integral de los adolescentes.
- ✍ Este taller no es un esquema rígido, queda abierto para darle seguimiento a través de la investigación y el trabajo dentro del aula.

## **ANEXOS**

## ANEXO N°1

### CUESTIONARIO DIAGNÓSTICO SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

#### PROYECTO: TALLER PREVENTIVO SOBRE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA.

**Objetivo del cuestionario:** saber el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes respecto a los trastornos de la conducta alimentaria al inicio del taller.

**Instrucciones:** responder las siguientes preguntas de la manera más amplia posible. Como sugiere el objetivo, es importante que expreses tus conocimientos, opiniones y experiencias, según el caso sin que te preocupes porque tus respuestas sean correctas.

¿Sabes qué son los trastornos de la conducta alimentaria?

¿Sabes qué es la anorexia?

¿Sabes qué es la bulimia?

¿Sabes cuáles son las causas que originan la anorexia y la bulimia?

¿Cómo crees que los medios masivos de comunicación influyen en el desarrollo de la anorexia y la bulimia?

¿Sabes cómo tener una alimentación sana?

¿Conoces los alimentos que realmente nutren?

¿Sabes de alguien que padezca anorexia o bulimia nerviosa?

¿Estás satisfecho con tu figura o peso actual?

¿Crees que las personas delgadas son más bonitas?

¿Te obsesiona la comida?

¿Crees que la anorexia y la bulimia nerviosa pueden conducir a la muerte?

¿Qué es más importante para una amistad el aspecto físico o lo que vale como la persona?

¿Qué tan importante es la opinión que tienen de ti los demás?

Fecha de elaboración 12 de junio del 2002

Autoras

Barragán Pérez Elizabeth.

Millán Concepción Martha Leticia.

## ANEXO N°2

CUESTIONARIO PARA DETECTAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN  
LOS(AS) ADOLESCENTES DE 12 A 15 AÑOS.

PROYECTO: TALLER PREVENTIVO SOBRE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA  
NERVIOSAS

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ Meses.

Año escolar: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Anota todo lo que comas en este día y en qué cantidades**

**Carne:** pollo, cerdo, res pecado, salchichas, jamón, embutidos, etc.

**Fruta:** plátano, naranja, mandarina, guayaba, papaya, fresa, manzana, etc.

**Lácteos:** leche, queso, crema, mantequilla, yogurt, choco milk.

**Bebidas:** café, refresco, tang, kool aid, jugo de naranja, boing.

**Verduras:** calabaza, nopales, col, jitomate, zanahoria, ejotes, chicharos, papas, etc.

**Oleaginosas:** pepitas, nuez, pistache, cacahuete, otros, etc.

**Miscelánea:** palomitas, galletas, chocolate, dulces, gansito, charritos, papas, donas, otros.

\_\_\_\_\_

Desayuné: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En el recreo comí: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En la comida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cené: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuánto te gustaría pesar?: \_\_\_\_\_

