

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD AJUSCO

LICENCIATURA EN PEDAGOGIA

TESIS

**“ANOREXIA NERVIOSA Y BULIMIA EN ADOLESCENTES: UN ANALISIS
DESDE UNA PERSPECTIVA ESCOLARIZADA”**

PRESENTA

DIANA CHÁVEZ GUZMÁN

ASESORA

M. en C. LAURA ELENA ORTIZ CAMARGO

Dedicatorias y Agradecimientos.

Dedico esta tesis a Dios, quien en muchas ocasiones me dio la fe y la fortaleza necesaria para salir adelante pese a las dificultades y adversidades de la vida, iluminando cada paso de mi vida al darme salud y esperanza principalmente para terminar este trabajo.

A mis padres Martha Guzmán y Joel Chávez, por estar siempre en los momentos importantes de mi vida, por ser el más grande ejemplo para salir adelante y por la paciencia incondicional que me han brindado y que han sido fundamentales para mi vida. Esta tesis es el resultado de lo me han enseñado, ya que siempre han sido unos padres honestos, tolerantes y entregados a su trabajo, pero sobre todo, son una gran mujer y un gran hombre que siempre han podido salir adelante y ser triunfadores. Gracias por confiar en mí. Gracias por apoyarme en todo y por darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida. Sin ustedes nada sería posible.

A mis hermanos Paulina y Joel que con su cariño me han enseñado a salir adelante. Gracias por su paciencia, gracias por las madrugadas que sacrificaron por ayudarme, gracias por ser una parte fundamental en mi vida familiar, pero sobre todo, gracias por estar en otro momento tan importante en mi vida.

A Carlos Carrasco, por ser uno de los principales soportes en mi vida, gracias por estar conmigo en todo momento. Gracias por entenderme y por apoyarme. Gracias por enseñarme a creer en mí y motivarme a hacer las cosas de la mejor manera. Gracias por estar de forma incondicional y en todo momento. Gracias por tu paciencia y por tener siempre las palabras adecuadas. Simplemente GRACIAS.

A las familias Guzmán, Chávez y Carrasco, gracias por la ayuda y soporte que me brindaron y que me ayudó a que este gran esfuerzo se volviera realidad.

A mi amiga Zaida, gracias por siempre tener un consejo y por tenderme una verdadera mano amiga en las buenas y en las malas, jamás lo olvidaré.

A Laura Elena Ortiz mi asesora de tesis, gracias por creer en mí y porque en los momentos difíciles siempre estuvo ahí para ayudarme. Gracias por sus consejos y experiencias que me enseñaron tanto a lo largo de este proceso.

Gracias a todos aquellos que ya no están con nosotros, pero que fueron y serán siempre parte de nuestras vidas.

*Diana Chávez Guzmán
2009*

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
-------------------	---

CAPITULO I.....	6
-----------------	---

LA ADOLESCENCIA: TRANSFORMACIÓN DOLOROSA DEL CUERPO Y LA MENTE.

1.1. La adolescencia: Una profunda mutación.....	6
1.2. Adolescencia somática y adolescencia psíquica.....	15
1.3. Socio-cultura y adolescente.....	23

CAPITULO II.....	31
------------------	----

DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES.

2.1. Culto al cuerpo, distorsión de la imagen corporal y los medios.....	32
2.2. Desarrollo de la anorexia nerviosa y la bulimia en la adolescencia.....	36
2.3. Ana y Mia. ¿Amigas o enemigas?.....	47

CAPITULO III.....	54
-------------------	----

EL PAPEL DEL ORIENTADOR EDUCATIVO ANTE LAS PSICOPATOLOGÍAS ALIMENTARIAS DE ANOREXIA Y BULIMIA

3.1. ¿Qué hace un orientador educativo?.....	54
3.2. El orientador educativo como guía.....	60
3.3. ¿Cómo se guía al orientador, en la detección de casos de anorexia nerviosa y bulimia?.....	62

CAPITULO IV	69
--------------------------	----

ENTREVISTA CON UNA VÍCTIMA DE ANA Y MIA.

4.1. Análisis de un caso de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.....	69
4.2. Categorías de análisis.....	71
4.2.1. Relación entre pares.....	72
4.2.2. Rol familiar.....	78
4.2.3. Imagen corporal.....	84
4.2.4. Relación de pareja.....	88
4.2.5. El orientador y los maestros.....	92
4.2.6. Evolución y tratamientos.....	96
4.3. Conclusiones del capítulo.....	101

CONCLUSIONES GENERALES	104
-------------------------------------	-----

BIBLIOGRAFIA	107
---------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación en modalidad de tesis, tiene como finalidad realizar una aportación en cuanto al papel que podría ocupar el orientador educativo en la prevención, detección y canalización de los trastornos en la alimentación de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en los adolescentes. Se analizará la etapa del desarrollo humano de la adolescencia y la relación de esta etapa con algunos de los trastornos en la alimentación. A partir de este pensamiento, se hace un estudio por capítulos de las principales concepciones de adolescencia, los trastornos en la alimentación: anorexia y bulimia; y la posible intervención del orientador educativo en la prevención, detección y canalización de este tipo de trastornos en el ámbito escolar.

Asimismo, se presenta como parte del último capítulo, un análisis de la información recabada por medio de una entrevista semiestructurada a una víctima de estos trastornos en la alimentación. Al inicio del presente trabajo de investigación, se planteaba la posibilidad de realizar dos entrevistas a dos casos de trastornos en la alimentación, sin embargo, solo un caso se pudo concretar por la difícil labor de encontrar a jóvenes víctimas de estos padecimientos, dispuestos a compartir sus experiencias.

Los objetivos que persigue esta investigación se caracterizan por reconocer la necesidad de que el orientador educativo cuente con una constante capacitación sobre los principales problemas que existen en el adolescente, en especial, en los trastornos en

la alimentación de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, así como resaltar la importancia del orientador educativo en la prevención, detección, canalización y acompañamiento de los trastornos en la alimentación en adolescentes. La propuesta es que el orientador educativo tenga la posibilidad de encontrar una vinculación más estrecha con el adolescente e intervenga de manera oportuna en los problemas que este presente.

Para finalizar, se espera que con la realización de este trabajo efectuado con base en un caso real de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, se reflexione y se tome conciencia de la responsabilidad que tiene un orientador educativo en el desarrollo de los adolescentes.

CAPITULO I

LA ADOLESCENCIA: TRANSFORMACIÓN DOLOROSA DEL CUERPO Y LA MENTE.

1.1. La adolescencia: una profunda mutación.

El desarrollo del ser humano a través de los tiempos, ha generado en más de un investigador la curiosidad por saber cómo es que el hombre va cambiando y evolucionando a través de generaciones.

No obstante, el proceso de desarrollo humano visto desde un panorama exclusivamente biológico, se lleva a cabo a través de cuatro etapas: la infancia, la adolescencia, la adultez y por último la vejez o el adulto mayor.

El individuo durante el paso de cada una de estas etapas, va adquiriendo una serie de posibilidades y limitaciones que lo impulsan a actuar y, de alguna manera, también lo van introduciendo a la sociedad en la que se va desarrollando.

Para poder entrar en el estudio del tema que nos ocupa “la adolescencia”, es importante resaltar la transición que vive el sujeto al pasar de la infancia a la adolescencia.

Si bien la infancia constituye un periodo de aprendizaje sensorio – motor, en donde el individuo va adquiriendo capacidades y conocimientos que le permiten actuar

e interactuar con las cosas y las personas más cercanas a él, en la adolescencia se presentan otras situaciones. En palabras de Michel Fize (2007:27) "...la infancia es percibida como un periodo de armonía...". En el adolescente, en muchos casos se presentan una serie de conflictos internos y externos que llevan al individuo a encarnar luchas personales, debido a que durante esta etapa se tiene una percepción del mundo exterior un tanto limitada a los ojos del individuo.

Sin embargo, en palabras de Gerardo Castillo (1995:16) "La mayor crisis de la adolescencia y de la juventud actuales radica en que <<nuestra sociedad no sólo es capaz de aliviar su inseguridad y desamparo emocional, sino que lo acrecienta>>". Por lo anterior, muchas veces se considera a la adolescencia como un periodo en el cual el individuo adolece o sufre diversos cambios, primordialmente físicos y psicológicos. Asimismo la adolescencia es considerada por diversos autores como un periodo lleno de mutaciones que se encuentra ubicada centralmente por los cambios repentinos tanto físicos como mentales.

Es pertinente mencionar que la etapa adolescente no solamente es un proceso del ciclo vital en el desarrollo del ser humano, en el cual no solo existen cambios en lo biológico y lo psíquico, sino que también se dan modificaciones en lo social y lo cultural. En el transcurso de esta etapa, la relación con su mundo exterior cambia, ya que está en el descubrimiento de otras esferas de su contexto social.

Los estudios de Castillo (1995:58) nos ayudan a entender esta difícil etapa del ser humano. Él menciona tres fases que posibilitan la llegada a la madurez: "La

pubertad o adolescencia inicial, la adolescencia media y la adolescencia superior.”

La pubertad o adolescencia inicial se extiende en un periodo que abarca entre los 11 o 12 años hasta los 13 o 14 años aproximadamente. Se considera a esta fase como un periodo de arranque. Es durante esta fase en donde se inicia el proceso de transición en el que el sujeto aún se encuentra en el final de la infancia. En esta fase, el niño comienza a dejar de ser un niño, y se convierte en un púber.

