



SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA
UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL



UNIDAD 153 ECATEPEC

**EL ENTORNO SOCIOCULTURAL COMO FACTOR DESENCADENANTE DEL
TRASTORNO ALIMENTARIO DEL TIPO ANOREXIA NERVIOSA EN LA ADOLESCENCIA**

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN INTERVENCIÓN
EDUCATIVA.

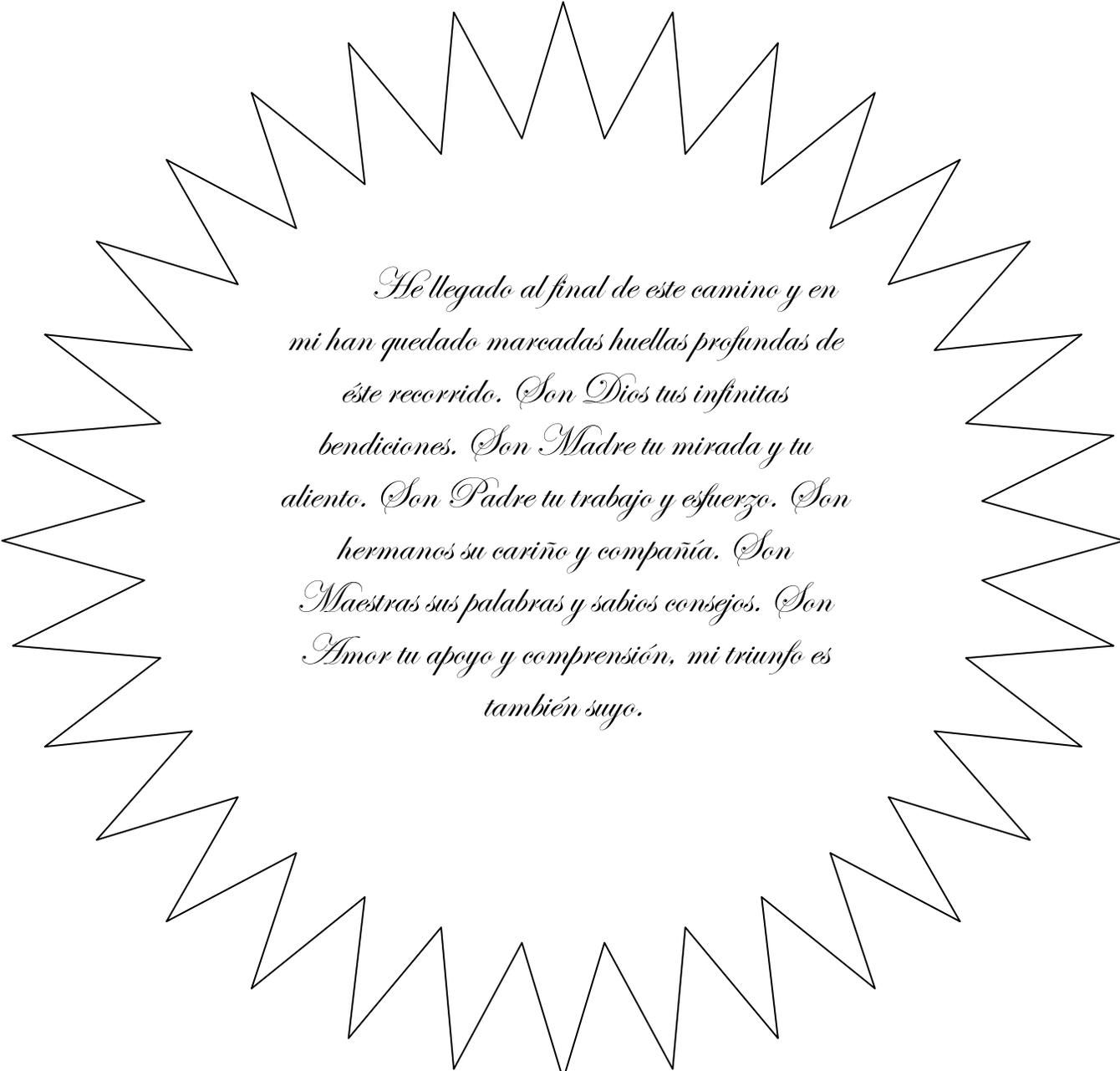
P R E S E N T A
SOCORRO ANGÉLICA ISLAS RODRÍGUEZ

Asesoras:

MTRA. MERCEDES CARRASCO RAMÍREZ

LIC. AMPARO BARAJAS GONZÁLEZ

Agradecimientos



He llegado al final de este camino y en mi han quedado marcadas huellas profundas de éste recorrido. Son Dios tus infinitas bendiciones. Son Madre tu mirada y tu aliento. Son Padre tu trabajo y esfuerzo. Son hermanos su cariño y compañía. Son Maestras sus palabras y sabios consejos. Son Amor tu apoyo y comprensión, mi triunfo es también suyo.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
Capítulo I.....	16
ANOREXIA: PRODUCTO SOCIAL DEL SIGLO XXI.....	16
I. I. El Comer y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)	19
I. II. Definición de Anorexia Nerviosa	25
I. III. El Mercado del Adelgazamiento.....	40
I. IV. El Papel Social de la Mujer Adolescente en el Siglo XXI	45
Capítulo II.....	53
ANOREXIA: UN PROBLEMA SOCIO- HISTÓRICO- CULTURAL.....	53
II. I. La Anorexia en la Historia	57
II. I. I. Las brujas	57
II. I. II. Las santas	63
II. I. III. Las románticas	66
II. I. IV. Las histéricas.....	68
II. I. V. Las anoréxicas	72
Capítulo III.....	77
EDUCACIÓN PARA LA SALUD, UN ÁMBITO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES ANORÉXICAS	77
III. I. Educación para la Salud, un Ámbito de Intervención Educativa en la Educación para Personas Jóvenes y Adultas (EPJA).....	78
III. II. La Zona de Desarrollo Próximo, un Instrumento Fundamental en la Prevención de la Anorexia.....	83
III. III. Propuesta de Intervención Educativa	87
CONSIDERACIONES FINALES	125
FUENTES DE CONSULTA BÁSICA.....	129
FUENTES DE CONSULTA COMPLEMENTARIA	133
Anexo 1	135
Encuesta “Hábitos y Costumbres”	135
Anexo 2.....	140

Graficación de los Resultados de la Encuesta “Hábitos y Costumbres”	140
Anexo 3	150
<i>Gráfica de Resultados de Adolescentes que, con Base en los Resultados de la Encuesta “Hábitos y Costumbres”, Padecen o Están en Riesgo de Padecer Anorexia Nerviosa</i>	<i>150</i>
Anexo 4	151
Guía de Entrevista	151
Anexo 5	152
Publicidad al Servicio de los Grupos Empresariales Dedicados a la Elaboración de Productos o Servicios Destinados Específicamente a Conseguir Disminuciones de Peso	152
Anexo 6	153
Escuálidas Modelos que Lucen Ropa y Accesorios de Prestigiosos Diseñadores que Ofertan sus Productos en Exclusivas Tiendas.....	153
Anexo 7	157
Agrupación Juvenil Rebelde (RBD), Constituida por Lánguidas Adolescentes Mexicanas Promotoras de la Cultura de la Delgadez.....	157

INTRODUCCIÓN

La anorexia es un trastorno de la conducta alimentaria (TCA) que se encuentra en la historia de la humanidad desde principios de la Edad Media, donde los relatos hablan de una enfermedad misteriosa – santa o diabólica- que transformaba a las personas que la padecían (especialmente mujeres, quienes fueron quemadas por brujas o adoradas por milagrosas), caracterizándose por una gran pérdida de peso debido a dietas de hambre autoimpuestas. Sin embargo, la humanidad debió esperar tres siglos para la primera descripción clínica de la anorexia, atribuida a Morton en el año 1689. Aunque no fue sino hasta el Siglo XX cuando la Asociación Médica Americana en 1920 reportó el incremento de trastornos en mujeres que buscaban la delgadez extrema, como resultado del ideal de belleza que se empezaba a gestar.¹

En el transcurso del siglo XX y en lo que va del siglo XXI los casos de anorexia han proliferado; fenómeno que ha llevado a que cada día también se incrementa el número de estudiosos que, desde diversas disciplinas y con diferentes miradas, han desarrollado supuestos sobre el origen de este trastorno. En el caso particular interesa recuperar, desde la Intervención Educativa, una perspectiva a la que poco se ha acudido para dar cuenta de esta problemática; se hace referencia a aquella que reconoce como sus principales detonantes a factores sociales y culturales que, en la actualidad, ejercen presión sobre las adolescentes, multiplicando las situaciones conflictivas. “Se pueden enumerar como las más importantes: la entrada de la mujer en la lucha tradicionalmente masculina de la escuela, de la profesión o en cualquier caso de la carrera, junto con la no disminuida, sino acaso incrementada, vanidad femenina, fomentada por la moda y los medios audiovisuales [...]”². Hoy se pide que la mujer sea bella, elegante, que esté en forma, y que dedique mucho tiempo al cuidado de su persona; y que al mismo tiempo sea

¹ Cf. Silvia Fendrik. *El país de Nuncacomer. Historia ilustrada de la anorexia*, pp. 15-20

² Mara Selvini Palazzoli. *Muchachas anoréxicas y bulímicas*, p.212

competitiva intelectualmente con los hombres y con las demás mujeres, que haga una carrera, y que se enamore tierna y románticamente de un hombre, que sea sensible y dulce con él, que se case y respete el tipo ideal de esposa- amante y de madre protectora, lista para renunciar a los diplomas fatigosamente obtenidos y para ocuparse de faenas domésticas. Es evidente que tantas exigencias unidas al espíritu de competencia, a la presión del éxito, a la capacidad para adaptar el carácter afectivo a la inteligencia, ponen en severa situación a las adolescentes, en especial a las más sensibles en su presentación en la escena social.

Pero además se pueden añadir otras predisposiciones perjudiciales más específicas: la moda de ser delgada, la difusa propaganda de dietas y fármacos adelgazantes, el hablar continuamente, en familia o entre compañeras, de niveles calóricos y de peso, y, sobretodo, el ridículo social reservado, específicamente, a las mujeres con el aspecto descrito por Raich: “[...]hoy el ambiente cultural no acepta a una chica gorda, destinada a ser solitaria y rechazada[...]”³, por lo cual las mujeres, sobretodo las adolescentes, se preocupan excesivamente por su cuerpo, distorsionan su imagen corporal y hacen todo cuanto pueden por adelgazar, huyendo a costa de lo que sea de la obesidad y el sobrepeso.

La idea de realizar este estudio surgió a raíz de que, en Octubre del 2006, la subdirectora de una Escuela Secundaria del Municipio de Ecatepec, en el Estado de México, solicitó el apoyo de una alumna de la Licenciatura en Intervención Educativa para que realizara un diagnóstico socioeducativo en dicha institución, pues docentes de la misma habían manifestado su preocupación ante la proliferación de lo que a ellos les parecían síntomas de anorexia y bulimia entre las alumnas. Cabe indicar que la institución no cuenta con personal especializado para atender este tipo de problemas, por lo que se carecía de expedientes de las alumnas con información al respecto; por lo tanto fue necesario detectar tendencias o indicadores de anomalías

³ Rosa María Raich. *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*, p.54

de la conducta alimentaría en las adolescentes, mediante el descubrimiento de sus hábitos y costumbres alimentarios.

Una vez identificados estos factores y que en efecto fueron considerados como de riesgo para la salud de las jóvenes, se buscó identificar cuáles de ellos eran los de mayor peso y que a su vez fueran potencialmente modificables con el fin de formular posibles intervenciones (lo que permitirá diseñar programas educativos o de promoción de la salud). Para lograr dichos fines, fue necesario contar con instrumentos que facilitaran establecer esta vinculación entre los considerados como factores de riesgo y los desordenes alimentarios de interés.

Los instrumentos finales quedaron conformados de la siguiente manera:

Encuesta “Hábitos y Costumbres” (Ver Anexo 1) _ Compuesta por 27 reactivos extraídos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuya finalidad es la de “[...] centrarse en objetivos clínicos, de investigación y educacionales apoyándose en fundamentos empíricos sólidos [...]”⁴, éste fue empleado para discriminar conductas y actitudes alimentarias anormales características de anoréxicas y bulímicas.

El instrumento resultante fue piloteado en diversas ocasiones con la finalidad de adaptarlo a la población de interés, haciéndosele modificaciones pertinentes para su total comprensión y accesibilidad por parte de los sujetos de intervención, lo cual contribuyó a la validez de la encuesta.

Se aplicó la encuesta al universo poblacional compuesto por 480 adolescentes pertenecientes al sexo femenino que se encontraban en esta secundaria; las

⁴ DSM- IV- TR. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, p. XXI

encuestas, tras ser analizadas tanto cuantitativa (tabulación y graficación) (Ver Anexo 2) como cualitativamente (triangulación) denotaron uno de los dos supuestos de los cuales se partió al llegar a la comunidad; al registrarse un significativo índice de adolescentes con anorexia o en peligro de padecerla (86 de las 480 que constituyen la población femenil total) (Ver Anexo 3), no obstante no fue detectado ningún caso padeciente del trastorno bulímico. Sin embargo se detectaron otras situaciones problemáticas con un factor de riesgo menor como: depresión, sobrepeso, obesidad y el comer compulsivo.

Entrevista a Profundidad (Ver Anexo 4) _ Conformada por 12 indicadores, orientados a la detección de los factores desencadenantes de anorexia en nueve adolescentes, quienes (con base en el análisis de sus encuestas) presentaron un mayor índice de riesgo en este trastorno.

Tras el análisis y sistematización de la información compilada en cada entrevista se logró determinar que los cuatro supuestos de los que se partió al estructurar el proyecto del diagnóstico forman parte de los factores que desencadenan la aparición y el desarrollo de anorexia nerviosa. Tales supuestos eran: La <<falta de valores>> en la familia es una de las razones por las cuales se presentan los trastornos alimentarios. Los <<medios masivos de comunicación>> constituyen un factor por el cual las adolescentes en la actualidad glorifican la delgadez y desarrollan trastornos alimentarios. La <<relación que establecen las madres con sus hijas>>, en la que impera la sobreprotección, la vanidad y la obsesión por la delgadez, es causa de que las hijas presenten y desarrollen trastornos alimentarios. Y los factores que propician que se desarrollen trastornos alimentarios pueden deberse a una <<predisposición genética>>.

De manera que para poder fundamentar teóricamente estos hallazgos, arrojados por el diagnóstico de necesidades de intervención educativa, se hizo uso, entre otras fuentes de información documental, del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) mismo que refiere que los TCA son

enfermedades muy complejas, con génesis multifactorial, ya que tienen que ver con factores sociales de modelos que glorifican la delgadez, con factores familiares, emocionales, biogenéticos y psicológicos:

Sociales - toda la presión occidental acerca del peso, la idea de éxito asociada con una imagen corporal sobrevalorada en los medios de comunicación.

Biogenéticos - patologías familiares como podrían ser las adicciones, el alcoholismo, las depresiones, la obesidad; en todos o en algunos de los miembros de la familia.

Psicológicos- el miedo a la comida, ausencia del placer social que conlleva el acto de comer (los olores, los colores, la presentación de cada platillo), rechazo y terror a la gordura, etc.

Desencadenantes - muerte de un conocido o familiar, baja autoestima, trastorno de personalidad, inmadurez emocional, decepción amorosa, cambio de casa, pérdida del trabajo, etc.

Familiares - familias muy unidas donde no hay individuación de los miembros, no existen límites, no hay diferenciación de roles, madres controladoras, etc.⁵

Así cada uno de estos factores representa la forma en que las anoréxicas reflejan su realidad, sin embargo es innegable que cada uno de ellos emerge del medio sociocultural en el que se desarrollan; debido a que parten de una “[...] situación social y cultural específica de afuera hacia adentro. Siendo ello así no cabe duda que la educación juega un rol capital [...]”⁶, dado que los ámbitos de impacto educativo los constituyen: a) La escuela: con una acción tutorial para la adquisición

⁵ Cf. *Ibíd.*, pp. 653- 666

⁶ Ignasi Vila Mendiburu. “Lev S. Vigotsky: la psicología cultural y la construcción de la persona desde la educación”, cit. por J. Trilla, E. Cano, M. Carretero, et. al. *El legado pedagógico del siglo XX para la escuela del siglo XXI*. p. 226

de hábitos saludables. b) La familia: como núcleo primario de referencia, en el cual comienza la educación del individuo. c) Las tecnologías de la información y de la comunicación: como instrumentos de mediación a través de los cuales se difunden los mecanismos de publicidad y consumo.

Aunque una vez que se obtuvieron estas conjeturas resultó imposible estructurar una propuesta de intervención socioeducativa que permitiera mejorar la calidad de vida de las adolescentes padecientes del trastorno anoréxico. Puesto que se carecía de los elementos teóricos necesarios para comprender cómo el entorno sociocultural está generando, precipitando y manteniendo dicho trastorno preponderantemente en este sector poblacional; de manera que ante tal contrariedad se consideró pertinente realizar un protocolo de investigación en el que se desarrollaran las siguientes categorías de análisis: a) Trastornos del Comportamiento Alimentario; b) Concepción histórica de la anorexia nerviosa; c) Anorexia como trastorno sociocultural. La investigación de cada una de estas categorías permitió analizar la problemática de los TCA desde la perspectiva teórica socio-histórico-cultural. De tal manera dicho protocolo significó el cimiento de la tesis* que hoy permite comprender al <<Entorno Sociocultural como factor desencadenante del trastorno anoréxico en las adolescentes>>. Pero ¿Qué relación existe entre los estereotipos sociales manejados culturalmente y la presencia o desarrollo del trastorno alimentario del tipo anoréxico?

Para analizar y relacionar entre sí cada una de las categorías que componen la anterior interrogante fue necesario realizar una investigación cuyo enfoque fuese cualitativo y de corte documental, mediada por el empleo del modelo interpretativo, ya que éste se consideró apropiado para la construcción de un trabajo recepcional al cual se le ha dado una perspectiva socioeducativa; pues tanto los textos como, los significados precedentes a la práctica diagnosticada no resultaron claros y de ahí

* La tesis es un trabajo que implica un proceso de investigación en torno a un problema *teórico* o empírico de la realidad social y educativa. *Instructivo para titulación en la LIE emitido por la UPN.*, p. 4

este modelo de investigación para aclararlos, estructurarlos, comunicarlos y compartirlos. Pero sobre todo para hacer frente al problemático trastorno anoréxico con una actitud comprensiva.

Por esta razón la apropiación del modelo interpretativo no se ha efectuado en términos metodológicos, pues Gadamer afirma que “[...] la comprensión no es cuestión de método sino central para cualquier práctica humana... Toda comprensión debe partir del propio punto de vista radicado en una situación y no en una objetividad [...]”⁷ Es decir, para comprender cualquier situación, se debe partir del reconocimiento de que toda actividad humana tiene una base histórica y social, misma que invariablemente influencia a quien interpreta, pues el interprete, al darle lectura a cualquier documento, no podrá hacerlo acríticamente, sino que dicha lectura estará mediatizada desde un contexto y una perspectiva particular. Es por ello que la interpretación cobra una gran importancia dentro de la comprensión.

En efecto, el objetivo general de esta investigación es: <<Comprender la relación existente entre los estereotipos sociales manejados culturalmente y la presencia o desarrollo de los trastornos alimentarios del tipo anoréxico, de manera que se propicie la generación de un ámbito de Intervención Educativa mediante el análisis, sistematización y comunicación de la información, misma que oriente la toma de decisiones con una actitud ética y responsable>>, por lo cual fue más conveniente dedicar la atención en desarrollar un enfoque cualitativo, ya que éste aportó elementos de suma importancia para la comprensión de la relación existente entre los estereotipos sociales manejados culturalmente y la presencia y/o desarrollo del trastorno alimentario del tipo anoréxico en las adolescentes; sin que esto suponga la infravaloración del aspecto cuantitativo, debido a que éste permitió vislumbrar la magnitud de la problemática abordada. No obstante cabe aclarar que la investigación siempre se orientó con la mirada del enfoque cualitativo.

⁷ Gadamer 1975, cit. por I. Bryant y R. Usher. *La educación de adultos como teoría, práctica e investigación. el triangulo cautivo*, p. 46

Comprendiendo, así, finalmente, el entorno sociocultural de las adolescentes estudiadas, cómo se desarrollan en la interacción social y las consecuencias de sus interrelaciones. Por lo cual se ha determinado como *teoría* sustentante de la presente investigación la *sociocultural* desarrollada por Lev S. Vigotsky, dado que las constataciones epidemiológicas demuestran no sólo la multiplicación de los TCA, sino también su aparición en contextos socioculturales diversos. En efecto, el cuerpo en general, y el de la mujer adolescente en particular, sufre desde hace milenios las modificaciones que le impone la cultura, pasando de ser un cuerpo impuesto por la religión, al culto de un cuerpo dominado por la moda de la extrema delgadez. Por ello la prevención⁸ representa una estrategia necesaria y esperanzadora para mejorar la salud y la calidad de vida de las adolescentes que padecen el trastorno alimentario del tipo anoréxico nervioso. En consecuencia los TCA son susceptibles de ser evitados o paliados mediante acciones de intervención educativa para la prevención.

De manera que las categorías que componen al trastorno anoréxico como una problemática sociocultural fueron analizadas y relacionadas entre si cómo lo muestra la redacción del párrafo anterior. En consecuencia, el capitulado se constituyó en dicho orden, quedando organizado el presente documento de la siguiente manera: en el *Capítulo I.* se analiza cómo el adelgazamiento excesivo por inanición supone un conjunto de alteraciones orgánicas que, junto con las manifestaciones corporales propias de cada nivel de gravedad, provoca alteraciones emocionales y comportamientos obsesivo- compulsivos que alteran todo el entorno del inane. Siendo el motivo fundamental de la inanición la existencia de un modelo estético corporal delgado, fruto de múltiples factores socioculturales masivamente promovidos. Aunque la inanición voluntaria puede ser en algunos casos consecuencia de un adelgazamiento previo, sobrevenido de manera involuntaria por: depresión, situaciones estresantes, rechazo de alimentos en ambientes nuevos, realización de ejercicio físico excesivo, etc. “Siendo las mujeres jóvenes

⁸ Cf. *Infra.* Capítulo III, pp. 80-84

genéticamente más susceptibles a este tipo de reacciones”⁹. En tales casos, estas chicas pueden llegar a percibir el adelgazamiento experimentado como un hecho gratificante, decidiendo, así, prolongarlo e incrementarlo voluntariamente; puesto que la presión sociocultural para adelgazar se ejerce exclusiva o mayoritariamente sobre ellas; la coincidencia de este hecho con la predisposición genética lógicamente tendrá efectos multiplicativos sobre la prevalencia de los trastornos por autoinanición en el sexo femenino. Por lo cual se considera que la anorexia nerviosa podría ser científicamente considerada como un trastorno asociado a la cultura; pues las características genéticas, los rasgos de personalidad, las experiencias estresantes y la conflictividad familiar son factores no específicos de la anorexia nerviosa, puesto que suelen encontrarse entre los factores de riesgo de la mayor parte de los cuadros psicopatológicos. En consecuencia, los únicos factores específicos causantes de la anorexia nerviosa, serían aquellos que dieran lugar directamente a la pérdida de peso. Estos factores, mayoritariamente, son de carácter sociocultural. De ello resulta que en el siglo XXI la anorexia nerviosa cumpla con la casi totalidad de los criterios de <<trastorno étnico>> establecidos por Deverux.¹⁰ En efecto, la anorexia nerviosa ocurre cada vez con más frecuencia en un gran número de culturas, puesto que el trastorno parece expresar conflictos mundialmente generalizados, siendo un trastorno ampliamente imitado.

En virtud de ello se puede establecer que son los factores sociales y culturales los que determinan qué es lo bello y qué es lo feo. Siendo la delgadez un ideal estético y al mismo tiempo una amenaza para las jóvenes que se someten a los actuales modelos de belleza femenina. Pero la anorexia tiene una antigua historia, aunque actualmente aparezca como una nueva moda. Y precisamente acerca de esa apasionante historia trata el *Capítulo II*, mismo que permite vislumbrar cómo a las

⁹ María teresa Romá Ferri, Nieves Montesinos Sánchez, Rosa Ballester Añón, *et. al. Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia)*, p. 42

¹⁰ *Cf. Infra.* Capítulo I, pp. 29, 30

jóvenes anoréxicas se les ha considerado desde brujas hasta milagrosas doncellas durante el medioevo, como sensibles damas novelescas durante el romanticismo, y como histéricas y anoréxicas en la contemporaneidad. Durante este maravillante recorrido se hallan grandes coincidencias en las características propias de las jóvenes trastornadas, pero, así mismo, se encuentran también una gran diversidad de enfoques para investigarlas, desde el eclesiástico, pasando por el médico, el psiquiátrico, el psicológico y el nutricional, hasta el educativo. Siendo por ello que se considera a la historia como una incuestionable previsor. Pues dota de valiosos referentes indicativos de los errores y aciertos del pasado. Y es precisamente sobre el tema de la prevención del trastorno anoréxico de lo que trata el siguiente capítulo.

Efectivamente en el *Capítulo III* se presenta cómo durante la adolescencia el trastorno anoréxico puede ser prevenido mediante acciones educativas y de salud. Considerándose que para el tratamiento de los TCA la prevención debe ser primaria, pues ésta consiste en la anulación de las actitudes y conductas que conduzcan a las dietas restrictivas en función del deseo de adelgazar. Lo cual sólo puede ser logrado mediante procesos de intervención educativa específicamente diseñados para jóvenes; ya que se está hablando de comportamientos y valores profundamente arraigados en el sector juvenil de la cultura contemporánea. De ello resulta que la prevención sólo pueda consistir en una auténtica revolución cultural, aunque su implementación se vaya dando poco a poco.

Capítulo I

ANOREXIA: PRODUCTO SOCIAL DEL SIGLO XXI

El incremento de casos de personas que padecen el trastorno alimentario denominado como anorexia, se ha tornado alarmante, lo cual ha supuesto un progresivo aumento de la demanda de asistencia especializada. Tal hecho obliga a formar profesionales en ámbitos tales como: el de la salud, el psicológico, el nutricional, pero sobretodo el educativo; puesto que los profesionales abocados a este último ámbito habrán de mostrar un gran interés y compromiso que los impulse a decidir dedicarse al estudio e investigación de este trastorno. Ello debido a que sólo mediante acciones educativas es posible transformar esta <<problemática realidad sociocultural>>; esta última afirmación podría parecer aventurada, por lo que el propósito de este capítulo es analizar la definición que científicamente se ha constituido en torno al mencionado trastorno, mediante la triangulación de la misma con la teoría sociocultural y con la realidad de algunas adolescentes que lo padecen.

Puesto que la teoría socio-histórico-cultural de Lev Semiovich Vigotsky parece poseer una flagrante vigencia con el trastorno anoréxico y con el medio educativo. Recorriendo a grandes rasgos su vasta obra, puede advertirse, que la teoría vigotskiana, anticipó asombrosamente el fundamento explicativo del problema social contemporáneo en este trabajo de tesis analizado. Ya que desde los albores del presente siglo XXI, ha habido un devastador incremento y cambio en la composición social de la población adolescente padeciente del trastorno anoréxico, tornándose más diversa, racial y socioeconómicamente. Ello indudablemente se debe a la participación de las adolescentes en actividades compartidas con otros, ya sean sujetos o instrumentos de mediación, lo cual conlleva a la formulación central de la teoría, los <<Procesos Psicológicos Superiores (PPS)>>, consistentes en la internalización de las prácticas sociales específicas, transmitidas mediante dicha compartimentación de actividades.

La acelerada propagación y metamorfosis del trastorno es concebida, entonces, como un proceso culturalmente promovido, proceso del que, como veremos más adelante, el aprendizaje en contextos de enseñanza fungirá como transformador de la realidad social, ello mediante procesos de intervención educativa; mismos que habrán de promover cambios en la estructura de los PPS, debido a que éstos se transforman mediante la “[...] internalización de actividades socialmente organizadas... tales como los procesos de formación[...].”¹¹ mismos que no pueden ser objetivados de no ser en la temática reflexiva de un educador; en este sentido la formación genera a un ser culto y libre. Siendo la ausencia de de estos dos elementos la que provoca el consumismo acrítico, adolescente, de la cultura de la delgadez. Por lo cual Hegel describe a la formación como: “[...] la reconciliación con uno mismo, el reconocimiento de sí mismo en el ser otro.”¹² En este sentido los procesos de intervención incursionarían al sujeto en el camino de la formación y de la superación del trastorno anoréxico.

Ahora bien, hay que analizar cómo es que todavía hasta hace treinta años la anorexia nerviosa era considerada como una curiosidad, Vigotsky describe que “[...] los seres humanos recuerdan activamente con la ayuda de signos. La característica básica de la conducta humana en general es que las personas influyen en sus relaciones con el entorno, y a través de dicho entorno modifican su conducta.”¹³ Siendo por ello que los estereotipos modélicos de la extrema delgadez despiertan cada vez mayor interés, intrigando y fascinando a cuantos se interesan por ellos. Esta atención parece fruto del devastador incremento de su frecuencia. Situándola como una epidemiología en el momento histórico actual (siglo XXI), puesto que las mujeres, y sobre todo las adolescentes, están sumamente preocupadas por su cuerpo, distorsionan su imagen corporal y hacen todo cuanto pueden para adelgazar. En este contexto, es objeto de análisis un hecho de suma relevancia: la mitificación

¹¹ Ricardo Baquero. *Vigotsky y el aprendizaje escolar*, p. 34

¹² Hegel, cit. por Gadamer, G. *Verdad y método*, p. 43

¹³ Lev. S. Vigotsky. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, p. 86

negativa de la obesidad y el sobrepeso; “<<Ahora esta de moda adelgazar>>”¹⁴ ante tal situación la evitación de los reales o supuestos kilos de más constituye un ingrediente central de la actual cultura de la delgadez.

La gran mayoría de los múltiples medios masivos de comunicación (televisión, revistas, periódicos, Internet) permiten verificar la existencia del importante, desarrollado y avasallador mercado del adelgazar, pues constituyen instrumentos de mediación encargados de emanar mensajes que crean una contaminada atmósfera inaceptable, pero que es admitida, por la población adolescente, sin tomar mínima conciencia de sus riesgos y peligros. La moda y sus creadores o productores desempeñan en este perverso juego subliminal el más destacado papel, al igual que la publicidad, que tan eficazmente sirven a quienes aumentan su fortuna gracias a los kilos que las jovencitas, la mayoría, pretenden abandonar. Todo ello y muchos otros factores, se ciernen tentadoramente sobre la mujer, contribuyendo a la materialización de su cuerpo, y logrando que se asocie prestigio social y autoestima personal, con delgadez. Todo este entramado de hechos y situaciones históricas, sociales y culturales asociadas a la anorexia, plantean una serie de problemas que se tratarán de analizar en el presente capítulo de esta tesis. Ello mediante la triangulación de la información que arrojó un diagnóstico de intervención socioeducativa desarrollado con adolescentes de una escuela secundaria; y la información documental que se ha recabado respecto a cada una de las categorías de análisis que integran a este capítulo (Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA), anorexia nerviosa, factores socioculturales y adolescencia en el siglo XXI).

¹⁴ Gregorio Marañón. *Gordos y Flacos*, p. 89

I. I. El Comer y los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA)

Alimentarse para todo ser vivo, es condición indispensable para sobrevivir, para existir. El hombre- ser vivo- no puede ser la excepción; sin embargo, para él la alimentación y la comida significan no solamente la satisfacción de una necesidad fisiológica, sino que es una actividad que está asociada a múltiples experiencias, lo que implica que el alimento y el comerlo queden revestidos de una gran variedad de significados y de muy diversas simbologías.

Desde la cuna, cuando la madre esta amamantando a su bebé, los fenómenos que sobrevienen son mucho más que la simple absorción y digestión de la leche ingerida, tales como la desagradable sensación que el bebé experimenta al sentir el hambre, en presencia de su madre; ésta además contacta con él, al hablarle, sonreírle, mirarlo a los ojos, besarlo y atenderlo, por tanto el pequeño no sólo esta alimentándose, también esta aprendiendo, desarrollándose y vinculándose con ella. De este modo la madre va adquiriendo ante el niño una serie de significados socio-afectivos de los que carecía previamente.¹⁵ Además es evidente que en este contexto, ni la comida ni el comer podrían tener la excepcional carga emocional, descrita con anterioridad, sí se diera el caso de que éstos fueran facilitados mediante un alimentador artificial.

Así pues aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta socialización del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. Ante lo cual “[...] cabe asegurar que la comida, el hecho de comer, reviste significados, se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional.”¹⁶ Un claro ejemplo de ello resulta cuando se emplea un producto comestible sumamente satisfactorio al paladar de una persona, y éste es dado como

¹⁵ Lev S. Vigotsky. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, p. 131

¹⁶ Joseph Toro. *El cuerpo como delito*, p. 2

recompensa o negado como sanción ante un comportamiento determinado. Esta ejemplificación refleja las ocasiones habituales en que la comida deja de significarse en sí misma para convertirse en aprobación o desaprobación social.

De lo cual resulta que en búsqueda de dicha aprobación social, las personas concretan la gran mayoría de sus reuniones en comidas compartidas: bautizos, primeras comuniones, XV años, bodas, aniversarios, despedidas, reuniones de pareja, reuniones de amigos (as), etc. Son múltiples las situaciones en que el comer posee un valor que va más allá de cubrir las necesidades fisiológicas. Puesto que, además, el hecho de convivir, con otros, en el momento destinado para la comida, implica también el compartir experiencias, en efecto aunque el platillo ingerido goce de una deliciosa preparación, puede resultar un verdadero vomitivo si el ambiente generado en la mesa es tenso, conflictivo o desagradable. Así mismo un alimento insípido o incluso desagradable al contacto puede saber delicioso en situaciones gratificantes.

Evidentemente el comer suele revestirse de múltiples significados más allá de lo nutricional, por tanto lo mismo puede suceder con el no comer. Ya se ha expuesto cómo la supresión de los alimentos puede convertirse en castigo. En el contexto histórico no se encuentran sociedades ni culturas en las que no existan prohibiciones colectivas relativas a la ingestión de determinados alimentos. Se trata de tabúes alimentarios radicalmente establecidos. En su mayor parte han sido de carácter religioso, aunque no se descartan aquellos que son fruto de los factores climatológicos y económicos. Así se sabe que “[...] los hindúes tienen prohibido comer carne de buey y vaca; los judíos carne de cerdo y mariscos; los budistas solo pueden ingerir algunos mariscos y ninguna otra carne animal. Y que distintas religiones obligan a ayunos totales o selectivos y a abstinencias en determinadas épocas del calendario religioso: el Ramadán Musulmán, la Pascua Cristiana, etc.”¹⁷ En tales circunstancias el comer es pecar; la ingestión alimentaria debe provocar

¹⁷ <http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/tabues.htm>, 10/05/08

culpa y angustia, puesto que se ha violado un mandato sagrado. De manera que se pueden considerar alimentos tabú a aquellos alimentos que por razones culturales o religiosas no son aceptados para su consumo, no son entendidos o son totalmente desaprobados, y son por lo tanto tabú por la sociedad en general o por un grupo dentro de ella.