¿Cada cuanto tiempo verificas tu peso?: \_\_\_\_\_

¿ A quién te gustaría parecerte y por que?: \_\_\_\_\_

¿Te sientes culpable cuando comes en exceso?: \_\_\_\_\_

¿Qué haces cuando comes en exceso?: \_\_\_\_\_

**Fecha de elaboración: 7 de septiembre del 2002.**

**Elaborado por:**

**Barragán Pérez Elizabeth**

**Millán Concepción Martha Leticia**

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Aberastury A., Knobel M.** La Adolescencia Normal Un enfoque psicoanalítico. Edit. Paidós educador, México 2000.
2. **Castillo Arredondo, Santiago.** El consejo Orientador al término de la escuela. Edit Kapeluse. 1989.
3. **Congreso Internacional AMP-AEN-SEP-SEP.**( Madrid 30 de Septiembre-4 de Octubre,2001).
4. **Cruz Ortega, Adriana, Vallejo, Cecilia Mónica.** La importancia de la relación madre e hija en la anorexia nerviosa. Tesis UAM-X 2001.
5. *Cuadernos de Nutrición.* Anorexia y bulimia nerviosa, un tratamiento integrado. Vol. 20 Núm. 5 Septiembre-Octubre México 1997.
6. **Díaz Barriga Frida; Lule G. Ma. De Lourdes; Pacheco P. Diana; Rojas D. Silvia y Saad D Eliza.** Metodología del Diseño Curricular para la educación superior. Edit. Trillas, México 1990 (reim 2000).
7. Diccionario Enciclopédico Espasa Ilustrado. Edit. Espasa, México 1999.
8. **Duker, Marilyn; Slade, Roger.** Anorexia nerviosa y bulimia, un tratamiento integrado. UTEHA, México, 1999
9. Enciclopedia Ciencias de la Educación. Edit. Euro México, México 2001.
10. **Geral, D Winter y Eugene M. Muss.** Adolescencia y aprendizaje. Edit. Paidós 1978.
11. **González, Maldonado, Leticia.** La Anorexia Tesis UAM-X 2001.
12. **Hernández, Sampieri, Roberto.** Metodología de la Investigación. Edit.,McGraw Hill, segunda edición, México 2001.
13. **Ilega Leonor; Caballo Vicente; Ellis Albert.** Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual. Edit. Siglo XXI. España 1997.
14. **IMPPA** (Instituto Mexicano de Psicoterapia Psicoanalítica de la adolescencia): Memorias de la Sexta Reunión del forum panamericano para el estudio de la adolescencia. México.1983.

15. Internet. Trastornos de la alimentación. La nueva epidemia del culto al cuerpo: Anorexia, Vigorexia, Bulimia y otros trastornos prevención desde la familia y la escuela.
16. **Kafka Franz.** Carta al padre y algo mas. Edit. Época, S.A., México 2001.
17. **Lespada, Juan Carlos.** Aprender haciendo, los talleres en la escuela. Edit. Humanitas, Buenos Aires.
18. **Libanos A, Lorenzo.** ¿Son realmente más frecuentes los trastornos de la conducta alimentaria en nuestros días? 2do Congreso virtual de psiquiatría 2001, mesa 3 conferencia 5, visualizado diciembre 2001.www.Psiquiatria.com. Mesas.
19. **Martínez ,Mercedes.** Maravillas de la biología 3. Edit Epsa 1993.
20. **Muss, Rolf.** Teorías de la adolescencia. 4 Edición de México. Edit Paidos 1998.
21. **Ontoria Peña, Antonio,** Mapas Conceptuales. Edit. Magisterio del Río de la Plata, Argentina 1996.
22. Presses Universitaires de France 1971. La faim et le Corps. Versión Español. Edit. Espasa- Calpe. S. A., Madrid 1972.
23. **Ramírez Silva, Alonso.** La comunicación educativa y la educación estética en la escuela primaria: guía para el maestro/México: UPN.1999.
24. Revista, Conozca Más, No 5, México 2002.
25. **Roca E. et.alt.** La bulimia nerviosa y su tratamiento terapia cognitivo-conductual. 2 congresos virtual de psiquiatria 2001, visualizado. Diciembre 2001. www. psiquiatría.. com. .
26. **Selvini Palazzoli, Mara S.** Muchachas anoréxicas y bulímicas. Edit. Paidos España 1999.
27. Proceso Semanario de información y análisis. Nos.1329-1330. México 2001
28. **.SEP.** Programa Nacional de Educación 2001-2006.
29. **Stella S, Gilb.** Juegos para escolares . Edit. Pax México 1984.
30. **Susan, Abraham.** Anorexia y Bulimia, desordenes alimentarios. Edit. Alianza, México

31. **Toro, Joseph.** El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad.  
Edit. De Ariel, España 1996.