A partir de la adolescencia inicial, surgen en algunos casos una serie de cambios motrices y afectivos, así como una gran sensibilidad que podría ser el resultado de una especie de estrategia para autoprotgerse, tanto de los cambios corporales y psíquicos que comienzan a surgir, como del mundo exterior que comienza a dejar de verlo como un niño.

Es muy común que durante esta fase inicial de la adolescencia se produzcan rasgos de timidez, lo que recae directamente en la atracción física que se tiene hacia otro/a persona, ya sea de su misma edad o una persona imaginaria que en ocasiones puede ser algún artista o celebridad, que puede llegar a convertirse en el llamado amor platónico. Esta idealización hacia una persona alejada de sus posibilidades, puede dificultar en gran medida el interés por concretar una relación real por parte del individuo.

Dentro del ámbito social, se comienza a tener una maduración orientada en un profundo apego que el púber comienza a sentir con otros púberes o grupos de

“camaradas” o pandilla, dejando un poco de lado el apego tan arraigado que antes se tenía con los padres.

Alrededor de los 13 o 14 años hasta los 16 o 17 años, comienza la adolescencia media. Es durante esta fase en donde se produce el rompimiento definitivo entre la infancia y la búsqueda de nuevas formas de comportamiento y de pensamiento, para lo cual, el individuo comienza a reflexionar acerca de él mismo y de su entorno, con la intención de encontrar un nuevo significado sobre el universo que lo rodea, es decir, el adolescente en esta etapa comienza a redescubrir la sociedad en la que se desarrolla.

Uno de los rasgos importantes de maduración, primordialmente afectiva dentro de esta etapa, es la necesidad que se tiene de amar. Aquí surgen las amistades y es aquí en donde se encuentra el primer amor, el cual puede ser meramente platónico dirigido hacia algún artista o a algún compañero/a de la escuela.

A diferencia de la pubertad, es ahora cuando el adolescente comienza a dejar atrás su reatrimiento, aunque no desaparece del todo, debido a la ya mencionada necesidad que se tiene de ser amado y de amar, de lo cual sólo se tenía un “conocimiento similar” en la relación paternal.

En lo concerniente a la maduración social, vemos a un adolescente que busca entre el grupo de “camaradas” o pandilla la amistad, es decir, se sustituye al grupo de amigos, por uno o dos amigos porque están en la búsqueda de una amistad cercana y verdadera (Fize, 2007) (Castillo, 1995).

Es durante esta fase en donde la amistad desempeña en la mayoría de las veces el papel del yo idealizado, es decir, el adolescente transfiere en el amigo las cualidades y virtudes que él desearía y le gustaría tener convirtiéndolo con esto en un modelo a seguir.

Durante esta fase adolescente se logra un gran progreso en el manejo de la timidez, sin embargo, aún se hace presente el temor a la opinión ajena, a la que se le da suma importancia y validez, lo que surge como resultado de que el adolescente aún no posea una identidad que lo caracterice y lo distinga.

La adolescencia superior se extiende cerca de los 16 o 17 años hasta los 20 o 21 años. Aquí es donde el adolescente comienza a comprender su entorno y principalmente a sí mismo, sintiéndose ya integrado en el mundo en el que vive. De esto puede surgir la conciencia de responsabilidad relacionada con su propio futuro, que en muchos casos puede parecer inexistente en las fases anteriores.

En este momento, la personalidad del adolescente ha alcanzado cierto nivel de maduración, superior al de las fases anteriores, debido a que el ahora joven es capaz de reconocer y conocer sus posibilidades y limitaciones, incitando con esto la afirmación positiva de sí mismo.

En cuanto a su maduración física, llega casi a su plenitud, puestos que la mayor parte del desarrollo físico se lleva a cabo prácticamente al final de la fase media de la adolescencia, incrementándose así la fuerza y destreza del adolescente.

En lo concerniente a la maduración mental, la característica más representativa es el planteamiento de un objetivo y/o plan de vida, el cual lo va construyendo a través de sus experiencias y conocimientos acumulados hasta este momento.

Así, el adolescente tiene la necesidad de formarse una opinión propia del mundo que lo rodea. Es en esta etapa, el adolescente comienza a debatir con otros, así como a cuestionarse y a cuestionar el conocimiento transmitido o aprendido, esto con el fin de crearse una idea propia de las cosas.

Al mismo tiempo, es en esta fase en donde se manifiesta de manera más específica la maduración social afectiva, la cual ya se desarrollaba en la fase anterior, pero ha evolucionado a tal grado que el joven ahora cuenta con la capacidad de salir de sí mismo para ir al encuentro y al trato con otra persona.

También suele caracterizarse esta etapa por el surgimiento de sentimientos que en etapas anteriores no estaban, esto es, el enamoramiento y el cambio en sus relaciones afectivas.

Se destaca un progreso esencial en la superación del retraimiento y de la inadaptación social, manifestándose en la incorporación de más personas a su círculo de amistades.

Cabe mencionar que la fase de la adolescencia superior se desarrolla durante la época en donde es indispensable la elección correcta de una carrera profesional que le

refuerce y ayude al individuo a alcanzar sus metas y el plan de vida que se ha planteado.

En la actualidad esta fase de la adolescencia superior se ha ido prolongando por diversas razones y circunstancias, como: cupo limitado en universidades, incremento de embarazos en adolescente, mayor dependencia económica de los padres y otros. Esto ha retrasado el ejercicio profesional del joven y por ende su independencia.

Además de estos cambios físicos y psicológicos que representan sin duda la principal fuente de confusión del adolescente, encontramos las exigencias y limitaciones sociales que determinan el pensamiento del adolescente y que lo llevan, sin darse cuenta, a cuestionarse a sí mismo.

Arminda Aberastury y Mauricio Knobel (2005:143) mencionan que “...en la adolescencia se puede observar la elaboración de tres duelos fundamentales:

- 1) duelo por el cuerpo infantil;
- 2) duelo por la identidad y el rol infantil;
- 3) duelo por los padres de la infancia.”

El llamado “duelo por el cuerpo infantil” se presenta en la etapa en la que el individuo se percató de la pérdida de su cuerpo infantil, es decir, el individuo aún con una mentalidad infantil, con un cuerpo cambiante y con rasgos de un cuerpo adulto. Entra en conflicto entre el niño que se siente internamente y los indicios del cuerpo adulto que posee y que ocasionan en el individuo una serie de problemas que se podrían

resumir en una grave despersonalización, que somete el pensamiento del púber a lo que siente y lo que ve.

En palabras de Aberastury y Knobel (2005:144) “La despersonalización del adolescente implica una proyección en la esfera de una elucubración altamente abstracta del pensamiento y explica la relación lábil con objetos reales a los que rápidamente pierde, como pierde paulatinamente y progresivamente su cuerpo infantil”.

La confusión por esta despersonalización puede ser en algunos casos sumamente extrema, debido a que el púber puede llegar a negar su realidad comenzando a ejercer roles fundados en imágenes incorporadas a través de los Medios de Comunicación Masiva (MCM); los cuales en ocasiones ellos lo tornan como verdaderos, lo que puede provocar conflictos en la búsqueda de su identidad.

Lo que nos lleva al siguiente duelo, éste es el “duelo por la identidad y por el rol infantil”, el cual se caracteriza por la confusión que existe entre el pensamiento dependiente de la infancia y la imposibilidad de adquirir una independencia adulta. El niño al no saber como asumir su independencia individual, traspasa la dependencia paterna hacia el grupo de amigos, confundiendo su propia independencia con la adopción de pensamientos grupales.

Es aquí entonces en donde el pensamiento del individuo empieza a funcionar en concordancia con las características grupales, las cuales le posibilitan un gran sentimiento de estabilidad e identificación. Asociado a lo que Aberastury y Knobel

(2005:147) llaman "... fenómeno de 'barras', en donde el adolescente se siente aparentemente tan seguro, adoptando roles cambiantes y participando de la actuación, responsabilidad y culpas grupales. Estas experiencias son trasladadas a su propio proceso de pensamiento, en el cual los afectos y los objetos depositarios de los mismos son también fragmentados y tratados con prescindencia de una responsabilidad personal."

Con esto es posible mencionar que el desarrollo del pensamiento del individuo se fundamenta inicialmente en la transición de niño a adulto, la cual es paulatina, debido a que el niño debe de asimilar poco a poco la pérdida del rol infantil que ejercía y que se basaba en la dependencia parental.

Esta asimilación implica a su vez el inicio del tercer duelo denominado "duelo por los padres de la infancia", que involucra una nueva visión de los padres, así como nuevas expectativas, reglas y dificultades.

Es dentro de este duelo, donde el adolescente idealiza una relación paternal comprensiva y de confianza con los padres en el logro de la tan buscada independencia. Sin embargo, el resultado de esta distorsión en la percepción paternal suele ser que el adolescente no encuentre el apoyo y la comprensión que necesita en sus padres, por lo que se ve forzado a sustituirlos ya sea por amigos íntimos, maestros, ídolos deportivos, artistas, etc.

Es importante la elaboración completa de los tres duelos, debido a que la falta de

resolución de alguno de ellos podría producir fijaciones anormales en el proceso de desarrollo humano, dentro del cual es de vital importancia asimilar el cuerpo y rol nuevo que poco a poco se van adquiriendo, así como la apropiación de una independencia e identidad propia.

La adolescencia es entonces una etapa llena de mutaciones, ya que todo el organismo experimenta esencialmente, una serie de metamorfosis biológicas y psicológicas, ya sea una antes que otra, y que se presentan de manera independiente en cada individuo, convirtiéndose en motivo de alarma y angustia en algunos casos, principalmente porque se ignora que esta etapa es pasajera.