No obstante, pensando en el tema que a este capítulo ocupa, son las características y circunstancias de las restricciones alimentarias las que más deben interesar, especialmente las implicadas en los albores del siglo XXI; puesto que en éste se ha experimentado una progresiva laicización de la sociedad. Las estructuras y agentes publicitarios han ido sustituyendo a las estructuras y agentes eclesiásticos. En esta naciente sociedad los ayunos y abstinencias practicadas en nombre de Dios están siendo relegados al olvido; pasando a formar parte de los ahora denominados Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). Es en este periodo histórico actual donde los TCA se propagan con la efectividad de un virus, aunque no lo son; originando auténtica alarma social. Se trata de trastornos que justamente guardan estrecha relación con los ayunos y abstinencias que practican miles de fieles y seguidoras adolescentes. Ante lo cual, no se puede olvidar que el 3% de las adolescentes en el mundo la padecen¹⁸, mismas que constituyen sólo la parte visible de la problemática.

El ayuno y la abstinencia en quienes padecen TCA en el presente siglo, son prácticas que están en función de la belleza corporal. Dios y los sacrificios por él impuestos han sido sustituidos por la apariencia del cuerpo, por el mantenimiento de la silueta ideal. Ayuno y abstinencia estaban asociados a salvación, penitencia y canonización¹⁹; ahora la restricción alimentaria, en la mayoría de sus prácticas, está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma. Pero se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la

¹⁸ Cf. Julia Buckroyd. *Anorexia y bulimia*, pp. 20 y 39

¹⁹ Cf. *Infra*. Capítulo II, p. 50

femenina, y de manera alarmante en las muchas adolescentes, quienes sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan los antivalores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas; mismos que dictaminan que sólo mediante un cuerpo delgado puede lograrse la aceptación social y, por ende, la aceptación de uno mismo. Únicamente mediante la delgadez corporal se cree posible alcanzar “[...]belleza, elegancia, prestigio, higiene, juventud, autoestima alta, aceptación social, estar en forma e incluso la virtud y perfección.”²⁰ Por ende perder peso, hoy en día, constituye el más notable factor de riesgo para el desarrollo de los TCA.

En efecto la actual difusión de los TCA no puede entenderse ni expresarse sin tomar en consideración los factores socioculturales que la explican. Es más sin ellos seguramente no existiría la actual epidemia y además ésta no estaría revestida de las características con las que se presenta en el momento histórico contemporáneo. Pero ¿A qué hace referencia la categoría TCA? Los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. La cual se define como el comportamiento relacionado con los hábitos de la alimentación, la selección de los alimentos que se ingieren, las preparaciones culinarias y las cantidades ingeridas. Dichos trastornos son enfermedades mentales en las que el miedo a engordar, la alteración de la percepción de la imagen corporal* y del peso, así como el pensamiento obsesivo en la comida conllevan a una grave modificación de la alimentación, ocasionándose problemas que pueden poner en riesgo la vida.²¹

De hecho los TCA pueden adoptar diversas formas que están relacionadas entre sí, la persona que los padece puede ir de una a otra. Estas modalidades son la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y los Trastornos del Comportamiento Alimentario no Específicos; en todos estos casos se presentan percepciones erróneas respecto a la forma de alimentarse, el peso y la figura corporal de quienes

²⁰ Alicia Gorab y María del Carmen Iñarritu. *¿Cómo ves? Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia.*, p. 48

²¹ Cf. *Ibíd.*, p. 33

los padecen, un miedo intenso a subir de peso y una autoestima basada en la figura corporal. No obstante, cada uno de ellos tiene sus peculiaridades:

Anorexia nerviosa

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea.

Subtipos

Subtipo bulímico: durante el periodo de anorexia, la persona presenta periodos recurrentes de sobreingesta.

Subtipo restrictivo: durante el período de anorexia, la persona no presenta episodios recurrentes de sobreingesta.²²

Bulimia nerviosa

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además la autoevaluación de los individuos que padecen esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Para poder afirmar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de tres meses.

Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos

²² Cf. Rosa María Raich. *Op.cit.*, p. 25

comerían. Un periodo corto de tiempo significa, aquí, un periodo menor a dos horas. Y el tipo de comida que se consume en los atracones generalmente son dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles).

Subtipos

Subtipo purgativo: la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.

Subtipo no purgativo: la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de laxantes y/o diuréticos.²³

TANE:

Se refiere al trastorno de la conducta alimentaria que no cumple los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica, puesto que puede ser que una mujer cumpla todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero que sus menstruaciones sean regulares; así mismo se pueden cumplir todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentre dentro de los límites de la normalidad; también pueden cumplirse todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparezcan menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses; así mismo se pudieran estar empleando de manera regular las conductas compensatorias inapropiadas pero después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal; y por último el masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.²⁴

²³ Cf. DSM-IV-TR. *Op. cit.*, pp. 660, 661 y 662

²⁴ Cf. *Ibíd.*, pp.665, 666

Aunque más allá de la pura descripción de los comportamientos característicos de estos trastornos (por otra parte imprescindibles para su clasificación) se pretende hacer hincapié en la distorsión que representan en el desarrollo sociocultural de las adolescentes pertenecientes a los albores del siglo XXI. Puesto que el dedicar todo el análisis a la simple pérdida de peso de manera aislada, entorpecería la adquisición de otros aprendizajes necesarios, causando un rezago en el desarrollo investigativo de los TCA; ante lo cual se vuelve ineludible realizar un análisis teórico- práctico de esta problemática. Por lo cual en la presente tesis sólo se analizará el trastorno anoréxico, ya que con base en un diagnóstico de intervención socioeducativa implementado en una Escuela Secundaria, se detectó que el total de las adolescentes inmersas en este contexto, con padecimientos de trastornos alimentarios, padecen anorexia, no habiendo casos ni de bulimia ni de TANE. (Cabe mencionar que al citar fragmentos de los casos relatados por dichas adolescentes, estos aparecerán en letras cursivas).

I. II. Definición de Anorexia Nerviosa

El término anorexia “proviene del griego, con el prefijo “a” el cual indica una negación. El verbo tiene varias acepciones que han sufrido modificaciones con el tiempo, como serían: ofrecer, dar, expandirse de gozo y desear a alguien.”²⁵ Pero ninguno remite al comer, más bien su adecuada traducción, anteponiendo el prefijo de la negación, sería: sin deseo o falta de gozo. Es por ello que la traducción actual que hace referencia a la falta de apetito es errónea, ya que la falta de apetito no suele aparecer sino hasta ya muy avanzado el trastorno. Las personas con anorexia si sienten hambre y precisamente el mecanismo de control que se pone en marcha es el de tratar de negar y controlar ese apetito. Siendo ésta un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por el “Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal para una determinada edad y

²⁵ Rosina Crispo, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervenciones para el cambio, p. 46

talla, llegando a un peso corporal inferior al ochenta y cinco por ciento del peso esperado.”²⁶ El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que engordan, y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, diuréticos y ejercicio físico extenuante (más de dos horas diarias con el propósito de adelgazar). Tales características pueden ser expresadas mediante el siguiente testimonio de una adolescente sujeto de intervención, la cual al ser cuestionada acerca de las técnicas que ha intentado para bajar de peso respondió que se dedicaba a hacer ejercicio y dietas consistentes en beber “*Agua, mucha agua, este...., no comer, por que luego, por ejemplo creo que... anteayer nada mas comí unos pepinos y comí hasta las nueve de la noche y si me dolía mucho la cabeza o sea no como a mis horas... pero más bien sólo dejo de comer.*”²⁷; ante tal respuesta se le cuestionó si esto lo hacía con el afán de adelgazar a lo que contestó afirmativamente, de manera que era necesario preguntarle si ante la realización de todos estos episodios había visto resultados a lo que respondió que no.

Dichas respuestas fueron otorgadas por una chica cuyo peso corresponde a los 39 Kg., éste ha descendido un aproximado de 20 Kg. en un lapso temporal de seis meses, y aun así declara no observar resultado alguno ante la realización de sus dietas; ello debido a que la imagen interna que ésta tiene de su cuerpo está dominada por una autopercepción distorsionada. El cuerpo que las adolescentes trastornadas ven en el espejo no es el que las personas que las rodean ven. La carga que llevan es la gordura imaginada, un estigma que las atormenta. Su autoestima* está determinada por esa imagen corporal distorsionada y en la mayoría de los casos no existe conciencia de la enfermedad. Otro dato relevante es que la edad de dicha joven corresponde, tan sólo, a los 13 años; edad entre la que oscilan el resto de los sujetos de intervención, (entre los 12 y 15 años) de manera que “El

²⁶ María Teresa Roma Ferri, Nieves Montesinos Sánchez, Rosa Ballester Añón, *et. al. Op. cit.*, p. 40

²⁷ Autorizado por E3. Febrero/ 2007

* “Hace referencia a esa valoración positiva, a la imagen de lo que a uno le gustaría ser.” Rogelio Perea Quesada. *Educación para la salud: reto de nuestro tiempo*, p. 11

trastorno suele iniciarse entre los 14 y los 18 años de edad, pero en los últimos tiempos se ha constatado el descenso de la edad de inicio”²⁸. Siendo uno de los síntomas de la anorexia la falta de menstruación en quienes aún no presentan su menarquia, y la pérdida de la misma en las posmenárquicas de por lo menos tres ciclos consecutivos, existiendo también un retraso en el desarrollo de los órganos sexuales y la pérdida del interés sexual.²⁹

Estos síntomas dan cuenta de una indudable desnutrición, la cual puede dar lugar a todo tipo de consecuencias, complicaciones y alteraciones, las cuales se pronostican con la seguridad de que quienes padecen trastornos alimentarios vivan todo eso. Éstas son: hipotermia, bradicardia o taquicardia, anemia, osteoporosis, alteraciones en la piel, caída del cabello, lanugo, deshidratación, trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza, perturbaciones del sueño, ansiedad, depresión, obsesión, compulsión, fobias, tristeza, irritabilidad, aislamiento social crónico progresivo, ideas suicidas y amenorrea. Todos estos datos fueron tomados en cuenta para la realización de la encuesta “Hábitos y Costumbres” aplicada al universo femenino de la Escuela Secundaria antes mencionada.

Tras la aplicación de dichas encuestas, se realizaron una serie de entrevistas a profundidad a las adolescentes que resultaron padecer anorexia, éstas denotaron que, inicialmente, eran hijas modelo, dóciles y colaboradoras, hasta que apareció la anorexia. Ello lo refieren Darío Páez y Elena Zubieta al exponer que “La gran parte de las adolescentes están satisfechas con su vida familiar, se sienten ligadas a sus padres, los evalúan positivamente y adoptan orientaciones de valor semejantes... sin embargo una vez que hace acto de presencia alguna conducta social desviada se altera la relación padres y adolescente.”³⁰ En efecto, la tensión entre los recién adquiridos valores de autonomía e independencia contra los de control social y

²⁸ Joseph Toro. *Op. cit.*, p. 8

²⁹ Cf. Julia Buckroyd. *Op. Cit.*, p. 29

³⁰ Darío Páez, Itziar Fernández, Silvia Ubillos, et. al. *Psicología social, cultura y educación*, pp. 235 y 236

autoridad paternal explican en gran parte el desarrollo de los TCA. Al entrar a la adolescencia y comenzar a pretender ser más autónomas, el proceso se dificulta, porque sienten que no tienen poder sobre su cuerpo, ya que ocurren cambios físicos inherentes a este periodo de la vida, tales como: “[...] las modificaciones fisiológicas del crecimiento en general y de los cambios de tamaño, peso y proporción del cuerpo.”³¹ Lo cual las horroriza por lo que deciden adelgazar, obsesionándose con el perímetro de su abdomen, nalgas y muslos, de manera que estas púberes se van internando en el complicado mundo de “Peter Pan: se sienten mucho más niñas de su edad cronológica, sentimiento que es reforzado mediante el retraso del peso y la talla”³². Los cambios de comportamiento que sobrevienen son: el mentir ante las sensaciones de hambre, sed, fatiga y sueño; el temor a perder el control; dificultad ante situaciones de concentración y de aprendizaje; intransigencia ante la frustración, confusión en cuanto a la identidad sexual, dificultad para expresar sentimientos, introversión y expresividad limitada, sensación de vacío y de pocos logros. También es reiterativo en las adolescentes el miedo a convertirse en adultas, lo cual es expresado mediante actitudes infantiles tales como la que denota el siguiente testimonio otorgado por una mujer adolescente, al cuestionarle acerca de cómo es la relación que sostiene con sus padres: *Mala, porque no me dejan ir a lugares , por ejemplo me compraron unos tenis que son negros y no me los deja poner porque dice que me los voy a gastar, siento que ella no me quiere porque me regaña mucho o sea cuando esta con mi papá, este... me hace a un lado, porque siempre me manda a hacer cosas, por ejemplo, la vez pasada que estaba mi papá me dijo que me fuera a otro lado, porque nada más estaba molestando. (Llora).*³³ A dicha actitud se le suman las características antes descritas acerca de los sentimientos ante la pérdida del control corporal, puesto que al cuestionarle a la misma chica al respecto del por qué consideraba que era así la actitud de sus padres ella respondió que ésta se debía a su aspecto físico porque, supuestamente, antes de crecer y ponerse así gorda, ellos sí le ponían atención y la dejaban estar con ellos. Así pues al analizar el

³¹ Arminda Aberastiry y Mauricio Knobel. *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*, p. 48

³² Santiago Martínez Fornés. *La obsesión por adelgazar. Anorexia y bulimia*, p. 73

³³ Autorizado por E5. Febrero/ 2007

testimonio de esta adolescente es posible deducir que presenta síntomas de depresión, ansiedad, obsesión y compulsión, los cuales constituyen el entramado que caracteriza a quienes padecen trastornos del comportamiento alimentario.

Así mismo el perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de su realidad personal, de sus rendimientos y comportamientos; sus relaciones interpersonales casi siempre están alteradas, se hacen cada vez más egocéntricas, consumiéndose emocionalmente entre sus miedos, sus obsesiones y sus rituales, y consumiéndose físicamente en el transcurrir de su progresiva destrucción.³⁴ Todas estas características es posible apreciarlas en el discurso otorgado por una sujeto de intervención al pedirle que conversara acerca de sus amigos: *“Pues, no... los más cercanos a veces chocamos mucho, ahorita no, no tengo, en el caso de una compañera que es muy bonita y todo eso hace menos a todas, eso es una complicación... es de otro grupo, pero convivo muy bien con ella, sólo con ella, porque es bonita. Ante tal respuesta era de obviar el porque no consideraba hablarle a sus otros compañeros, no obstante se le cuestionó por qué tuvo complicación con ellos, a lo que respondió “Ó sea no fue así complicación, es más bien que ya nos les hablo, “x” jajaja. No se son feos jajaja.”*³⁵ Sin embargo, esta descripción, se sigue concertando tan sólo a los síntomas físicos y psicológicos, propios de la anorexia, no por ello ajenos al contexto sociocultural en el que se constituyen las adolescentes que los presentan. Pero es una teorización médica que no permite acceder a la comprensión de la anorexia como un trastorno alimentario, porque oculta lo que el entorno sociocultural provoca y lo que desde la educación se propone.

De ello resulta que los síntomas estén descontextualizados, ya que no existe un cuestionamiento de los significados que los individuos les confieren a éstos. Además, uno de los criterios más importantes que tratan los textos especializados, es el de la distorsión de la imagen corporal, pero no existe una reflexión sobre el

³⁴ Cf. Santiago Martínez- Fornés. *Op. cit*, pp. 71- 74

³⁵ Autorizado por E2. Febrero/ 2007

papel que ejerce el entorno sociocultural como educador de los cuerpos de las adolescentes. Dicho entorno ha enseñado a las mujeres a constituir identidades fragmentadas, cuerpos inseguros, a monitorear constantemente cualquier signo de imperfección, cualquier exceso de grasa, de volumen, de peso y, aunque hacen distinción de sexos, no existe la *perspectiva de género* que las feministas intentan rescatar, como el hecho de que el 90% de las personas que padecen trastornos alimentarios sean mujeres.

Aunque actualmente se está estableciendo una gran apertura en la psiquiatría, en la psicología y en la medicina con respecto a investigar de qué manera el ambiente y la psique interactúan con los factores biológicos, los cambios en la práctica clínica aun no han dado un giro contundente en sus postulados hacia la realidad empírica.³⁶ Puesto que gran parte de las investigaciones en torno a estos trastornos siguen aferradas a la *teoría psicoanalítica*, sin el establecimiento de una apropiada contextualización de los significados que se desprenden de sujetos que han sido desequilibrados por su contexto sociocultural. Utilizándose aún dicha teoría para el desarrollo de las investigaciones que pretenden categorizar los síntomas y las conductas de estos trastornos, siendo que “[...] estos factores no son específicos de la anorexia nerviosa, son los que suelen encontrarse entre los factores de riesgo de la mayor parte de los factores psicopatológicos.”³⁷ En consecuencia, los únicos factores específicos de la anorexia, serían aquellos que dieran lugar directamente a la pérdida de peso. <<Estos factores son mayoritariamente de carácter sociocultural>>. Máxime en el siglo XXI, en el cual, la anorexia cumple con la casi totalidad de los criterios del <<trastorno étnico>> establecido por Deverux, el cual presenta las siguientes características:

1. “El trastorno ocurre frecuentemente en la cultura en cuestión y constituye en la misma una patología psiquiátrica habitualmente observada.

³⁶ Cf. Galende. *Para una crítica de la salud psiquiátrica*, p. 22

³⁷ Joseph Toro. *Op. Cit.*, p. 325

2. el trastorno se expresa en diferentes niveles de gravedad y según unas formas límite, <<subclínicas>>, que se encuentran en medio de un *continuum*, que va desde comportamientos normales, en la cultura considerada, en un extremo, a una patología clínica manifiesta, en el otro.
3. A nivel dinámico, la conflictividad que subyace en los síntomas es fundamental e inunda la cultura en cuestión, pero es de una intensidad suficiente como para inducir a algunos sujetos a poner en marcha mecanismos de defensa psicológicos y para precipitar los síntomas.
4. La sintomatología del trastorno es una vía común de expresión de un espectro diversificado en cuanto a la psicología subyacente.
5. los síntomas observados en los casos clínicos representan los extremos de conductas normativas en la cultura en cuestión, conductas explotadas por los sujetos como maneras de defensa psicológica, <<listos para servir>>.
6. el trastorno es sancionado, en esta cultura, con el apelativo de <<locura>> o de desviación psicológica: es modelado por unos personajes y por unas corrientes influyentes desde el punto de vista social.
7. los síntomas se decantan a la vez a favor y en contra de los valores y de las normas de la sociedad en cuestión. De la sociedad se desprende una respuesta ambivalente ante ese trastorno: los individuos que presentan el síntoma son al mismo tiempo castigados y recompensados por unos personajes o unas corrientes de esta sociedad. ”³⁸

Esta definición de los trastornos <<étnicos>> puede ser perfectamente aplicada al trastorno anoréxico y pone de manifiesto claramente la vinculación entre éste y la cultura. En definitiva la sociedad ofrece un modelo e induce a los individuos a adoptarlo, sobretodo a los adolescentes, a quienes les señalan “[...]los preceptos y las exigencias a que deben adaptarse y les proporcionan modelos más o menos configurados según su sexo[...]”³⁹. De ello resulta que, la anorexia y la bulimia ocurran cada vez con mayor frecuencia entre este grupo poblacional, puesto que el

³⁸ George Deverux, *cit.* por Anne Guillemot y Michel Laxenaire. *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*, p. 137

³⁹ Ramón de la Fuente, María Elena Medina Mora y Jorge Caraveo. *Salud mental en México*, p. 184

trastorno alimentario parece expresar los conflictos y las tensiones generalizadas en la cultura globalizada del siglo XXI, por lo tanto el trastorno puede ser la vía de expresión final de distintos problemas personales y sus síntomas son conductas y actitudes exageradas en comparación con las normales dentro de la cultura actual, se trata de trastornos ampliamente imitados y finalmente suscita en los demás respuestas ambivalentes*.

Por lo tanto son los factores socioculturales los que sin duda cumplen un significativo papel en el desarrollo de la anorexia. Pero ¿A qué se hace referencia cuando se alude al enfoque sociocultural? En el campo de la psicología Lev S. Vigotsky es el fundador de la teoría sociocultural, esta teoría es la primera en concebir al hombre como un ente producto de procesos sociales y culturales. Ello muy probablemente debido a su formación en disciplinas humanísticas tales como: la literatura, la lingüística y la filosofía. Su obra se desarrolló entre los años 1925 y 1934, puesto que este último fue el año en el que se suscitó su prematuro fallecimiento, a los 38 años de edad. No obstante esos diez años le bastaron para desarrollar una de las teorías más prominentes, al articular los procesos psicológicos y los socioculturales.⁴⁰ Lo que constituye el sustento teórico esencial del presente trabajo de tesis, puesto que en éste, como ya se ha mencionado, se considera que los TCA son producto de las imposiciones culturales y del culto al cuerpo dominado por la moda de la extrema delgadez; modelo que las mujeres de hoy asumen de manera inconciente, y que altera profundamente su psiquismo, ello debido a que se les dificulta, de sobremanera, adaptarse a esta presión social; a este respecto Anne Guillemont refiere que “[...] cualquier individuo busca durante toda su vida una vida

* “Estado psíquico de la persona que experimenta o manifiesta simultáneamente dos actitudes o sentimientos opuestos hacia un mismo objeto o una misma situación.” Santiago Martínez Fornes. *Op. cit.*, p. 216

⁴⁰ Cf. Consejo Nacional Técnico de la Educación. *Implicaciones educativas de seis teorías psicológicas*, p. 85

(sic) compleja entre la presión del entorno y la de su inconciente.”⁴¹ Siendo la patología, expresada mediante la anorexia, el precio que se paga.

Por consiguiente, cabe destacar que la estructura social y la cultural son factores a través de los cuales se debe demostrar la influencia “[...] tanto del nivel individual (mediante la socialización y aprendizaje en el pasado) como del nivel de la estructura de la situación actual, los roles y valores.”⁴² Estos últimos actúan a través de procesos psicológicos, (denominados en el párrafo anterior como psiquismo) en forma de creencias y actitudes. Por tanto una explicación sociocultural mostrará cómo se relacionan el nivel individual, el institucional (familia), y la estructura social con los procesos de socialización. En síntesis, mediante la teoría sociocultural se busca sustentar la comprensión de los comportamientos individuales a partir de las características del contexto social, y de las expectativas y evaluaciones que en éste se gestan.

De manera que las sujetos con padecimiento de anorexia o bulimia deben ser vistas como producto de las múltiples interacciones sociales en las que se han visto involucradas a lo largo de su vida y que las han predispuesto al desarrollo de estos trastornos, puesto que Vigotsky asume que “Los sistemas simbólicos que los individuos utilizaban al construir el significado eran sistemas que estaban ya <<allí>>, profundamente arraigados en el lenguaje y la cultura.”⁴³ Bajo esta concepción la educación es vista como la que define los comportamientos, hábitos y costumbres de un individuo desde que nace hasta su muerte; en otras palabras, la educación se concibe como la precursora de la cultura, y por tanto de las prácticas socialmente aceptadas. De manera que son los factores socioculturales los que sin duda cumplen un significativo papel en el desarrollo de la anorexia y la bulimia. Factores entre los

⁴¹ Michel Laxenaire. *Anorexia y bulimia*, p. VIII

⁴² José A. Castorina y Silvia Dubrobsky. *Op. cit.*, p. 8

⁴³ Ignasi Vila Mendiburu. *Op. cit., cit. por* J. Trilla, E. Cano, M. Carretero, *et. al. Op. cit.*, p. 223

que actualmente destacan la presión social y estereotipos culturales, los medios de comunicación de masas y la etapa adolescente o puberal⁴⁴:

Presión social y estereotipos culturales- las dimensiones corporales femeninas han sido valoradas de modo muy distinto en diferentes épocas de la historia del mundo. Los cambios históricos conllevan cambios culturales que, en el caso de los TCA, acarrearán modificaciones en los patrones estéticos corporales. La existencia de un modelo ideal de belleza supone una presión significativa para las personas trastornadas. Quienes se ajustan a las características del modelo vigente son consideradas ejemplo a seguir; muestra clara de ello fueron las primeras manifestaciones de modelos corporales constituidas por las Venus prehistóricas "...damas corpulentas de pechos y caderas exageradamente voluptuosos."⁴⁵ Pero fue en Egipto donde comenzó a aparecer de forma más evidente la preocupación por el cuidado del cuerpo. Nefertiti y Cleopatra fueron las dos grandes bellezas de aquellos tiempos, la primera por su armoniosa hermosura y la segunda por su obsesión en el cuidado del cuerpo. Pero nada hubiera sido de ellas sin la ayuda de la casta sacerdotal, que desde el III milenio a. de C. poseía la llave de la caja fuerte que albergaba los mayores secretos de belleza: las recetas y formulas cosméticas. El culto al cuerpo comenzaba en las mujeres, quienes eran de figura esbelta, labios carnosos y senos firmes, mismas que además resaltaban su belleza con el característico lacio, negro y recto pelo egipcio, pero en realidad no crecía así en todos los casos, por lo cual empleaban pelucas hechas con delicados hilos de seda o cabello real, éstas eran adornadas con finos hilos de oro. El esplendor que adornaba a la belleza egipcia se tornó en la Grecia Clásica, entre los siglos VI y IV a. de C.; no obstante en este caso la mujer pasó a un segundo plano, frente al hombre. Puesto que ellas vivían ocupadas en las labores del hogar, por lo que tenían la tez blanca y sólo podían mostrarse maquilladas al interior de sus habitaciones, debido a que la

⁴⁴ Cf. María Teresa Roma Ferri, Nieves Montesinos Sánchez, Rosa Ballester Añón, *et. al. Op. Cit.*, pp. 42-44

⁴⁵ Cf. Santiago Martínez- Fornés. *Op. cit.*, p. 24

belleza no sólo consistía en maquillarse el cuerpo, sino en una perfecta armonía de cuerpo y mente. Los romanos copiaban todos los ideales artísticos y estéticos griegos, y así fue en el caso masculino; sin embargo, las mujeres siguieron su propio modelo, depilaban su piel, colocaban postizos en sus cabellos, esmaltaban sus dientes y colocaban almohadillas en su encorvada espalda. No obstante la dieta y los excesos de los banquetes imperiales romanos hicieron de todo cuidado estético un fracaso, pues de poco les servían aquellas zonas de las casas especialmente dedicadas a vomitar, ya que se tornaban insuficientes. Contrariamente la Edad Media (476- 1492) fue una época en la que todo giraba en torno a Dios, y la Iglesia puso veto a la belleza. Nunca como entonces tuvieron que ocultarse las mujeres en la austeridad y el pudor, pues la iglesia hizo del maquillaje un símbolo de lujuria y prostitución, además sólo autorizaba dos baños: el de la necesidad y el de la purificación, este último sólo se tomaba en víspera de la recepción de algún sacramento. Aun cuando el cuidado por la belleza estaba prohibido, existía un modelo estético impuesto, con 25 años la mujer medieval, harta ya de dar a luz, era considerada una anciana. Sólo las formas adolescentes con cabellera rubia y rizada, frente ancha, cejas finas, ojos alegres y párpados abombados eran bellas. Sin embargo el cuidado por la belleza resurgió dentro de esta misma época, en los siglos XI al XIII, recuperándose la costumbre de tomar el baño, y los sacerdotes que escondían los neceseres de las mujeres los sacaron a la luz en libros, cuando en el siglo XV se inventó la imprenta.⁴⁶

Durante el Renacimiento (siglos XV y XVI) Italia era el referente estético, Durero y Leonardo da Vinci establecieron reglas y diagramas para la figura ideal: la mujer debía poseer tres atributos blancos- piel, dientes y manos- tres características rojas- labios, mejillas y uñas- y tres particularidades negras- ojos, cejas y pestañas.⁴⁷ Durante la misma época pero en Francia la higiene personal en la mujer fue tomando una gran importancia, éstas eran robustas, aunque con una cintura muy delineada,

⁴⁶ Cf. Lola Delgado. "Canon de belleza a lo largo de los tiempos". Muy interesante. (México, D.F.), 27 de Agosto del 2003, pp. 66- 72- estética

⁴⁷ Cf. Alicia Gorab y María del Carmen Iñarritu. *Op. cit.*, p. 18

por lo que tenían que usar corsé y almohadillas para redondear su figura, ello porque la gordura era sinónimo de holgura económica, además la tuberculosis era una enfermedad predominante de la época, misma que provocaba que quienes la padecían adelgazaran extremadamente, así que no había mejor forma de mostrar una buena salud que a través de los kilos. Pero cuando la obesidad comenzó a causar estragos, el inglés William Banting, publicó una carta en 1863 que se convirtió en la precursora de todos los consejos y libros dietéticos de hoy. En Estados Unidos la carta agotó doce ediciones consecutivas entre 1863 y 1902. Por lo cual en dicho país se puso de moda la esbeltez, y muchas mujeres se alimentaban de vinagre y limones, además de quedarse despiertas hasta la madrugada con la finalidad de provocarse ojeras.⁴⁸ Luego en 1905, el modisto Paul Poiret revocó la moda del corsé, lo que determinó el gran cambio en los cánones de belleza del siglo XX; consecuentemente, en 1950, surgieron las pastillas para adelgazar, la comida dietética y las anfetaminas. Este salto vino acompañado de grandes cambios sociales puesto que estos cambios se dieron en una sociedad todavía machista, en la cual estar delgada era la única esperanza para conservar a un marido. Sin embargo la liberación de la mujer tuvo un gran auge tan sólo diez años después, 1960, desde entonces el dictado de la moda decidió que el cuerpo ideal de la mujer debía ser exactamente esbelto y lanzó a la fama a una modelo de origen inglés, llamada Twiggy, quien poseía un cuerpo excesivamente delgado y sin ninguna curvatura, quien se convirtió en el modelo a seguir de muchas.⁴⁹ Es a partir de esta época que los Trastornos del Comportamiento Alimentario se han venido incrementando de una forma alarmante, sobretodo en las jóvenes, quienes ponen seriamente en riesgo su salud física y mental al pretender adelgazar excesivamente, puesto que aquellas que no cumplen con este nuevo canon modélico suelen sufrir de una baja autoestima. Ello es expresado de la siguiente manera por una de las sujetos de intervención, misma que al cuestionarle qué significaba para ella estar bella respondió “*Una necesidad, el tener un cuerpo bonito, muy delgadito, mmmm...*”

⁴⁸ Cf. Lola Delgado. *Op. cit. Muy interesante*. (México, D.F.), 27 de Agosto del 2003, pp. 66- 72-estética

⁴⁹ Muy Interesante (México D. F.), Agosto del 2003, No. 20 p. 72. Lola Delgado. “Una bella historia.”

Y ya... [Y qué pasaría entonces si un día despertaras y te dieras cuenta que has subido de peso, tienes estrías y celulitis] *Hay no...me pondría hacer dieta, cañón, cañón...* [Y entonces ¿Qué haces y/o piensas cuando una persona obesa esta a tu lado?] *Mal, por que me da asco...* [¿Te has imaginado así?] *¡Hay no!..., no se...* [¿Qué harías si estuvieras obesa?] *No se, ¿me muero? Sí...* [Entonces ¿Qué necesita una mujer para ser femenina?] *Estar bonita y delgada.*⁵⁰ Es así como se manifiesta la presión sociocultural que el medio ejerce sobre la población adolescente, mediante la estigmatización del sobrepeso, lo que influye en el rechazo del peso corporal y la necesidad de llevar a cabo dietas para huir de este contramodelo social.

Estos modelos estéticos vienen determinados por la sociedad en la que el sujeto se desarrolla, no obstante, “[...]los estereotipos estéticos, al igual que los valores, suelen transmitirse en sentido descendente, es decir, desde las clases socioeconómicas más elevadas a las más deficitarias.”⁵¹ Siendo estas últimas fieles seguidoras de los modelos estéticos que imponen las primeras. Todo ocurre como si los factores socioculturales fuesen en un sentido y los biológicos en otro, ya que a medida que en este mundo globalizado se incrementan cada día más las tallas, fruto de los hábitos y costumbres alimentarios, contrariamente, al mismo tiempo se trata de conseguir una delgadez extrema, especialmente en las mujeres.

Medios de comunicación de masas- son al mismo tiempo desencadenantes y difusores de los estereotipos estéticos corporales. “Hasta mediados del siglo XX, la anorexia y la bulimia eran trastornos ligados a la burguesía”⁵² pero la masificación de los medios de comunicación ha provocado que se vaya atrayendo a todo tipo de clases sociales hacia dichos trastornos. Cine, televisión, radio, revistas, literatura prodelgadez, difusión de dietas adelgazantes y de cirujanos plásticos crean un mercado que glorifica la delgadez y sataniza la obesidad y el sobrepeso. De manera

⁵⁰ Autorizado por E5. Febrero/ 2007

⁵¹ Gregorio Marañón. *Op. cit.*, p. 89

⁵² María Teresa Roma Ferri, Nieves Montesinos Sánchez, Rosa Ballester Añón, *et. al. Op. cit.* p. 43

que se ha establecido a la delgadez como el modelo corporal a imitar y a seguir; en efecto, el ser delgada es igual a triunfar, tener éxito y ser mujer; por tanto no ser delgada significa fracasar. ello lo refiere Vigotsky al externar que “[...] la huida al mundo de los sueños suele desviar la energía y la voluntad del adolescente del mundo real.”⁵³ Es así como lo expresa una de las sujetos de intervención al comentar que la idea de adelgazar mediante acciones restrictivas y purgativas la obtuvo vía Internet al escribir la palabra anorexia, pues de tan sencilla forma se le presentó todo un desplegado de peligrosos consejos para adelgazar, pertenecientes a una página denominada Ana y Mía (Consultada por el 85% de las sujetos trastornadas); sin embargo, aun resultaba intrigante el saber en dónde había escuchado esta joven la palabra anorexia, a lo cual ella respondió: “*Pues salio en la tele, que era una mal forma de adelgazar, y no se que, y ya después se me ocurrió meterme ahí, y así me di cuenta... y así comenzó todo.*”⁵⁴ Este discurso es muestra clara del papel que desempeña el lenguaje empleado por los medios masivos de comunicación como vía esencial de transmisión cultural, no obstante este lenguaje puede ser aprendido de forma positiva o negativa, ello está en función de la adquisición que cada individuo haga de las “[...] herramientas mentales necesarias para poder regular su propia conducta y manejarse exitosamente en su medio.”⁵⁵ Evidentemente las adolescentes sujetos de intervención aun no han desarrollado su lenguaje como una herramienta de pensamiento crítico.