1.2. Adolescencia somática y adolescencia psíquica.

Adolescencia somática.

La adolescencia es la etapa que va alrededor de los 11 a los 20 años de edad. Se presenta acompañada de diversas transformaciones biológicas de gran impacto, que marcan el inicio de la madurez sexual, es decir, la capacidad biológica para la concepción. Los cambios normales del crecimiento tienen tres grandes características:

En primer lugar, se realizan en forma secuencial, es decir, aparecen unas características antes de que aparezcan otras, por ejemplo, en algunos casos el crecimiento de los senos ocurre antes de la aparición de la menstruación o viceversa, en otros casos el vello pubiano antes que el axilar, mientras que en otros casos los

miembros inferiores crecen primero que el tronco, etc. Aparecen las diversas transformaciones de manera diferente en cada individuo.

En segundo lugar el tiempo de comienzo, la magnitud y la velocidad de cada evento es considerablemente variable entre las edades e independiente de cada individuo, por lo que algunos maduran antes que otros.

En tercer lugar, cada etapa del crecimiento sigue la ley de la variabilidad individual del desarrollo, es decir, cada individuo tiene una propia forma de comportarse y ésta la conserva a través de su vida, determinada, claro está, por las influencias de diversos factores como son: la raza, la constitución genética o familiar, la nutrición y el ambiente socio-cultural.

Existen dos tipos de caracteres sexuales, los primarios y los secundarios. Los caracteres sexuales primarios son aquellos que identifican el sexo desde el nacimiento, es decir, los órganos genitales. Los caracteres sexuales secundarios son aquellos que dan las características de cada género, permitiendo identificarlo sin tener que examinar los órganos genitales.

La transformación entonces de los caracteres sexuales secundarios que van a distinguir a un hombre de una mujer es el resultado progresivo de lo que describe Raúl Calixto (2001:27) como "... la acción de las hormonas del lóbulo anterior de la hipófisis, las suprarrenales y la tiroides, que estimulan el funcionamiento de las gónadas cuyas hormonas, a su vez, influyen en el desarrollo de los caracteres sexuales." En otras

palabras, la glándula llamada hipófisis produce y libera sustancias denominadas hormonas, que circulan a través de la sangre para llegar a distintas partes del cuerpo. Estas hormonas actúan sobre los testículos de los varones o los ovarios de las mujeres, para estimular la producción de las hormonas sexuales.

En los hombres, la influencia de las hormonas sexuales provocan cambios en el cuerpo y en los genitales, así como en la producción de espermatozoides en los testículos. En las mujeres por su parte, las hormonas sexuales producen estrógenos y progesterona provocando cambios en el cuerpo como crecimiento del busto y ensanchamiento de caderas por ejemplo, así como liberación de los óvulos y el ciclo menstrual.

Los principales cambios físicos que se presentan en hombres durante la etapa adolescente son:

- Aumento de estatura.
- Ensanchamiento de espalda y hombros.
- Disminución de grasa en el cuerpo.
- Erupción de barros y espinillas debido al desarrollo de las glándulas sebáceas.
- Desarrollo de mayor sudoración por la maduración de las glándulas sudoríparas.
- Cambio de voz a timbre grave.
- Presencia de vello en axilas, cara (bigote y barba), pecho, piernas, brazos

y pubis.

- La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura.
- Crecimiento de testículos, próstata y pene.
- Primera eyaculación.

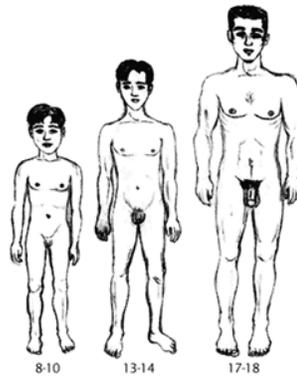


Figura 1.1. Diagrama de la pubertad masculina en humanos. Disponible en:

<http://www.enhancement-university.com/puberty/index.html>

En cuanto a los principales cambios físicos que se presentan en mujeres durante la etapa adolescente encontramos:

- Aumento de estatura.
- Ensanchamiento de caderas.
- Acumulación de grasa entre caderas y muslos.
- Erupción de barros y espinillas debido al desarrollo de las glándulas sebáceas.
- Desarrollo de mayor sudoración por la maduración de las glándulas

sudoríparas.

- Cambio de voz a timbre agudo.
- Desarrollo de glándulas mamarias.
- Presencia de vello en axilas y pubis.
- La piel de los pezones y genitales se vuelve más oscura.
- Crecimiento de labios mayores y menores, clítoris, vagina y útero.
- Aparición de la menarquia y ciclos menstruales.

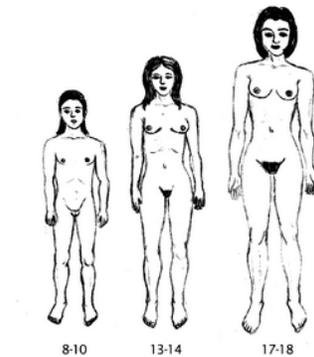


Figura 1.2. Diagrama de la pubertad femenina en humanos. Disponible en:

<http://www.geocities.com/elhennawy2001/puberty.htm>

Con el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, se comienza a manifestar el llamado instinto sexual, el cual es complejo y muchas veces reprimido por la sociedad actual, debido a que por cuestiones con fundamentos dogmáticos, no se le reconoce como una muestra natural de nuestro desarrollo. Por lo que surge la falta de conocimientos adecuados acerca de sexualidad hacia los adolescentes, acarreado como consecuencia adolescentes embarazadas y enfermedades venéreas. Durante la

adolescencia, la identidad sexual no está aún definida, es decir, la orientación sexual del adolescente puede dirigirse hacia personas del mismo sexo denominadas homosexuales, o bien personas de distinto sexo comúnmente conocidas como heterosexuales.

La adolescencia puede variar mucho en edad y en duración en cada individuo ya que no solo está relacionada con la maduración biológica del individuo, sino que depende de factores psico-sociales más amplios y complejos.

Adolescencia psíquica.

Es común pensar en una noción de adolescencia relacionada con la edad, enmarcándola en lo concerniente a lo biológico y al estado y capacidades del cuerpo.

Sin embargo, durante la adolescencia no sólo se experimentan cambios biológicos, sino también cambios psicológicos y sociales. Todos estos cambios y la forma en como se vivan determinan la imagen que se va construyendo de uno mismo/a.

Es durante esta etapa de desarrollo en donde se marca el final de la niñez y el comienzo de la adultez. Para algunos adolescentes es un periodo de incertidumbre, pero para otros es una etapa de amistades internas, de más independencia, de sueños y planes que van a realizar en el futuro. También es una etapa de descubrimiento. El adolescente intenta descubrir su identidad y definir su personalidad. Además de ser una etapa de inmadurez en busca de la madurez. Como lo enuncia Mario Margulis (2000:19) “Ser joven, por tanto, no depende sólo de la edad como característica biológica como

condición del cuerpo.” La adolescencia es la etapa más compleja del desarrollo humano. Esto es en gran medida por la falta de seguridad que existe durante este periodo, ya que los adolescentes creen que todo el mundo los observan y los critica, aunado al sentimiento de una especie de traición por parte de su cuerpo, el cual está asumiendo continuos cambios o transformaciones.

El adolescente se ve inmerso en una constante búsqueda de identidad, de un yo único y verdadero que se enfrenta al continuo cuestionamiento de ¿Quién soy?, ¿Qué quiero hacer de mi vida?, etc., lo que propicia en el adolescente una serie de confusiones y contradicciones consigo mismo, y que en muchos casos pueden producir crisis de identidad.

Las llamadas crisis de identidad pueden surgir de la impotencia por parte del adolescente al no poder renunciar a ciertos aspectos de su niñez, dificultando con esto la aceptación de nuevos roles y responsabilidades que más adelante posibilitarán la madurez necesaria para llegar a la edad adulta.

Asociado a estas crisis, el adolescente también enfrenta una marcada inestabilidad emocional que se ve representada por los diversos comportamientos emocionales impulsivos, que tienen que ver directamente con las alteraciones hormonales que emergen de su cuerpo, siendo estas explosiones afectivas, las principales causantes de angustias y ansiedades que aquejan y retrasan la conformación de una personalidad en la mayoría de los adolescentes.

Si bien el proceso de formación de una personalidad y de una identidad se

desarrolla gradualmente durante toda la vida, es en la adolescencia cuando se comienzan a entrelazar las experiencias personales y sociales que constituyen la fundamentación de la identidad personal. El contar con una identidad personal, es una característica necesaria que se intenta lograr durante esta etapa, ya que es uno de los cimientos principales para la autodefinición en la vida adulta.

Construir una identidad durante el periodo adolescente, es sin duda una labor complicada y ardua, ya que los cambios físicos, psicológicos y la presión social que recae sobre el adolescente, dificultan en gran medida la adquisición de una autenticidad del individuo.

Asimismo, la construcción de una identidad, va ligada intrínsecamente al entorno social en el que se encuentre el individuo, puesto que el adolescente se percibe a sí mismo de acuerdo con la percepción social que lo rodea, comparándose constantemente con los componentes sociales de su entorno, que a su vez ejercen juicios que en ocasiones pueden minimizar las cualidades reales del adolescente. Estos juicios pueden permanecer implícitos de manera inconsciente, dando lugar en el adolescente a una identidad desacertada que en muchas ocasiones puede ser dolorosa.

La identidad del individuo por tanto es el resultado de la asimilación y aceptación de todas las pasadas identificaciones que con otras personas vivió el adolescente, en especial en su etapa infantil. Pero no se reduce sólo a eso, sino que dichas identificaciones no sólo quedan integradas, sino también trascendidas hacia un nuevo o tal vez mejorado su proyecto de vida. Exalta la concepción de sí mismo como

el elemento principal de la integración de la identidad personal.

La formación de un concepto de sí mismo se logra basándose en la vinculación de juicios de valor que el individuo tenga sobre sí, en los que se incluye la imagen corporal, el sentimiento de igualdad que se tenga tanto en lo psicológico como en lo físico, y la aceptación y confianza que se establezca en el entorno social. Como lo describe de manera poética Solum Donas (2001: 272) “Devenir en un nuevo lugar requiere atravesar límites de propia finitud, convocarse a sí mismo en los polos dramáticos de la inmortalidad o de la melancolía.”

Es durante este proceso de búsqueda de sí mismo, en donde la mayoría de los adolescentes cambian la figura de los padres como modelos formativos a seguir. Sin embargo, y de forma contradictoria, se sigue buscando la idealización de las figuras paternas como guía en la marcada influencia que actualmente han adquirido los medios y toda la publicidad en su conjunto.

1.3. Socio – cultura y adolescencia.

El hombre es un ser social, determinado por la sociedad y el momento histórico que lo rodea durante su desarrollo. La adolescencia es una etapa más del desarrollo del individuo, la cual se caracteriza por tener una serie de transformaciones repentinas que se producen tanto a nivel físico como emocional y que en algunos casos resultan difíciles de asimilar por la rapidez con la que estos cambios se producen. En combinación con este periodo de adaptación, el individuo debe construir un

autoconcepto e identidad nuevos, los cuales incluyen el como se ve a sí mismo y como él percibe y vive la sociedad en la cual de encuentra.

La etapa adolescente se ha estado presentando de forma multifacética, ya que está igualmente determinada por los cambios psicológicos producidos por las transformaciones que se llevan a cabo en esta etapa de desarrollo, asociado al entorno social en el cual el individuo se desarrolla durante este periodo. La sociedad es, por lo tanto, un elemento indispensable a estudiar en la comprensión del desarrollo adolescente.

Sin embargo, el estudio de lo que llamamos sociedad, resulta un tanto complicado, ya que es un concepto considerado tan común que podría generar algunas controversias el intentar realizar una definición irrefutable de todos los aspectos que abarca la palabra sociedad. No obstante, podemos mencionar que la sociedad se ha determinado a sí misma de acuerdo con parámetros previamente establecidos por generaciones anteriores, los cuales han fijado las bases políticas, económicas e incluso académicas que han delimitado la estructura social en la que actualmente vivimos.

La sociedad se creó para las personas y las personas de igual forma desempeñan en ella innegables actividades dirigidas casi siempre al bien común. De esta interacción nace la necesidad de satisfacer los requerimientos sociales, los cuales surgen con mayor intensidad, en la etapa adolescente. Esto se debe en gran medida a que, a diferencia del niño, el adolescente ahora pasa más tiempo fuera del núcleo familiar, ya sea en la escuela, en los centros comerciales con amigos o en entornos laborales. Asimismo,

durante este período el adolescente busca tener una mayor separación emocional de sus padres, esto en busca de su independencia y el logro de una identidad propia.

En la sociedad actual, cuando se presenta la etapa adolescente, en la mayoría de los casos estos se inician con una cadena de inseguridades y miedos, muchas veces fundados en los diversos cambios y transformaciones que los adolescentes tienen que vivir, como por ejemplo el cuerpo cambiante, el abandono de la infancia, la transformación del lugar que ocupaba en la familia e incluso en la escuela, y otros. Cada adolescente se relaciona progresiva e individualmente con la vida social; con la finalidad de lograr su independencia, ellos van desplazando poco a poco la relación que se tenía con los padres.

Del mismo modo, con la llegada de la adolescencia, los jóvenes comienzan también a tener marcadas diferencias con sus padres, las cuales se pueden ver reflejadas casi siempre en pleitos y conflictos, que lejos de apoyar al adolescente en la difícil etapa de transformación por la que están pasando, se interponen en la realización óptima de su desarrollo. Lo anterior, nos da pautas para poder decir que la etapa adolescente es vista por la sociedad actual como un período conflictivo, el cual no sólo afecta al adolescente que está viviendo sus diversas transformaciones, sino que también afecta directamente a su entorno social inmediato.

Diversos especialistas, a lo largo del tiempo, se han dedicado al estudio del desarrollo humano llamado adolescencia. Rolf E. Muuss (1974) realizó una recapitulación de las diversas teorías de la adolescencia que se han formulado a través

de los años, dentro de las cuales mencionaremos esencialmente a dos de ellas, la teoría psicoanalítica y la teoría sociológica, debido a que la primera teoría menciona que el periodo adolescente está más determinado por causas internas, mientras que la segunda teoría atribuye más el desarrollo del adolescente a causas ambientales o sociales.

La teoría psicoanalítica fue inicialmente elaborada por Sigmund Freud, sin embargo, fue Anna Freud quien concedió a la adolescencia mayor importancia en la formación del carácter. Muuss (1974:28) menciona que “Según la teoría psicoanalítica, las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales”. Es decir, la teoría psicoanalítica da mayor importancia a las pulsiones internas que se desencadenan en cada etapa del desarrollo humano. Destaca que estas pulsiones se presentan con mayor fuerza durante la etapa adolescente. Asimismo considera que las determinaciones internas son de suma importancia. En lo referido a los factores ambientales, éstos son considerados por la teoría psicoanalítica como secundarios, debido a que gracias a ellos se puede lograr la construcción del aparato psíquico.

En cuanto a las teorías sociológicas, Juan Delval (1994:552) señala que “...las teorías sociológicas ponen más énfasis en los factores medioambientales, y la adolescencia se concibe como el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad”. En otras palabras, la teoría sociológica percibe a la adolescencia como el resultado de la interacción social en la que se desarrolla el individuo. Señala que existe una dependencia mayor y determinante de las interacciones sociales sobre el individuo, principalmente durante el desarrollo de la etapa adolescente.

Margaret Mead (1928:153) indica que la adolescencia en Samoa "...no representaba un periodo de crisis o tensión sino, por el contrario, el desenvolvimiento armónico de un conjunto de intereses y actividades que maduraban lentamente". Con esto se quiere decir básicamente, que la conformación de la personalidad recae de manera directa en el tipo de sociedad en la cual se desarrolla el individuo. Si bien en algún momento suelen surgir crisis durante la adolescencia son a consecuencia del enfrentamiento al mundo social por parte de los adolescentes. Mead considera que los factores externos que rodean al adolescente van a determinar las conductas o la forma en que éste va a vivir el desarrollo de la etapa de la adolescencia y que el contexto social en el que él se desenvuelva va a ser un factor importante para vivir una "tormentosa" o "tranquila" etapa de desarrollo. La adolescencia bajo esta perspectiva, radica en que además de ser una etapa de cambios físicos, es determinada por el contexto social en el cual se desarrolle el ser humano, el cual va a determinar la forma en que se va a vivir esta etapa.

Es indudable que tanto la herencia biológica como los factores socioculturales son determinantes en el desarrollo de la personalidad, ya que la herencia biológica tomada como factor evolutivo, constituye los patrones en las diferencias existentes entre la sociedad actual y las anteriores. Muuss (1974:80) señala que "La constitución biológica humana no determina moldes particulares de conducta; las células germinativas no transmiten cultura". Por tal razón sería imposible tratar de separar lo biológico y lo social del desarrollo humano. La adolescencia es entonces, el producto de las interacciones entre la sociedad y el individuo mismo.

En la actualidad, el adolescente convive con una serie de factores culturales comprendidos en gran parte por los MCM. En ellos se incluyen a la publicidad comercial, el mercado de bienes de consumo masivo y a las industrias tecnológicas que en muchas ocasiones prometen la adquisición de la tan solicitada felicidad con el fin de generar conductas consumistas que constantemente encontramos en nuestra sociedad actual.

La difusión que hacen los MCM a través de una serie de imágenes, tiene como fin principal comunicar, acaparar la atención y vender productos. Sin embargo, estas imágenes en muchas ocasiones terminan siendo el modelo a seguir de algunos adolescentes, quienes encuentran en los anuncios y en los productos nuevas formas de expresión que los ayudan a desprenderse de la personalidad infantil, para darle paso a una nueva personalidad.

El pensamiento adolescente se encuentra fácilmente influenciado y afectado por la búsqueda de una realidad utópica relacionada al éxito personal y profesional; esta idea de éxito que en muchos casos es aprovechado por los medios al presentar imágenes sobre la “belleza”.

Para Margulis (2000:117) “El discurso juvenil actual se constituye..., en el conjunto: música, imagen..., se expresa en forma multimediática. También es evidente que la publicidad no es sólo de objetos..., sino también promoción de nuevas placas discográficas, a través de los videoclips.” Es posible que los medios estén generando la fabricación excesiva de novedades que a su vez generan la creación de estereotipos que

transforman de manera continua a la sociedad.

Bajo este contexto, podemos identificar a un adolescente inmerso en una sociedad un tanto confusa que se caracteriza por estar en una constante transformación y que nos lleva a percibir a los adolescentes como difíciles o rebeldes. Aberastury y Knobel (2005:158) mencionan que “la adolescencia difícil: es la de una sociedad difícil, incomprensiva, hostil e inexorable...” En la sociedad actual la etapa de la adolescencia ha sido estigmatizada por trastornos de personalidad y crisis emocionales, sociales y familiares, las que a su vez conducen a un conflicto en la interacción entre el adolescente y su entorno social.