Etapa adolescente o puberal- desde la infancia las mujeres son educadas para preocuparse más por su cuerpo y por la imagen corporal que por los valores, por lo que al llegar a la adolescencia, un período determinado por desequilibrios e inestabilidad extremas⁵⁶, las muchachas muestran confusión a la hora de percibir su silueta como normal, de ello resulta que “El 70% de las adolescentes estén

⁵³ Lev Seminovich Vigotsky. *La imaginación y el arte en la infancia*, p. 45

⁵⁴ Autorizado por E1, Febrero/ 2007

⁵⁵ Enrique García González. Vigotsky. *Op. cit.*, p. 22

⁵⁶ Cf. Armida Aberastury y Mauricio Knobel. *Op. cit.*, p. 10

descontentas- incluso enojadas- con su propio cuerpo [...]”⁵⁷, ello se encuentra determinado por múltiples factores socioculturales impuestos con base en los modelos sociales vigentes, que establecen la aprobación o desaprobación social. Cabe mencionar que las adolescentes “[...] buscan la aprobación del grupo coetáneo y no la aprobación de las personas adultas, educadores y padres.”⁵⁸ En efecto, la aceptación o no de su propio cuerpo está condicionada por los criterios que al respecto de la imagen corporal predominan en su grupo de iguales, como lo muestra el siguiente testimonio: “[...] cuando una persona obesa esta a mi lado me siento mal, porque siento que me parezco a ella. Además porque siento que la gente me rechaza, por ser obesa, principalmente mis amigas.”⁵⁹ Indudablemente las adolescentes pasan mucho tiempo con sus compañeras por lo que las interacciones con éstas tienen una gran influencia en la adquisición de capacidades emocionales, sociales y cognitivas, aumentando así la importancia de la presión social entre los pares.

En síntesis, existe una inseparable relación entre los valores que predominan al interior de cada sociedad y el modelo estético corporal preponderante dentro de la misma; dicho modelo es interiorizado por cada uno de sus miembros y es reforzado por los medios de comunicación masiva. No obstante existen diversas alternativas de intervención con las que se debe trabajar en forma conjunta y que pueden ofrecerse a las sujetos que han interiorizado dichos modelos al grado de llegar a padecer anorexia o bulimia: el proceso de intervención debe atender los aspectos médicos, psicológicos, nutricionales y, sobre todo, educativos puesto que estos permiten al sujeto un mayor conocimiento de si mismo, de sus capacidades y limitaciones. Además existe el “[...]consenso mundial respecto a que la adolescencia es la etapa clave para evitar conductas de riesgo e introducir hábitos saludables mediante acciones educativas.” Es por ello que independientemente de los tratamientos

⁵⁷ Santiago Martínez Fornés. *Op. cit., Op. cit.*, p. 21

⁵⁸ María Teresa Roma Ferri, Nieves Montesinos Sánchez, Rosa Ballester Añón, *et. al. Op. cit.*, p. 44

⁵⁹ Autorizado por E1. Febrero/ 2007

médicos y psicológicos que comúnmente son implementados, para el padecimiento de los TCA, se debe tener en cuenta que el problema va más allá. El problema de fondo y la causa desencadenante de estos trastornos vienen determinadas por un factor mucho más general, el <<sociocultural>>, es decir se trata de un problema que padece la sociedad, porque está primando una serie de antivalores que precipitan la aparición de estas enfermedades, tales como: el consumismo, la intolerancia, la incomunicación familiar, la obtención del éxito en función de las pertenencias materiales o de la estética corporal.

De tal manera que el anhelo por la delgadez se está convirtiendo en un modelo estético que viene determinado por muchos factores propios de “[...] la sociedad opulenta: sobrealimentación, escasez de ejercicio físico, rechazo del alimento, etc.”⁶⁰ Sin embargo en las comunidades marginadas donde la comida escasea, la obesidad había venido siendo signo de prestigio social. No obstante, este ideal de delgadez, se ha convertido en un estereotipo estético, que, como todos los valores y antivalores, suele extenderse en sentido descendente, es decir, desde las clases socioeconómicas más elevadas a las más desprovistas. Ello puesto que el cuerpo delgado, sobre todo el de la mujer, se ha constituido en una característica esencial para conseguir la felicidad.

I. III. El Mercado del Adelgazamiento

Hasta mediados del siglo XX, la anorexia nerviosa era un trastorno preferentemente difundido entre las muchachas de la burguesía y otras categorías sociales afines. Por lo que durante mucho tiempo se afirmó que la anorexia nerviosa era el único trastorno, de todos los existentes, que se relacionaba directamente con el nivel socioeconómico. Pero la promoción y multiplicación de los instrumentos de mediación del tipo de los medios masivos de comunicación constituyen el fenómeno primordialmente responsable de la difusión del trastorno a través de todo el tejido

⁶⁰ María Teresa Roma Ferri, Nieves Montesinos Sánchez, Rosa Ballester Añón, *et. al. Op. cit.*, p. 43

social.⁶¹ Muestra clara de ello es la referencia que proporciona una de las sujetos de intervención al manifestar que ella escuchó por primera vez las palabras anorexia y bulimia en televisión, medio en el cual ella recuerda le informaron lo siguiente “[...] dicen que cuando te ves en el espejo te sientes mal, que es un trastorno, que tu quieres estar delgada y que mientras te ves al espejo te ves gorda, pero la realidad es que estás cada vez más delgada.”⁶² De tal manera es posible comprender que mediante la masificación de los medios de comunicación se comparten contenidos con todas las clases sociales, se trata de unos medios que propagan sugerencias, informaciones verbales, y un exceso desmedido de imágenes de cuerpos humanos, a través de los cuales, sutil o descaradamente, van destilando mensajes y señales que, entre muchas otras consecuencias, facilitan la difusión y consecuente interiorización colectiva de la cultura de la delgadez. Pero la gran mayoría de todos estos mensajes, tanto verbales como gráficos, promotores de adelgazamiento no son sólo el reflejo de los valores estéticos culturalmente promovidos, sino que manan a la luz pública, los agentes más interesados en el tema. Se trata de la publicidad al servicio de los grupos empresariales dedicados a la elaboración de productos o servicios destinados específicamente a conseguir disminuciones de peso o supuestas remodelaciones de la silueta corporal. Ejemplo de ello es lo siguiente:

¿Quién te ayuda a tener una figura tan irresistible cómo ésta?

(Se expone la fotografía de una modelo cuya cintura es proporcional al ancho del mango de una pequeña cuchara) (Ver Anexo 5)

Cereal FITNESS, naturalmente, todas las mañanas, un plato de puro placer con la satisfacción de nutrir tu figura con trigo integral, vitaminas, minerales y tan sólo unas cuantas calorías. Así, tú disfrutas el placer de preparar tu figura para las vacaciones.

Fitness de Nestlé, la línea que te va mejor.

⁶¹ Cf. Joseph Toro. *Op. cit.*, p. 237

⁶² Autorizado por E6. Febrero/ 2007

Mantenerse en línea es saludable.⁶³

“Con el plan Slim Fast te dará gusto que te volteen a ver.

El plan Slim Fast es una alternativa que te ayudará a bajar de peso de una forma segura y saludable. Desayuna y cena sólo una malteada Slim Fast y come balanceadamente. Elige verte bien y sentirte bien con el plan Slim Fast.”⁶⁴

“Necesitas algo que te ayude a cerrar los ojos para despegarte un segundo del espejo.

Chocolates canderel.

Toda la tentación, ningún pecado.”⁶⁵

Estos anuncios aparecen continuamente en la revista más consultada por las adolescentes diagnosticadas, lo cual permite mostrar claramente el constante bombardeo al que éstas se exponen. Siendo que esta situación no es exclusiva de este medio impreso, sino que se presenta en igual magnitud en televisión, radio, carteles espectaculares, Internet y en muchas otras modalidades de prensa ilustrada (sobre todo en las revistas dirigidas hacia la mujer). A este respecto cabe destacar que en 1998 se realizó un análisis de la “[...]publicidad <<pro esbeltez>> incluida en las diez revistas femeninas con más de 100.000 ejemplares editados que se publican... y observaron que casi uno de cada cuatro anuncios invitaba directa o indirectamente a perder peso o a hacer deseable un peso más bajo.”⁶⁶ Todo ello ha ido atentando contra la salud mental y física de las adolescentes contemporáneas; siendo así, que desgraciadamente la lógica le ha dejado el paso a la moda y podría decirse que “[...]muchas jóvenes, literalmente, <<mueren>> por ser delgadas.”⁶⁷ Ello lo muestran los resultados de la encuesta “Hábitos y Costumbres”, empleada para la

⁶³ Cf. Veintitantos (México, D. F.) Marzo del 2006, No. 3, p. 39. Nestlé.

⁶⁴ Veintitantos (México D. F.) Junio del 2003, No. 6, p. 105. Slim.

⁶⁵ Veintitantos (México D. F.) Junio del 2006, No. 6, p. 73. Canderel.

⁶⁶ Rosa María Raich. *Op. cit.*, p. 51

⁶⁷ Alicia Gorab y María del Carmen Iñarritu. *Op. cit.*, p. 16

realización del diagnóstico, aplicada a un total de 480 adolescentes de las cuales el 25.16% considera que estar delgada es una necesidad vital, de modo que su eminente deseo, independientemente de su peso, es querer ser más delgadas.

La consecuencia lógica de esta preocupación es el establecimiento de dietas. Cuando se les preguntó a las encuestadas si hacen dieta, las respuestas fueron afirmativas en un 75.48%. De manera que se puede aseverar que al relacionar el interés por perder peso con las respuestas otorgadas a la encuesta, cuyo fin último era medir actitudes hacia la alimentación y síntomas de patología alimentaria, se encontró una correlación positiva, y aunque la mayoría de las encuestadas se hayan dentro de su peso normativo para su edad, talla y sexo, una gran mayoría quiere adelgazar, hacer dieta y sienten una gran preocupación por su figura.

Entonces de lo anterior se puede deducir que el sentirse gordo es una de las causas que incide en la aparición de los trastornos alimentarios, y que en realidad no es necesario que la persona presente un sobrepeso real, tan sólo es necesario que lo piense para que esto le afecte. Lo anterior no es de extrañar, siendo que las modelos estéticas que presenta la cultura mediática tienen pesos por debajo de lo que es normativo para su talla y edad. Estas chicas que protagonizan las exhibiciones de todo género de moda femenina, que aparecen en pasarelas, revistas ilustradas, pantallas de televisión, carteles y fotografías de prensa, quizá no se han convertido tanto en modelos de productos novedosos para el público femenino, sino en modelos corporales. Es su silueta caracterizada por la extrema delgadez, la que parece ejercer influencia en muchas adolescentes. De hecho muy probablemente una vez que sus imágenes han sido interiorizadas por las muchachas, es cuando el volumen de ventas de los productos que anuncian aumenta; siendo su imagen de aparente éxito lo que les suscita el prestigio. Especialmente entre aquellas que aún poseen una conciencia acrítica respecto a sus actos, y por tanto la invasión y difusión de imágenes, el desarrollo de los mercados y la producción en serie impregnan en ellas el modelo corporal y los productos que les ayudarán a lucirlo, rápida y eficazmente.

Pero este prototipo modélico no ha existido siempre; fue en el siglo XX, durante la década de los sesenta, cuando el dictado de la moda decidió lanzar a la fama a la modelo de origen inglés, llamada Twiggy.⁶⁸ A partir de entonces las modelos semejan a chicos púberes, sin pecho y de pequeño trasero, situándose al borde de lo patológico. No obstante no sólo se trata de atentados contra su propia salud, sino de un conjunto de comportamientos socialmente promovidos. Su prestigiosa imagen y los procedimientos para conseguirla se interiorizan en la mente de las jóvenes adolescentes. Las consecuencias de este régimen modélico son previsibles. El culto a la delgadez extrema se haya arraigado tanto, entre la población adolescente, que genera decisiones dramáticas. Puesto que esa juventud de las modelos las sitúa más cerca de las expectativas de las adolescentes, quienes resultan ser las más indefensas ante este bombardeo y las más susceptibles a la anorexia.

Ante tal panorama resulta escalofriante el cinismo con que se promociona la delgadez femenina:

¡Wow, qué especial! ¡Independízate!

15 páginas para verte sensacional de pies a cabeza⁶⁹

(Las 15 páginas están impregnadas de escuálidas modelos que lucen ropa y accesorios de prestigiados diseñadores que ofertan sus productos en exclusivas tiendas) (Ver Anexo 6)

Resulta admirable cómo en tan pocas palabras se pueden lanzar tantos mensajes de alto riesgo; éstos encierran todo un sistema de antivalores, toda una ideología, que es la que está sustentando la cultura de la delgadez. Delgadez corporal se asocia a elegancia, a prestigio, a linda ropa, que solo así se puede lucir,

⁶⁸ *Cfr. Infra.* Capítulo I, p. 33

⁶⁹ Veintitantos (México D. F.) Junio del 2004, No. 6, p. portada. Carlos Flores. Emociones> ashton kutcher> película porno> pastas> aromaterapia> colores>.

a autonomía; siendo la imagen lo más importante y esencial. Por tanto, quien no está delgada no da buena imagen y no puede llevar (puesto que esa ropa suele confeccionarse en tallas bastante inferiores a la media general) ni lucir la ropa de las triunfadoras. Ante tal panorama no parece necesario explayarse en excesivas ejemplificaciones, cuando puede constatarse a diario la estrecha relación existente entre dinero, poder, medios de difusión, moda y belleza/ delgadez.

No obstante lo que pretende destacarse aquí no es sólo la presencia de los comerciantes sin escrúpulos, sino el acrítico estado de aceptación que se asume ante su presencia. Puesto que, sin el generalizado deseo de delgadez adolescente ninguna industria comercial estaría en condiciones de llevar adelante su negocio. En consecuencia, la sociedad necesita defenderse, pero para ello precisa protección; por lo que es necesario apuntar hacia algunas acciones de intervención que posibiliten la resolución de este problema de salud pública, considerando idóneo, para ello, realizar programas de intervención social que promuevan la <<prevención>> mediante campañas de información y sensibilización que faciliten la desmitificación de estos antivalores y que promuevan verdaderos valores, esencialmente entre la población mayoritariamente afectada: las adolescentes, para lo cual se vuelve esencial conocer el papel social que éstas juegan en los albores del siglo XXI.

I. IV. El Papel Social de la Mujer Adolescente en el Siglo XXI

Con base en lo anteriormente expuesto se puede aseverar que la presión sociocultural hacia la delgadez es uno de los graves problemas que se presenta en las mujeres adolescentes, puesto que las lleva a estar constantemente preocupadas por el peso, por la apariencia física, y por el cuerpo en general. “Las constataciones epidemiológicas ponen de manifiesto la presencia de una inmensa mayoría de

mujeres entre las pacientes afectadas de anorexia[...]”⁷⁰, hasta el punto de que este trastorno es reconocido como meramente femenino, ello se debe esencialmente a que el 95% de la población con TCA está compuesto por mujeres.⁷¹ Este predominio de mujeres anoréxicas refiere que los aspectos socioculturales tienen un enorme impacto en la predisposición, precipitación y mantenimiento de los trastornos alimentarios. Esto es debido fundamentalmente al estereotipo social que existe sobre la figura femenina ideal, conformada esencialmente por la delgadez y la juventud. Es por ello que la edad predominante de aparición de este trastorno es en la adolescencia*, “Según datos recientes... es de 1 en 250 mujeres entre 12 y 18 años y de 1 en 100 mujeres entre 16 y 18 años.”⁷² Así se está en posibilidad de afirmar que adolescencia y feminidad constituyen otro punto de encuentro entre los TCA y el contexto sociocultural, pues hablar del trastorno del comportamiento alimentario denominado como anorexia, o de grupos de riesgo de contraer tal trastorno es, en parte, sinónimo de referirse a características propias de la mujer adolescente, puesto que es casi imposible aludir a las personas que padecen este trastorno sin utilizar el término femenino como referencia. No ocurre así con ningún otro trastorno susceptible de ser experimentado por ambos sexos. Cuando se generaliza sobre cualquiera de ellos o sobre quienes los padecen, siempre se habla de <<los esquizofrénicos>>, <<los depresivos>>, <<los obsesivos>>, pero no resulta común escuchar hablar de <<los anoréxicos>>. Partiendo de esta constatación se ha intentado comprender lo que favorece al género* femenino para que se dé la

⁷⁰ Michel Laxenaire. *Op. cit.*, p. 127

⁷¹ Cf. Rosina Crispo, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. *Op. cit.*, p. 45

* “proviene del latín *adolescens*, que significa crecer, ir en aumento.” Alicia Gorab y María del Carmen Iñárritu. *Op. cit.*, p. 28

“Es el periodo de vida que se inicia con la pubertad, entre los 10 y 14 años, y se extiende hasta los 18, cuando llega a su término el desarrollo. La pubertad es el fenómeno de crecimiento y maduración relacionado con los cambios fisiológicos y hormonales, a diferencia de la adolescencia que designa el aspecto psicológico y social de esta etapa de crecimiento y desarrollo acelerados.” Ramón de la Fuente, María Elena Medina Mora y Jorge Caraveo. *Op. cit.*, p. 183

⁷² Cf. Rosina Crispo, Eduardo Figueroa y Diana Guelar. *Op. cit.*, pp. 45, 46

* “Construcción social, histórica y cultural de los seres humanos en función de su sexo, por lo que los roles de sexo masculino o femenino vienen diferenciados por las funciones, actitudes y capacidades que culturalmente se les atribuye desde el nacimiento a las mujeres y a los hombres.” María Teresa Romá Ferri, *Et. al. Op. cit.*, p. 37

aparición de estos trastornos; pero hallar con seguridad la causa o las causas de este hecho implica analizar los fenómenos de carácter socio histórico que giran en torno a las posibles explicaciones del problema, pero aquí lo que interesa fundamentalmente son las razones que llevan mayoritariamente a las mujeres del siglo XXI, especialmente adolescentes, a decidir adelgazar, mediante prácticas anoréxicas.

En el periodo que se conoce como adolescencia es cuando comúnmente es diagnosticada la anorexia, “Pues es un periodo en el que tiene lugar hondo cambio en la imaginación pasando de subjetiva a objetiva. Desde el punto de vista fisiológico se debe esta crisis a la formación de un organismo adulto, de un cerebro adulto, pero desde el punto de vista psicológico se debe al antagonismo de la... inestabilidad del pensamiento.”⁷³ Ello se puede observar claramente en el caso de las anoréxicas, pues cuando llega la pubertad la proporción de grasa se torna en formas onduladas esencialmente en los senos, caderas y muslos, lo cual es una expresión normal de la biología femenina, no obstante ellas las ven como obesidad que las desmerece ante sus ojos y los de los demás. Siendo esta etapa en la que los síntomas se hacen evidentes, ya que “[...] es un periodo de angustia, conflicto, arrebatos y agresión.”⁷⁴ Con base en la experiencia vivenciada durante la elaboración del diagnóstico es posible considerar que estas alteraciones del estado de ánimo se asocian a: a) el estrés provocado por cambios abruptos; b) falta de apoyo social, ya sea por parte de los padres, hermanos o grupos de iguales; c) la transición del periodo infantil al adolescente provoca en el individuo la percepción de su entorno de forma distinta, ante lo cual disminuye el excesivo optimismo y alegría ante circunstancias adversas. Es indudable que el tema de la adolescencia es complicado por sí sólo. En jóvenes anoréxicas el problema no es sólo la comida ni el peso, sino también los cambios corporales, emocionales, sociales y las relaciones interpersonales. Por lo que evidentemente su adolescencia comienza en biología y termina en cultura.

⁷³ Lev Semionovich Vigotsky. *La imaginación y el arte en la infancia*, p. 42

⁷⁴ Dario Páez, Itziar Fernández y Silvia Ubillos. *Op. cit.*, p. 231

No obstante estos dos elementos (el biológico y el cultural) se entrelazan debido a que el cuerpo se encuentra en el centro de la mayor parte de los conflictos de la adolescencia, sin duda alguna a causa de las súbitas transformaciones que sufre en este momento de la existencia. Hallándose entonces la imagen corporal en plena transformación. El cuerpo se convierte en una especie de punto de referencia para establecer una identidad que se busca y que aun no se tiene.⁷⁵ Por eso, el adolescente utiliza su cuerpo como medio de expresión, especialmente para pertenecer a un grupo de iguales cuya moda seguirá, la cual en el terreno de la estética se basa esencialmente en el ideal de delgadez. En esta época la imaginación emplea preferentemente impresiones exteriores, construye con elementos tomados del exterior; lo emocional por el contrario Favoreciendo el culto al cuerpo y por tanto a la egolatría. “En conclusión, se conoce el vínculo entre la naturaleza de la adolescencia y el grado de complejidad de la sociedad: cuanto más compleja es ésta, más prolongada y conflictiva es la adolescencia.”⁷⁶ Es evidente que las sociedades mundialmente día con día alcanzan un mayor grado de complejidad, debido a los proceso de globalización; en efecto sus adolescentes sufren, dicho sufrimiento es expresado, entre otras formas, a través de comportamientos enfermizos, entre los que se encuentran los TCA.

Por consiguiente, la anorexia se ha convertido en un problema sociocultural que padecen un gran número de adolescentes pertenecientes al sexo femenino. Siendo que “El 70% de las adolescentes están descontentas- incluso enojadas- con su propio cuerpo.”⁷⁷ Siendo los siguientes factores socioculturales los que desencadenan que los TCA se desarrollen mayoritariamente entre la población adolescente femenina: a) la dependencia- ésta es particularmente problemática en la mujer, puesto que la mujer es más dependiente que el hombre respecto a su imagen corporal o mejor dicho respecto a la que le impone la sociedad.⁷⁸ b) El rol femenino-

⁷⁵ Cfr. Armida Aberastury y Mauricio Knobel. *Loc. Cit.*

⁷⁶ *Ibíd.* p. 129

⁷⁷ Santiago Martínez Fornes. *Loc. Cit.*

⁷⁸ Cf. Joseph Toro. *Loc. Cit.*

las mujeres a lo largo de la historia siempre han estado sometidas a imponentes presiones, una de las más preponderantes ha sido el tener que sujetarse a las cambiantes modas, esencialmente, en cuanto a la forma de la silueta respectiva, y se afirma que la delgadez exagerada de la anoréxica es al mismo tiempo tomarse demasiado en serio el rol de mujer, y a la vez, un rechazo de él, ya que un cuerpo demacrado deja de ser un objeto sexual. c) Los medios de comunicación masiva- ha sido ya mencionada la influencia de la moda actual sobre las mujeres, la cual se difunde cotidianamente mediante los medios masivos de comunicación, que publican información e imágenes de todo orden, pero especialmente, imágenes del cuerpo humano, a través de las cuales van destilando mensajes que, entre muchas otras intenciones, conllevan la difusión e interiorización colectiva de la cultura de la delgadez, misma que evoca a la vez a la vanidad enfermiza con respecto a la imagen corporal, ideal que algunas adolescentes siguen como modelo. Tal es el caso de la chica que reveló haber obtenido la idea de dejar de comer para adelgazar de un noticiario televisivo y de unas imágenes expuestas en una revista: *“Pasó una vez que estaba viendo una revista, como que no.... dije ¡hay! yo quiero estar así, yo quiero estar así, he....pues así... promocionan programas de moda, puros desfiles, me llamó mucho la atención... y me quiero dedicar a modelo pero no cumpla las características necesarias.”*⁷⁹ Por consiguiente, los casos de anorexia y bulimia se multiplican entre las adolescentes. No obstante la moda y su difusión no es la única variable desencadenante de los TCA; son necesarios varios factores para que se desencadene alguno de estos padecimientos, entonces ¿Qué puede provocar que una adolescente enfrentada a los factores de difusión masiva que glorifican la delgadez presente un TCA? Probablemente una de las siguientes causas sea el factor desencadenante:

- “Llevar a cabo constantes dietas restrictivas
- Una preocupación exagerada por el peso y la figura
- Insatisfacción con la propia imagen corporal

⁷⁹ Autorizado por E2. Febrero/2007

- Abuso de sustancias (drogas)
- Situaciones estresantes como la separación o la pérdida de algún ser querido
- Cambios estresantes en la vida
- Burlas a causa de la obesidad- principalmente- o de otro aspecto de la imagen corporal
- Una violación
- Conflictos, etcétera.”⁸⁰

Estos son sentimientos y frustraciones que se experimentan; son heridas profundas que se manifiestan a través del cuerpo. Se puede decir que el trastorno es la vía final para expresar una gran variedad de problemas personales. Sin embargo ello no minimiza la importancia de los factores socioculturales; más bien todas estas causas vienen condicionadas por ellos. Siendo la cultura la que les ha proporcionado a dichas adolescentes las herramientas necesarias para modificar su aspecto físico y su entorno social con base en una serie de antivalores basados en la estética corporal. Ha sido entonces el desarrollo histórico-cultural actual el que ha educado enfermizamente a las anoréxicas con base en un proceso sociocultural trasmisor de los estereotipos modélicos culturalmente organizados, entretrejiéndose los procesos de desarrollo social con los de desarrollo personal. Efectivamente, ambos se van autogenerando mutuamente. De manera que los procesos de desarrollo no son autónomos de los procesos educacionales. Ambos están vinculados desde el primer día de vida del niño, en tanto que éste es participante de un contexto sociocultural y existen otros⁸¹, quienes interactúan con él para transmitirle la cultura. De esta forma la educación se coordina con el desarrollo del individuo, pero si lo ha hecho para trastornarlo así mismo puede revertir el efecto y debe educarlo para formarlo; ello es óptimo a través de lo que Vigotsky denominó la Zona de Desarrollo Próximo.⁸² Debido a que esta categoría es crucial para formar al individuo, entremezclándose la

⁸⁰ Alicia Gorab y María del Carmen Iñarritu. *Op. cit.*, p. 51

⁸¹ Consejo Nacional Técnico de la Educación. *Op. cit.*, p. 87

⁸² Cf. *Infra*. Capítulo III, pp. 80-84

práctica pedagógica y la cultura; es decir, al mismo tiempo que se producen conocimientos y formas sobre cómo enseñarlos, se construye el saber sociocultural. Por tanto “El aprendizaje constituye una superestructura por encima del desarrollo, dejando a este último esencialmente inalterado.”⁸³ En efecto, el buen aprendizaje es aquel que precede al desarrollo y contribuye determinadamente para potenciarlo. En síntesis, la formación para que las adolescentes superen el trastorno anoréxico debe dejar de focalizarse en destacar las conductas y comportamientos inadecuados que ellas realizan de forma cotidiana, y centrarse más en un proceso de cambio; proceso en el que estas adolescentes entablen un diálogo entre su presente y su futuro, comprometiéndose a superar el trastorno que padecen hoy mediante la convicción de superarlo y mejorar así su calidad de vida mañana. Finalmente cabe destacar que ello no podrán lograrlo las adolescentes por sí mismas, ya que requerirán de un guía que mediatice su formación, un experto en el área educativa y en los TCA que pueda propiciarles un aprendizaje guiado de los saberes socioculturales que deben aprender e interiorizar.

Con lo anterior tenemos que entonces el contexto socio-histórico-cultural es el que ha modificado el desarrollo de la adolescencia y condicionado el papel de la mujer en la sociedad, favoreciendo así el desencadenamiento de los TCA. Debido a que la manifestación del trastorno anoréxico en la adolescencia no es un fenómeno social homogéneo, difiere según las épocas, las culturas y las clases sociales. Muestra clara de ello es el peso de los testimonios que brinda la historia, sus huellas, sus marcas, las supresiones y represiones de quienes la padecieron sobreviven en el presente, aunque en forma inacabada. ¡Cuántos mitos y estereotipos habitan en la memoria de los sujetos, en forma de palabras sueltas e imágenes desdibujadas, cuyo sentido originario desconocen! Ello es lo que ocurre con la anorexia; esta terminología hoy se emplea de un modo mecánico y repetitivo, lo que prohíbe detenerse a pensar, a investigar y a analizar acerca del peligro y la urgencia de

⁸³ Consejo Nacional Técnico de la Educación *Op. cit.*, p. 88

soluciones que exige esta patología. De manera que la memoria fundamentada también <<previene>> dadas las relaciones entre lo actual y un cercano o remoto pasado.

Capítulo II

ANOREXIA: UN PROBLEMA SOCIO- HISTÓRICO- CULTURAL

Al remontarnos siglos atrás encontramos que la historia de la anorexia se ubica desde los albores de la Edad Media, donde los primeros relatos hablan de un misterio –santo o diabólico- que transformaba a las personas que lo presentaban; estas eran esencialmente jóvenes mujeres, mismas que fueron excomulgadas, torturadas y hasta quemadas por simbolizar a las brujas o canonizadas y adoradas por representar a virginales jovencitas milagrosas. No obstante, ambas se caracterizaban por importantes pérdidas de peso que ellas mismas se autoimponían. Siglos después estas escuálidas jovencitas fueron catalogadas como románticas doncellas, debido a que el esplendoroso arte de su época representaba a esbeltas y tiernas musas que constituían el ideal femenino de toda mujer. Pero no fue sino hasta principiar el siglo XIX que la psiquiatría las estereotipó como histéricas, adjudicando así al trastorno anoréxico una génesis proveniente de la matriz uterina, de los terribles e incontrolados nervios femeninos y de la herencia histérica materna. Finalmente al finalizar el siglo XX e iniciar el presente siglo XXI las posturas teóricas en torno a este proliferante trastorno han ido en incremento, desde los insistentes psicoanalistas, los conductistas, los sistémicos y las feministas, hasta llegar a la postura que para efectos de esta tesis se ha adoptado, la sociocultural.

De manera que en los albores del siglo XXI existe un complejo conjunto de personas, sobre todo en los grandes centros urbanos, aunque también, según los últimos informes, en las lejanas tierras africanas y de Oceanía a las que recientemente ha llegado la televisión⁸⁴ de las cuales, las de mayor edad han nacido hace treinta o cuarenta años y, en su mayoría son mujeres. Algunas son famosas, otras anónimas, pero ambas llaman la atención de las personas no pertenecientes a

⁸⁴ Cf. Michel Laxenaire. *Op. cit.*, p. 33

dicho grupo; quienes no pueden dejar de mirarlas con una mezcla de curiosidad y espanto, las tipifican como <<anoréxicas>>, y con base en lo expuesto en el capítulo anterior, es posible considerarlas como trastornadas, portadoras de un mal provocado por los dictámenes de la moda que ha establecido en los últimos tiempos ideales estéticos de extrema delgadez. No obstante las anoréxicas tienen una proveniencia, un surgimiento o una formación histórico-cultural.

En la mayoría de los casos son jovencitas que obedecen ciega y mortalmente a los dictámenes de la moda; aunado a esta consideración es posible aseverar que se trata de un <<virus>> cultural propagado socialmente, cuyos signos y causas han sido ya detectados y desarrollados con antelación. En síntesis, las chicas son presas del temor a engordar, en su afán por parecerse a los estereotipos modélicos impuestos mediante la masificación de los medios de comunicación; para lo cual, la gran mayoría de ellas realizan estrictas dietas y horas de ejercicio, controlando así su mínimo peso, llevándolo hasta límites irrazonables. Y como el cuerpo no resiste este sometimiento, reacciona negativamente, por lo que estas adolescentes no llegan a menstruar o dejarán de hacerlo; su piel se tornará amarillenta, su cabellera comenzará a researse y a caerse, al igual que sus uñas y dientes. Todo ello lo soportarán con tal de luchar contra la aterradora gordura, argumentando hasta el cansancio que si engordan se mueren, y que prefieren morir a engordar, como lo muestra el siguiente testimonio: *“Si un día despertara y me diera cuenta que tengo celulitis o estrías y que subí mucho de peso <<Me muero>>.”*⁸⁵ Es por ello que el resto de la sociedad las mira con terror y se pone en estado de alerta; lanzando un sinfín de proposiciones, con el objeto de erradicar la problemática, multiplicándose entonces las medidas de aniquilación de ésta. Las revistas de moda, que difunden y promueven el trastorno, irrisoriamente advierten acerca de los riesgos de obedecer sus dictámenes modélicos:

⁸⁵ Autorizado por E9. Febrero/2007

“¡Quiérete más! Mírate, mírate, ahora mírate. El espejo es algo a lo que muchas tememos. ¡Muy mal! Todos los días, mira tu reflejo a los ojos y dile: <<Te quiero tal como eres>> puede tomar tiempo y esfuerzo que mejore mi salud y figura pero si me lo propongo puedo conseguir lo que sea. Práctica esta filosofía cada que te caches repitiendo: no sirvo, soy tonta, porque soy gorda y fea.”⁸⁶

También se han editado una gran cantidad de libros, hasta el punto de conquistar su propio estante en las librerías: Anorexia y bulimia: un nuevo padecer; La anorexia, una locura del cuerpo; Cómo combatir la anorexia y la bulimia; Anorexia, lo que hay que saber, etc. Así mismo, los psicoanalistas insisten en la supuesta necesidad de hacer diferencias, de demostrar que las causas son múltiples y que deben buscarse más allá del fenómeno sociocultural, en la psiquis individual, como ha escrito O. Kernberg, “[...] la anorexia solo puede aparecer en el contexto de una patología individual.”⁸⁷ De manera que suelen sumar diagnósticos para intentar explicar, independientemente de los factores culturales, por qué “[...]sólo el 10 % de las adolescentes contrae la temible enfermedad.”⁸⁸ ¿Sólo el 10%? Esta es una cifra verdaderamente alarmante, puesto que se está hablando de que una de cada diez adolescentes en el mundo padece este trastorno, ello teniendo en cuenta que este porcentaje sólo considera a las chicas que han sido clínicamente diagnosticadas.

En efecto, es innegable el agente imitador que los factores socioculturales, mediante la difusión del mito de belleza/delgadez, han propagado entre las adolescentes. Pero no se puede ignorar que para establecer las causas de una problemática social no es suficiente analizar la realidad actual de la relación individuo-cultura; por ello el dar por hecho la supuesta contemporaneidad de la anorexia es muy cuestionable. Es por ello que a lo largo de las siguientes páginas, se

⁸⁶ Veintitantos (México, D. F.) Marzo del 2006, No. 3, p. 39. Carlos Manuel Flores Núñez. ¡Quiérete más!

⁸⁷ O. Kernberg, *cit.* por Michel Laxenaire. *Op. cit.*, p.121

⁸⁸ Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 33

expondrá que el fenómeno <<nuevo>> de la anorexia, no es sino el retorno de un pasado remoto. Pues “Reconocer en lo extraño lo propio, y hacerlo familiar, es el movimiento fundamental del espíritu, cuyo ser no es sino retorno a sí mismo desde ser otro.”⁸⁹ Desde esta perspectiva es posible comprender cómo muchas de las técnicas ahora empleadas para combatir éste mal ya eran conocidas y utilizadas por la filosofía, la iglesia y la medicina hace siglos. Por lo tanto, es preciso tener en cuenta, para reconstruir o construir el presente, que desde los tiempos de Platón se manifestaban valiosas opiniones acerca de la falta de apetito en las mujeres y sobre cómo tratarla. No obstante no fue sino hasta mediados del siglo XIX cuando surgió la denominación de anoréxicas para nombrar a las inanes chicas; ante este importante aporte, la medicina y el clero se comenzaron a disputar el saber sobre las conductas de inanición; sin embargo, los métodos de tratamiento para este mal seguían basándose en los antiguos saberes filosóficos. El enfrentamiento de estos discursos consistía en denominar si la anorexia radicaba en la lucha del bien contra el mal o de la salud contra la enfermedad; pero ambos coincidían en que se trataba de un combate encabezado por los hombres contra las oscuras y peligrosas mujeres; sobre estos cimientos se consagró el apogeo de la histeria freudiana, mismo que se mantuvo a lo largo del siglo XX, desconociendo, minimizando o resistiéndose a la incidencia de los factores socioculturales y a las revelaciones históricas.