Es necesario proveer un ambiente social favorable para que el adolescente pueda tener un proceso de aprendizaje de sentimientos, valores, ideales y actitudes que enriquezcan y faciliten la construcción de su propia identidad.

La adolescencia es entendida entonces como la etapa del desarrollo humano en la cual se presentan la mayor cantidad de cambios tanto físicos y emocionales como sociales. La paulatina comprensión y aceptación de estos cambios hacen que este proceso de desarrollo de la personalidad durante la adolescencia se vea como una crisis que conlleva diversos problemas como, por ejemplo, los trastornos alimenticios de anorexia nerviosa y bulimia.

Fize (2007:30) menciona que “...la ‘crisis’ del adolescente sirve para legitimar el control social que se ejerce sobre él..., la ‘crisis de adolescencia’ no es sino una crisis

de relación, puesto que el adulto se niega a tomar en cuenta..., al adolescente, en su singularidad y su riqueza...” La adolescencia desde este punto de vista no es sólo implica los cambios físicos y desequilibrios emocionales, también es el resultado de todo aquello que aprenden en la casa, la escuela, la familia, los amigos y todo aquello que día a día la sociedad le proporciona.

El contexto sociocultural juega un papel de suma importancia tanto en el desarrollo del adolescente como en el desarrollo de sus diversas problemáticas, como las mencionadas en este apartado. A continuación se analizará el papel que juega el culto al cuerpo y la distorsión de la imagen corporal en relación con los medios. Asimismo se presentará el desarrollo de la anorexia nerviosa y la bulimia en la adolescencia. Igualmente, se intentará esbozar algunas de sus posibles causas.

CAPITULO II

DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES.

A lo largo de cada etapa del desarrollo humano se viven una serie períodos que incluyen ciertos momentos de incertidumbre y de confusión que conducen a luchas internas, así como luchas con el entorno social en el que se desenvuelve el individuo.

La etapa adolescente es una de las más vulnerables en el desarrollo humano, ya que las influencias que se llegan a recibir del entorno social pueden facilitar o incitar estos momentos de confusión y desencadenar las nuevas problemáticas que se desarrollan en la sociedad, como lo son las nuevas ‘modas juveniles’, las cuales tienen su base principal en la apariencia física, en especial, en la importancia que se le da al cuerpo.

El llamado ‘culto al cuerpo’ representa la valorización máxima de la apariencia sobre las emociones (Alegret, 2005), sin considerar que, para que el individuo pueda desenvolverse de manera favorable dentro de la sociedad debe contar con una equitativa relación entre lo exterior y el interior; es decir, un equilibrio entre la apariencia física y sus emociones.

Esta veneración que en la actualidad se da al cuerpo, está fundada en el mito que se ha popularizado en la sociedad sobre la eterna juventud, convirtiendo al cuerpo en el nuevo lenguaje de la sociedad en donde se idolatra al “cuerpo perfecto”. Esto ha creado

un constante juego de apariencias en un contexto en el que los MCM exaltan el aspecto exterior como una vía al éxito y a la felicidad, instaurando prototipos de belleza en donde se considera la esbeltez como requisito indispensable de hermosura.

Es dentro de esta exaltación por el cuerpo, en donde aparecen los trastornos en la alimentación como son la anorexia nerviosa y la bulimia.

2.1. Culto al cuerpo, distorsión de la imagen corporal y los medios.

El concepto de imagen corporal se fundamenta en la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo. Se puede decir que de manera individual la imagen corporal se compone de dos partes: perceptual y cognitiva.

La parte perceptual de la imagen corporal se refiere a la claridad con que se distingue el cuerpo, ya sea en su totalidad o de diferentes partes corporales. Al ocurrir algún tipo de alteración en la percepción que se tiene del propio cuerpo, se puede dar lugar al menosprecio personal y esto se muestra cuando se llega a percibir al cuerpo ya sea en su totalidad o parcialmente con dimensiones superiores o inferiores a las reales.

La parte cognitiva de la imagen corporal se manifiesta en las actitudes, sentimientos y valoraciones que se tiene del propio cuerpo, en especial el peso, las partes del cuerpo o cualquier otro aspecto que sea parte de la apariencia física.

La imagen corporal hace referencia a la percepción que tenemos de todo el

cuerpo en general, por lo cual, el tener una buena o mala percepción de la imagen corporal influye en nuestros pensamientos y sentimientos, además de influir también en la forma en como nos vean los demás. La imagen corporal es un elemento primordial en la construcción de la personalidad, ya que constituye una parte fundamental de la autoestima y el autoconcepto.

Desde el nacimiento, existen diversas influencias sociales que van ayudando a conformar la personalidad del individuo, como son: la autoestima y la autoconcepción del cuerpo; por tanto, la imagen corporal no es una construcción fija o estática, más bien es una construcción gradual que va variando a lo largo de la vida del individuo, en función de las experiencias y de las influencias sociales que se puedan llegar a tener.

La imagen corporal es importante en todas las edades, sin embargo, durante la etapa adolescente adquiere una mayor relevancia, debido posiblemente a que en la actualidad el adolescente se desarrolla en una sociedad en la que se le da demasiada importancia a los atributos físicos tanto en mujeres como en hombres.

La noción de imagen corporal que cada individuo va adoptando se basa en una serie de ideales de belleza establecidos por la sociedad actual. Esto ha marcado patrones físicos, por ejemplo, un cuerpo esbelto en mujeres y un cuerpo musculoso en hombres. Estos ideales de belleza ejercen presión sobre todos los miembros de la población, pero en especial en los adolescentes, lo que probablemente se deba a la serie de transformaciones físicas y desequilibrios emocionales por los que ellos pasan, en la mayoría de los casos, durante esta etapa del desarrollo humano.

Para Joana Alegret (2005:120) “La imagen corporal [derivada de la moda y de los modelos publicitarios]... forma parte, casi inevitable, de la vida cotidiana, ya que está implícita en la cultura y la forma de vivir de nuestra sociedad, abierta a los medios de comunicación... – televisión, publicidad, etc. –...” La imagen corporal, por lo tanto, está a su vez socialmente determinada a partir del entorno sociocultural en el cual se desenvuelva el individuo. Suele suceder que los individuos que poseen las características de los ideales de belleza que se presentan en los MCM, algunos de ellos se autovaloren positivamente, mientras los que se apartan de estos ideales de belleza suelen tener una baja autovaloración, y propiciando al mismo tiempo un fuerte sentimiento de inseguridad.

Este sentimiento de inseguridad y de insatisfacción de la propia imagen que algunos adolescentes poseen, nace casi siempre de las continuas exigencias y representaciones sociales que los MCM promueven como símbolo de éxito, de belleza y de felicidad, siendo la misma sociedad la que a través de los medios promueve de manera insistente una cierta idealización del cuerpo; se fomenta la creencia de considerar más importante la apariencia física como un elemento fundamental en el desarrollo social del individuo.

Diana Guelar y Rosina Crispo (2001:49) describen la influencia que tienen los MCM al mencionar “...el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. Los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa – casi únicamente – a través de la imagen corporal”. Este enaltecimiento del ideal de cuerpo que ha sido promovido por los MCM y el bombardeo de la publicidad

en la sociedad, ha repercutido en mayor medida en los adolescentes, ya que éstos están tratando de responder al prototipo de hombre y mujer ‘perfectos’ propuesto. La constante aprobación o desaprobación del propio cuerpo ha traído, por lo tanto, graves trastornos alimenticios.

Estos prototipos de hombres y mujeres ‘perfectos’, motivados con mayor insistencia en los MCM, ha ofrecido la imagen de modelos de belleza con características casi irreales, y han sido idealizados e imitados principalmente por la población joven, en especial por los adolescentes. Para ellos, en la mayoría de los casos, estos ideales se vuelven imprescindible y muchas veces hasta incuestionables.

La influencia sobre la forma de vestir, los ideales de belleza, el modo de hablar, y otros, recaen en la constante reinvencción que se exhibe en la publicidad. Cabe señalar que la moda que se presenta a partir de lo que se muestra en los medios, es adoptada por los adolescentes con el fin de comprar el ideal de vida prometido en las campañas publicitarias.

Mario Margulis (2000:134) señala que “La moda no se limita a la vestimenta, consiste en una lógica temporal que regula los cambios y los reemplazos en las preferencias de los sujetos sociales. Es un fenómeno complejo que se manifiesta en muy diversas expresiones de la vida social...” El rol de los MCM está destinado a promover formas y características imaginarias, promueven la esperanza de poder comprar y lograr una apariencia y una vida diferente a la que se tiene, y que muchas veces puede representar comprar o adquirir una vida o imagen superior a la que se tiene.

Este fomento de modelos e imágenes ideales, influyen de manera más directa en los adolescentes, aumentando un sentimiento de insatisfacción corporal y, por tanto, emocional; ya que el cuerpo se convierte en una herramienta destinada al logro de esas metas propuestas. Javier Álvarez (2004:44) menciona que “el cuerpo es visto como un capital, como un valor muy apreciado en nuestra sociedad y que los jóvenes han asumido esa creencia, considerando que un buen cuerpo ‘atrae’ más, ‘vende’ más, ‘se hace notar’ más que un ‘mal’ cuerpo.” Al sobreestimar de manera constante la apariencia física, se entra en una continua aprobación y desaprobación del cuerpo, lo que puede producir una distorsión de la imagen corporal que se tiene, pudiendo llegar a alterar en gran medida la estabilidad ya frágil del adolescente.

Graciela Strada (2002:112) menciona que la adolescencia “Asoma un nuevo cuerpo con una nueva imagen, se ponen en juego requerimientos, tensiones de la sexualidad hasta entonces desconocidas...” Por lo cual, la adolescencia suele ser el momento más vulnerable del desarrollo humano que puede abrir la puerta para el inicio de síntomas anoréxicos y bulímicos, haciendo de esta etapa un período de mayor predisposición a la presencia de psicopatologías alimentarias como son, la anorexia nerviosa y la bulimia.

2.2. Desarrollo de anorexia nerviosa y bulimia en la adolescencia.

El sentimiento de insatisfacción personal y la incapacidad para reconocer el propio cuerpo son características principales de una alteración en la imagen corporal. Estos suelen presentarse con mayor frecuencia durante la etapa adolescente, lo que

posiblemente predispone el desarrollo de una psicopatología alimentaria como son: la anorexia nerviosa y la bulimia. Sin embargo, existen muchos factores diferentes e independientes en cada individuo que pueden considerarse como posibles causas de estos dos trastornos de alimentación.

Una psicopatología alimenticia o trastorno de la alimentación se caracteriza por ser una enfermedad causada por la ansiedad y por la preocupación excesiva del peso corporal, así como el aspecto físico y está, por tanto, relacionada con la alteración de los hábitos alimenticios.

En la sociedad actual, existe una preocupación que podría considerarse extrema por la figura, la comida y las dietas, debido a que se ha desarrollado la creencia de considerar al cuerpo delgado como sinónimo de belleza, éxito y felicidad.

Tanto la televisión, la radio y los periódicos, así como las revistas y otros medios publicitarios, continuamente incitan a la idealización del cuerpo a través de imágenes y fotografías de mujeres y hombres delgados y jóvenes que sólo subrayan la importancia que tiene la apariencia física. Esta presión social puede dar lugar a que algunos adolescentes hagan dietas excesivas y lleguen a desarrollar anorexia nerviosa o bulimia.

Sin embargo, no es posible mencionar a los MCM como un único factor que predisponga la aparición de estos trastornos en la alimentación, también existe una combinación de causas tanto individuales y familiares, así como socioculturales, las cuales desempeñan un papel importante en el desarrollo de cualquier trastorno en la

alimentación. Marilyn Duker y Roger Slade (1995) y Sherman C. Feinstein y Arthur D. Sorosky (1988) señalan la coincidencia de un factor común en el desarrollo de los trastornos en la alimentación que estaría relacionado con algún acontecimiento estresante que pueda llegar a sufrir, en este caso, el adolescente. Este factor puede proceder de burlas hacia su aspecto físico por parte de compañeros de escuela o críticas por parte de la familia hacia el adolescente. Esto puede llegar a desencadenar una fuerte depresión y sentimiento de soledad en ellos, además de promover la pérdida de la autoestima y sensación de ausencia del control de su propio mundo.

Esta sensación de deterioro tanto de la confianza en sí mismo como del control de su propio mundo, puede llevar al adolescente a incrementar la inquietud por su físico, provocando que poco a poco esta preocupación por adquirir el físico “perfecto” se vaya convirtiendo en la creencia de que controlando su cuerpo, es decir, la pérdida de peso, podrá ser capaz de controlar tanto las burlas como las críticas de las que es objeto, ya que el peso es una parte importante dentro de la vida de los adolescentes y es uno de los aspectos en los que pueden llegar a sentir que tienen realmente el control.

En algunos adolescentes, la anorexia y la bulimia pueden ser desencadenadas por algún acontecimiento desagradable, como puede ser la ruptura de una relación sentimental. También se puede dar cuando se presenta el rompimiento matrimonial de los padres o por abandonar el domicilio familiar, lo que podría producir un gran impacto emocional en el adolescente, generando en él un sentimiento de soledad que desemboca en la distorsión de sus hábitos alimenticios. Cuando el adolescente no se siente seguro en sí mismo, esto también puede dar origen a dichos trastornos alimenticios. Cuando el

adolescente no se siente seguro en sí mismo, esto también puede dar origen dichos trastornos alimenticios.

Actualmente, en el Manual de Diagnósticos y Estadísticos de los Trastornos Mentales DSM¹ elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría² (2003:653 – 666), se clasifican a los trastornos sobre la conducta alimentaria en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos de la conducta alimentaria no especificados. Estos se presentan a continuación:

A) Anorexia nerviosa: Enfermedad psiquiátrica que se manifiesta en el trastorno del comportamiento alimentario. Se considera como una alteración por defecto de hábitos y/o comportamientos involucrados en la alimentación. Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal. Se presenta un miedo intenso a convertirse en obeso, aunado a una alteración en la percepción del peso o la silueta. En las mujeres adolescentes se llega a mostrar la presencia de amenorrea, considerada como tal ésta cuando se suspenden al menos tres ciclos menstruales consecutivos. La enfermedad se ha clasificado en dos subtipos que son:

❖ **Tipo restrictivo:** En donde la pérdida de peso se alcanza gracias a la realización extrema de ayunos y ejercicio. No se cae en atracones y no se recurre a laxantes para “purificarse”, sin embargo, se puede hacer uso de diuréticos o píldoras de dieta.

¹ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, conocido en su versión más actualizada como DSM – IV – TR, y es considerado como el texto básico para el diagnóstico y categorización de trastornos mentales).

² *American Psychiatric Association o APA* (en ocasiones se puede confundir con *American Psychological Association*). La APA es la principal organización de profesionales de la psiquiatría en E.U. y la más influyente a nivel mundial con aproximadamente 148.000 miembros, la mayoría estadounidenses.

- ❖ **Tipo compulsivo / purgativo:** Se denomina como tal cuando el ayuno y ejercicio extremo son acompañados de atracones, utilización de laxantes y vómitos provocados.

La anorexia nerviosa es considerada una enfermedad, con inicios psiquiátricos, debido a que es un trastorno en el comportamiento de los hábitos alimenticios que se da con mayor frecuencia durante la etapa adolescente. En el DSM (2003:654) se menciona que “La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla”. El individuo que padece de anorexia reprime la sensación de hambre, perdiendo así el apetito y negándose a comer.

Los signos visibles de la anorexia nerviosa son:

- Amenorrea, se considera el cese de tres periodos menstruales consecutivos.
- Disminución de la cantidad de comida ingerida.
- Dismorfofobia o Distorsión de la imagen corporal propia.
- Miedo intenso a engordar.
- En ocasiones atracones y uso de laxantes o diuréticos.
- Esconder el cuerpo debajo de ropa holgada.
- Exceso de ejercicio.
- Temor a verse obligado a comer en sociedad; es decir, fiestas, reuniones familiares y otros.
- Pérdida excesiva de peso.

La anorexia casi siempre comienza con una dieta estricta, como consecuencia de la preocupación excesiva de la apariencia física. Se tiende a ingerir una mínima cantidad de calorías al día, las cuales pueden provenir de alimentos como frutas, vegetales y ensaladas, complementando esta ingesta alimenticia con un exceso de ejercicio físico e incluso tomando pastillas adelgazantes con el fin de mantener su bajo peso.

Los signos fisiológicos de la anorexia nerviosa son:

- Aislamiento social.
- Anemia.
- Anormalidades hormonales, como menarquia en mujeres: ausencia del periodo menstrual.
- Cardiopatías. Estas son la causa médica de muerte más común en pacientes anoréxicos.
- Debilidad y mareo.
- Desajuste de electrolitos por deshidratación e inanición.
- Palidez y caída del cabello.
- Pérdida progresiva de peso. Con frecuencia sucede en un período breve.
- Problemas neurológicos como: daño nervioso y pensamiento perturbado.
- Osteopenia o pérdida de minerales óseos y osteoporosis, lo que causa huesos porosos. Consecuencia irreversible.
- Sensación de frío.

Aunque técnicamente la palabra "anorexia" quiere decir "pérdida del apetito", los individuos que padecen de anorexia nerviosa ciertamente tienen un apetito normal, a pesar de que controlen de forma drástica lo que comen.

B) Bulimia nerviosa: Padecimiento psiquiátrico, considerado como un trastorno del comportamiento alimentario asociado a una alteración en las conductas relacionadas con la alimentación. Se caracteriza por una preocupación compulsiva por el peso corporal y el aspecto físico, aunado a una alteración en la percepción del peso o la silueta, cayendo en recurrentes episodios de ingestas excesivas de alimentos llamados atracones, causados casi siempre por ansiedad y que van seguidos de conductas purgativas compensatorias como son el uso de laxantes, diuréticos o enemas también conocidas como lavativas, y la provocación del vómito para pseudoaliviar la angustia y la culpa que trajo consigo el atracón. Asimismo, se ha clasificado esta enfermedad en dos subtipos que se determinan de acuerdo a la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga que son:

- ❖ **Tipo purgativo:** Cuando se ha excedido el uso de purgas como autoprovocación de vómitos, laxantes, diuréticos o enemas para compensar el atracón.
- ❖ **Tipo no purgativo:** Cuando se emplean diversas dietas o ejercicio físico intenso para compensar el atracón.