Por eso es que en el presente capítulo se hace un recorrido histórico, porque “El hombre hace la historia, pero en condiciones que él no elige, heredadas del pasado.”⁹⁰ Mediante el análisis de esta máxima marxista se podrá confirmar que muchas de las cosas que hoy se dicen de las anoréxicas, como si fuesen grandes descubrimientos, ya se decían de las brujas y de las santas en el medioevo; de las románticas del siglo XVIII y de las histéricas entre el siglo XIX y el XX. Entonces ¿Desde cuándo existe la anorexia? ¿Desde cuándo es un trastorno mayoritariamente padecido por jóvenes mujeres? Se ha decidido rescatar la historia

⁸⁹ Gadamer G. *Op. cit.*, p. 43

⁹⁰ Marx, cit. por Darío Páez, Itziar Fernández, Silvia Ubillós, et. al. *Op. cit.*, p. 04

para averiguarlo, recuperando frases sueltas y huellas significantes, para rescatar algunos hechos de los que hasta ahora la anorexia estaba desprendida. Pues “la internalización de las actividades socialmente arraigadas e históricamente desarrolladas es el rasgo distintivo de la psicología humana, la base del salto cualitativo de la psicología animal a la humana.”⁹¹ Misma que permite, además, analizar lo que se dijo de las antiguas anoréxicas, para poder ver y escuchar desde otro enfoque a las anoréxicas de hoy.

II. I. La Anorexia en la Historia

II. I. I. Las brujas

Las brujas se inventaron en el medioevo, siendo una construcción sociológica que en este apartado se tratará mediante la vinculación del extremo adelgazamiento de algunas jóvenes mujeres de la Europa medieval, con el actuar y las características de las brujas pertenecientes a dicho contexto socio- histórico. Se investigará sobre su rol social, su marginalidad, y sus costumbres. La visión del pueblo ante las supuestas brujas y sus pactos demonológicos realizados con el fin de adelgazar. Por otro lado también será pertinente destacar cómo es que el estudio de la brujería desemboca en una problemática relacionada con la mujer, sobre todo con la mujer joven.

Aunque “[...] el primer contacto histórico con la brujería se remonta al paleolítico, en especial, supuso todo un acontecimiento histórico en Europa durante la Edad Media [...]”⁹² debido a la aparición de brotes epidémicos, sequías y hambrunas que se dieron durante esta época, lo cual provocó una obsesión por la conjura y las sectas brujescas; ante lo cual la iglesia católica preparó una serie de tratados demonológicos para intentar explicar el accionar del demonio en el mundo.

⁹¹ Lev S. Vigotsky. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*, p. 94

⁹² Donovan F. *Historia de la brujería*, p. 1

En estos tratados se iba definiendo el rol y las características de las brujas, las cuales iban ligadas a la maldad y a la corrupción; así mismo, se establecieron las penas y castigos para las que participasen en ritos y maleficios. “Los castigos previstos para las mujeres que compartían tales ilusiones eran relativamente blandos: cuarenta días, un año, dos años de penitencia. La mayor severidad (la expulsión de la parroquia) era reservada a quienes se jactaban de procurar el amor o el odio, mediante la presencia de rituales...”⁹³ Sin embargo, a partir de las primeras décadas del siglo XV, la brujería ya era castigada con la hoguera; acto secundado por el Tribunal de la Santa Inquisición, lo que supuso no solo una brutal persecución, sino que con ello se buscaba fundamentalmente establecer la supremacía de la religión católica sobre todos los ciudadanos,⁹⁴ puesto que las sectas y sociedades secretas amenazaban su supremacía, alterando sus leyes y ridiculizando sus instituciones. Dichas sectas creían firmemente en el poder del demonio y de las brujas. El combate de la iglesia contra estas creencias tan arraigadas en el pueblo, menospreciaba su autoridad y la colocaba en inferioridad numérica en comparación con dichas sectas. Al verse rebasada, la iglesia no tuvo más que admitir la existencia de brujas y demonios, y combatir las mediante la ya mencionada Inquisición; misma que designaba a un sacerdote y a un cierto número de laicos en cada parroquia para investigar la integridad y la pureza de sus fieles.⁹⁵

Todo ello tuvo consecuencias sociales consistentes en agresiones contra la integridad y libertad de las personas que se veían en muchos casos acusadas de ejercer la magia y la brujería, por sus conciudadanos, en muchas ocasiones por envidias y en muchas otras por el temor que les procuraba la religión y la Santa Iglesia Católica. Esta sociedad, es un claro ejemplo de transmisión cultural, es decir, la situación religiosa y las tradiciones de la Europa medieval son consecuencia directa de las herencias culturales de sociedades anteriores; diría Vigotsky “[...] lo

⁹³ <http://www.antropos.galeon.com/html/brujeira.htm>, 18/05/08

⁹⁴ Donovan F. *Loc. cit.*

⁹⁵ Cf. Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 33

esencial del desarrollo cultural de la especie humana ha sido consecuencia del ingenio del hombre para poder transmitir sus experiencias de una generación a otra.”⁹⁶ Por tanto a continuación, basándose en esta idea de herencia y transmisión cultural, se desarrolla una analogía entre dicho contexto socio-histórico-cultural, con el contemporáneo.

Hoy la brujería surge como respuesta al sufrimiento y a la época de crisis material, espiritual e ideológica que se vive. Pues las brujas aparecen ante la sociedad como realizadoras de sueños y pesadillas, mediante la consumación de sus hechizos y conjuros. Esto se explica teniendo en cuenta que la mayoría de los deseos de los integrantes de la actual sociedad son terrenales, éstos no se le pueden pedir a Dios; no porque se crea que su poder es insuficiente, sino porque la mayoría de las veces, el demonio está más cercano, y se dice que entrega dones materiales aquí y ahora; en cambio, el pedirle a Dios implica únicamente solicitarle portentos relacionados con lo espiritual. Por tanto, es posible considerar a la bruja contemporánea como a aquella mujer a la que la sociedad le teme, pero que a la vez recurre a ella en situaciones extremas. Además el surgimiento de estas llamadas herejías pone de manifiesto que la iglesia ya no satisface al pueblo católico. Puesto que durante siglos la iglesia ha luchado por erradicar al paganismo y a las sectas; pero las sectas se han propagado, y esta vez con más fuerza que nunca; algunas de ellas, con matices verdaderamente demoníacos. La creencia en el mal ha puesto en absoluto peligro la continuación de la difusión de la obra de Dios, vía la iglesia católica.

Del mismo modo, se legitimó en el medioevo la creencia en las brujas y en las sectas demoníacas, sólo que las medidas para exterminarlas quedaron establecidas con un rigor inhumano que hoy sería inconcebible. Cabe resaltar que dicha legitimación la implantó Santo Tomás; no obstante, los Doctores Juan Weyer y Reinaldo Scoto (siglo XVI) tuvieron el coraje de condenar las creencias en el poder

⁹⁶ Lev Seminovich Vigotski, *cit.* por Enrique García González. Vigotski. *Op. cit.*, p. 22

del diablo, criticando así las afirmaciones de Santo Tomás en el terreno de la brujería. Pues les pareció extraño que, como ya se había mencionado, “[...]las supuestas brujas estaban constituidas por mujeres débiles y escuálidas[...]”⁹⁷, propicias a caer en las redes tramposas de la inquisición y rendirse así a merced de la misma, quien se apropiaría de su vida, libertad y bienes. En efecto, tanto Weyer como Scoto, sostuvieron que las supuestas brujas eran jovencitas ignorantes o infelices, enfermas de melancolía, cuya enfermedad había alterado su juicio normal de alimentación. Sin embargo los inquisidores buscaban obtener mediante la tortura, como primer recurso, la confesión de ese goce que ellas, las brujas, experimentaban mediante la extrema privación alimentaria, ellos querían saber a toda costa qué sentían las mujeres poseídas por el diablo; para lo cual, en las sesiones de tortura ya no habría límites, la inquisición recurriría hasta la última instancia; llegando al grado de hacer pedazos los cuerpos de las mujeres, en el afán de averiguar de qué estaban hechas y dónde se alojaba su misterioso poder.⁹⁸

De manera que dichos actos inquisidores continuaron, puesto que la iglesia seguía en su afán de encontrar características especiales en las entrañas de las brujas; al no encontrar nada especial, en el siglo XIX, se instituyó la distinción entre lo anormal y lo normal, entre la verdad y el fraude, lo que condujo a la iglesia a establecer la diferencia entre la auténtica mística y las formas diabólicas. Para evitar la confusión y el engaño, el clero estableció el siguiente dictamen:

“Pseudomística: estado producido por una alteración nerviosa. (Deberá recurrirse al médico.)

Falsa mística: estado producido por una intervención diabólica. (Deberá recurrirse al exorcismo.)

⁹⁷ <http://www.antropos.galeon.com/html/brujeira.htm>, 18/05/08

⁹⁸ Cf. Francisco J. Tinahones Madueño. *Anorexia y bulimia. Una experiencia clínica*, p. 4

Mística auténtica: estado producido por obra y magia de Dios. (Deberá investigarse rigurosamente a los fines posibles de una canonización.)”⁹⁹

Dicho dictamen fue establecido en el *Malleus Maleficarum*, libro que constituye la fuente fundamental para cualquier comprensión de la historia de la brujería y el satanismo. Éste ha sido el más famoso de todos los existentes sobre brujería en la historia, por lo que éste se constituyó como el manual indispensable y autoridad final para todos los jueces, magistrados y sacerdotes católicos y protestantes, en la lucha contra el satanismo. En él se redacta constantemente, la equivalencia entre mujer y bruja, de hecho, desde el principio menciona que las cómplices del mal son las mujeres, en su inmensa mayoría, jóvenes de anormal alimentación.¹⁰⁰

A este respecto a continuación se presenta la relación existente entre las categorías de análisis más representativas de este apartado y su analogía con la actual problemática que se vive en torno a la anorexia. En la actualidad la representación de las jóvenes y delgadas brujas medievales está constituida por las jóvenes y escuálidas anoréxicas, quienes, del mismo modo, son mujeres que no tienen un culto establecido, sino que obedecen más a un culto masificado que las avoca a adorar acríticamente a su propia deidad, constituida por el modelo estético culturalmente impuesto de la <<extrema delgadez>>; con base en este dogma, rinden culto y establecen un rito así como el Sabbat* pero este es otro tipo de religión, “[...] la religión del cuerpo [...]”¹⁰¹ teniendo un culto y unos ritos propiamente

⁹⁹ Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 23

¹⁰⁰ *Cf. Ibid.* p. 37

* Eran las reuniones de los miembros relacionados con la brujería. Esta celebración se solía llevar a cabo en el transcurso de un cambio de estación; las más importantes se celebraban en otoño, como la del 31 de octubre... Estas reuniones duraban desde la medianoche (hora de brujas) hasta el canto del gallo. El sabbat era una mezcla de fiesta religiosa- de una sociedad secreta- multitudinaria, carnaval y orgía de borrachos. Comenzaba con un ritual llevado a cabo por un Gran Maestro, durante el cual podía tener lugar la presentación de las brujas jóvenes, o se celebraban bautismos, confirmaciones y bodas. El baile era muy importante en este tipo de celebraciones y según el autor las descripciones de estos bailes pueden llegar a ser...una descripción exacta de un tipo de baile moderno. Además en estas reuniones era normal que los asistentes se pintaran la cara y el cuerpo, razón de por qué la Iglesia condenaba los cosméticos. Donovan F. *Op. cit.* p. 5

¹⁰¹ Anne Guillemot y Michel Laxenaire. *Op. cit.*, p.47

determinados, pero no por ello dejan de basarse en el placer, el cual impregna todos los comportamientos de las anoréxicas, especialmente su <<lenguaje>>, expresado fundamentalmente a través de sus cuerpos, mediante la práctica del ejercicio excesivo, la realización de dietas estrictas y la necesidad de lucir maquillajes, accesorios y vestuarios de los más recientemente lanzados al mercado .

De manera que estas chicas sólo pueden aceptar su cuerpo si lo cubren de <<signos>>, transformándolo y vistiéndolo de artificios; ya que sin ellos no se conciben, no teniendo existencia posible su cuerpo y su piel.¹⁰² Es por ello que esta contemporánea característica de la joven y escuálida mujer, ha permitido la simbiosis inédita de <<anoréxicas- consumo>>; asociación que se puede transpolar perfectamente a lo que la Santa inquisición de la iglesia católica significaba para las mencionadas brujas (Brujas- Inquisición), puesto que ésta se adueñaba de su vida, libertad y bienes. Del mismo modo lo han hecho las macroempresas, informándolas de las novedades del comercio adelgazante y modelador, perdiéndolas así en las delicias de las compras y atrapándolas en su necesidad de consumir, misma que no es más que el reflejo de las diversas frustraciones socio- afectivas de las anoréxicas. Ante este panorama no se puede sino concluir que (al igual que las brujas) las anoréxicas, como menciona Lagarde, se han tomado demasiado en serio su masificado rol de mujer*: “Hecha para seducir y ser el encanto de la vida social, condenada a la artificialidad del lucimiento.”¹⁰³ Presa destinada a ser magnificada mediante el esplendor de los signos decorativos y atractivos de la vida, en una cultura que la celebra como superioridad estética, que le dicta como objeto de su existir el lucir. Finalmente es necesario mencionar que todos estos encantos femeninos, no significaron más que el arma de Satán, no obstante esta tradicional

¹⁰² Cf. Pilles Lipovetsky y Elyette Roux. *Op.cit.*, p. 57

* “la delgadez exagerada de la anoréxica es al mismo tiempo tomarse demasiado en serio este rol, y un rechazo de él, ya que un cuerpo demacrado deja de ser un objeto sexual” Marcela Lagarde. *Los cautiverios de las mujeres: madresposa, monjas, putas, presas y locas*, p. 48

¹⁰³ Pilles Lipovetsky y Elyette Roux. *El lujo eterno. De la era de lo sagrado al tiempo de las marcas*, p. 80

diabolización se fue liberando poco a poco hasta convertirse en objeto de alabanza, imagen de la divinidad <<obra maestra de Dios>>.

II. I. II. Las santas

Se comenzará por describir la biografía de Catharina Benincasa, debido a que su historia de vida constituyó el más grande ejemplo a seguir de muchas otras jóvenes medievales que, al igual que ella, aspiraban a ser veneradas como santas mediante actos de inanición, volviéndose éstos, casos típicos en la vida conventual de dicha época. Pues bien, para ello habrá de revisarse cómo fue que esta mujer adquirió tan peculiar popularidad. Catharina nació en Siena, por lo cual también se le conoce como Catalina de Siena; fue descendiente de una familia hegemónica, que en 1373, cuando ella recién iniciaba su adolescencia, sufrió del fallecimiento de dos de sus hermanas, suceso que parece haberle inducido intensos sentimientos de culpa e incrementado el deseo de incursionar en una vida religiosa que ya había germinado en ella con anterioridad. Sus deseos de entrega exclusivamente a Dios y a Jesucristo chocaron fuertemente con los planes de sus padres, quienes deseaban que contrajera matrimonio. Esta situación la condujo a un rotundo aislamiento, encerrándose en su habitación donde se flagelaba tres veces al día con una cadena de hierro, una por sus pecados, otra por la vida y una tercera por la muerte. Se azotaba duramente una hora y media, discurriendo la sangre desde sus hombros hasta sus pies. Nunca había gustado excesivamente de la carne, pero en esas circunstancias la rechazó enteramente; incluso le repugnaba su olor. Lo mismo experimentaba con cualquier cocinado, excepto el pan. Hacia los dieciséis años de edad subsistía de pan, agua y vegetales crudos. Sólo vestía prendas de lana bastas y un cinturón de hierro que rodeaba su cadera irritando su piel. Durante tres años se impuso un silencio total, sólo interrumpido por sus confesiones; su sueño se reducía a treinta minutos cada dos días en un entarimado de madera. Bajo este estilo de vida Catharina perdió la mitad de su peso en un lapso muy corto de tiempo. Así fue como por fin consiguió su propósito de ingresar en la orden Dominicana, concretamente en

la congregación de las Hermanas de la Penitencia, donde su hostilidad alimentaria se mantuvo permanentemente.¹⁰⁴ Su confesor, Bernardo di Capua, describe su estilo de vida de la siguiente forma:

“... su estomago nada podía digerir y su calor corporal no consumía energía; en consecuencia, todo cuanto ingería precisaba salir por el mismo lugar por donde entraba; en caso contrario, le causaba agudo dolor y la hinchazón de todo su cuerpo. La santa virgen no tragaba sino las hierbas y cosas que masticaba; sin embargo, puesto que era imposible evitar que algún atisbo de alimento o jugo descendiera hasta su estómago y porque voluntariamente bebía agua fresca para calmar su sed, estaba obligada cada día a vomitar lo que había comido. Para ello regularmente y con gran dolor insertaba tallos de hinojo y otras plantas en su estómago, siéndole de otro modo imposible vomitar. Pese a quienes le desacreditaban y particularmente quienes se escandalizaban por sus ayunos, mantuvo este estilo de vida hasta su muerte.”¹⁰⁵

A partir de la revisión de este material y de muchos otros que Catharina dejó tras su muerte, misma que le fue celebrada con la gracia de la canonización, es posible conocer las vicisitudes de su comportamiento alimentario. Sobre todo la majestuosa voluntad que tenía para convencer a todos cuantos la rodeaban, de que no se trataba de un capricho y esencialmente de que no se requiere del alimento terrenal para vivir; estas características parecen acercar el caso de Catalina al de las jóvenes anoréxicas contemporáneas, y también pone en evidencia la difícil diferenciación existente entre las estrictas dietas alimentarias que gobiernan la vida de las actuales anoréxicas, y los estrictos cánones alimenticios que regían en los conventos medievales. Mismos que consistían en anular el pecado capital de la gula, para lo cual “[...] la iglesia proponía una dieta sana, moderada, equilibrada y regida

¹⁰⁴ Cf. Joseph Toro. *Op. cit.* pp. 16- 17

¹⁰⁵ Bernardo Di Capua, cit. por Bell R. M. *Anorexia*, pp. 27- 28

por cuidadosos criterios de salud física y espiritual [...]”¹⁰⁶, es posible deducir que mediante este régimen alimentario la iglesia además pretendía anular la rebeldía y el desafío de ejercer un poder ilimitado sobre el propio cuerpo, acto que comenzaba a caracterizar los hábitos alimentarios de muchas religiosas; puesto que éstas “[...] poseían el sello inconfundible de la desobediencia a los mandatos de la iglesia en materia de alimentación.”¹⁰⁷ No obstante ya se había cometido el grave error de canonizar a Catalina por sus actos inanes, ante lo cual aun estas medidas eclesiásticas ya eran impotentes; pues la imitación por parte de muchas jóvenes religiosas que buscaban alcanzar la santidad evitando alimentarse ya se había convertido en una verdadera epidemia. Tal situación alarmó a la iglesia, por lo que el Papa Benedicto XIV no tuvo más que replantear las normas, y descender drásticamente el número de canonizaciones, pasando los ayunos a un segundo plano.¹⁰⁸ Lo cual ocasionó en las adolescentes la pérdida de expectativas de alcanzar la santidad mediante las prácticas alimentarias restrictivas.

En efecto, las santas fueron auténticos modelos de identificación para las jovencitas de su tiempo, situación que se aproxima extraordinariamente a lo que hoy representan las chicas pertenecientes a la agrupación juvenil Rebelde (RBD), constituida por lánguidas adolescentes mexicanas que bombardean al público juvenil de imágenes y mensajes destinados a lograr la interiorización colectiva de la cultura de la delgadez (Ver Anexo 7). Entonces, probablemente para lograr erradicar este mensaje de figura corporal perfecta, será necesario retomar la experiencia del pasado; dejar de considerar a las anoréxicas como algo extraordinario, digno de reconocimiento social y foco de atención profesional; tal vez así comience a descender el número de casos de chicas que padecen este trastorno. Puesto que las similitudes entre los casos históricos y los actuales, como ya se ha expuesto, son variados.

¹⁰⁶ Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 51

¹⁰⁷ <http://www./search?hl=es&q=pr%C3%A1cticas+bul%C3%ADmicas+en+Roma&lr=>, 18/Abril/08

¹⁰⁸ Cf. Joseph Toro. *Op. cit.*, p. 24

II. I. III. Las románticas

El Romanticismo es un movimiento cultural y político originado en el Reino Unido y Alemania a finales del siglo XVIII como una reacción revolucionaria que dota de importancia al sentimiento contra la tradición clasicista basada en un conjunto de reglas estereotipadas. Su característica principal fue la libertad auténtica, y la búsqueda constante, ello se denota absolutamente contradictorio a las corrientes de pensamiento que le antecedieron, tales como la ilustración, corriente intelectual en la que todo gira en torno al ser humano; alrededor de su razón material, y en torno a su espíritu sensible hacia Dios.¹⁰⁹ Por eso es que el Romanticismo se considera incuestionablemente como un movimiento revolucionario, debido a que es una manera de sentir y concebir a la naturaleza, a la vida y al hombre mismo, pero sobretodo a la mujer; de manera que durante este movimiento socio-histórico-cultural las mujeres fueron pensadas no como individuos, sino como un genérico, más allá de lo humano: endiosadas, convertidas en musas, engarce necesario y privilegiado entre el sujeto masculino y la naturaleza. Muestra clara de la fusión de estos elementos son las mujeres- flor, las musas sutiles, las nuevas representantes de lo femenino, mujeres jóvenes y delicadas, siendo éstas el ideal del hombre romántico. ¿Será, entonces, el esplendoroso y melancólico romanticismo, con sus ideales de amor, el que alojó a las jóvenes histéricas, enfermizas y delgadas en libros y en cuadros. Haciendo de estas representaciones un modelo a seguir para todas la doncellas de la época? En efecto, durante el romanticismo se propagaron esplendorosas y melancólicas ideas de amor inmortal, mediante versos y literatura poética, lo cual se considera alojó a las jóvenes de la época en histerias, una vez que éstas se imaginaban, de manera enfermiza, como parte de los libros y cuadros; mismos que, como se ha mencionado, describían o ilustraban a mujeres lánguidas, sutiles y ligeras, que viven las más maravillosas historias de amor.¹¹⁰ No obstante, la información existente acerca del desarrollo de los TCA durante esta época es

¹⁰⁹ <http://roble.pntic.mec.es/~msanto1/lengua/2romanti.htm> 5/Abril/2008

¹¹⁰ Cf. Joseph Toro. *Op. cit.*, pp. 91- 97

mínima, quedando como referente a analizar que es en este período cuando surge el ballet, y con él sus delgadas y escuálidas bailarinas, siendo éstas una de las poblaciones mayormente afectadas por la anorexia.

De manera que el ideal femenino del movimiento romántico se vio frustrado, puesto que proponía esencialmente ideales revolucionarios y liberadores, basados en la reunificación de la razón y la sensibilidad, de la necesidad y la libertad, del ser y el deber ser, de la felicidad y la historia. No obstante lo que realmente se logró fue una marcada distinción entre los elementos <<masculinos activos>> de: razón, libertad y deber; y los <<femeninos pasivos>> de: sincronía con la delicada naturaleza, sensibilidad y búsqueda de la felicidad; estas características distintivas entre géneros no sólo perduraron, sino que se profundizaron en las jóvenes mujeres que asumieron demasiado en serio este rol, llevándolas al padecimiento de precarias condiciones físicas y psicológicas; puesto que debían introducirse a una nueva subordinación, que no correspondía ni a Satán ni a Dios, sino que esta vez se trataba de una entrega, igualmente casi “religiosa”, al ser amado, mismo que representaba al dador de sentido y sustancialidad de la vida de la mujer, carente de tal condición, pero mediadora imprescindible para que el sujeto masculino se autorrealice, se autoexpresé y se comunique con la totalidad.¹¹¹ En otras palabras, durante cada época el hombre desea a la mujer bajo una forma determinada y se siente atraído por ella. Al cabo, esta atracción empieza a debilitarse y la forma deseable de la mujer se ve obligada a cambiar, siendo notorio que la delgadez de las doncellas románticas no sólo era prototipo de feminidad y espiritualidad sino también de sensualismo y atracción masculina, remitiéndose totalmente a la satisfacción de los hombres, procurándose así el mantenimiento de un aspecto lánguido, ello mediante el consumo de “[...] vinagre y limones, y el quedarse despiertas hasta altas horas de la madrugada para provocarse ojeras.”¹¹² De esta forma se concluye que la mujer romántica, al igual que la mujer actual, fue una gran consumidora acrítica de las

¹¹¹ Cf. María José Guerra Palmero. *Mujeres y Romanticismo: la tensión entre lo real y lo ideal*, p. 3

¹¹² Muy Interesante (México D. F.) Agosto del 2003, Vol. 20, p. 72. Lola Delgado. Una bella historia.

imposiciones culturales, mismas que promovían socialmente la estilización de la figura femenina, constituyéndose como: voraces lectoras de novelas literarias vs. voraces lectoras de revistas femeninas y de páginas Web referentes a estereotipos femeniles culturalmente manejados.

II. I. IV. Las histéricas

En los albores del siglo XIX la oposición entre buenas, malas y románticas mujeres; o entre santas, brujas y novelescas, era demasiado retrograda para el prolífico siglo entrante. Por ello, tras el análisis de cada uno de los momentos históricos anteriormente expuestos, cada figura de mujer, independientemente de sus características físicas, sociales o culturales, comenzó a convertirse en un misterio para la medicina, la psiquiatría, la literatura y la pintura. “El nuevo saber de la recién nacida psiquiatría, con el afán de combatir los estragos religiosos y los prejuicios populares que se habían instaurado acerca del origen de los males femeninos, generó una nueva consigna: *todas son histéricas*.”¹¹³

Son múltiples las descripciones, tanto escritas como iconográficas, recogidas en la historia, de personas que han presentado conductas alimentarias anómalas. En la Grecia Clásica uno de los grandes filósofos de la antigüedad, Platón, explicó que “En las mujeres lo que se llama matriz o útero es un animal que tiene hambre, el apetito de hacer niños, y cuando a pesar de encontrarse en la edad propicia permanece sin frutos, se impacienta y soporta mal este estado: comienza entonces a deambular por todo el cuerpo, dificulta la respiración, obstruye el pasaje de alimentos.”¹¹⁴ Ante tal descripción, Aristóteles, discípulo de Platón, en su escrito <<Retórica>> acerca de las características de las jóvenes, aunque no precisa nada acerca de problemas alimentarios, hace pensar que aquellas adolescentes no eran muy diferentes a las que hoy sufren TCA. “Las jóvenes tienen fuertes pasiones, y

¹¹³ Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 70

¹¹⁴ Platón. Timeo, cit. por *Ibíd.*, p. 69

suelen satisfacerlas de manera indiscriminada... Son mudables y volubles en sus deseos, que mientras duran son violentos... Todos sus errores apuntan en la misma dirección: cometen excesos y actúan con vehemencia.”¹¹⁵ Las características manifiestas por estos dos grandes filósofos clásicos refieren que desde el 427 a.C. ya existía el estudio y análisis de los TCA, aunque no se les consideraba como tales, sino como una característica propia de todas las mujeres adolescentes. De hecho estas ideas continuaron vigentes durante más de veinte siglos, a tal punto que algunos psiquiatras como Charcot y Verlet, “[...] también afirmaban, en pleno siglo XIX, que en la pubertad el útero se despierta, se inflama, y toma posesión de los demás órganos, especialmente del estómago.”¹¹⁶ No obstante a su pensamiento retrograda, dichos psiquiatras ya consideraban que la oposición entre mujeres santas, brujas y románticas, era demasiado primitiva para el moderno e innovador siglo XIX.

Sin embargo, al avanzar la psiquiatría, a fines del siglo XIX y comienzos del XX, los síntomas de las mujeres comenzaron a ser desvinculados de la sexualidad, que los había acompañado en el discurso médico, filosófico y religioso. Concluyendo que la histeria no es una enfermedad vergonzosa, cuyo nombre evoca los instintos femeninos insatisfechos. Resulta, en todo caso, una expresión perturbadora del noble carácter femenino o, con base en lo expuesto por Charcot, una enfermedad nerviosa hereditaria. De hecho se remontan a muchos de los casos de posesión demoníaca y de misticismos santos, y se asevera que no eran nada más que ataques histéricos.¹¹⁷

Así pues se siguieron estudiando los extraños comportamientos alimentarios que aquejaban a algunas jóvenes de esa época, algunas de ellas pertenecían a la prospera burguesía, para quienes comer bien y mucho era un emblema, mientras

¹¹⁵ Aristóteles. Retórica, cit. por Francisco J. Tinahones Madueño. *Op. cit.*, p. 3

¹¹⁶ Charcot y Verlet, cit. por Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 71

¹¹⁷ Cf. *Ibid.*, p. 71

que algunas otras formaban parte de las clases necesitadas para quienes el disimular los apetitos carnales y alimenticios era símbolo obligado de nobleza.

Ante cualquiera de los casos los médicos y psiquiatras de la época coincidían en reiterar una estrecha conexión entre anorexia, adolescencia e histeria femenina. El máximo exponente de esta postura fue el psicoanalista Sigmund Freud, autor del modelo Freudiano, mismo que refiere:

“La anorexia es la expresión de síntomas neuróticos, los cuales son satisfacciones sustantivas mediante las cuales se comprueba la extraordinaria frecuencia con que los órganos de absorción de alimentos llegan a constituirse en portadores de excitaciones sexuales. Con la palabra libido designa aquella fuerza en que se manifiesta el instinto sexual análogamente a como el ser humano exterioriza el instinto de absorción de alimentos. Tratándose de muchachas en la época de la pubertad o poco después, existe una neurosis que expresa la repulsa sexual por medio de la anorexia, debiendo ser relacionada por tanto con la fase oral de la vida sexual. Muchas de sus pacientes con perturbaciones anoréxicas, globo histérico, opresión de la garganta y vómitos habían sido en sus años infantiles grandes <<chupeteadoras>>”.¹¹⁸

Evidentemente este modelo describe al trastorno anoréxico como un síndrome que es parte de la histeria:¹¹⁹ es decir que parte del individuo, mismo que es portador, autor y víctima de estas conductas; sin embargo Freud no generaliza dicha histeria, sino que describe a ésta como “[...] la enfermedad femenina por excelencia [...]”¹²⁰, que particulariza los territorios del cuerpo de las mujeres, pero que sin embargo puede ser dominada por la psiquiatría. Sobre todo cuando se ha descubierto su génesis, la madre, quien, aseguraba Freud, con su imagen negativa como <<la mujer nerviosa>>, constituye la forma más visible de la histeria.

¹¹⁸ Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 103

¹¹⁹ Ana María Fernández. *La mujer de la ilusión*, p. 18

¹²⁰ Cf. Silvia Fendrik. *Op. cit.*, p. 67

Basándose así en el supuesto de que la anorexia es la expresión de un trastorno del desarrollo psicoemocional que consiste en la incapacidad para desvincularse afectivamente de las figuras parentales y, con mayor frecuencia, de la madre.¹²¹ Además objetaba que este trastorno se desarrolla desde antes del nacimiento de la anoréxica, pero que no es sino hasta la adolescencia que éste se hace substancialmente evidente, pues es en este periodo en el que se dan cuenta que mediante sus problemas de alimentación, pueden evitar enfrentar situaciones para las que no se sienten aún capacitadas. Es decir, en lugar de resolver sus problemas desvían su atención al tema de la comida. Y la madre apoya dichos actos pues desea que su hija sea una mujer atractiva y exitosa porque probablemente ella no lo fue, quiere que su hija tenga el cuerpo que ella no pudo tener; y aunque la hija no necesariamente quiere ser atractiva o delgada le hace caso a su madre cumpliendo esas expectativas porque se siente agradecida con ella por su dedicación. De manera que, menciona Freud, una anoréxica no vive su propia vida o por lo menos la vive más para la madre o para la enfermedad que para ella misma.¹²²

En conclusión, si Freud y sus colegas hubiesen tenido razón, entonces las anoréxicas no constituirían nada más que jóvenes de buena familia cuyas conductas caprichosas buscan llamar la atención de sus progenitores, esencialmente de sus madres. De tal manera este trastorno no existiría entre las adolescentes pertenecientes a las clases socioeconómicas deficitarias, como las que fueron objeto del diagnóstico de intervención implementado. Además de que, el 100% de las adolescentes anoréxicas, sujetos de intervención de dicho diagnóstico, no considerarían a la delgadez como un ineludible sinónimo de belleza, indispensable para ser exitosas o mínimamente para no ser objetos de discriminación social. Es por ello que el objeto principal de esta tesis, es coomprender que el trastorno anoréxico no constituye una problemática personal o familiar, y que aunque estos son factores influyentes en el desarrollo del trastorno, no se conforman como el factor

¹²¹ Cf. Bejlar R. Goldman. *Anorexia y Bulimia, un nuevo padecer*, p. 49

¹²² Cf. Santiago Martínez- Fornés. *Op. cit.*, p. 106

esencialmente desencadenante de éste; debido a que ésta es una problemática eminentemente socio-histórica-cultural. Enfoque desde el cual se abordará la última estación de este recorrido histórico <<las anoréxicas>> pertenecientes al siglo XXI.

II. I. V. Las anoréxicas

Durante los últimos años del siglo XX e inicios del siglo XXI se han desarrollado muy diversas teorías en torno al factor (s) desencadenante (s) del trastorno del comportamiento alimentario <<anorexia>>, tales como el psicoanálisis, la teoría sistémica, el enfoque de género y la teoría sociocultural; no obstante lo que en esta tesis se considera es que la anorexia se debe al incesante bombardeo de los medios masivos de comunicación acerca de las dietas, a la veneración que suscitan los modelos en las jóvenes y a los mandatos de la moda. Concluyéndose que es una verdadera epidemia que hay que combatir con todas las armas disponibles de la medicina, de la psicología, de los expertos en nutrición, de los sociólogos y esencialmente de los educadores, ello habrá de fundamentarse en campañas educativas y de apoyo psicológico; constituyéndose así, indudablemente, lo que esencialmente propone la teoría sociocultural.

Dicha teoría concibe al hombre como un producto de procesos sociales y culturales, Lev S. Vygotsky es el fundador de esta teoría, mediante la cual se analiza la influencia que ejerce el *entorno sociocultural* para que una adolescente presente o desarrolle trastornos alimentarios, específicamente el correspondiente al tipo de anorexia nerviosa. Ello debido a que desde dicho enfoque se considera que “[...] los procesos de desarrollo no son autónomos de los procesos educativos. Ambos están vinculados desde el primer día de vida del niño, en tanto que éste es participante de un contexto sociocultural y existen los otros, quienes interactúan con él para transmitirle la cultura[...]”¹²³, por lo que se consideró idóneo para dar sustento

¹²³ Consejo Nacional Técnico de la Educación. *Op. cit.*, p. 87

a un problema que actualmente se desarrolla en una cultura que sobrevalora la delgadez y la imagen corporal “perfecta”, dando origen a trastornos alimentarios, los cuales pueden considerarse como un mal socialmente promovido.