De acuerdo con el DSM (2003:660) se define un 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 comerían... Un <<período corto de tiempo>> significa aquí un período limitado, generalmente inferior a 2 horas”. Los atracones de las personas bulímicas suele diferenciarse con los atracones de las personas con problemas de obesidad o de personas con problemas de diabetes, debido a que en las personas enfermas de bulimia nerviosa, existe la sensación de descontrol o sensación de no poder parar de comer y de culpa tras haber tenido dicho episodio de atracón.

A diferencia de las personas que padecen anorexia nerviosa, los bulímicos generalmente se las arreglan para mantener su peso dentro de los límites normales. Esto se debe a que a pesar de los intentos que hacen por perder peso, desisten con mayor facilidad ante los alimentos en forma de atracones, los cuales son casi inmediatamente expulsados del cuerpo, ya sea provocándose el vómito o tomando laxantes para eliminarlos, pero principalmente para aliviar la culpa por haber desistido de su meta, la cual es bajar de peso a cualquier precio.

Para el DSM (2003:660) “... la bulimia nerviosa consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso... los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses”. Para ser bulimia, estos atracones implican la ingesta de una gran cantidad de alimentos como bombones, papas, pasteles y demás comida chatarra en un período relativamente corto de tiempo, seguido de un sentimiento de culpa y depresión por lo que ingirió, lo que llega a convertirse en un círculo vicioso del que resulta muy difícil salir debido a que su patrón caótico de alimentación al igual que el de las personas que padecen de anorexia nerviosa, dominan

sus vidas.

Estos atracones y vómitos que les siguen, hacen que la persona bulímica suba o baje de peso en un periodo muy corto de tiempo, lo que hace difícil y en ocasiones complicada su identificación y tratamiento a tiempo.

Los signos visibles de la bulimia nerviosa son:

- Abuso excesivo de laxantes o diuréticos.
- Atracones constantes.
- Dismorfofobia o Distorsión de la imagen corporal propia.
- Miedo intenso a engordar.
- Peso normal.
- Piezas dentales careadas, resquebrajadas, fracturadas o perdidas. Además de una pigmentación amarillenta en las piezas dentales.
- Realiza dietas rigurosas y rígidas.
- Utilización de medicamentos para adelgazar.
- Vómitos autoprovocados.

El proceder de una persona que padece bulimia, en ocasiones, se presenta en los enfermos de anorexia nerviosa. Sin embargo, los signos visibles de bulimia no producen pérdidas importantes en el peso, pero la preocupación y la culpa por lo que se come puede llegar a volverse incontrolable.

Los signos fisiológicos de la bulimia nerviosa son:

- Anormalidades hormonales, como crecimiento anormal del vello facial, pérdida de cabello e irregularidades menstruales.
- Aumento de las glándulas salivales, en especial la glándula parótida.
- Complicaciones bucales, por los vómitos constantes que ocasionan la pérdida significativa y permanente del esmalte dental, provocando en los dientes caries, resquebrajamiento, fracturas o pérdidas de las piezas dentales.
- Desajuste de electrolitos por deshidratación e inanición.
- Dificultades pulmonares, las cuales se ocasionan por microaspiraciones durante el vómito y pueden causar espasmos bronquiales y neumonitis.
- Fatiga y dolores musculares.
- Irritación crónica de la garganta, como perforación esofágica y vómito de sangre.
- Problemas gastrointestinales, como úlceras estomacales, reflujo intestinal, colon irritable, diarreas incontrolables o parálisis intestinal.
- Problemas neurológicos, como daño nervioso y pensamiento perturbado.
- Problemas urinarios como infecciones urinarias y disfunción renal.

La palabra “bulimia” quiere decir “hambre voraz” y las personas que la padecen sienten un apetito insaciable de comer, esto seguido de un fuerte sentimiento de culpa que causa la autoprovocación de vómitos o la utilización de laxantes, esto a causa de diversas ansiedades que pueden llegar a sentir con respecto a la excesiva preocupación por su imagen corporal.

C. Feinstein y D. Sorosky (1988:15) mencionan que “Tanto en los pacientes anoréxicos como en los bulímicos, la enfermedad se inicia con una búsqueda de delgadez y lleva finalmente a un miedo mórbido a la obesidad.” Aunque sería más viable hablar de estos trastornos en la alimentación como dos condiciones diferentes y separadas. Lo cierto es que con mucha frecuencia, los síntomas de ambas enfermedades se unen, de hecho suelen presentarse síntomas bulímicos que fueron desarrollando tras un período de meses o años de síntomas anoréxicos.

C) Trastorno de la conducta no especificado: Cuando el individuo presenta una alteración de la conducta alimentaria como, por ejemplo, una pérdida importante de peso, atracones o purgas, pero no cumple con los criterios para un trastorno específico.

Es común que aunado a los síntomas de la anorexia nerviosa también se desarrollen algunos síntomas de bulimia, ya que pueden provocarse el vómito o utilizar laxantes como forma de controlar su peso, situación que puede llevar al conflicto, como mencionan Duker y Slade (1995:38) “...la bulimia es la pesadilla de la anoréxica, y la anorexia es el sueño dorado de la bulimia”. En la actualidad algunas investigaciones, principalmente de carácter médico, no reconocen a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa como enfermedades separadas, sino como patologías que se correlacionan entre sí.

Por desgracia, los síntomas de ambas enfermedades son difíciles de comprobar ya que el individuo afectado por alguna de estas enfermedades además de esforzarse por bajar de peso, pone igual empeño por ocultar y negar los síntomas a las personas que le

rodean, por lo que al descubrir el problema, generalmente las psicopatologías ya están muy desarrolladas y en algunas ocasiones las consecuencias de no actuar a tiempo es la muerte.

2.3. Ana y Mia. ¿Amigas o enemigas?

En la actualidad vivimos en una sociedad donde se valoriza en mayor medida a la belleza exterior, dejando de considerar el desarrollo personal del individuo.

En este entorno, el sentido de pertenencia hacia un grupo de la sociedad ha ocasionado que se deje de lado el aspecto personal e individual de los adolescentes. El lograr ser aceptados y pertenecer y actuar conforme a los estereotipos de belleza, ha resultado ser una fuerte presión social hacia los adolescentes, ya que se les dicta lo que debe ser y lo que está prohibido ser dentro de los estereotipos establecidos socialmente.

Desde la perspectiva de Strada (2002:18) la anorexia nerviosa "...es definida como un problema de alimentación, preponderantemente femenino, incrementado por los cambios originados en el papel sociocultural de la mujer y en las exigencias de la llamada 'cultura de la delgadez'. Comparten responsabilidades,...los medios de comunicación, la publicidad, los modistos, todos aquellos que imponen una imagen en la mujer, unos modelos a los que las jóvenes deben responder." Lo que nos lleva a pensar que tanto la moda como la publicidad estimulan con mucha insistencia la idealización del cuerpo delgado como sinónimos de belleza, éxito y voluntad, sin mencionar la importancia de mantener una buena salud.

La presión social que existe entorno a la figura, la silueta, el peso y sobre todo el adelgazamiento, ha tenido un papel decisivo en la aparición y desarrollo durante la adolescencia de trastornos en la alimentación como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, los cuales son conocidas por las personas que las padecen con el sobrenombre de “Ana” para la anorexia nerviosa y “Mía” para la bulimia nerviosa.

La aparición de Ana y Mía en los adolescentes actuales ha ido en aumento debido a la insistencia en el llamado “culto al cuerpo”, el cual a través de los años se ha exagerado en programas y campañas televisivas, revistas y sobre todo en otros recursos como el Internet.

El Internet es un medio muy difundido. Es en este medio, donde tanto Ana como Mía han encontrado el conducto ideal para propagarse mediante páginas “Pro-ana” (a favor de Ana) y “Pro-mía” (a favor de Mía). Aquí se dan tips para aprender a no comer y a vomitar. Se emite tanto directa como indirectamente y de manera constante, el mensaje de “vivir para morir delgados”.

Dentro de estas páginas webs o blogs a favor de Ana y Mía, se puede encontrar una actividad denominada "thinspiration" la cual proviene del juego de palabras "thin" que significa delgada combinada con "inspiration" que significa inspiración, y que se basa en las motivaciones emocionales para animar a perseverar la enfermedad por medio de imágenes simbólicas. Estos símbolos de “thispiration” se establecen en la presentación de fotos con imágenes de mujeres delgadas, las cuales generalmente son celebridades categorizadas como emblemas de belleza. La finalidad central de este

recurso es la estimulación de seguir perdiendo peso.

De manera paralela, el “thinspiration” es llevado también al otro extremo, el cual es presentar en las páginas webs o blogs a favor de Ana y Mía, la imagen de gente con obesidad patológica o con algunos kilos de más, es decir, “thinspiration inversa”, seguida de calificativos denigrantes y declaraciones de repugnancia.

Estas páginas a favor de Ana y Mía, están dedicadas a promover la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa no como un trastorno en la conducta alimentaria, sino como una elección de estilo de vida, y aunque existan sitios webs destinados a la ayuda en contra de Ana y Mía, la popularidad de los sitios a favor es en algunos casos mayor.

Es común que las personas que visitan las páginas webs o los blogs a favor de Ana y Mía, utilicen términos como:

- **Wannabes:** Del inglés.- "Want to be" - querer ser. Se les denomina de esta forma a personas que desean ser anoréxicas, pero que no lo son.
- **Princesas:** Es muy utilizado en el lenguaje de estas comunidades y es el sobrenombre que se maneja entre las personas que quieren alcanzar la perfección en la extrema delgadez y con lo que se animan mutuamente las anoréxicas y las bulímicas.
- **Monstruolandia:** Se les llama de esta forma a las imágenes que llegan a poner de chicas con algunos o muchos kilos de más.
- **Self Injury:** Es una especie de clave que se utiliza para “aliviar” el dolor

por no conseguir sus metas y por no alejar su soledad automutilándose, lo cual es algo que pueden llegar a realizar.