De ello resulta que a través de este proceso sociocultural se transmitan los hábitos y las costumbres culturalmente organizados, entretrejiéndose los procesos de desarrollo social con los del desarrollo personal, autogenerándose mutuamente, por lo cual no se puede hablar del desarrollo de un trastorno sin ubicarlo (como ya se ha expuesto en todo este capítulo) dentro de un contexto histórico- cultural determinado;¹²⁴ de manera que es por ello que la moda se impone con tal fuerza e influye de modo alarmante en el desarrollo de los trastornos bulímicos y anoréxicos, los cuales pueden conducir incluso a la muerte: <<morir por ser delgada>>.

Los medios de comunicación masiva, a través de la televisión, las revistas, el Internet, etcétera, ejercen una influencia sociocultural que favorece el *estereotipo social* de la delgadez extrema y la imagen corporal perfecta como antivalores* deseables. Pareciera que únicamente mediante la delgadez puede alcanzarse una autoestima** suficiente. Esta influencia, sobretudo en las adolescentes, llega a ser de tal magnitud, que les provoca una insatisfacción con su propia imagen corporal, llevándolas a la búsqueda de la delgadez a cualquier precio. La enajenación provocada impide que estas adolescentes perciban los cambios biológicos que señalan el final de la infancia, (y que se traducen en un rápido crecimiento y aumento de peso, cambios en las proporciones y la forma del cuerpo), como un proceso natural, otorgándole mayor importancia a su sentido social y culturalmente promovido. Convirtiéndose la pubertad, misma que resulta de los cambios biológicos, y la adolescencia, significada en los procesos sociales y emocionales, en un

¹²⁴ Cf. *Loc. cit.*

* “Condiciones contrarias al bienestar material y espiritual de los seres humanos.” Jahir Rodríguez Rodríguez. *El palimpsesto de la ciudad: ciudad educadora*, p. 68

** “Hace referencia a esa valoración positiva, a la imagen de lo que a uno le gustaría ser.” Rogelio Perea Quesada. *Op. cit.*, p. 11

tormentoso tránsito. Puesto que, con respecto a la imagen corporal, las niñas tienden a sentirse menos satisfechas con su aspecto que los chicos de la misma edad. Sin duda esto se debe al mayor énfasis que da la cultura a los atributos físicos de las mujeres.

De manera que, específicamente, las jóvenes adolescentes presentan índices de depresión más altos que los chicos, sobre todo por la preocupación que les causa su aspecto. Ya que se encuentran en búsqueda de una identidad y de la formación de un autoconcepto definido. Lo que explica el comportamiento caótico de las adolescentes, a la hora de percibir su apariencia, siendo los trastornos alimentarios del tipo de anorexia y bulimia el producto de la confusión de identidad que en este periodo del ciclo vital se experimenta.¹²⁵ Ello resulta de la presión que ejerce la sociedad para que las mujeres transmitan estereotipos sociales de una generación a otra, propiciándose, de esta manera, que la definición femenina esté cada vez menos relacionada con el logro de una identidad individual, considerándose en primera instancia las relaciones y aceptación de las otras personas.

De ello resulta que Elena Zubieta afirme que la confianza de las chicas en ellas mismas se mantiene bastante firme hasta los 11- 12 años, edad en que se muestran muy perceptivas en las relaciones y seguras de sus sentimientos. Sin embargo, cuando entran en la adolescencia aceptan nociones estereotipadas de cómo deben ser y reprimen sus verdaderos sentimientos en aras de ser <<buenas>>.¹²⁶ Nadie puede ignorar que desde las últimas décadas del siglo XX se ha masificado la influencia de los medios de comunicación en los que cada vez hay mayor número de mensajes que contienen técnicas para que las mujeres bajen de peso y hagan dietas restrictivas las cuales, en su gran mayoría, son nocivas para la salud. Ya que glorifican una imagen juvenil, delgada, asociada a un control estricto del peso, ello debido a que las chicas, a diferencia de los chicos, presentan

¹²⁵ Darío Páez, *et. al. Op. cit.* p. 230

¹²⁶ *Ídem.*

trastornos internalizados, de tipo afectivo (depresión, ansiedad) y de alimentación.¹²⁷ Generando así un estereotipo social que forja un valor que parece adquirir más importancia que la amistad, la bondad, la alegría, la inteligencia, la honradez e incluso que la salud.

El anhelo por la delgadez se ha convertido en un antivalor cultural central, el medio para conseguir todas las ventajas a las que se asocia: belleza, elegancia, prestigio, autoestima y aceptación social,¹²⁸ se ha convertido en un fin por sí mismo, por el que muchas jóvenes luchan incluso a expensas de su salud física y mental. Este bombardeo de imágenes y mensajes ha logrado la interiorización colectiva de una cultura de la delgadez, es decir, que las personas se apropian del mensaje que transmite ese deseo de figura corporal perfecta. Un ejemplo de esta influencia que se recibe desde la niñez son las muñecas Barbie (Ver Anexo 7). Conforme juegan con ellas, las niñas van interiorizando esta imagen corporal, la cual es prototipo de la delgadez extrema ya que "(...) si se trasladan proporcionalmente las medidas de la Barbie a la talla de una joven de 1.63 metros, darían como resultado 69- 41- 68 cm. (busto, cintura, cadera). Estas medidas resultan irrisorias puesto que en un abdomen de tal proporción no cabría el aparato digestivo de una joven, además aun omitiendo este referente el resto de las medidas serían indicador de un estado de desnutrición grave." ¹²⁹ Siendo señal de alarma el que esta sea la silueta de una de las imágenes femeninas más admiradas por las adolescentes contemporáneas.

A lo largo de estas páginas se ha podido vislumbrar cómo, al explorar el pasado, éste contribuye con importantes aportaciones para comprender el presente e, incluso, avisar un futuro posible. Sin embargo, quienes se han dedicado a la investigación de los TCA, ante la exigencia de las soluciones rápidas, que la epidemia de los trastornos del comportamiento alimentario requieren, no se han

¹²⁷ Cf. Ramón de la Fuente, María Elena Medina Mora y Jorge Caraveo. *Op. cit.*, p. 196.

¹²⁸ Cf. Joseph Toro. *Op. cit.*, p. 312

¹²⁹ Autorizado por Dr. Gabriel Islas Osorio, 17, Diciembre, 1999

permitido recurrir a la historia, ya que éste es un trabajo sumamente laborioso, puesto que la información histórica acerca de este trastorno es sumamente escasa, y se requiere de indagar en textos históricos, en los cuales podría parecer inimaginable el encontrar antecedentes del trastorno, no obstante vale la pena realizar tan arduo trabajo puesto que la historia tiene el incuestionable don de <<prevenir>>, siendo que en ella se encuentran grandes analogías entre el fenómeno actual y el que se suscitó en el pasado; es sólo que a estas mujeres a lo largo de los siglos se les ha ido estigmatizando de manera diferente. Y es precisamente sobre el tema de la prevención del trastorno anoréxico de lo que tratará el siguiente capítulo, valiéndose para ello de lo que hasta el momento se ha logrado analizar acerca del trastorno, pero también de otras disciplinas que, al ser trianguladas con lo anterior, permitirán la comprensión de la gravedad y urgencia de erradicación de esta problemática.

Capítulo III

EDUCACIÓN PARA LA SALUD, UN ÁMBITO DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA EN ADOLESCENTES ANORÉXICAS

Según se ha ido evidenciando a lo largo de las páginas de esta tesis, la anorexia es una problemática epidemiológica de salud, la cual está determinada fundamentalmente por los estilos de vida, el medio ambiente, los hábitos y las costumbres alimentarias. En consecuencia se puede considerar que esta problemática de salud es susceptible de ser paliada mediante acciones esencialmente educativas, además de las médico-psicológicas. Por ello la prevención continúa siendo un reto para el nuevo siglo que apenas inicia; misma que habrá de implementarse mediante un conjunto de estrategias necesarias para mejorar la salud y por tanto la calidad de vida de las adolescentes anoréxicas.

Al mismo tiempo existe un “[...] consenso mundial respecto a que la adolescencia es una etapa clave para evitar conductas de riesgo e introducir hábitos saludables, mediante acciones educativas. [...]”¹³⁰ Es por ello que los profesionales de la educación, deben recibir formación teórica y práctica para adquirir las competencias que les permitan incorporar la Educación para la Salud en su función preventiva. Tal como advierten las directrices de la Organización Mundial de la Salud en las conferencias internacionales celebradas hasta el momento.* Mismas que han puesto el punto de mirada en los problemas de salud que aquejan a la sociedad actual, tales como: consumo de drogas, sexualidad, alimentación, modalidades del

¹³⁰ María Cruz Molina y Montserrat Fortuny. *Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención*, p. 17

* Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud: Jornadas celebradas del 13 al 24 de Noviembre del 2000, organizadas por la Real Sociedad de los Amigos del País (Comisión de Bizkaia). Universidad del País Vasco. *Universitatexto*, p. 1

comportamiento alimentario, etc.¹³¹ Para saberlo no es necesario nada más que enterarnos de las noticias que difunden los medios masivos de comunicación, mismos que exponen los hábitos y costumbres adictivas, de higiene y alimentarias que presenta la juventud actual; los cuales están muy lejos de lo que es recomendable. Pero, como ya se ha mencionado con anterioridad, la opinión que difunden estos medios no siempre coincide del todo con la realidad; aunque es muy importante identificar conductas de riesgo, éste no es el medio más recomendable para hacerlo, siempre es necesario situar el problema en un contexto real. Para ello en este caso se implementó el Diagnóstico de Necesidades de Intervención Socioeducativa (ANISE), mediante el cual se conocieron los comportamientos alimentarios de las adolescentes pertenecientes a una escuela secundaria; mismas que resultaron ser muy vulnerables a las presiones de las modas, la publicidad y a determinados consumos, al grado de que el 86% de éstas mantiene una relación negativa con los alimentos, puesto que consideran que engordar es sinónimo de fracaso social. De acuerdo con ello se han de proporcionar los elementos necesarios para brindarles a estas adolescentes, y sobre todo a las anoréxicas, una mejor calidad de vida.

III. I. Educación para la Salud, un Ámbito de Intervención Educativa en la Educación para Personas Jóvenes y Adultas (EPJA)

Desde uno de los ámbitos de la Licenciatura en Intervención Educativa (LIE) se puede encontrar la pauta para analizar la problemática de los TCA, específicamente de la anorexia, con otros cuestionamientos y categorías de análisis distintos a los comúnmente investigados, tales como los enfoques teóricos conductuales, psicoanalíticos, sistémicos, de género, etc.; lo que puede permitir abrir nuevas posibilidades para analizar la problemática desde una nueva perspectiva enfocada en la teoría sociocultural; muestra de ello es todo lo que hasta el momento

¹³¹ Cf. Elia Diez David, Olga Juárez Martínez y Susana Fernández Costa. *Las escuelas promotoras de salud: una experiencia educativa*, p. 23

aquí se ha expuesto, pero sobretodo un ámbito de investigación que no se ha considerado, y es el que se desarrollará a continuación <<la educación para la salud como un ámbito de intervención de la EPJA para prevenir TCA>>. Por lo cual se comenzará por definir esta categoría de análisis de lo general a lo particular, iniciando por caracterizar a la LIE y describir su objeto, ello con base en la presentación general de la LIE¹³²; posteriormente se expondrá la EPJA y la educación para el mejoramiento de la calidad de vida como un ámbito de intervención educativa, del cual se deriva la educación para la salud.

La LIE tiene como objetivo formar un profesional de la educación capaz de desempeñarse en diversos campos del ámbito educativo, a través de la adquisición de las competencias generales (propias de cualquier profesional del campo de la educación) y específicas (las adquiridas a través de las diferentes líneas profesionalizantes), que le permitan transformar la realidad educativa por medio de procesos de intervención.

Así pues, esta licenciatura se caracteriza por la búsqueda de pertinencia social y educativa, para responder de manera adecuada a las necesidades socioculturales y educativas de los contextos marginados o en peligro de caer en marginación; tal es el caso del devastador efecto de la problemática denominada como anorexia, trastorno que se ha propagado entre la juventud con la efectividad de un virus aunque no lo es, convirtiéndose en la “[...] segunda causa de muerte de las adolescentes en el mundo [...]”¹³³. Es por ello que aquí se le ha considerado a este trastorno, como parte del conjunto de problemas socio- educativos importantes, de manera que al interior de la Universidad Pedagógica Nacional, Unidad 153 Ecatepec, se propone dar respuesta a este y a muchos otros problemas sociales contemporáneos, mediante la formación de profesionales de la educación capaces de intervenir eficazmente y que además planteen soluciones a dichos problemas,

¹³² Cfr. <http://www.lie.upn.mx/modules.php?name=news&file=article&sid=10>, 10/09/07

¹³³ <http://www./trabajos/buliano/buliano.shtml>, 12/06/06

mismos que han sido reconocidos en los diversos campos de la Intervención Educativa. Estos son:

- **Educación de las personas jóvenes y adultas:** atención a las personas jóvenes y adultas que no han tenido oportunidad de lograr acceso a la alfabetización y a la escuela, la capacitación en y para el trabajo, **la educación orientada al mejoramiento de la calidad de vida**, la promoción de la cultura y fortalecimiento de la identidad.
- Educación inicial: formación de la población infantil entre los 0 y los 4 años de edad
- Gestión Educativa: mejora de la calidad en la organización, gestión y administración educativas, no sólo en el ámbito escolar tradicional sino en el de otras instituciones y del propio sistema educativo.
- Interculturalidad: diversidad cultural que se expresa en diferentes ámbitos del país
- Inclusión social: necesidad de plantear estrategias de integración social y educativa, para poblaciones con necesidades sociales y educativas particulares.
- Orientación educacional: orientación para la toma de decisiones de jóvenes y adultos respecto a las opciones profesionales que definen su proyecto de vida.

Como ya se ha mencionado, de todas las áreas anteriormente mencionadas la correspondiente a la Educación para las Personas Jóvenes y Adultas (EPJA) en el ámbito de mejoramiento de la calidad de vida es la que aquí se abordará de manera específica. Este ámbito “[...]incluye las acciones, que con un sentido educativo, inciden en los asuntos relacionados con la satisfacción de los más elementales derechos como son la vivienda, la alimentación, **la salud**, el trabajo, etc.”¹³⁴ En lo

¹³⁴ María de Lourdes Valenzuela (Coordinadora). *Nuevos rostros y esperanzas para viejos desafíos*. La educación de las personas adultas en México, p. 125

que a la salud respecta, ésta es sin lugar a dudas lo que en todo el mundo se pretende lograr, puesto que su ausencia significaría que ninguna persona podría desarrollarse y ejercer todas sus facultades convenientemente para poder relacionarse con su propio entorno. En efecto, se consideró óptimo definir a la salud de la siguiente manera “[...]es, en primer lugar, una responsabilidad del individuo mismo. Pero el individuo necesita de una preparación adecuada para asumir esa responsabilidad.”¹³⁵ De manera que el aprendizaje humano requiere del apoyo de miembros más capaces pertenecientes a su entorno social, de esta forma las personas acceden a los conocimientos que requieren para mantenerse sanas. De ello resulta que la **educación para la salud** tenga una gran importancia, puesto que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud y a la enfermedad, teniendo una función preventiva y correctiva a la vez.

Es indudable que la finalidad de la educación para la salud es promover estilos de vida saludables, mediante estrategias preventivas que conlleven a cambios en los hábitos y prácticas de salud, los cuales no suceden como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a comportamientos aislados, sino más bien como efecto de cambios globales. De manera que los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertas en un determinado contexto que ha formado determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio de la educación para la salud deberán dirigirse a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación del comportamiento si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados, puesto que en una adolescente con anorexia no se podrán modificar sus comportamientos sin antes transformar, mediante acciones de Intervención Educativa, los comportamientos y valores arraigados en la cultura en que se desarrollan. Por tanto las acciones educativas de prevención para la salud deben consistir en una auténtica revolución cultural. Aunque, cabe aclarar que, deberá iniciarse de manera sectorial.

¹³⁵ <http://www.cesu.unam.mx/iresie/revistas/perfiles-ant/62-7.htm> 21/11/2007

Por eso “[...]la educación para la salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que estas suponen realidades semejantes del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos que configuran los estilos de vida saludable; por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque si condicionado por una serie de factores ambientales [...]”¹³⁶

De hecho, desde la perspectiva sociocultural, planteada en el párrafo anterior, el panorama para la mejora de la salud de las adolescentes con TCA se torna en pro de una revolución ambiental, en la cual se deberá enfrentar a fabricantes, comerciantes y publicistas, cuyo objetivo es el que estas jovencitas consuman desmedidamente sus productos y servicios bajo la promesa de que éstos las adelgazarán, aun a sabiendas de que esta promesa, en muchos de los casos, no será cumplida. Obviamente el enfrentamiento no será directo, pues resultaría una intervención ingenua y sin futuro. Las iniciativas en este sentido deberán constituirse a partir de diagnósticos e intervención educativa que promuevan la participación activa de la comunidad afectada. Ante lo cual los expertos de la OMS han expresado que para la mejoría de la salud mental de la población se tiene un instrumento poderoso y capaz de cambiar sus condiciones socioculturales, **su educación en materia de salud**.¹³⁷ Así pues la primera institución de formación es la familia, por lo que es con ella con la que debe iniciarse el proceso de intervención; posteriormente se considera a la escuela como la siguiente institución formadora importante, de donde se sigue el ámbito comunitario; al interior de cada uno de estos espacios deberá intervenir en pro de la erradicación del trastorno anoréxico, primordialmente en las adolescentes.

¹³⁶ Rogelio Perea Quesada. *Op. cit.*, p. 18

¹³⁷ Cf. Ramón de la Fuente, María Elena Medina Mora y Jorge Caraveo. *Op. cit.*, p. 405

Evidentemente es posible actuar sobre el contexto en el que la anorexia se presente, ante lo cual surgen diversas propuestas para establecer programas preventivos para hacer frente a dichos trastornos. Ello tiene como objetivo proponer programas educativos destinados a enseñar a las jóvenes la realidad acerca de las aberraciones de la moda, en lo que a la fijación en el peso ideal respecta. Esta medida podría parecer irrisoria frente a la complejidad de la anorexia. Sin embargo, el innegable papel del ideal de delgadez impuesto por la moda y la educación como medio para palearlo, legitima esta medida de prevención. Lo cual será abordado mediante el instrumento denominado por Lev S. Vigotsky (principal exponente de la teoría que sustenta a esta tesis) como Zona de Desarrollo Próximo (ZDP).

III. II. La Zona de Desarrollo Próximo, un Instrumento Fundamental en la Prevención de la Anorexia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como metas de salud mental: prevenir las enfermedades y desordenes mentales; fomentar la salud mental por medio de la educación y el saneamiento del medio psicosocial, y organizar servicios y programas para la prevención, el diagnóstico precoz, el tratamiento y la rehabilitación, acciones todas en las que ha de buscarse la participación activa de la colectividad.¹³⁸ Todo ello se escucha sumamente prometedor pero ¿En qué grado es posible prevenir el trastorno anoréxico? Responder a esta pregunta requiere examinar lo que se sabe acerca de sus causas, consecuencias y los recursos con los que se cuenta para contenderlo. Las causas desencadenantes o precipitantes de la anorexia ya han sido expuestas a lo largo de la presente tesis; del mismo modo ya han sido descritas sus consecuencias, sólo resta explicitar los recursos con los que se cuenta para contender contra ella, y con base en lo ya expuesto sobra señalar que aquí se retomará, para ello, la intervención para la prevención de estos trastornos en la adolescencia mediante la educación para la salud. Por lo que se

¹³⁸ Cf. Ramón de la Fuente, María Elena Medina Mora y Jorge Caraveo. *Op. cit.*, p. 10

comenzará por describir en un sentido amplio a qué se hace referencia cuando se habla de prevención.

El Comité de Prevención de Desordenes Mentales del Instituto de Medicina de los Estado Unidos propuso un modelo en el que “[...]el término prevención se aplica solamente para definir aquellas intervenciones que ocurren antes del inicio de la enfermedad[...]”;¹³⁹ es decir, que las intervenciones preventivas se dirigen a aquellas personas que tienen signos mínimos, pero detectables, de síntomas que indican la probabilidad de que se desarrolle un desorden, o que tienen indicadores biológicos que revelen alguna predisposición, pero que no cumplen con los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSMIV)¹⁴⁰ en el momento actual. En vista de todo lo anterior, es lógico convenir que en el caso del trastorno anoréxico la intervención sólo puede basarse en la <<prevención primaria>>.¹⁴¹ Al hablar de prevención primaria se está tomando como base el esquema de prevención propuesto por Ramón de la Fuente, quien indica que la prevención incluye: a) Prevención primaria: Evitación de la ocurrencia de enfermedad o daño; b) Prevención secundaria: Se basa en el diagnóstico temprano que permite limitar sus secuelas y c) Prevención terciaria: Limitación de las incapacidades causadas por la enfermedad¹⁴²

No obstante, como ya se ha mencionado, tanto el Comité de Prevención de Desordenes Mentales del Instituto de Medicina de los Estado Unidos, como Josep Toro y Michel Laxenaire (estos últimos citados a lo largo de la presente tesis) coinciden en aseverar que la prevención primaria es la idónea para enfrentar la problemática del trastorno anoréxico. Ya que este tipo de prevención constituye la anulación de las actitudes y comportamientos que conduzcan al deseo de adelgazar.

¹³⁹ *Ibíd.* p. 388

¹⁴⁰ *Cf.* DSM-IV-TR. *Op. cit.*, pp. 653-666

¹⁴¹ *Cf.* Joseph Toro. *Loc. Cit.*

¹⁴² *Cf.* Ramón de la Fuente, Maria Elena Medina Mora y Jorge Caraveo. *Op. cit.*, p. 386

Puesto que las principales acciones educativas de prevención primaria en el campo de la salud mental, son eficaces en el grado en que los principios son asimilados, generan actitudes saludables y son incorporados por la cultura; es un hecho que la educación puede cambiar significativamente el modo de pensar, sentir y actuar de las personas. Puesto que en el I Congreso sobre trastornos de la alimentación celebrado en Granada, en Abril de 1997, se habló de los tratamientos multidisciplinares para prevenir estas patologías, mencionándose que “[...] la realización de un buen diagnóstico es el arma primordial para combatir los Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA); pero es preciso realizar programas de prevención y promoción de la Salud desde el ámbito socioeducativo.”¹⁴³ Por ello la Educación para la Salud en la prevención de estas enfermedades debe incursionar en los centros educativos mediante la elaboración de proyectos y programas que involucren a la comunidad estudiantil y a sus familias en el ámbito de los TCA.

No obstante estos proyectos y programas deberán pertenecer al ámbito educativo no formal, de manera que los alumnos como las familias de éstos asistan por convicción y no por obligación; constituyéndose la escuela como el espacio para el desarrollo del proyecto, más no como la entidad institucionalizada encargada de incluir en su currículo los contenidos a desarrollar. A este respecto cabe destacar que se hará especial hincapié en incidir no sólo en los aspectos de buena nutrición y dietas equilibradas que ya se abordan en el currículo escolar, específicamente en las clases de Biología, además las personas con trastornos de alimentación ya han adquirido conocimientos, a veces exhaustivos, de la buena alimentación. Conocen perfectamente las dietas saludables, saben más de calorías, grasas, proteínas, que el resto del alumnado; es por ello que los contenidos deberán girar hacia una postura absolutamente distinta, compartiendo mensajes, como: La significación socio-cultural del comer; El enfoque socio-histórico-cultural de la anorexia; Las trampas del

¹⁴³ <http://www.cfnavarra.es/inam>, 18/05/2008

mercado del adelgazamiento y los factores socioculturales que influyen en la salud mental del adolescente contemporáneo.

Ahora bien, para que estos contenidos temáticos lleguen al individuo y lo impacten de tal manera que permita formarlo*, será necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario; ya que adquirirán, así, conocimientos, habilidades, hábitos y costumbres saludables. Indudablemente un proceso de formación constituirá para las adolescentes susceptibles a los dictados de la moda una transformación de su realidad, ello es absolutamente posible mediante la puesta en marcha de lo que Lev S. Vigotsky define como ZDP, que es:

“La distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz.”¹⁴⁴

En efecto, esta categoría se conforma por la distancia existente entre el Nivel de Desarrollo Real (adolescente acrítica ante la cultura de la extrema delgadez) y el Nivel de Desarrollo Potencial (orientación y colaboración de profesionales de la salud física y mental, así como de la educación para erradicar el TCA); lográndose consecuentemente que la sujeto de intervención llegue a un Nivel de Desarrollo Actual ideal (trastorno anoréxico erradicado, siendo que el sujeto de intervención ya sea capaz de ser crítico y autónomo al enfrentarse a el mercado del adelgazamiento). Por lo tanto, formar es un proceso que deberá componerse por diversas profesiones; para que de manera propositiva y responsable participen en la elaboración y diseño del proyecto en pro de la calidad de vida de las jóvenes anoréxicas, en un sentido integral, potenciando sus experiencias y conocimientos

* “El término alemán Bildung, que traducimos como <<formación>>, significa también la cultura que posee el individuo como resultado de su formación en los contenidos de la tradición de su entorno. Bildung es, pues tanto el proceso por el que se adquiere cultura, como esa cultura misma en cuanto patrimonio personal del hombre culto.” Gadamer G. *Op. cit.*, p. 38

¹⁴⁴ Vigotsky Lev. *La imaginación y el arte en la infancia*, p. 133

teóricos para convertirse en los instrumentos de mediación de estas chicas. En efecto, la actuación de estos profesionales deberá estar orientada a edificar el proyecto de manera que éste se prolifere exitosamente.

Y en el campo de la salud se da uno de los más claros ejemplos de profesionales que deben asumir un importante rol formativo como parte de sus funciones. Esto se debe a que la salud es, en primer lugar, una responsabilidad del individuo mismo. Pero el individuo necesita de los medios y de una preparación adecuada (Nivel de Desarrollo Potencial) para asumir esa responsabilidad (Nivel de Desarrollo Actual). En este contexto la prevención dentro del ámbito de la educación para la salud adquiere una gran importancia, ya que es un proceso que promueve cambios de conceptos, comportamientos y actitudes frente a la salud y a la enfermedad, reforzando conductas positivas.¹⁴⁵ En consecuencia, es claro que la mayoría de los problemas de salud son susceptibles de ser evitados o de ser paliados mediante acciones de formación. Puesto que la racionalidad humana permite la generación de la cultura y la integración de conocimientos. Y sin duda el legado de esa cultura y la mejora de la salud social e individual se hacen a partir de la educación. Por consiguiente la propuesta de intervención a continuación expuesta gira en dicho sentido.

III. III. Propuesta de Intervención Educativa

Presentación

El análisis del diagnóstico de intervención socioeducativa se orienta hacia la Educación para la Salud y a cuestionar ¿Cuál es el mejor momento para llevarla a cabo? ¿Cuáles son los conocimientos requeridos para ponerla en práctica? y

¹⁴⁵ Cf. Irene Duran González, *Et. al.* "Educación para la Salud. Una estrategia integradora." En: Revista Perfiles Educativos. Tomo 62. p. 42

¿Cuáles son sus ámbitos de participación? En este sentido, la escuela “[...] como territorio social y como modalidad cultural.”¹⁴⁶ Es un espacio adecuado para transmitir los contenidos que contribuyan a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad; aunque no sea precisamente a través de los contenidos curriculares. De manera que es posible plantear lo anterior como eje alternativo e independiente del proyecto formal del centro escolar, constituyéndolo como una disciplina específica y verdaderamente optativa, dejándola como un espacio abierto a los sujetos que deseen tomarla, en el horario contrario al que asisten a sus labores escolares. Se considera a la escuela como el sitio ideal debido a que en ella existen dos espacios idóneos: el aula para impartir conocimientos y el comedor (cafetería o cooperativa), donde es posible aplicarlos y evaluarlos.

Esta propuesta surge ante la evidente ausencia de correctos hábitos alimentarios en los escolares de educación secundaria , ello se afirma con base en los resultados arrojados por el ANISE antes mencionado, mismo que denotó que “[...] la falta de conocimientos es la base de unos malos hábitos [...]”¹⁴⁷, pero ello constituye únicamente la parte informativa del problema, pues restringe claramente el concepto de educación, al no considerar un proceso de desarrollo de competencias y actitudes que permitan transformar la realidad. Por ello, son necesarias estrategias y proyectos creativos*.

Con base en este planteamiento es posible aseverar que el Interventor Educativo es un factor decisivo que necesita disponer de una formación, basada en las directrices metodológicas y en los recursos necesarios que le permitan implementar un proyecto de intervención eficiente y eficaz. Todo esto habrá de

¹⁴⁶ Ricardo Baquero. *Op. cit.*, p. 225

¹⁴⁷ Elia Diez David, Olga Juárez Martínez y Susana Fernández Costa. *Op. cit.*, p. 24

* “Toda actividad imaginativa tiene siempre una larga historia tras de sí. Lo que llamamos creación no suele ser más que un catastrófico parto consecuencia de una larga gestación.” Lev Semiovich Vigotsky. *Op. cit.*, p. 31

realizarlo desde la óptica del trabajo en equipo, con una acción tutorial que será fundamental para la adquisición de los conocimientos referentes al ámbito de la salud.

Además es necesario aclarar cuáles son los ámbitos de participación, uno de ellos, evidentemente, será la escuela. Pero las estrategias con relación a la educación alimentaria no le competen únicamente a ésta. El sistema familiar es también necesario para obtener resultados en la educación integral del adolescente escolar, dado que “La familia constituye el núcleo primario de referencia y es en donde empieza la educación del individuo.”¹⁴⁸ Esto conlleva a la necesidad de una estrecha colaboración entre escuela y familia, y un conocimiento del entorno sociocultural para desarrollar adecuadamente una intervención socioeducativa. Pues para Vigotsky “[...] los procesos de desarrollo no son autónomos de los procesos educacionales. Ambos están vinculados desde el primer día de vida del niño, en tanto que éste es participante de un contexto sociocultural y existen otros, familia, escuela, compañeros, etc.”¹⁴⁹ Quienes interactúan con él para transmitirle cultura. De manera que el entorno social ejerce significativamente su influencia, interaccionando con el escolar, la familia y la escuela. Aquí es donde no se ha de olvidar el papel de los instrumentos mediadores constituidos por las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación o de los mecanismos de publicidad y consumo.¹⁵⁰ Por todo ello, las estrategias con relación a la educación para la salud han de contemplar actuaciones integrales en prevención, con aspectos saludables, familiares, culturales, sociales y educativos. Siendo el fin principal adecuar el comportamiento de la población escolar secundaria y de sus familias a un estilo de vida saludable.

Entonces los profesionales de la educación deberán ser capaces de desempeñarse en el trabajo con grupos susceptibles de padecer estos trastornos,

¹⁴⁸ Instituto Mexicano de Psiquiatría. *División de enseñanza. La familia como sistema*, p. 19

¹⁴⁹ Consejo Nacional Técnico de la Educación. *Op. cit.*, p. 87

¹⁵⁰ *Cfr. Supra*. Capítulo I, p. 37- 42

mediante la observación, diagnósticación y proyección de acciones que conlleven a transformar la realidad educativa de las adolescentes anoréxicas. Por lo tanto el gran reto social es ofrecer a estas jóvenes oportunidades adecuadas para su desarrollo. Mediante la intensificación de los programas de educación y prevención de conductas de riesgo, tales como el trastorno anoréxico.

A continuación se expone el trabajo y las estrategias mediante las cuales se desarrollaran las actividades educativas, no formales, que se pretenden implementar a través de una serie de talleres de reeducación alimentaria para adolescentes con anorexia, y que con base en la propuesta de Jaume Sarramona, Gonzalo Vázquez y Antoni J. Colom, toda propuesta de intervención debe englobar al menos los siguiente aspectos importantes:

Objetivos

Contenidos

Métodos

Medios

Actividades

Evaluación¹⁵¹

Lo que significa que “[...] cualquier actividad, curso, acción, *taller*, programa o proyecto a desarrollar en educación no formal [...]”¹⁵² debe estar estructurado, adecuado y organizado en función de los seis aspectos mencionados. Toda acción pedagógica, por tanto, deberá tener resueltas y definidas, las cuestiones que se acaban de enunciar. Por lo cual a continuación se expone el desarrollo de cada uno de los puntos indicados.

¹⁵¹ Cfr. Jaume Sarramona, Gonzalo Vázquez, Antoni J Colom. *Educación no formal*, p. 188

¹⁵² *Ibíd.* p. 185

Objetivos

Objetivo General

Mejorar la salud física y mental de adolescentes de escasos recursos pertenecientes al nivel escolar Secundaria que padecen anorexia así como la de las madres de éstas mediante la implementación de una serie de talleres de reeducación alimenticia, en los cuales se propicie el análisis, sistematización y comunicación de información que oriente a la toma de decisiones con una actitud ética y responsable en un ambiente de respeto, entrega, confidencialidad, dignidad y honestidad.

Objetivos Particulares:

- *Gestionar la participación gratuita de psicólogos, nutriólogos, estomatólogos y enfermeras para el desarrollo de los talleres que se impartirán a las adolescentes que padecen trastornos alimenticios.*
- *Crear un ambiente óptimo para el aprendizaje basado en la calidez, la confianza y el respeto.*
- *Proporcionar un trato integral y ético para las adolescentes en un ambiente de respeto, entrega y confidencialidad.*
- *Combatir el estereotipo de moda: mujer talla cero.*
- *Reeducar en sus hábitos alimenticios a las adolescentes que padecen anorexia.*

Actividad**Actividad: 1** No. De sesión: 1- 22**Objetivo particular:** *Combatir el estereotipo de moda: mujer talla cero.***Tiempo estimado de duración:** 1 sesión por grupo de 2:30 hrs.**Responsable (s):** Islas Rodríguez S. Angélica

Objetivo Específico	Actividades	Desarrollo		Metodología (didáctica)	Recursos (didácticos)	Evaluación
Desarrollar en las mujeres adolescentes que padecen el trastorno alimenticio del tipo de anorexia el principio de la realidad	Exposiciones informativas acerca de los trastornos alimentarios del tipo de anorexia y bulimia para adolescentes de Escuela Secundaria	<i>¿Qué son los trastornos alimenticios del tipo de Anorexia y Bulimia?</i>		<i>Método Inductivo</i> Estrategia de aprendizaje: Observación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala adaptada para realización de talleres ▪ Cámara de video ▪ Video casete ▪ Diapositivas ▪ Cañón de proyección 	Articulación entre las características sintomáticas expuestas y las vivenciadas por cada uno de los sujetos de intervención presentes.
		Anorexia	Bulimia			
		Sensación de gordura aún cuando no es así	Atracones (tristeza o ansiedad)			
		Miedo a aumentar de peso	Insatisfacción permanente por el cuerpo			
		Ingestión escasa y limitada de alimentos	Vómitos provocados después de comer			
		Realización de ejercicio intenso con objetivo de adelgazar	Uso indiscriminado de diuréticos y/o laxantes			
		Amenorrea	Dificultad de concentración			
		Autoestima dependiente del peso y la figura	Sensación constante de culpa, auto agresión e ideas suicidas			
		Tristeza y depresión recurrentes	Incapacidad para detenerse de comer			
		Aislamiento social y deterioro en	Almacenamiento de alimentos y/o			

		<table border="1"> <tr> <td>relaciones interpersonales</td> <td>vómitos en diversos lugares de la casa</td> </tr> <tr> <td>Sensación de vacío</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miedo a convertirse en adultos</td> <td></td> </tr> </table>	relaciones interpersonales	vómitos en diversos lugares de la casa	Sensación de vacío		Miedo a convertirse en adultos				
relaciones interpersonales	vómitos en diversos lugares de la casa										
Sensación de vacío											
Miedo a convertirse en adultos											
<p>Tabla 1. Diagnóstico diferencial entre anorexia y bulimia. Por: Islas Rodríguez S. Angélica</p> <p><i>Causas desencadenantes de estos trastornos</i></p> <p><u>Sociales</u> - toda la presión occidental acerca del peso, la idea de éxito asociada con una imagen corporal sobre valorada en los medios de comunicación.</p> <p><u>Biogenéticos</u> - patologías familiares como podrían ser las adicciones, el alcoholismo, las depresiones, la obesidad; en todos o en algunos de los miembros de la familia.</p> <p><u>Psicológicos</u>- el miedo a la comida, ausencia del placer social que conlleva el acto de comer (los olores, los colores, la presentación de cada platillo), rechazo y terror a la gordura, etc.</p> <p><u>Desencadenantes</u> - muerte de un conocido o familiar, baja autoestima, trastorno de personalidad, inmadurez emocional, decepción amorosa, cambio de casa, pérdida del trabajo, etc.</p> <p><u>Familiares</u> - familias muy unidas donde no hay individuación de los miembros, no existen límites, no hay diferenciación de</p>											

		roles, madres controladoras, etc. ¹⁵³ <i>Consecuencias que trae el padecimiento de estos trastornos</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Amenorrea ○ Resequedad en la piel ○ Cabello quebradizo ○ Pérdida de cabello ○ Pérdida de piezas dentales ○ Huesos quebradizos ○ Debilidad en las uñas ○ Deseo intenso de dormir por el día ○ Insomnio por las noches ○ Perforación intestinal ○ Ansiedad ○ Aislamiento ○ Muerte 			
--	--	--	--	--	--

Observaciones:

¹⁵³ Cf. DSM- IV- TR. *Op. cit.*, pp. 653- 666

Actividad: 2 **No. de sesión:** 23- 25

Tiempo estimado de duración: 3 sesiones de 2:00 hrs.

Responsable (s): Islas Rodríguez S. Angélica

Objetivo particular: *Reeducar en sus hábitos alimenticios a las adolescentes que padecen anorexia y/o bulimia.*

Objetivo Específico	Actividades	Desarrollo	Metodología (didáctica)	Recursos (didácticos)	Evaluación
<p>Vincular los factores internos y externos que propician el desarrollo de los problemas de conducta psicopatológica que las mujeres con anorexia presentan</p>	<p>Primer taller reeducativo para adolescentes con anorexia.</p>	<p><i>Realización de la dinámica Fiesta de presentación</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Repartición de hoja de papel lápiz y alfileres a cada uno de los sujetos de intervención ○ Durante diez minutos el sujeto de intervención realizará una de las siguientes actividades escogida por él mismo: a) uno o varios dibujos de si mismo, b) dibujar u pastel con rebanadas de diferentes tamaños, cada una debe significar- como porcentajes-, lo que cada quien dedica a diferentes aspectos de su vida, c) realizar una gráfica de su vida indicando el momento actual, d) escribir una descripción de si mismo ○ Las hojas se prenden de la espalda del participante ○ Silenciosamente, las personas deben moverse cada dos minutos, de participante en participante, para tener seis o siete encuentros 	<p><i>Método analítico</i> Estrategia de aprendizaje: División</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala adaptada para realización de talleres ▪ Cámara de video ▪ Video casete ▪ Diapositivas ▪ Cañón de proyección ▪ Papel china ▪ Plumones de colores 	<p>Elaboración de un dibujo en que plasmaran los aspectos que ellas consideraran como precursores de su trastorno alimentario.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Se les pide que acudan con las dos personas que les hayan interesado más en los encuentros previos ○ La LIE induce a la plática y a la realización de preguntas profundas acerca de sus compañeros ○ Se comenta el ejercicio y la finalidad de éste <p><i>Exposiciones acerca de la importancia de la relación madre- hija en el desarrollo del trastorno alimentario del tipo de anorexia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Consecuencias, complicaciones y alteraciones: hipotermia, bradicardia o taquicardia, anemia, osteoporosis, alteraciones en la piel, caída del cabello, Lanugo (vello), deshidratación, trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza, perturbaciones del sueño, ansiedad, depresión, obsesión, compulsión, fobias, tristeza, irritabilidad, aislamiento social crónico progresivo, ideas suicidas, amenorrea en las mujeres y pérdida de potencia sexual en hombres. ○ La Familia: Cada miembro de la misma es un ejemplo a seguir, un modelo, a veces inconsciente, a veces consiente, pues las costumbres, 			
--	--	--	--	--	--

		<p>pensamientos, y sobre todo los comportamientos alimentarios suelen reproducirse a través de las generaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Familia anoréxica: Comportamientos extremos de demasiada unión entre los miembros o demasiada separación entre ellos. Las dimensiones de la vida familiar con anorexia se manejan en tres puntos: a) actitudes paternas hacia el peso, b) la dinámica familiar y c) los hábitos alimentarios. La repulsión hacia dichas dimensiones será manifestada bajo la forma enmascarada de un trastorno alimentario, mediante el cual se busca la salida a los conflictos ○ Características de las Familias anoréxicas: <ul style="list-style-type: none"> a) Aglutinamiento: elevada implicación interpersonal entre la anoréxica y su madre; prepondera el auto sacrificio y la abnegación o renuncia personal de esta última. b) Sobreprotección materna. c) Rigidez: la relación familiar se basa en los sistemas cerrados o rígidos, pues reina el autoritarismo. d) Confunde tener en vez de ser. e) Carencia de resolución de 			
--	--	--	--	--	--

		<p>conflictos. f) Problemas en sus hábitos alimentarios tales como dietas, modos de poner o sentarse a la mesa, mitos sobre los alimentos y la televisión siempre presente en el tiempo para comer. g) Los padres se resisten a la idea de que algo que anda mal con alguna de sus hijas, minimizando o negando los evidentes síntomas físicos del trastorno. h) Poco valor para expresarse. i) Aislamiento: cuando éste se da las familias aprenden a desconfiar de la sociedad en general, sintiéndose más seguros, menos vulnerables.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relación madre hija: La relación familiar empieza con la madre desde el embarazo, y a partir de ahí se van creando lazos de amor, relaciones que pueden ser funcionales o disfuncionales 			
--	--	---	--	--	--

Observaciones:

Actividad: 3 No. de sesión: 26- 27
Tiempo estimado de duración: 2 sesiones de 2:00 hrs.

Objetivo particular: *Combatir el estereotipo de moda: la mujer talla cero*

Responsable (s): Islas Rodríguez S. Angélica

Objetivo Específico	Actividades	Desarrollo	Metodología (didáctica)	Recursos (didácticos)	Evaluación
Favorecer a la liberación de los tabúes que traen consigo las personalidades de las mujeres con anorexia	Segundo taller reeducativo para adolescentes con anorexia.	<p><i>Realización de la dinámica Entrevista colectiva</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El grupo comenta los temores y expectativas de sus miembros al llegar al taller, durante 10 minutos ○ Se escoge a una persona de cada grupo para que sea entrevistada públicamente, profundizando en los temores aun no verbalizados ○ La LIE puede ser entrevistada por alguna voluntaria ○ Se comenta el ejercicio y las finalidades de éste. <p><i>Exposición acerca de La moda como precursora del trastorno alimentario del tipo de anorexia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La publicidad: crea un imaginario de lo que se puede llegar a ser la red de deseos que remiten a un cuerpo, un cuerpo que habita un mundo 	<p><i>Método analítico</i> Estrategia de aprendizaje: División</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala adaptada para realización de talleres ▪ Cámara de video ▪ Video casete ▪ Diapositivas ▪ Cañón de proyecciones ▪ Papel china ▪ lápices 	<p>Elaboración de un autorretrato en el que plasmaran su autoimagen. Exteriorización oral de su definición de autoestima. Vinculación escrita de dichos aspectos.</p>

¹⁵⁴ Cf. Lipovestsky. *El lujo eterno. De la era de lo sagrado al lujo de las marcas*, pp. 125,129,135

		<p>simbólico, que se recrea en un plano imaginario y que dista de la dimensión de lo real.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Horror hacia la grasa: a) Cuanto mas se impone el ideal de autonomía individual, mayor es la exigencia de conformidad con los modelos sociales del físico. b) Las mujeres que desean estar delgadas consideran que mediante su cuerpo logran apropiarse de autonomía y poder sobre si mismas. c) En la conquista por la belleza- delgadez tienen un control activo la alimentación y poco a poco van dejando de movilizar su iniciativa, su conciencia y la motivación individual.¹⁵⁴ ○ Moda+ Familia= Creación de inseguridad en las adolescentes: dictaminan cómo deben ser físicamente, posiblemente provocando una autoestima confundida o más bien baja en la valoración de su propio cuerpo. 			
--	--	---	--	--	--

Observaciones:

Actividad: 4 No. de sesión: 28- 29
Tiempo estimado de duración: 2 sesiones de 2:00 hrs.

Objetivo particular: *Crear un ambiente óptimo para el aprendizaje basado en la calidez, la confianza y el respeto*

Responsable (s): Islas Rodríguez S. Angélica

Objetivo Específico	Actividades	Desarrollo	Metodología (didáctica)	Recursos (didácticos)	Evaluación
Intervenir en los factores afectivos y cognoscitivos de las mujeres que padecen anorexia	Tercer taller reeducativo para adolescentes con anorexia.	<p><i>Realización de la dinámica Volar o sobrevivir</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Formar cuatro equipos de dos personas cada uno ○ Se reparten las instrucciones a cada equipo ○ En cada equipo se designa una piloto y una copiloto ○ Cada equipo tiene un avión para manejar ○ La LIE les informa que se llevará a cabo una asamblea en Rusia y que los pasajeros que llevarán serán el presidente y su gabinete de trabajo; han transcurrido dos horas de vuelo y las máquinas de sus aviones comienzan a fallar por lo que sus aviones se estrellan, cada uno en regiones diferentes ○ Los sujetos de intervención fingirán haber perdido el conocimiento ○ Un momento después la LIE les 	<p><i>Método deductivo</i> Estrategia de aprendizaje: Aplicación <i>Método analítico</i> Estrategia de aprendizaje: División</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala adaptada para realización de talleres ▪ Cámara de video ▪ Video casete ▪ tachuelas ▪ Papel cascarón ▪ Cinta adhesiva ▪ Navaja ▪ Barra de plastilina ▪ Mascada ▪ Paliacate ▪ Cordón de 50 cm. ▪ Piedras 	Descripción escrita acerca de las dificultades que debido a su trastorno alimenticio las adolescentes presentan para relacionarse con las demás personas.

		<p>indicará que son las únicas sobrevivientes, pero que han quedado lesionadas, la piloto ha quedado ciega, la copiloto ha quedado muda y ha perdido los brazos</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Por lo anterior la LIE les vendará los ojos a las pilotos y amordazará y les amarrará las manos a las copilotos ○ Los sujetos de intervención imaginaron que llevan tres días sin haber bebido una sola gota de agua y no han cesado de caminar, están a punto de desfallecer cuando al fin encuentran agua ○ Los sujetos de intervención tendrán que buscar la manera de hacer un recipiente en donde podrán llevar agua para todo su camino ○ La LIE colocará algunas cosas que les pueden servir para la elaboración de su vasija (tachuelas, papel cascarón, cinta adhesiva, navaja, barras de plastilina y piedras) y que supuestamente serán objetos encontrados en el campo ○ Cada equipo se pondrá a elaborar su vasija ○ Realizado el ejercicio, se discute la creatividad comunicación y sobre todo la importancia de cada uno de nuestros sentidos y miembros corporales 			
--	--	--	--	--	--

		<p>- Realización de una <i>mesa de discusión</i>, en la cual la LIE incitará a los sujetos de intervención a que:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Aprendan a expresar sus sentimientos: a) la LIE pide a los sujetos de intervención que digan los sentimientos que experimentan con más frecuencia (Tormenta de Ideas). La LIE los anota en una hoja de rotafolio. b) La LIE integra subgrupos de 5 personas y les indica que cada uno de los miembros deberá expresar a las otras personas tantos sentimientos como pueda (10 minutos). c) Al terminar de expresar los sentimientos todos los miembros del subgrupo analizan cuáles son los sentimientos que mejor expresan y en cuales tienen mayor dificultad. d) Posteriormente la LIE expondrá las definiciones de los siguientes modelos de sentimientos: asertividad, agresividad, no agresivo y no asertivo, finalmente se les solicitará detectar su postura emocional con relación a cualquiera de los modelos. e) La LIE organiza una breve discusión sobre la experiencia y guía un proceso para analizar como se puede aplicar lo aprendido a la vida personal. o Compartan y aprendan de las experiencias que han vivenciado a lo 			
--	--	---	--	--	--

		<p>largo de su padecimiento (anorexia nerviosa): a) La LIE distribuye una hoja a cada una de las sujetos de intervención. b) Las participantes deberán describir, en la hoja las dificultades que debido a su trastorno alimenticio presentan para relacionarse con las demás personas y que no les gustaría exponer oralmente. c) La LIE les recomienda que todas disfracen la letra, para no revelar el autor. d) Se les solicita a todas que doblen la hoja. e) Las hojas de todas las participantes serán recogidas y mezcladas, distribuyendo luego las hojas dobladas entre las participantes. f) La LIE recomienda que cada una asuma el problema de la hoja que le tocó como si fuera el autor, esforzándose por comprenderlo. g) Cada una leerá en voz alta el problema que había en la hoja, usando la primera persona "Yo" y haciendo las adaptaciones necesarias, para proponer una solución. h) Al explicar el problema a los demás, cada una deberá representarlo. i) No será permitido debatir ni preguntar sobre el asunto, durante la exposición. j) Al final, se podrá debatir sobre las reacciones de cada una de las participantes.</p> <p>○ Aprendan a pedir y a recibir ayuda de</p>			
--	--	--	--	--	--

		<p>otros:</p> <p>a) La LIE pide a los sujetos de intervención que se pongan de pie y formen un círculo. b) Indica a los participantes que cada uno vaya pasando y de caricias positivas, verbales, físicas, emocionales de manera asertiva a sus compañeras. c) Cada una dice a la otra cómo se sintió. d) Sentadas en círculo cada una dice cómo se siente después de haber recibido y dado caricias. e) La LIE guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.</p>			
--	--	--	--	--	--

Observaciones:

Actividad: 5 **No. de sesión:** 30- 31
Tiempo estimado de duración: 2 sesiones de 2:00 hrs.

Objetivo particular: *Reeducar en sus hábitos alimenticios a las adolescentes que padecen anorexia*

Responsable (s): Islas Rodríguez S. Angélica

Objetivo Específico	Actividades	Desarrollo	Metodología (didáctica)	Recursos (didácticos)	Evaluación
<p>Alentar a las madres de los sujetos de intervención a que sean ellas mismas las que inicien con el proceso de intervención, para que de esta manera puedan ayudar a su hija a continuar el tratamiento</p>	<p>Taller informativo para las madres de las adolescentes con anorexia</p>	<p><i>Realización de la dinámica grupal Aprender de la desgracia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La LIE solicita a las participantes que seleccionen a una persona de las asistentes que le inspire confianza ○ Posteriormente se les indica que se sienten frente a frente y piensen una situación problemática, dolorosa o desagradable, la cual uno de ellos debe relatar a su compañero, mientras lo escucha atentamente, sin comentarios ni críticas, sólo expresando su comprensión ○ Una vez que ha terminado, la persona que escucha deberá preguntarle que piensa que le pudo haber enseñado esta circunstancia. ○ Al terminar esta actividad, se cambian los papeles, y se realiza el mismo procedimiento ○ El ejercicio se comenta en plenaria y la LIE guía el proceso, para que el grupo analice como se puede aplicar lo aprendido con sus hijas 	<p><i>Método deductivo</i> Estrategia de aprendizaje: Aplicación <i>Método analítico</i> Estrategia de aprendizaje: División <i>Método sintético</i> Estrategia de aprendizaje: Conclusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sala adaptada para realización de talleres ▪ Cámara de video ▪ Video casete ▪ Diapositivas ▪ Cañón de proyección ▪ Hojas de papel ▪ Bolígrafos 	<p>Descripción escrita acerca del cómo cambiaría su vida el hecho de que un médico les diera la noticia de que a sus hijas solo les queda un año de vida, debido al trastorno alimenticio que padecen. Posteriormente se les cuestiona que harían para modificar lo diagnosticado.</p>

		<p><i>Exposición informativa para las madres de las adolescentes con anorexia</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Objetivo de la Licenciatura en Intervención Educativa: Formar un profesional de la educación capaz de desempeñarse en diversos campos del ámbito educativo, a través de la adquisición de las competencias generales y específicas que le permitan transformar la realidad educativa por medio de procesos de intervención. ○ Perfil de egreso LIE: a) Crear ambientes de aprendizaje, b) Realizar diagnósticos educativos, c) diseñar programas y proyectos, d) asesorar a individuos, grupos e instituciones, e) planear procesos, acciones y proyectos educativos, f) identificar, desarrollar y adecuar proyectos educativos, g) evaluar instituciones, procesos y sujetos, h) desarrollar procesos de formación permanente y promoverla ○ Características de la investigación que se ha ido desarrollando con sus hijas: Problemas Detectados en la Escuela Secundaria: a) Depresión, b) Sobrepeso, c) Obesidad y e) Anorexia. ○ Qué es anorexia y bulimia: Ver el contenido de las Exposiciones 			
--	--	--	--	--	--

		<p>informativas para las adolescentes de Escuela Secundaria; en el apartado ¿Qué son los trastornos alimenticios del tipo de anorexia y bulimia?</p> <ul style="list-style-type: none"> o Principales causas que desencadenan estos padecimientos: Ver el contenido de las Exposiciones informativas para las adolescentes de Escuela Secundaria; en el apartado causas desencadenantes de estos trastornos. o Características familiares de un sujeto que padece anorexia: Ver contenido de las exposiciones interactivas acerca de la importancia de la relación madre- hija en el desarrollo del trastorno alimenticio del tipo de anorexia, impartidas a las sujetos de intervención que padecen trastornos alimenticios; en el apartado características de las Familias anoréxicas. o Consecuencias y secuelas que dejan estos trastornos: Ver el contenido de las exposiciones informativas para las adolescentes de Escuela Secundaria; en el apartado consecuencias que trae el padecimiento de estos trastornos. o Los tres aspectos que forman parte de la alimentación: a) Lo biológico = tener una comida completa y balanceada según la pirámide alimenticia. b) Lo psicológico = darle el placer que significa 			
--	--	--	--	--	--

		<p>disfrutar una comida por los olores, los colores, los sabores y las texturas. c) Lo social = la comida es el mejor pretexto para reunirse en sociedad, bodas, bautizos, cumpleaños, en fin, cualquier evento donde siempre habrá comida.</p> <p>○ Intervención de un LIE como alternativa para la superación de estos trastornos de la alimentación: a) Gestionar la participación gratuita de un equipo multidisciplinario. b) Crear ambientes de aprendizaje. c) Asesorar a individuos, grupos e instituciones.</p>			
--	--	--	--	--	--

Observaciones:

Métodos

Para efectos de la presente propuesta de intervención educativa fue necesario determinar métodos de enseñanza que fuesen un medio didáctico para la orientación de los procesos de enseñanza y aprendizaje de los sujetos de intervención. La característica principal de los métodos de enseñanza es que están dirigidos a alcanzar los objetivos, y a ejecutar las operaciones necesarias que se dirijan al logro de éstos. Para lo cual se consideró idóneo emplear los *métodos lógicos* que son “(...) aquellos que permiten la obtención o producción del conocimiento: inductivo, deductivo, analítico y sintético.”

Relación entre los métodos lógicos de enseñanza y las estrategias de aprendizaje

Métodos Lógicos	Estrategias de Aprendizaje – Procedimientos
Inductivo	<u>Observación</u> , Abstracción, Comparación, Experimentación y Generalización.
Deductivo	<u>Aplicación</u> , Comprobación y Demostración.
Analítico	<u>División</u> y Clasificación.
Sintético	<u>Conclusión</u> , Recapitulación, <u>Diagrama</u> , Definición, Resumen, Sinopsis y Esquema.

Tabla 2. Relación entre los métodos lógicos de enseñanza y las estrategias de aprendizaje
<http://www.trabajos6/apsi/apsi/shtml>.

El método inductivo

Se denominan así, cuando lo que se estudia se presenta por medio de casos particulares, hasta llegar al principio general que lo rige. Este método genera gran actividad en los participantes, involucrándolos plenamente en su

proceso de aprendizaje. La inducción se basa en la experiencia, en la observación y en los hechos al suceder en sí.

La exposición es la técnica de aprendizaje que se empleará con las adolescentes, informándoles acerca de los trastornos alimentarios del tipo de anorexia y bulimia, este procedimiento consiste en proyectar la atención del sujeto sobre objetos, hechos o fenómenos, tal como se presentan en la realidad, por ello para dicha exposición se planea proyectar una serie de imágenes de jóvenes personajes famosas reconocidas y admiradas por la población adolescente, dichas imágenes muestran a las célebres chicas en un estado físico deplorable debido a los efectos que los trastornos alimentarios han causado en ellas. En efecto este procedimiento se hace con base en instrumentos de mediación como lo son las representaciones gráficas y multimedia.

El método deductivo

Consiste en inferir proposiciones particulares de premisas universales o más generales. Se presentan conceptos, principios, afirmaciones o definiciones de las cuales van siendo extraídas conclusiones y consecuencias. Se puede conducir a los sujetos de intervención a conclusiones o a criticar aspectos particulares partiendo de principios generales. Entre los procedimientos que utiliza el método deductivo están la aplicación, la comprobación y la demostración.

El procedimiento denominado como aplicación será la estrategia de aprendizaje a desarrollar en el tercer taller reeducativo para adolescentes con anorexia, ello mediante la puesta en práctica de la dinámica volar o sobrevivir, la cual tiene un gran valor práctico ya que requiere partir de la generalidad, acerca de la importancia de mantener el cuerpo y el organismo en óptimas condiciones; a los casos particulares, especificando las consecuencias de la inanición. Siendo este procedimiento una manera de fijar los conocimientos así como de adquirir nuevas destrezas de pensamiento, debido a que los sujetos requieren activar cada uno de sus sentidos y trabajar en equipo, aprendiendo a dar y recibir ayuda

de los demás, dado que la ausencia de estas habilidades son característica de todas las adolescentes que padecen algún trastorno alimenticio.

El método analítico

Este método consiste en que por medio del análisis se estudien los hechos y fenómenos separando sus elementos constitutivos para determinar su importancia, estableciendo la relación entre ellos, cómo están organizados y cómo funcionan estos elementos. El análisis se basa en las estrategias de aprendizaje denominadas como división y clasificación.

La división es un procedimiento que simplifica las dificultades al tratar el hecho o fenómeno por partes, pues cada parte puede ser examinada en forma separada en un proceso de observación, atención y descripción. Es por ello que para el desarrollo de cada uno de los talleres se ha considerado adecuado exponer los trastornos de la conducta alimenticia separando analíticamente los elementos que configuran el problema.

Ejemplo: En el segundo taller reeducativo para adolescentes con anorexia se empleará la exposición, buscando que se de un proceso de interacción, mediante el cual se discuta acerca de La moda como precursora de trastornos alimentarios del tipo de anorexia y bulimia, este tema se dividirá en los siguientes subtemas: a) La publicidad, b) Horror hacia la grasa y c) Moda+ Familia= Creación de inseguridad en las adolescentes.

El método sintético

Reúne las partes que se separaron en el análisis para llegar al todo. El análisis y la síntesis son procedimientos que se complementan, ya que una sigue a la otra en su ejecución. La síntesis le exige al alumno la capacidad de trabajar con elementos para combinarlos de tal manera que constituyan un esquema o estructura que antes no estaba presente con claridad. Entre los procedimientos

que utiliza el método sintético están la conclusión, la recapitulación, el diagrama, la definición, el resumen, la sinopsis y el esquema.

Es una estrategia de enseñanza que se empleará para el desarrollo del último taller reeducativo para adolescentes con anorexia, debido a que en éste se deberán explicitar los resultados o resoluciones que se tomen luego de haberse discutido, investigado, analizado y expuesto la problemática.

Se realizará una mesa de discusión, compartirán y aprenderán de las experiencias que han vivenciado a lo largo de su padecimiento y aprenderán a pedir y recibir ayuda de otros; a partir de lo cual al finalizar el proceso de aprendizaje, llegaran a una conclusión, mediante la triangulación de la información teórica, vivencial propia y vivencial compartida.

Medios

Actividad	Recursos	Costo unitario	Costo Total
Exposiciones Informativas	• Viáticos	\$ 40.00 °°	\$ 40.00°°
	• Sala para la realización de exposiciones	Gestionada	Gestionada
	• Cámara de video	Gestionada	Gestionada
	• video casete	\$ 45.00 °°	\$ 45.00°°
	• Cañón de proyecciones	Gestionado	Gestionado
	• Memoria de almacenamiento (USB)	\$ 250.00°°	\$ 250.00°°
Aplicación de entrevistas	• Viáticos	\$ 40.00°°	\$ 40.00°°
	• Sala para realización de entrevistas	Gestionada	Gestionada
	• Cámara de video	Gestionada	Gestionada
	• Video casete	\$ 45.00°°	\$ 45.00°°
	• Guía de entrevista	\$ 01.00°°	\$ 01.00°°
Primer taller educativo	• Viáticos	\$ 40.00°°	\$ 40.00°°
	• Sala para realización de talleres	Gestionada	Gestionada
	• Cámara de video	Gestionada	Gestionada
	• Video casete	\$ 45.00°°	\$ 45.00°°
	• Cañón de proyecciones	Gestionado	Gestionado
	• Memoria de almacenamiento (USB)	Anteriormente usada	Anteriormente usada

	<ul style="list-style-type: none"> • Gafetes de identificación, tanto para los sujetos de intervención como para las alumnas de la LIE • Una hoja de papel para cada miembro del grupo con la pregunta ¿Quién Soy? • Lápices • Alfileres (paquete) • Fólder con fotocopias informativas para los sujetos de intervención 	<p>\$ 05.00^{oo}</p> <p>\$ 00.20^{oo}</p> <p>\$ 02.00^{oo}</p> <p>\$ 05.00^{oo}</p> <p>\$ 03.00^{oo}</p>	<p>\$ 100.00^{oo}</p> <p>\$ 01.40^{oo}</p> <p>\$ 14.00^{oo}</p> <p>\$ 05.00^{oo}</p> <p>\$ 21.00^{oo}</p>
Segundo taller educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Viáticos • Sala para realización de talleres • Cámara de video • Video casete • Cañón de proyecciones • Memoria de almacenamiento (USB) • Gafetes de identificación, tanto para los sujetos de intervención como para las alumnas de la LIE • Fólder con fotocopias informativas para los sujetos de intervención 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Gestionado</p> <p>Anteriormente usada</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$ 32.00^{oo}</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Gestionado</p> <p>Anteriormente usada</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$ 32.00^{oo}</p>
Tercer taller educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Viáticos • Sala para realización de talleres • Cámara de video • Video casete • Cañón de proyecciones • Memoria de almacenamiento (USB) • Gafetes de identificación, tanto para los sujetos de intervención como para las alumnas de la LIE • Fólder con fotocopias informativas para los sujetos de intervención • 20 tachuelas • Papel cascarón • Cinta adhesiva • Navaja • Barra de plastilina 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Gestionado</p> <p>Anteriormente usada</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$ 32.00^{oo}</p> <p>\$ 00.20^{oo}</p> <p>\$ 15.00^{oo}</p> <p>\$ 12.00^{oo}</p> <p>\$ 07.00^{oo}</p> <p>\$ 04.00^{oo}</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Gestionado</p> <p>Anteriormente usada</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$ 32.00^{oo}</p> <p>\$ 04.00^{oo}</p> <p>\$ 15.00^{oo}</p> <p>\$ 12.00^{oo}</p> <p>\$ 07.00^{oo}</p> <p>\$ 04.00^{oo}</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Mascada • Paliacate • Cordón de 50 cm. • Piedra • Hojas de instrucciones para los equipos 	<p>\$ 20.00^{oo}</p> <p>\$ 15.00^{oo}</p> <p>\$ 02.00^{oo}</p> <p>\$00.00^{oo}</p> <p>\$ 01.40^{oo}</p>	<p>\$ 20.00^{oo}</p> <p>\$ 15.00^{oo}</p> <p>\$ 02.00^{oo}</p> <p>\$ 00.00^{oo}</p> <p>\$ 01.40^{oo}</p>
Primera Terapia grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Viáticos • Sala para realización de la terapia • Cámara de video • Video casete • Gafetes de identificación para los sujetos de intervención • Gafetes de identificación para Lic. psicología • El material que la psicóloga requiera 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$ 05.00^{oo}</p> <p>***</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$ 05.00^{oo}</p> <p>***</p>
Segunda terapia grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Viáticos • Sala para realización de la terapia • Cámara de video • Video casete • Gafetes de identificación para los sujetos de intervención • Gafetes de identificación para el psicólogo • El material que el psicólogo requiera 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$ 05.00^{oo}</p> <p>***</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>\$05.00^{oo}</p> <p>***</p>
Tercera terapia grupal	<ul style="list-style-type: none"> • Viáticos • Sala para realización de la terapia • Cámara de video • Video casete • Gafetes de identificación, tanto para los sujetos de intervención como para el psicólogo • El material que el psicólogo requiera 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>***</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>***</p>
Participación reeducativa de nutriólogos	<ul style="list-style-type: none"> • Viáticos • Sala para realización del taller • Cámara de video • Video casete 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Gafetes de identificación para los sujetos de intervención • Gafetes de identificación para los nutriólogos • El material que los nutriólogos requieran 	<p>\$ 10.00^{oo}</p> <p>***</p>	<p>usados \$ 10.00^{oo}</p> <p>***</p>
Segunda participación de nutriólogos	<ul style="list-style-type: none"> • Viáticos • Sala para realización del taller • Cámara de video • Video casete • Gafetes de identificación tanto para los sujetos de intervención como para los nutriólogos • El material que los nutriólogos requieran 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>***</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>Anteriormente usados</p> <p>***</p>
Primera terapia Psicológico-grupal para las madres de las adolescentes con Anorexia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viáticos ▪ Sala para realización de la terapia ▪ Cámara de video ▪ Video casete ▪ Gafetes de identificación, tanto para los sujetos de intervención como para la psicóloga • El material que la psicóloga requiera 	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>\$ 05.00^{oo}</p> <p>***</p>	<p>\$ 40.00^{oo}</p> <p>Gestionada</p> <p>Gestionada</p> <p>\$ 45.00^{oo}</p> <p>\$ 100.00^{oo}</p> <p>***</p>
			Total= \$ 1,461.80^{oo}

Tabla 3. Instrumentos materiales que se deben coordinar con los contenidos y los métodos para asegurar el logro de los objetivos.

Evaluación

En el terreno de los TCA la evaluación constituye un tema esencial pues sin ella sería imposible diagnosticarlos, describirlos y conocer sus consecuencias, por lo cual ésta se debe llevar a cabo de manera sistemática, controlada y rigurosa. En efecto se ha decidido emplear una propuesta metodológica que permita obtener datos tanto de la etapa diagnóstica, como del proceso de intervención propiamente dicho y de sus resultados; facilitándose de tal manera la

toma de decisiones en los tres ámbitos mencionados, es así como lo propone Jaume Sarramona;¹⁵⁵ quien además expone que todo proceso evaluativo de educación no formal deberá estar vinculado a un territorio específico, con la participación directa de la población afectada, pues consecuentemente será necesaria la irrupción del evaluador- interventor en la vida del evaluado- sujeto de intervención. De manera que evaluar significa “[...] confrontar un conjunto de informaciones con un conjunto de criterios en vista a tomar decisiones [...]”¹⁵⁶ para ello a continuación se exponen las diversas fases que Sarramona propone para la evaluación de todo tipo de programas de educación no formal, mismas que se han adoptado para conocer el impacto que la presente propuesta de intervención pueda provocar al ser aplicada.

Evaluación del contexto

En primera instancia se habrá de exponer que la presente propuesta de intervención socioeducativa tiene su origen en el reconocimiento de un problema social objeto de acciones educativas dirigidas a erradicar la dependencia acrítica de adolescentes anoréxicas de Escuela Secundaria hacia los estereotipos corporales que promueven los medios de comunicación social. Dicha afirmación parte de los resultados arrojados por el ANISE, mismo que permitió realizar un análisis de la comunidad en la cual se encuentra la Escuelas Secundarias, obteniendo como resultado de éste que el proceso de intervención se desarrollará en una “[...] zona urbano marginal del Municipio de Ecatepec [...]”¹⁵⁷, en el Estado de México. Considerada así debido a que no cuenta con la prestación de servicios básicos en salud, educación, saneamiento ambiental, recreación y desarrollo organizacional, siendo los dos primeros servicios los que corresponden directamente a la presente propuesta de intervención, por ello estos serán los elementos a evaluar, pero únicamente en las características que al trastorno anoréxico competen y sólo dentro de la Escuela Secundaria diagnosticada.

¹⁵⁵ Cfr. Jaume Sarramona, Gonzalo Vázquez, Antoni J Colom. *Op. cit.*, pp. 201- 231

¹⁵⁶ De Ketele, cit. por Jaume Sarramona, Gonzalo Vázquez, Antoni J Colom. *Op. cit.*, p. 206

¹⁵⁷ [http:// www.inegi.gob.mx.10/12/06](http://www.inegi.gob.mx.10/12/06)

Una vez señalada la población destinataria del proceso de intervención se vuelve necesario indicar ¿qué se va a evaluar?, ¿Cuál es el contenido sustancial de la evaluación? Pues bien para ello, con base en los planteamientos de Sarramona, habrá de evaluarse:

a) Realidad objetiva: lo que hay:	b) Realidad subjetiva: lo que se piensa sobre lo que hay:
<ul style="list-style-type: none"> • Nueve adolescentes padecientes del trastorno anoréxico 	<ul style="list-style-type: none"> • Los directivos de la institución consideran que es urgente comenzar con un proceso de rehabilitación para cada uno de los casos de anorexia. • Las madres de familia de las nueve adolescentes presentan opiniones diversas sólo en tres de los casos se acepta el padecimiento del trastorno y la intervención para enfrentarlo, en los seis casos restantes se niega el padeciendo del trastorno y por tanto la intervención. • Las adolescentes en su totalidad aceptan padecer el trastorno anoréxico y también la intervención, sin embargo seis de las chicas ponen como condicionante no enterar a sus padres.
<ul style="list-style-type: none"> • Setenta y cinco adolescentes en riesgo de padecer el trastorno anoréxico 	<ul style="list-style-type: none"> • Los directivos expresan que es indispensable emprender acciones de prevención pues las cifras de quienes están en riesgo de padecer el trastorno son muy significativas.
<ul style="list-style-type: none"> • Las familias de las nueve adolescentes perciben de uno a dos salarios mínimos diariamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los directivos de la institución afirman que en ninguno de los casos sería posible el financiamiento de un tratamiento en una clínica especializada.

<ul style="list-style-type: none"> • En cada una de las adolescentes anoréxicas aparece como parte de sus hábitos alimentarios el consumo de productos Light. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las adolescentes consideran que el consumo de estos productos las hará lucir como quienes los anuncian.
<ul style="list-style-type: none"> • Las nueve sujetos de intervención cotidianamente desayunan, comen y cenan en solitario. 	<ul style="list-style-type: none"> • Refieren las adolescentes anoréxicas que prefieren hacerlo así puesto que de tal manera consiguen no consumir alimento alguno valiéndose de diversos trucos con mayor facilidad.
<ul style="list-style-type: none"> • En la Escuela Secundaria labora una Trabajadora social, quien se encarga de los asuntos administrativos de la institución. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las sujetos de intervención expresan que la Lic. al frente de esta área es quien mantiene el orden encargándose de que el alumnado esté al interior de sus salones y de expedir reportes y citatorios. Por lo cual ninguna de ellas consideró acercarse a la Lic. para plantearle la situación por la que atraviesan. • La Lic. en Trabajo Social se considera incompetente para atender esta problemática. Además señala que no le corresponde, pues atiende diversas tareas que debieran repartirse entre los orientadores educativos, con los cuales no cuenta la institución.

Tabla 4. Evaluación objetiva y subjetiva del contexto.

Cabe señalar que la información expuesta en la tabla se obtuvo mediante los datos arrojados por instrumentos formalizados como la encuesta *hábitos y costumbres*, la *entrevista a profundidad* realizada a las nueve adolescentes y otros menos formalizados como el *diario de campo* mismo que se redactó cotidianamente durante un año de estancia en la institución.

Evaluación de la planificación

Esta fase de la evaluación consiste esencialmente en estimar la efectividad de la propuesta, determinando la optimización de la planificación de las acciones educativas a desarrollar. La evaluación de la planificación implica por tanto una valoración previa del proyecto de acción, esta valoración del diseño de la propuesta se llevó a cabo a través del análisis de los distintos elementos que intervienen:

- a) Objetivos (jerarquizados), justificados en función de su vinculación directa con las necesidades y los destinatarios.
- b) Contenidos (organizados), los contenidos aparecerán disolublemente vinculados con los objetivos.
- c) Métodos (justificados) en razón de su naturaleza, así como de las variables contextuales.
- d) Medios (materiales y funcionales) con especificación de los momentos en que son precisos.
- e) Actividades la presencia de una estructura que garantice la información sobre lo que vaya a ocurrir durante el proceso de aplicación.¹⁵⁸

La evaluación de la planificación preferentemente se debe realizar por agentes externos al proyecto, no obstante éstos deberán conocer bien el contexto y contrastar sus valoraciones con la responsable directa del proyecto; por lo cual se consideró que fuera la subdirectora del plantel quien realizará dicha valoración, pues ésta ha sido quien ha seguido más de cerca el proceso de intervención. Sarramona sugiere evaluar mediante un cuadro de doble entrada, en las filas del cual se expondrá lo que se pretende evaluar, y en sus columnas se explicitan los valores numéricos correspondientes al desempeño del evaluado; de tal manera se muestra como éste permite contemplar las respectivas correspondencias, con lo cual se facilita el análisis de cada una de ellas.

¹⁵⁸Cfr. Jaume Sarramona, Gonzalo Vázquez, Antoni J Colom. *Op. cit.*, pp. 213, 214

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1) Objetivos										
2) Contenidos										
3) Métodos										
4) Medios										
5) Actividades										
Evaluador: Mtra. Doris Mariscal Ramírez						Firma: _____				

Tabla 5. De doble entrada para la evaluación intra e interelementos de la planificación de la propuesta

Sin embargo cabe destacar que debido a que en esta investigación se le ha dado especial relevancia al aspecto cualitativo también se le pedirá al evaluador describir su punto de vista en un segundo cuadro:

Nombre del Evaluado: Islas Rodríguez Socorro Angélica	
<u>Alcances</u>	<u>Desempeño</u>
Evaluador: Mtra. Doris Mariscal Ramírez	Firma: _____

Tabla 6. Informe cualitativo del evaluador acerca de la planificación del proyecto

Evaluación de procesos

La evaluación de los procesos se ajusta en forma continua, a través de informes que contribuyen a modificar (mejorar) las condiciones del medio interno del programa de acción y sus interacciones con el contexto. Con base en lo expuesto es evidente que esta fase de la evaluación debe verificar la eficacia de lo diseñado en la propuesta de intervención, así como analizar el funcionamiento de la misma. Por lo cual a partir de esta fase todo lo que se plantee quedara sólo como propuesta, pues como el título de este apartado lo indica todo este diseño

aun no se implementa. No obstante una vez que se comience a implementar la propuesta de intervención será necesario que tanto el agente externo conector de la misma, la subdirectora de la Escuela Secundaria, como las sujetos de intervención, evalúen cotidianamente el proyecto.

Aspectos a evaluar por el agente externo:

Aspectos a Evaluar	Evaluación
Capacidad de los agentes que aplican el programa.	
Capacidad para producir los resultados previstos y deseados.	
Utilización de los recursos disponibles.	
Resistencia del entorno para asimilar los cambios ocasionados por la aplicación del programa.	
Capacidad para modificar el plan en caso necesario.	
Evaluador: Mtra. Doris Mariscal Ramírez	Firma: _____

Tabla 7. Evaluación cualitativa del agente externo al proceso

Aspectos a evaluar por los sujetos de intervención:

Nombre de la evaluadora:	
Nombre de la evaluada:	Islas Rodríguez S. Angélica

Competencia a Evaluar	Calificación	Observaciones
1. Planea y organiza la exposición de los contenidos del taller, presentándolos en los tiempos estipulados.		
2. Analiza crítica y reflexivamente los temas.		
3. Se comunica clara y coherentemente.		
4. Propicia interés por el tema en las sujetos de intervención.		
5. Hace uso de recursos materiales que permitan mejor comprensión de los temas.		
6. Explica el objetivo a alcanzar en cada taller.		

Tabla 8. Evaluación cualitativa de las sujetos de intervención acerca del proceso del proyecto

El análisis de la información que se recabe mediante el constante llenado de esta tabla orientará la toma de decisiones en torno al desarrollo y perfeccionamiento de la propuesta de intervención, cabe destacar que ello habrá de realizarse de manera conjunta, la evaluadora de los procesos actuará en colaboración con la responsable de la propuesta, siendo esta última quien determinará el contenido de lo que se ha de evaluar e incluso las medidas a utilizar para ello, mediante el examen de documentos como el diario de campo, entrevistas, y el estudio de lo observado en la práctica; siendo la función del evaluador la de informante, ambos deberán mantener una actitud crítica y correctiva, siempre enfocada al cumplimiento de los objetivos.

Evaluación de los resultados

La evaluación de los resultados consiste en verificar si éstos se acomodan o no a los previstos en la propuesta o a los decididos durante su ejecución. Además es esencial tomar en cuenta los efectos producidos en los sujetos de intervención, ello habrá de lograrse a través de procedimientos de autoobservación y autoregistro, pues estos permiten llevar un control de los comportamientos de las sujetos de intervención, y además son instrumentos extraordinariamente interesantes porque las hacen conscientes de lo que están haciendo, sintiendo o pensando y la autocrítica es el primer paso para el control de cualquier comportamiento relacionado con la imagen corporal. Por lo cual es sumamente importante realizar una evaluación cuidadosa, para ello se han de emplear un par de instrumentos que se consideran adecuados para el contexto destinatario, pues están diseñados específicamente para adolescentes anoréxicas y permiten que mediante una evaluación cotidiana se logre evaluar el producto o resultado final de la intervención; pues las chicas deberán ingresar diariamente en la columna derecha los datos que respondan a la columna de la izquierda, cada uno de estos registros deberá ser entregado semanalmente a la responsable de los talleres. Este proceso pretende que las sujetos de intervención sean conscientes de sus comportamientos, y que la LIE lleve un seguimiento que le permita verificar los avances o retrocesos que cada una presente, de tal forma las participantes logran entretener los contenidos de los talleres con su realidad,

formando así sujetos críticas de sus actos; y la LIE podrá constatar al término de los talleres su efectividad o fracaso: (Con la finalidad de lograr una mayor comprensión cada una de las tablas será ejemplificada)

Nombre:
Día
Hora de comida	3 de la tarde
Lugar	Comedor
Cantidad y tipo de alimento	4 cucharadas de verdura 1 bocado de pescado
Tiempo empleado	35 minutos
Comportamiento en la comida	A o B
Sola o acompañada	Acompañada por toda la familia: padre madre y dos hermanas.
Respuesta del padre	Apoya a mi madre en que coma más, se enfada y grita.
Respuesta de la madre	Insiste en que coma más.
Respuesta de los hermanos	Se callan.
A. Reparto la comida por el plato B. retiro mi plato con la mayor parte de la comida	

Tabla 9. Hoja de autoregistro de observación del comportamiento alimentario de una adolescente anoréxica.

Nombre:
Día:
a) Situación	En casa, hablando con mi madre que me dice que el próximo domingo hay una fiesta familiar en casa de mi tía.
b) Pensamiento	¿Cómo puedo ir estando tan gorda? Sólo van a estar mirándome y viendo todos los kilos que he subido.
c) Sentimiento y duración	- Tristeza. Duración: 40 min. - Desesperación. Duración: 30 min.
d) Comportamiento	Lloro. Decido no ir. Inventaré una excusa.

Tabla 10. Hoja de autor registro de situaciones a), pensamientos b), sentimientos c) y conductas d)

Como se puede observar la evaluación esta en función del objetivo establecido en la propuesta de intervención pues mediante los resultados que estas tablas vayan arrojando se advertirán los progresos o retrocesos de las adolescentes anoréxicas en el ámbito de la implementación de la propuesta, lo que permitirá que una vez finalizados los talleres se optimicen las acciones para el mejoramiento de la salud física y mental de las destinatarias.

CONSIDERACIONES FINALES

En tres años de investigación tanto documental como de campo en torno al trastorno anoréxico, se vivió un enriquecedor proceso de transición, al abordar dos posturas teóricas discrepantes; siendo que en un primer momento, durante la etapa diagnóstica de la investigación, se optó por sustentarla con base en la teoría psicoanalítica, interpretando desde Sigmund Freud, con una perspectiva esencialmente individualista, considerando que la génesis del trastorno anoréxico se haya en la psique del sujeto y que es independiente del contexto en el que éste se desarrolla. En un segundo momento, se presentó un problema respecto a dicho enfoque teórico, pues al pretender elaborar un proyecto de intervención socioeducativa, lo cual constituye la labor fundamental de un LIE, se detectó una contradicción epistemológica, ya que resultaba inconveniente empatar una labor esencialmente social con una teoría de corte individualista; de manera que era necesario cambiar el enfoque teórico sustentante, y emplear una teoría socioeducativa, ante lo cual se consideró idónea la teoría socio-histórico-cultural de Lev S. Vigotsky, debido a que ésta le brinda un carácter no individualizado a las personas, resaltando las interacciones socioculturales como formadoras, anteponiéndolas a la influencia que pueda ejercer un individuo sobre otro; y no al contrario, como lo aseguraba Freud, al exponer que la madre con su imagen negativa de mujer nerviosa, constituye la forma más visible de la histeria, inestabilidad que ineludiblemente le es transmitida a su hija desde la concepción.

Es evidente la discrepancia entre ambos enfoques, no obstante el llegar a concebir y adoptar una nueva postura resultó un proceso verdaderamente complejo pues, separar las nociones ya acuñadas requirió de la comprensión de cada perspectiva para luego conseguir diferenciar los fundamentos propios de cada cual. Una vez que se logró completar este complejo proceso, fue posible analizar los resultados que el ANISE realizado en la Escuela Secundaria había arrojado, determinándose que los cuatro supuestos de los que se partió forman parte de los factores que desencadenan la aparición y el desarrollo de anorexia nerviosa; pues tanto la adquisición de antivalores, la influencia de los medios

masivos de comunicación, la relación que establecen las madres con sus hijas, y las predisposiciones genéticas, emergen del medio sociocultural.

Lograr el conocimiento de lo anterior mediante el desarrollo de un proceso de investigación documental y de un modelo de interpretación para la comprensión del entorno sociocultural de las adolescentes estudiadas, conllevó al logro del objetivo que inicialmente se planteó, pues la pretensión fue comprender la relación existente entre los estereotipos sociales manejados culturalmente y la presencia o desarrollo de los trastornos alimentarios del tipo anoréxico, de manera que se propiciara la generación de un ámbito de Intervención Educativa mediante el análisis, sistematización y comunicación de la información, misma que orientó a la toma de decisiones.

Precisamente mediante esta investigación se comprendió al trastorno anoréxico desde un enfoque sociocultural, pretendiendo desentrañar algunos de los significados sociales, históricos, culturales y educativos de éste padecimiento, lo cual permitió vislumbrar que la anorexia más que una enfermedad constituye una identidad social. Pues como se pudo ver en el capítulo uno, donde se retomaron algunos extractos de las entrevistas realizadas a las jóvenes sujetos de intervención, las imposiciones culturales de género recaen sobre sus cuerpos, minando día a día su calidad de vida, mediante la realización de actividades físicas y mentales hasta los límites de su potencial. Al respecto, expresaron hacer ejercicio hasta llegar al agotamiento en el horario en el que deberían estar durmiendo, con el objeto de quemar muchas calorías, suprimir el apetito, eliminar el sentimiento de soledad y la sensación de cansancio. En efecto, tras el seguimiento diario de esta rutina, las jóvenes lograrán madrugar sin mayor conflicto para asistir a la Secundaria, y además consiguieran obtener buenas notas, pues resultó una característica constante el que las sujetos de intervención se obsesionarán con sus estudios, al considerar que sólo servían para estudiar. Al parecer, de tal manera compensaban su baja autoestima, prefiriendo permanecer los fines de semana solas en casa, estudiando, leyendo, oyendo música, viendo televisión y especialmente realizando sus tareas escolares; pues el no tener amigas con las cuales convivir constituyó otra de las características de estas

chicas. En consecuencia, lo que se buscó por medio de la propuesta de intervención socioeducativa desarrollada en el capítulo tres, fue, el lograr dar alternativas de solución a algunos de los problemas que el trastorno anoréxico desencadena, mismos que se expusieron a lo largo de los capítulos uno y dos de este trabajo de tesis, y ante los cuales, en la propuesta se han sugerido actividades para: a) la renovación de las relaciones interpersonales anoréxica-familia y anoréxica- compañeras (os), b) el reforzamiento de la identidad y c) la mejora del autoestima. Se pretende que éstas favorezcan a la erradicación de la preocupación por el peso y la silueta.

De manera que esta investigación fue realizada con la intención de transformar la realidad social y educativa de las adolescentes anoréxicas de una escuela secundaria ubicada en un sector marginado del Estado de México. Pretendiendo impulsar alternativas que potenciaran el desarrollo de éstas jóvenes estudiantes, mismas que le permiten al LIE desempeñar las competencias que durante su formación fue adquiriendo, tales como la resolución de problemas, el análisis crítico y reflexivo de la información tanto documental como de campo, claridad y coherencia en la expresión verbal y escrita, la realización de diagnósticos socioeducativos, el diseño de programas de intervención, la planeación de procesos y acciones educativas, y aunado a ello el trabajo en equipo; pues para que esta investigación se realizara se requirió la contribución de diversas personas, tales como el personal directivo de la Escuela Secundaria de quien se recibió incondicional apoyo, y el equipo de profesoras de la LIE que siempre guiaron y apoyaron este proceso. Mismo que no se puede dar por terminado, por el contrario quedan abiertas múltiples líneas de acción, entre las cuales se consideran implementar la propuesta de intervención socioeducativa, evaluarla y reconstruirla.

Otra línea de acción a considerar es integrar a los talleres reeducativos a las familias de las chicas anoréxicas, pues la participación y el compromiso de ambos padres, es ineludible, ya que es importante que éstos reciban información sobre el trastorno y conozcan las actitudes a seguir con la persona afectada. También resultaría conveniente gestionar la participación de profesionales en

psicología debido a que evidentemente, en toda familia que haya un trastorno alimentario se presentan conflictos y problemas que alteran la vida familiar; además se considera importante brindar atención individualizada a cada miembro de la familia pues de esta manera mejorará la calidad de vida de la persona sujeto de intervención y existirán más posibilidades de que se mantenga.

Otra línea a contemplar es la gestión de profesionales de la nutrición, pues con base en lo expuesto en el capítulo uno, uno de los mayores requerimientos para restablecer la salud de las anoréxicas consiste en modificar su comportamiento alimentario, introduciéndolas en la ingestión de los alimentos que ellas expresaron son peligrosos, porque las engordan y les generan inseguridad. Por ello la labor del LIE en los aspectos relacionados a la gestión consistirá en trabajar en equipo con los profesionales de las áreas ya indicadas, para crear ambientes de aprendizaje que permitan incidir en el proceso de construcción de conocimiento de las anoréxicas, mediante el diseño y la aplicación de modelos didáctico-pedagógicos, logrando así asesorarlas en la reflexión y sensibilización acerca de los estragos que le están ocasionando a su cuerpo y a su mente, pues *amarse a si mismas es lo más importante que pueden hacer, porque al amarse, no se hacen daño ni tampoco se lo hacen a ninguna otra persona*; por ello habrán de tener en cuenta que nadie lo posee todo; y que el aceptarse tal como son les permitirá aprender a estar bien consigo mismas. Nadie puede estar bien con los demás si no comienza por estar bien consigo. En efecto, importa más la mejora anímica que el recobrar los niveles de normalidad de peso. Pues a medida que mejore su actitud ante la vida irán recuperando peso y se acercarán a un nuevo y saludable estilo de vida.

Resta decir que una de las intenciones del presente trabajo consiste en que les sea de utilidad a aquellos interesados en el tema; ya sea porque deseen emprender una investigación en torno a éste, porque padecen el trastorno anoréxico, o porque conviven con quien lo padece; pues aunque no constituye un recetario, si propicia una visión desde el ámbito socioeducativo acerca de los factores determinantes del trastorno.

FUENTES DE CONSULTA BÁSICA

Bibliográficas

ABERASTURY, Arminda y KNOBEL, Mauricio. La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. Paídos. México, 1996

BAQUERO, Ricardo. Vigotsky y el aprendizaje escolar. AIQUE. Madrid, 1996.

BUCKROYD, Julia. Anorexia y Bulimia. Martínez Roca. Barcelona, 1997.

Comisión de Bizkaia, Anorexia, Bulimia, Salud y Juventud: jornadas celebradas del 13 al 24 de Noviembre del 2000/ organizadas por la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País. Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua. España, 2000.

CRISPO, Rosina, FIGUEROA, Eduardo y GUEJAR, Diana. Trastornos del comer. Terapia estratégica e intervención para el cambio. Herder. Barcelona, 1994.

DEVERUX, George. De la ansiedad al método en las ciencias del comportamiento. Siglo XXI, México, 1999

DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. MASSON. España, 2003.

FENDRIK, Silvia. El país de Nuncacomer. Zorzal. Buenos Aires, 2004.

FUENTE, Ramón de la, MEDINA Mora, Elena Maria y CARAVEO, Jorge. Salud mental en México. Fondo de Cultura Económica. México, 1997.

GADAMER, G. Verdad y método. Sígueme. Salamanca, 1997.

- GARCÍA González, Enrique. Vigotsky. La construcción histórica de la psique. Trillas. México, 2000.
- GOLDMAN, Bejla. Anorexia y Bulimia: un nuevo padecer. Lugar Editorial. Buenos Aires, 2005.
- GORAB, Alicia e IÑARRITU, María del Carmen. ¿Cómo ves? Trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia. UNAM. México, 2005.
- LAXENAIRE, Michel. Anorexia Nerviosa y Bulimia. Masson. España, 1994.
- LIPOVETSKY, Pilles y ROUX, Elyette. El lujo eterno. De la era de lo sagrado al tiempo de las marcas. Anagrama. Barcelona, 2004.
- MARAÑÓN, Gregorio. Gordos y Flacos. IPN. México, 1996
- MARTÍNEZ Fornés, Santiago. La obsesión por adelgazar. Anorexia y bulimia. Espasa Calpe. México, 1995.
- MOLINA, Ma. Cruz y FORTUNY, Montserrat. Experiencias educativas para la promoción de la salud y la prevención. Laertes. Barelona, 2003.
- PÁEZ, Darío, FERNÁNDEZ, Itziar, UBILLOS, Silvia, *et. al.* Psicología social, cultura y educación. PEARSON Educación. España, 2003.
- PEREA Quesada, Rogelio. Educación para la salud: reto de nuestro tiempo. Díaz de Santos. Madrid, 2004.
- RAICH, Rosa María. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Pirámide. Madrid, 1998.
- RODRÍGUEZ Rodríguez, Jahir. El palimpsesto de la ciudad: ciudad educadora. FUDESCO. Armenia, 1999.

ROMA Ferri, María Teresa, MONTESINOS Sánchez, Nieves, BALLESTER Añón, Rosa, *Et. al.* Derecho de las mujeres a su imagen. Los trastornos del comportamiento alimentario (anorexia y bulimia). Universidad de Alicante. San Vicente, 2001.

SELVINI Palazzoli, Mara. Muchachas anoréxicas y bulímicas. Paidós. España, 2002.

TINAHONES Madueño, Francisco J. Anorexia y Bulimia. Una experiencia clínica. Díaz de Santos. España, 2003.

TORO, Joseph. El cuerpo como delito. Ariel Ciencia. Barcelona, 1999.

TRILLA, J. *et. al.* El legado pedagógico del siglo XX para la escuela del siglo XXI. GRAÓ. Barcelona, 2001.

VALENZUELA, María de Lourdes (Coordinadora). Nuevos rostros y esperanzas para viejos desafíos. La educación de las personas adultas en México UPN Ajusco. México, 2000.

VIGOTSKY, Lev Semiovich. La imaginación y el arte en la infancia. Coyoacán. México, 2001.

VIGOTSKY, Lev Semiovich. El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Biblioteca de Bolsillo. Barcelona, 2003.

Hemerográficas

BORMANN, Verena. "Belleza a tu alcance. 20 secretos para lucir hermosa y sin sacrificar tu bolsillo." Veintitantos (México, D. F.) Marzo del 2006, No. 3, p. 39. Nestlé.

BORMANN, Verena. "¡Independízate! 15 páginas para verte sensacional de

pies a cabeza.” Veintitantos (México D. F.) Junio del 2004, No. 6, p. portada.

DELGADO, Lola. “Canon de belleza a lo largo de los tiempos”. Muy interesante. (México, D. F.), 27 de Agosto del 2003, pp. 66- 72- Estética.

LOAIZA, Daina. “¡Independízate! 137 tips de belleza ¡para quitarte el sueño!” Veintitantos. (México D. F.) Junio del 2003, No. 6, p. 105. Slim.

Electrónicas

<http://www./trabajos/buliano/buliano.shtml>, 12/06/06

<http://www.lie.upn.mx/modules.php?name=news&file=article&sid=10>, 10/09/07

<http://roble.pntic.mec.es/-msanto1/lengua/2romanti.htm>, 05/04/08

<http://www./search?hl=es&q=pr%C3%A1cticas+bul%C3%ADmicas+en+Roma&lr>, 18/04/08

<http://www.antropos.galeon.com/html/brujeira.htm>, 18/05/08

FUENTES DE CONSULTA COMPLEMENTARIA

Bibliográficas

BAZ, Margarita. Metáforas del cuerpo. Un estudio sobre la mujer y la danza.

. UAM- X, México, 1996

CAPARRÓS, Nicolás y SENFELIÚ, Isabel. La anorexia: una locura del cuerpo.

Biblioteca Nueva. España, 1997.

CARRIZOSA, Silvia. (Compiladora). Cuerpo, significaciones e imaginarios.

UAM, México, 1999.

CAVAZOS, M. Anorexia y bulimia: ¿Factura femenina o moda occidental?

Barsa, Latino América, 1999.

CÁZARES Hernández, Laura, Et. al. Técnicas actuales de investigación

documental. Trillas. México, 2005.

KOZULIN, Alex. Lev Vigotsky. Pensamiento y lenguaje. Paidós. España, 1995.

MARTÍNEZ M., Miguel. La investigación cualitativa etnográfica en educación.

Trillas. México, 1998.

R. M., Bell. Anorexia. Universidad de Chicago. Chicago, 1985.

RAICH, Rosa María. Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo.

Pirámide. Madrid, 2000.

RAIMBAULT, Ginette y ELIACHEFF, Caroline. Las indomables figuras de la

anorexia. Nueva Visión. Buenos Aires, 1991.

RODRÍGUEZ Gómez, Gregorio, GIL Flores, Javier y GARCÍA Jiménez, Eduardo. Metodología de la investigación cualitativa. Aljibe. Malaga, 1999.

SEP. Implicaciones educativas de seis teorías psicológicas. SEP. México, 1998.

SHMELKES, Corina. Manual para la presentación de anteproyectos e informes de investigación (tesis). Oxford. México, 1998.

T.D., Cook, CH. S, Reichardt. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa. Morata, S.L. España, 1997.

Hemerográficas

LÓPEZ Vergara, Omar. “Los riesgos de un cuerpo esbelto. Anorexia y Bulimia.” Quo. (México, D. F.), Noviembre del 2004, No. 85, pp. 64-70- Salud

ROSAS, María Cristina. “Anorexia y bulimia.” Semanario de política y cultura etcétera. (México, D. F.), 04 de Mayo del 2000, p. 10 - real politik.

Electrónicas

<http://www.cesu.unam.mx/iresie/revistas/perfiles-ant/62-7.htm>, 21/11/07

<http://www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/novedades/tabues.htm>, 10/05/08

<http://www.cfnavarra.es/inam>, 18/05/08

http://es.wikipedia.org/wiki/Imagen:Coco_Chanel_by_Horst_%282211541725%29.jpg, 05/06/08

Anexo 1

Encuesta “Hábitos y Costumbres”

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL
UNIDAD 153 ECATEPEC
LICENCIATURA EN INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Objetivo: recabar información de los hábitos y costumbres, de las alumnas, de la Escuela Secundaria..., para la realización de un diagnóstico socioeducativo, como parte fundamental de la Intervención Educativa. La información obtenida tendrá un manejo puramente académico y confidencial.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Talla: _____ Peso: _____

Turno: _____ Grado: _____ Grupo: _____

Instrucciones: marca con una “X” la opción con la cual más te identifiques, especificando tú respuesta en caso de que la opción elegida sea otros.

No Escribir

- | | |
|--|-----------------|
| <p>1. Para ti ser delgada es:</p> <p>a) Estar a la moda</p> <p>b) Una necesidad vital</p> <p>c) Una obligación</p> <p>d) Otros</p> | <p>1. _____</p> |
| <p>2. Una cintura perfecta es la que mide:</p> <p>a) Menos de 60 cm.</p> <p>b) 60- 65 cm.</p> <p>c) 66- 70 cm.</p> <p>d) Otros</p> | <p>2. _____</p> |
| <p>3. Una buena alimentación significa:</p> <p>a) Comer poco y de todo</p> <p>b) No comer alimentos que engordan (Light)</p> <p>c) Comer sólo lo que te gusta</p> <p>d) Otros</p> | <p>3. _____</p> |

4. Habitualmente comes: 4. _____
- a) Sólo lo que te gusta
 - b) Alimentos dietéticos
 - c) Alimentos variados
 - d) Otros
5. Cuando decides hacer dieta: 5. _____
- a) La sigues al pie de la letra hasta que logras tú objetivo
 - b) Sólo la haces por corto tiempo
 - c) La rompes enseguida
 - d) Otros
6. Heces ejercicio: 6. _____
- a) Diario
 - b) Cada tercer día
 - c) Una vez a la semana
 - d) Otros
7. Horas que inviertes en hacer ejercicio: 7. _____
- a) 1-2 horas
 - b) 2-4 horas
 - c) 4-8 horas
 - d) Otros
8. Cuanto duras haciendo ejercicio: 8. _____
- a) Una semana
 - b) 15 días
 - c) Un mes
 - d) Otros
9. Para ti un sinónimo de sentirse bien es: 9. _____
- a) Comer bien
 - b) Verse bien
 - c) Dormir bien
 - d) Otros
10. Veces que comes al día incluyendo alimentos ligeros 10. _____
- a) 1-2
 - b) 3-4
 - c) 5-6
 - d) Otros

11. Cuando comes cortas los alimentos en: 11. _____
- a) Trozos muy pequeños
 - b) A la mitad
 - c) No los corto
 - d) Otros
12. Después de comer te sientes: 12. _____
- a) Relajada
 - b) Angustiada
 - c) Satisfecha
 - d) Otros
13. Tú periodo menstrual es: 13. _____
- a) Regular
 - b) Irregular
 - c) Nulo
 - d) Otros
14. Cuando ves un espejo: 14. _____
- a) Evitas mirarte
 - b) Te alabas
 - c) Te ves con sobrepeso
 - d) Otros
15. Cuando te ves al espejo te gusta lo que ves: 15. _____
- a) Siempre
 - b) Algunas veces
 - c) Nunca
 - d) Otros
16. La parte de tu cuerpo que más te gusta es: 16. _____
- a) De la cintura para arriba
 - b) De la cintura para abajo
 - c) Nada
 - d) Otros
17. Por lo general tu piel está: 17. _____
- a) Seca
 - b) Humectada
 - c) No me he percatado
 - d) Otros

- 18.** Tu cabello es: 18. _____
- a) Quebradizo
 - b) Sedoso
 - c) Se enreda fácilmente
 - d) Otros
- 19.** En los últimos 4 meses tú peso: 19. _____
- a) Se mantuvo
 - b) Bajó
 - c) Subió
 - d) Otros
- 20.** Si tu respuesta a la pregunta anterior fue 20. _____
b) o c), la variante fue de:
- a) Menos de 1 Kilo
 - b) 1-2 Kilos
 - c) 3-4 Kilos
 - d) Otros
- 21.** Las personas que te rodean te dicen que estas: 21. _____
- a) Muy delgada
 - b) Delgada
 - c) Gorda
 - d) Otros
- 22.** Cuando te dispones a dormir, concilias el sueño: 22. _____
- a) Rápido
 - b) Tardas menos de 1 hora
 - c) Tardas más de 1 hora
 - d) Otros
- 23.** El problema gastrointestinal 23. _____
que sufres con mayor frecuencia es:
- a) Estreñimiento
 - b) Gastritis
 - c) Diarreas
 - d) Otros
- 24.** En la última semana las veces que ayunaste fueron: 24. _____
- a) Ninguna
 - b) 1-3
 - c) 4-7
 - d) Otras

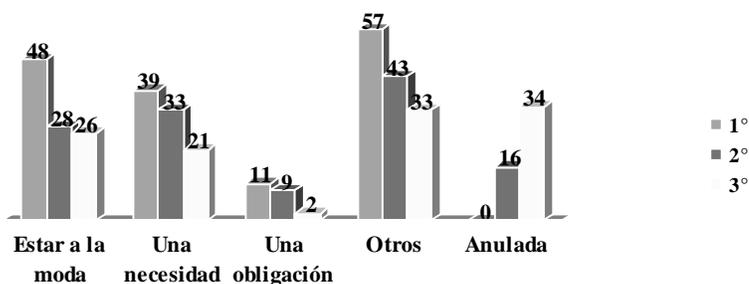
- 25.** La bebida que ingieres más a menudo es: 25. _____
- a) Agua natural
 - b) Agua de jamaica
 - c) Jugo de fruta con nopal
 - d) Otros
- 26.** Prefieres comer: 26. _____
- a) Sola
 - b) Acompañada de familiares o amigos
 - c) En medio de extraños
 - d) Otros
- 27.** Cuando te deprimas te dan ganas de: 27. _____
- a) Dormir
 - b) Comer
 - c) Vomitar
 - d) Otros

Anexo 2

Graficación de los Resultados de la Encuesta “Hábitos y Costumbres”

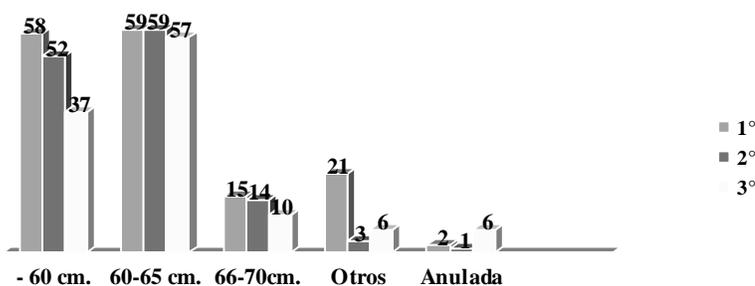
1. Para ti ser delgada es:

a) Estar a la moda	102
b) Una necesidad vital	93
c) Una obligación	22
d) Otros	103
e) Anulada	50



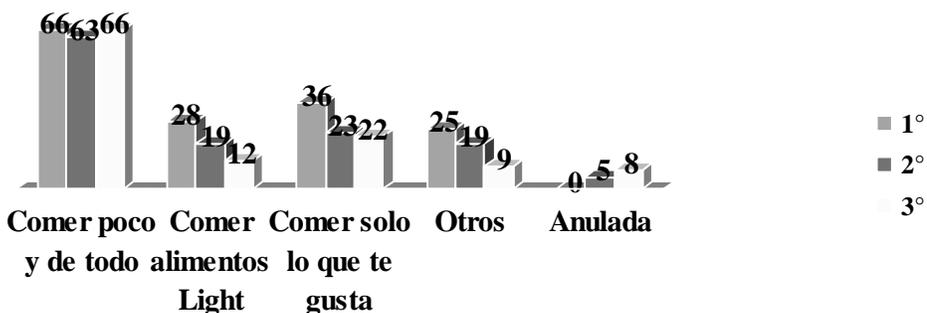
2. Una cintura perfecta es la que mide:

a) - 60 cm.	147
b) 60- 65 cm.	175
c) 66- 70 cm.	39
d) Otros	30
e) Anulada	9



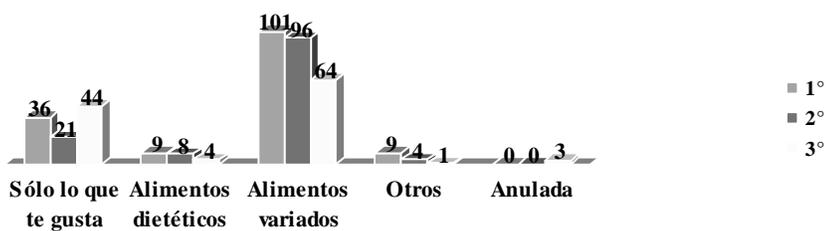
3. Una buena alimentación significa:

a) Comer poco y de todo	194
b) No comer alimentos que engordan (Light)	59
c) Comer sólo lo que te gusta	67
d) Otros	53
e) Anulada	13



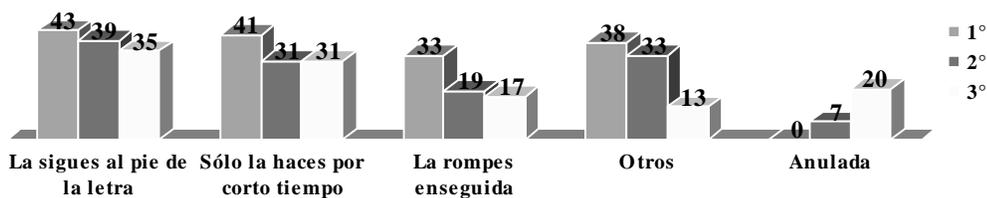
4. Habitualmente comes:

a) Sólo lo que te gusta	101
b) Alimentos dietéticos	21
c) Alimentos variados	261
d) Otros	14
e) Anulada	3



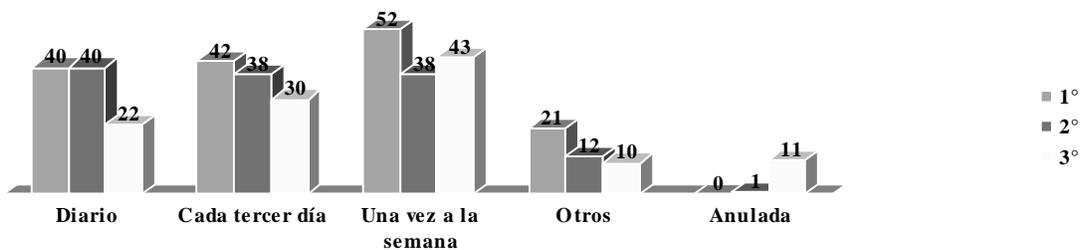
5. Cuando decides hacer dieta:

a) La sigues al pie de la letra hasta que logras tu objetivo	117
b) Sólo la haces por corto tiempo	103
c) La rompes enseguida	69
d) Otros	84
e) Anulada	27

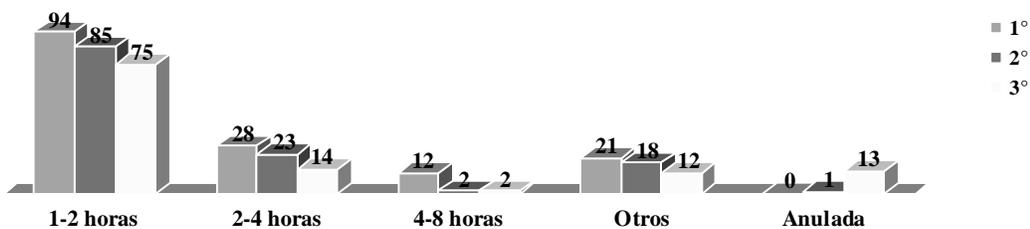


6. Haces ejercicio:

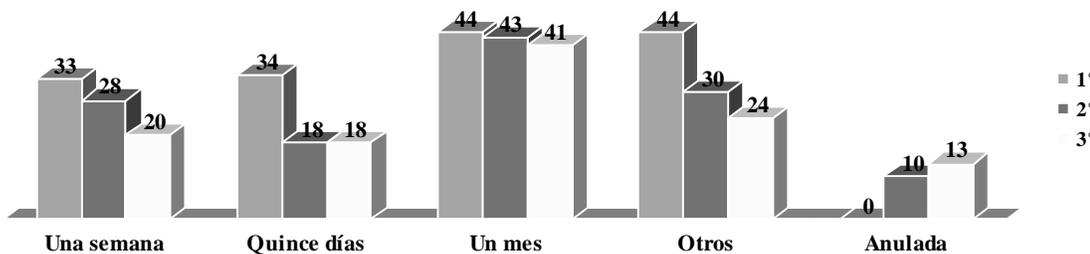
a) Diario	102
b) Cada tercer día	110
c) Una vez a la semana	133
d) Otros	43
e) Anulada	12

**7. Horas que inviertes en hacer ejercicio:**

a) 1-2 horas	254
b) 2-4 horas	65
c) 4-8 horas	16
d) Otros	51
e) Anulada	14

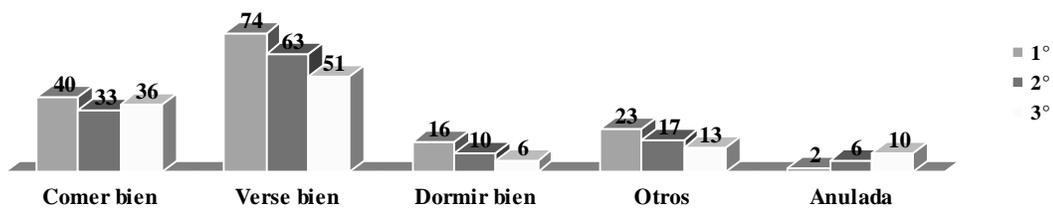
**8. Cuánto duras haciendo ejercicio:**

a) Una semana	81
b) 15 días	70
c) Un mes	128
d) Otros	98
e) Anulado	23



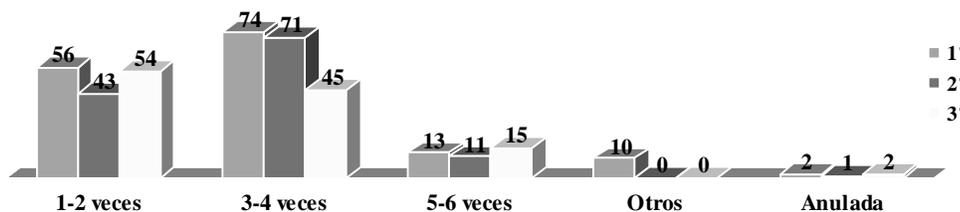
9. Para ti un sinónimo de sentirse bien es:

a) Comer bien	109
b) Verse bien	188
c) Dormir bien	32
d) Otros	53
e) Anulado	18



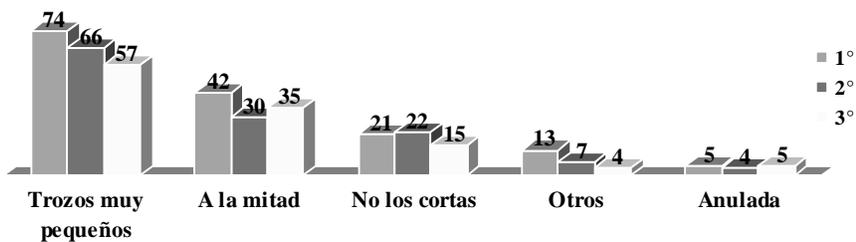
10. Cuántas veces comes al día incluyendo alimentos ligeros

a) 1-2	153
b) 3-4	190
c) 5-6	39
d) Otros	10
e) Anulada	5



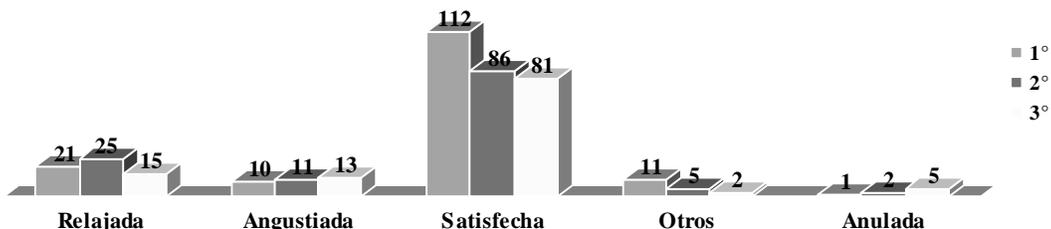
11. Cuando comes cortas los alimentos en:

a) Trozos muy pequeños	197
b) A la mitad	107
c) No los cortas	58
d) Otros	24
e) Anulada	14



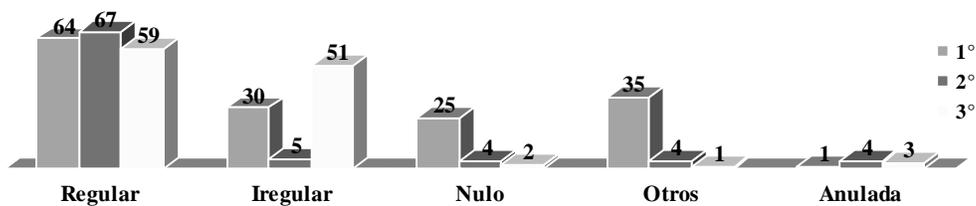
12. Después de comer te sientes:

a) Relajada	61
b) Angustiada	34
c) Satisfecha	279
d) Otros	18
e) Anulada	8



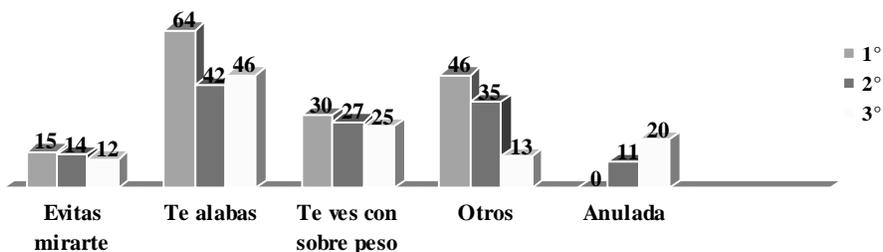
13. Tu periodo menstrual es:

a) Regular	190
b) Irregular	86
c) Nulo	31
d) Otros	40
e) Anulada	8



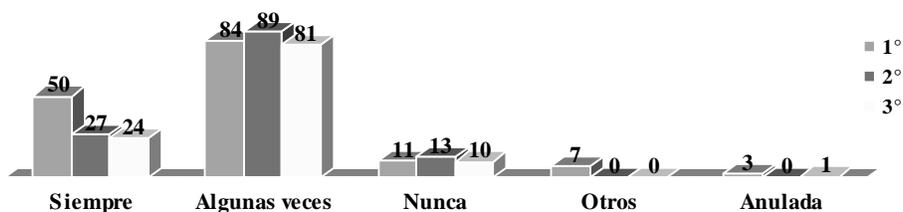
14. Cuando ves un espejo:

a) Evitas mirarte	41
b) Te alabas	152
c) Te ves con sobrepeso	82
d) Otros	94
e) Anulada	31



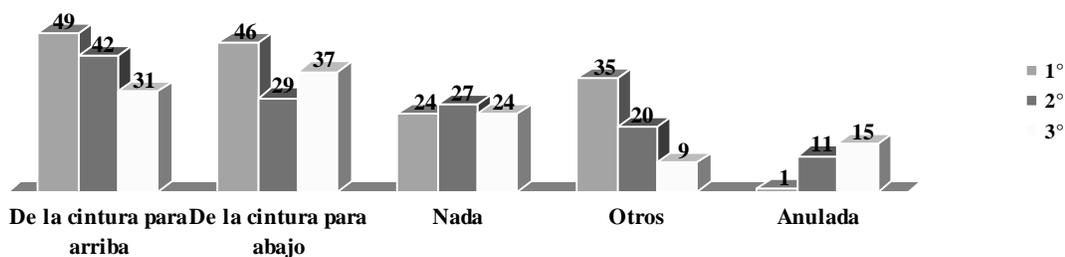
15. Cuando te ves al espejo te gusta lo que ves:

a) Siempre	101
b) Algunas veces	254
c) Nunca	34
d) Otros	7
e) Anulada	4



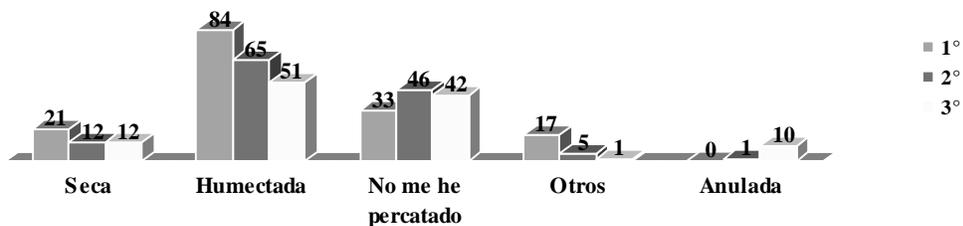
16. La parte de tu cuerpo que más te gusta es:

a) De la cintura para arriba	122
b) De la cintura para abajo	112
c) Nada	75
d) Otros	64
e) Anulada	27



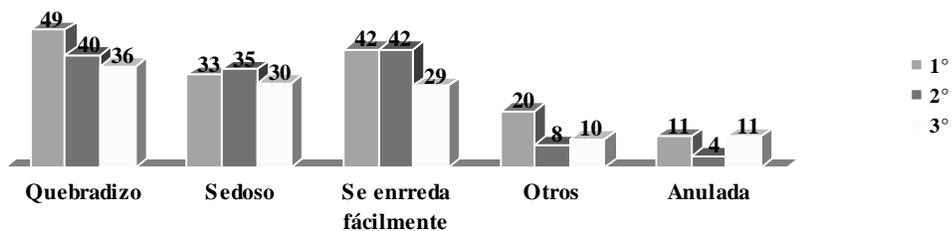
17. Por lo regular tu piel está:

a) Seca	45
b) Humectada	200
c) No me he percatado	121
d) Otros	23
e) Anulada	11

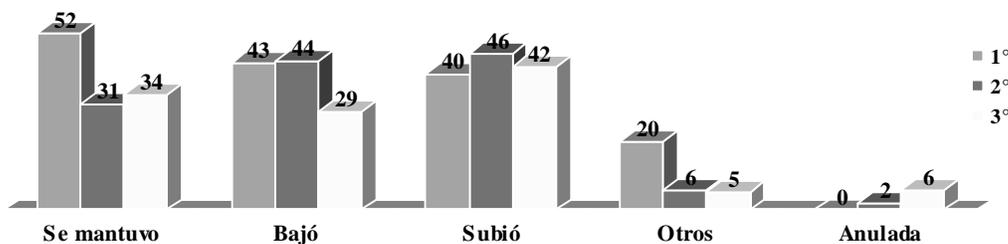


18. Tu cabello es:

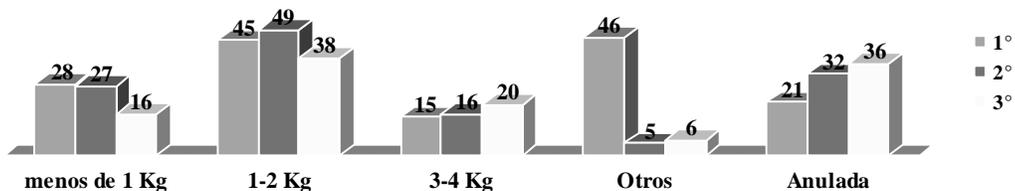
a) Quebradizo	125
b) Sedoso	98
c) Se enreda fácilmente	113
d) Otros	38
e) Anulada	26

**19. En los últimos cuatro meses tu peso:**

a) Se mantuvo	117
b) Bajó	116
c) Subió	128
d) Otros	31
e) Anulada	8

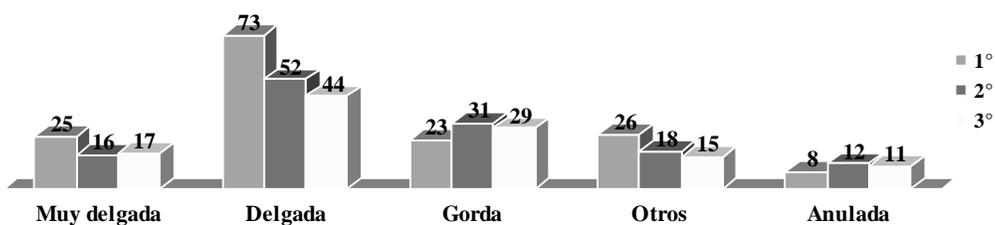
**20. Si tu respuesta a la pregunta anterior fue b) ó c), la variante fue de**

a) Menos de 1 kilo	71
b) 1-2 Kilos	132
c) 3-4 Kilos	51
d) Otros	57
e) Anulada	89



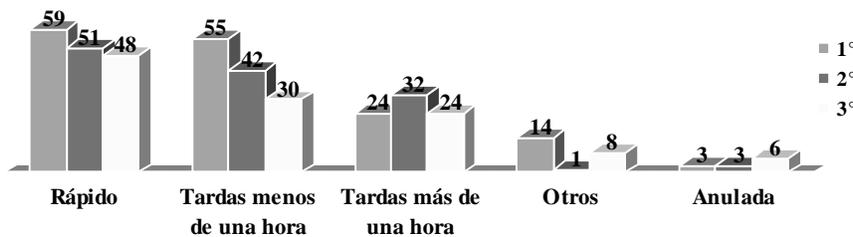
21. Las personas que te rodean te dicen que estas:

a) Muy delgada	58
b) Delgada	169
c) Gorda	83
d) Otros	59
e) Anulada	31



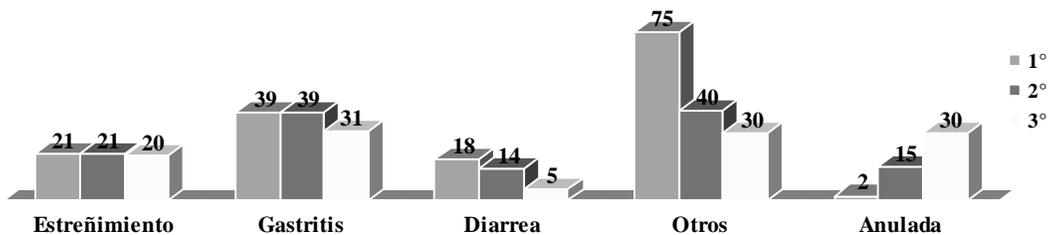
22. Cuando te dispones a dormir concilias el sueño:

a) Rápido	158
b) Tardas menos de una hora	127
c) Tardas más de 1 hora	80
d) Otros	23
e) Anulada	12



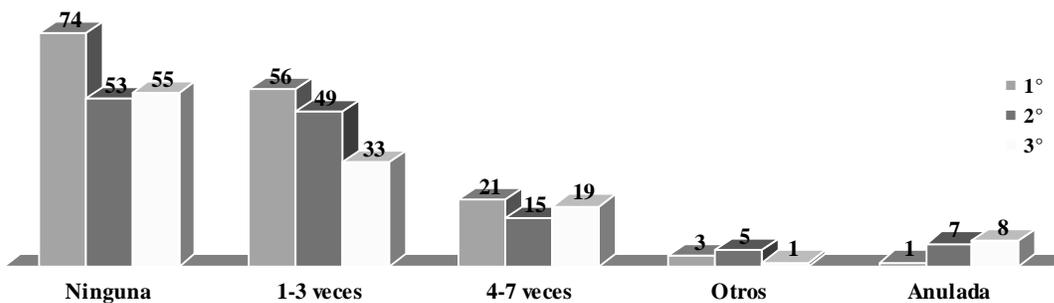
23. El problema gastrointestinal que sufres con mayor frecuencia es:

a) Estreñimiento	62
b) Gastritis	109
c) Diarrea	37
d) Otros	145
e) Anulada	47



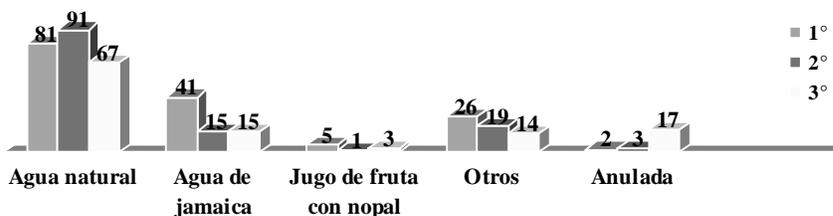
24. En la última semana las veces que ayunaste fueron:

a) Ninguna	182
b) 1-3	138
c) 4-7	55
d) Otros	9
e) Anulada	16



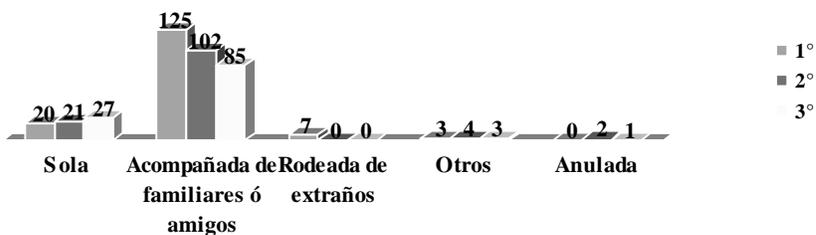
25. La bebida que ingieres más a menudo es:

a) Agua natural	239
b) Agua de Jamaica	71
c) Jugo de fruta con nopal	9
d) Otros	59
e) Anulada	22



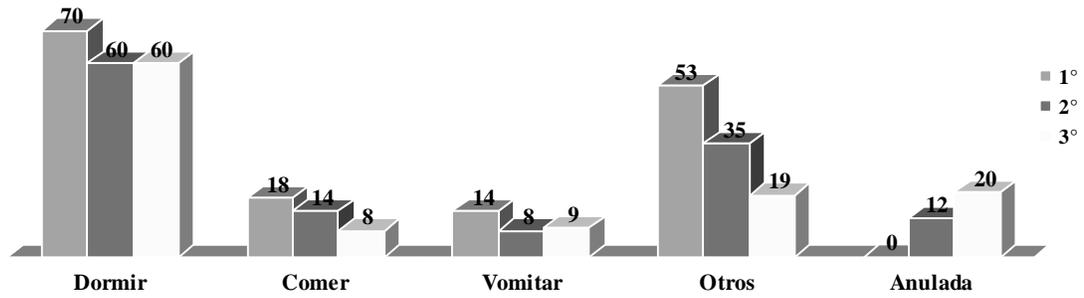
26. Prefieres comer:

a) Sola	68
b) Acompañada de familiares o amigos	312
c) Rodeada de extraños	7
d) Otros	10
e) Anulada	3



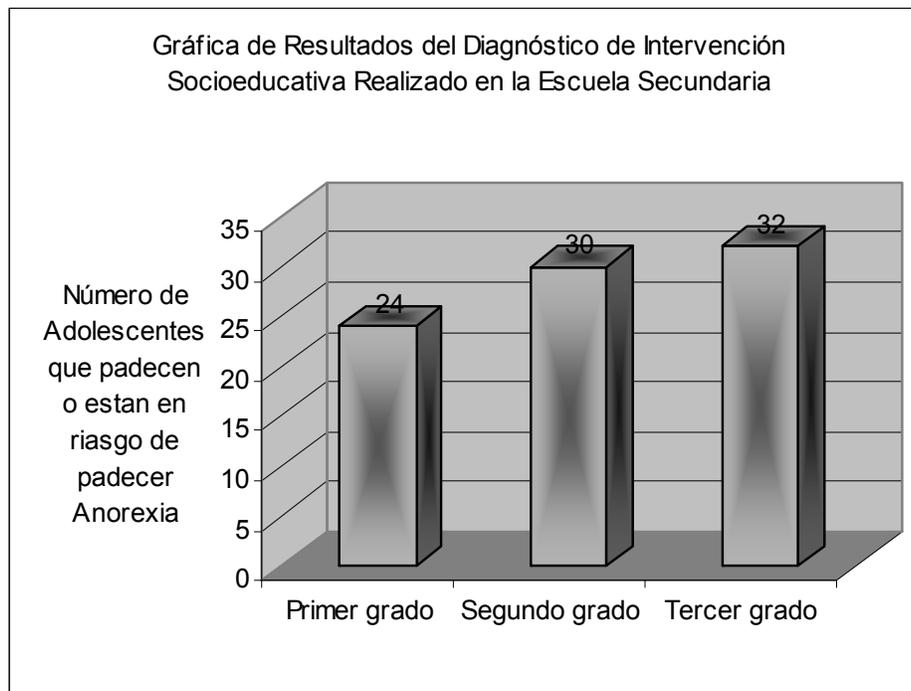
27. Cuando te deprimes te dan ganas de:

a) Dormir	190
b) Comer	40
c) Vomitar	31
d) Otros	107
e) Anulada	32



Anexo 3

Gráfica de Resultados de Adolescentes que, con Base en los Resultados de la Encuesta “Hábitos y Costumbres”, Padecen o Están en Riesgo de Padecer Anorexia Nerviosa



Anexo 4

Guía de Entrevista

1. En la encuesta que respondiste anteriormente, de hábitos y costumbres, nos percatamos de que posiblemente tienes un problema alimenticio; ¿qué piensas al respecto?
2. ¿Qué entiendes por un trastorno alimenticio?
3. ¿Qué factores consideras que influyen en tú alimentación? (sociales y personales)
4. Para ti ¿qué significa ser bella?
5. ¿Qué pasaría si un día despertaras y te dieras cuenta que has subido de peso, que tienes estrías y celulitis?
6. ¿Qué haces y/o piensas cuando una persona obesa esta a un lado tuyo?
7. ¿Qué necesita una mujer para verse femenina?
8. Háblame de ti

¿Qué haces en tu tiempo libre?

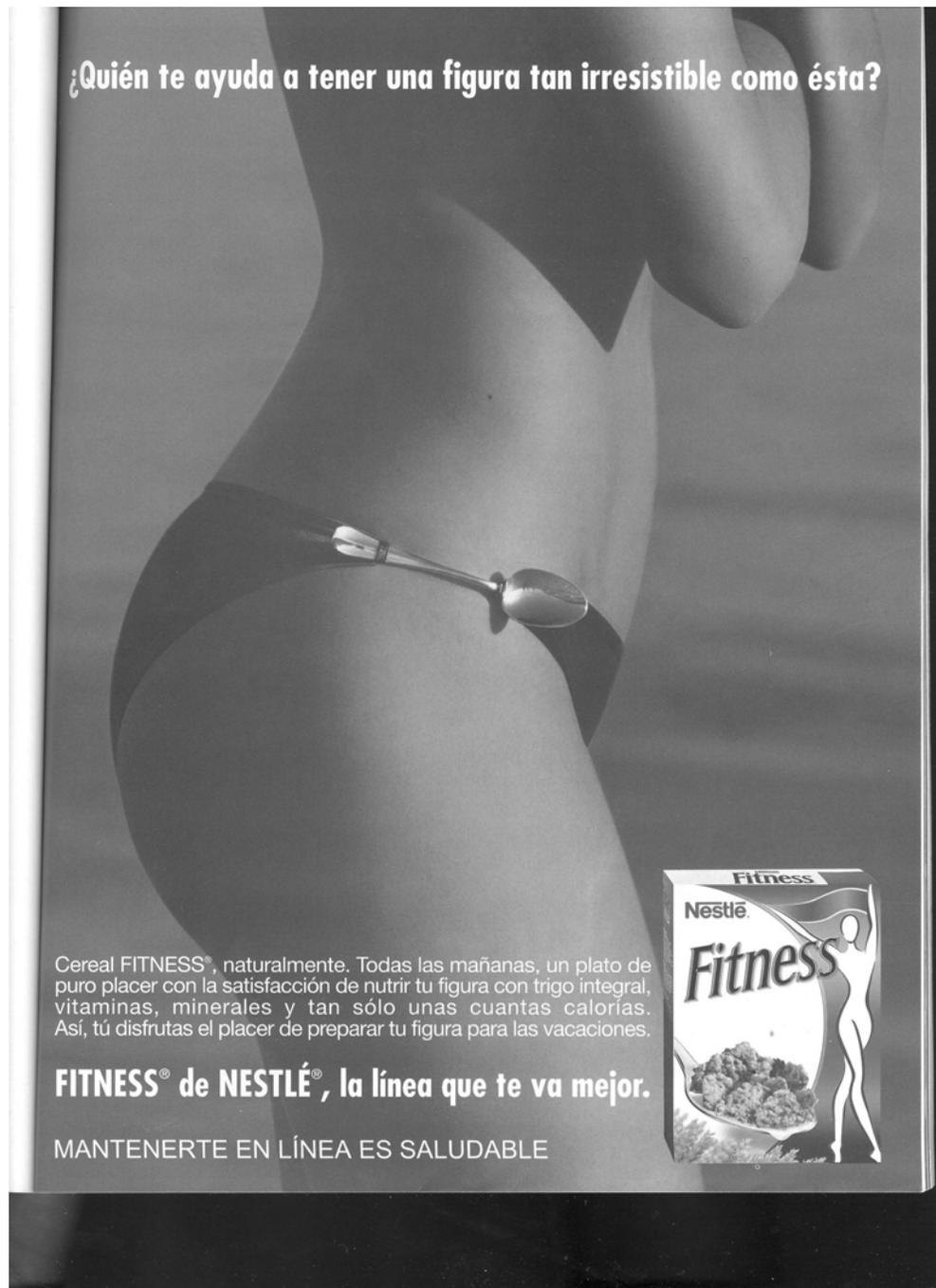
¿Cómo te llevas con tu familia?

¿consideras qué es importante tener novio?

¿pláticame de tus amigos?

Anexo 5

Publicidad al Servicio de los Grupos Empresariales Dedicados a la Elaboración de Productos o Servicios Destinados Específicamente a Conseguir Disminuciones de Peso



¿Quién te ayuda a tener una figura tan irresistible como ésta?

Cereal FITNESS®, naturalmente. Todas las mañanas, un plato de puro placer con la satisfacción de nutrir tu figura con trigo integral, vitaminas, minerales y tan sólo unas cuantas calorías. Así, tú disfrutas el placer de preparar tu figura para las vacaciones.

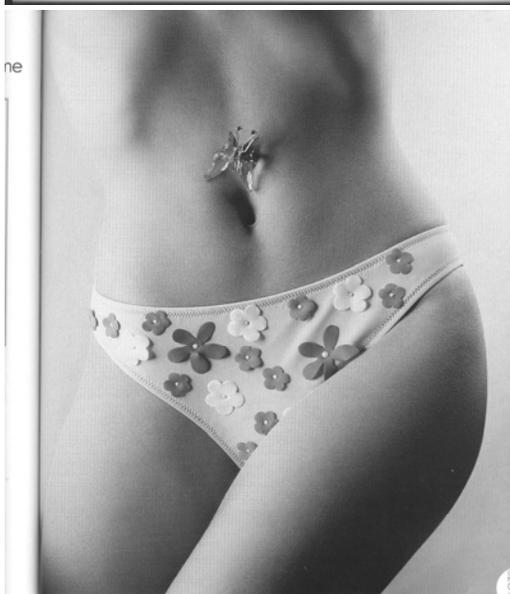
FITNESS® de NESTLÉ®, la línea que te va mejor.

MANTENERTE EN LÍNEA ES SALUDABLE



Anexo 6

Escuálidas Modelos que Lucen Ropa y Accesorios de Prestigiados Diseñadores que Ofertan sus Productos en Exclusivas Tiendas





la vida en rosa

Femenino, joven, tierno e infinitamente inocente, el rosa es el color que nos

marcó desde niñas y que ahora regresa para convertirse en nuestra segunda piel.

Fotografía: Enrique Cordero. Coordinación de moda: Eduardo Perceval. Maquillaje: Alex Méndez.
Peluca: Eduardo Perceval. Producción: Lucía Romero.

El modelo de M&M, el color de la infancia de la infancia.
El modelo de M&M, el color de la infancia de la infancia.
El modelo de M&M, el color de la infancia de la infancia.



Una mirada con el espíritu de los
años 50 y el estilo de M&M, un look
de la infancia de la infancia, con
los de M&M, el color de la infancia de la infancia.

Modelo: Ana García
El color de la infancia de la infancia
El color de la infancia de la infancia
El color de la infancia de la infancia.



Saco a nivel blanco con rosa de ZARA, pantalón capri con rosa de ZARA, zapatos de ZARA, pendientes de B&B, pulsera de simple 9.25.



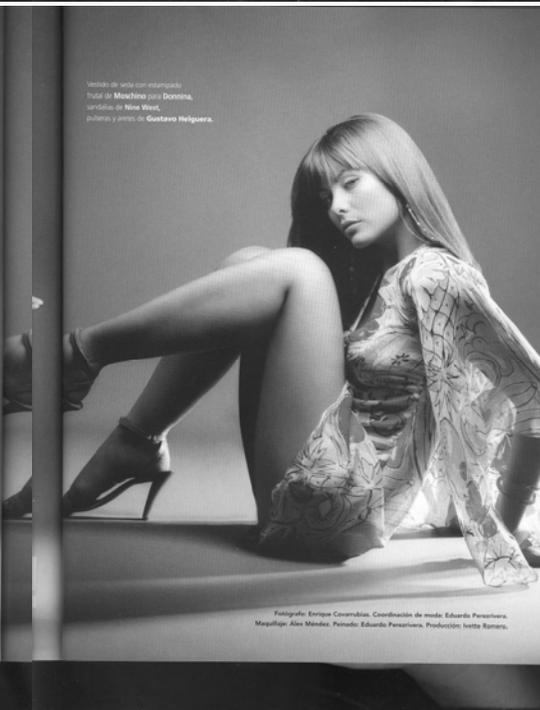
Para vestido: B&B, para pulsera de ZARA, zapatos de B&B, pendientes de ZARA, pendientes de B&B, pendientes de Cybis, pendientes de B&B.



Caligrafías sesenteras, rostros animados, objetos juguetones, frutas inquietantes y accesorios multicolores vuelven con más fuerza que nunca esta temporada.

Mandala sobre mandala de B&B, top blanco con estampado multicolor de B&B, calcetines de Cybis, botines colados de ZARA, aretes, pulsera y collar de Gustavo Helguera.

¡estámpate!



Vestido de seda con estampado floral de Mochina con Dorena, pendientes de Nina West, pulsera y aretes de Gustavo Helguera.

Fotógrafo: Enrique Corumbán. Coordinación de moda: Eduardo Parrales, Mayra Alejandra. Peluquero: Eduardo Parrales. Producción: Tere Romero.



Mañada con estampado
de conejo de ZARA,
para el cuerpo inspirado de Julia Salas,
chaleco corto de Moschino y/o Dorothea,
pantalón y aretes de Gustavo Helguera.

Pantalón corto con estampado
de conejo de ZARA,
top con estampado de conejo de BSK,
zapatos con estampado
de conejo de BSK,
aretes y pulsera de Gustavo Helguera.



Vestido negro estampado de BSK,
top hecho de ZARA,
falda de mezclilla
con pinos de Barry,
aretes y pulsera
de Gustavo Helguera.

Shorts Armani Jeans,
blusa con estampado de conejo de BSK,
top de moda de ZARA,
falda de Armani Jeans, sandalias CVZ,
accesorios Gustavo Helguera.

Anexo 7

Agrupación Juvenil Rebelde (RBD), Constituida por Lánguidas Adolescentes Mexicanas Promotoras de la Cultura de la Delgadez