La distorsión que se presenta en el pensamiento y en la imagen corporal de los y las enfermas de Ana y Mía, contribuyen en gran medida a que cada vez aparezcan mayores sitios a favor de Ana y Mía, ya que es precisamente esta distorsión del pensamiento la que hace creer al adolescente que “ser delgado lo es todo en la vida” y que llegará a su meta de bajar de peso en compañía de Ana y Mía, trastornos que en determinado momento se perciben como especie de “entes” aislados y físicos que acompañan a los enfermos en el trascurso del trastorno así como en la soledad que sienten y en el cumplimiento de la meta de perder peso.

Para ilustrar lo anterior, los siguientes comentarios³ fueron sacados de un blog a favor de Ana y Mía llamado: “*Mis amigas Ana y Mía. Por que la comida es como el arte... existe solo para mirarla...*” Goddess Princess (2007).

“Hola, volví a ceder, tuve una discusión con mi novio, vivimos juntos, y volví a caer, me siento asquerosa tuve toda la semana de ayuno completo y hoy a consecuencia de esa discusión me deprimí y estaba sola, mi única amiga en ese momento fue la comida porque Ana me abandonó???? Estoy desesperada y recurrí a Mía, pero no es igual, pensé que Ana estaría conmigo siempre, aunque todos se fueran, pero hoy no fue así, necesito ayuda, no debo comer, es horrible comer, sentirse llena es terrible no

³ Para facilitar la comprensión, se realizaron las correcciones necesarias al texto.

quiero comer pero hoy no lo pude controlar, fue más fuerte que yo, ayúdenme mis lindas princesas por favor”.

“Hola, me llamo Ysamia y tengo 17 años, mido 1,59 y peso 75kg, me odio por estar gorda, necesito ayuda y apoyo, quiero ser una princesa como ustedes, por favor ayúdenme, estoy desesperada, ya no me aguanto ni yo misma, estoy súper depre. Mi mail es princesa_ysamia@hotmail.com, ayúdenme por favor”.

“Hola Pasó algo insólito, me han descubierto pero pienso jugar con dos caras. Una, pensar que el tratamiento me ayuda, pero con la otra seguir siendo Ana. Soy un chico y logré muy buenos resultados. Ayuda!!!!!!!!!! Mi correo es: dead_agustin@hotmail.com”

Los comentarios anteriores ayudan a percibir el nivel de distorsión en el pensamiento que se puede llegar a tener cuando se sufre de algún trastorno en las conductas alimentarias.

Puede ser común que la necesidad de llegar a ser “amigas” de Ana y/o Mía sea por querer llegar a la perfección corporal, además de pensar que estos “entes” imaginarios son vistos como las únicas personas que las y los entienden y ayudan a conseguir su meta de perfeccionar su cuerpo, siendo Ana la representación de la fuerza y la voluntad y Mía el sinónimo de debilidad, pero que no obstante les ayuda a purificar sus errores, siendo tanto Ana como Mía una parte importante de sus vidas, porque conforme la perspectiva de los anoréxicos y bulímicos, Ana y Mía son la única razón

para seguir adelante en un mundo donde la soledad y la discriminación a la obesidad pesa más que cualquier otra cosa. Los jóvenes visitantes de estas páginas, encuentran en Ana y Mía una aparente brisa de satisfacción y triunfo, que inicia como un juego y del que poco a poco se va perdiendo el control hasta llegar en la mayoría de los casos a la muerte, por tratar de conquistar la idea de que “El mundo es de los flacos”.

Es esta búsqueda desenfrenada de la figura corporal como medio para alcanzar el éxito y la aceptación social, la realidad a la que actualmente se enfrentan los adolescentes de hoy en día ha generado que de manera cada vez más continua se caiga en problemas tan graves como son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Estos trastornos, de manera paulatina y en silencio, van arruinando la vida de quienes la padecen; comienzan en la adolescencia y pese a los diversos tratamientos existente, las probabilidades de cura son muy pocas y en ocasiones nulas, debido a las constantes recaídas que se presentan, ya que los tratamientos para combatir a Ana y a Mía funcionan a nivel individual, sin embargo son ineficaces a nivel social.

La presencia de Ana y Mía en la sociedad, se ha convertido en un estilo de vida para algunos adolescentes. No importa cuantos páginas pro – Ana y pro – Mía se cierren al día, siempre hay espacios en la red que seducen con la idea de ser “perfectas” o de convertirse en “princesas” que pasan desapercibidos.

Es importante mencionar que el adolescente requiere esmero en especial de sus padres y su entorno escolar que es en donde transcurre la mayor parte de su vida, en la escuela. Dentro del ámbito escolar, el orientador suele estar comprometido con los

conflictos escolares que agobian al adolescente, sin embargo, las dificultades escolares que se puedan llegar a presentar tienen siempre una raíz ya sea en lo familiar o en lo personal. De esta forma el orientador debe procurar ayudar en la solución de problemas adolescente como lo son Ana y Mía.

En el siguiente apartado, se hará mención de la labor actual que realiza un orientador educativo en el ámbito escolar, para mencionar después la labor de guía que tiene el orientador educativo en el desarrollo de los adolescentes. Asimismo se hablará de cómo ofrecer al orientador diferentes alternativas para que pueda tener las herramientas necesarias en la prevención, detección y acompañamiento en el tratamiento de los problemas adolescentes como la anorexia nerviosa y la bulimia, desde su inicio familiar o personal hasta su repercusión escolar.

CAPITULO III

EL PAPEL DEL ORIENTADOR EDUCATIVO ANTE LAS PSICOPATOLOGÍAS ALIMENTARIAS DE ANOREXIA Y BULIMIA

La orientación educativa ha sido vista como sinónimo de guiar, de conducir y de apoyar a las personas a clarificar el rumbo de su vida. Las funciones del orientador, en el ámbito escolar, en ocasiones se pueden enfocar a conflictos individuales relacionados con el aprendizaje. Para los adolescentes, el orientador educativo, puede ser de gran utilidad en la toma de decisiones vocacionales, así como también puede ayudarlos a conocerse a sí mismos.

La orientación como ayuda hacia los alumnos, conlleva el propósito de prevenir, mejorar e intentar solucionar los problemas y obstáculos a los que en la actualidad se enfrentan los adolescentes.

La labor de un orientador debe concentrarse en ayudar a los adolescentes a valorar y conocer sus propias habilidades, aptitudes, intereses y necesidades tanto educativas como personales.

3.1. ¿Qué hace un orientador educativo?

El término orientación está relacionado con la acción de ayudar. En el ámbito educativo, implica la tarea de proporcionar herramientas a los adolescentes que les permitan conocerse a sí mismos. La mayoría de las definiciones sobre lo que representa

el acto de orientar coinciden en que es un proceso de ayuda profesionalizada hacia el logro de la madurez personal y social de los adolescentes. Sin embargo, dentro de las tareas del orientador se encuentra el coordinar y mediar la relación docente – alumno, la cual en ocasiones no se distingue como importante en el proceso de enseñanza – aprendizaje de los adolescentes.

La labor de un orientador educativo es una de las piezas fundamentales de una institución, ya que éste es el encargado de proporcionar a los adolescentes las herramientas necesarias para que tomen conciencia tanto de su propia persona como del entorno social en el que se desarrollan.

La Dirección General de Desarrollo Curricular que pertenece a la Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública (2007:29) define que la tarea de la orientación educativa “... se ha encaminado a impulsar el aprovechamiento escolar, la atención psicológica y social, así como la orientación vocacional”. Por tanto, a orientación educativa es entendida en la actualidad como un proceso que guía las capacidades de los adolescentes, y que al mismo tiempo posibilita a estos su integración y desarrollo en su entorno social.

Con frecuencia se plantea la cuestión acerca de cuáles son los límites del orientador educativo en la escuela, o si sus funciones comienzan y terminan en ésta. No obstante, el orientador educativo es un profesional que está especialmente preparado para evaluar las habilidades de individuo, así como sus aspiraciones, sus preferencias y sus necesidades tanto académicas como personales.

La orientación educativa tiene como propósito rebasar los límites académicos y, al mismo tiempo, atender el desarrollo académico y particular de los adolescentes, personalizando su acción orientadora y trascendiendo la relación docente – alumno hasta situarla en el campo de la amistad abierta, discreta y confiable, ya que con esto puede intervenir no sólo en el área académico – vocacional, sino también en el área social – relacional de los adolescentes, contribuyendo con esto a educar, no solo para lograr que los jóvenes continúen con sus estudios, sino también que los adolescentes, con el apoyo del orientador, aprendan de sí mismos y del entorno social que los rodea.

Es pertinente mencionar que no en todas las instituciones escolares se cuenta con la presencia de un orientador educativo. Pese a esto, la Dirección General de Desarrollo Curricular que pertenece a la Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública (2007) ha considerado precisar las funciones que debe realizar un orientador educativo en el interior de una institución escolar, con el objetivo de que los directivos escolares que no cuentan con un orientador educativo, conformen un consejo de tutores que represente el apoyo y la guía que constituye un orientador educativo.

De acuerdo con la Dirección General de Desarrollo Curricular de la Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública (2007:30), las funciones centrales de la orientación educativa son:

- “1. Atención individual a los alumnos.
2. Trabajo con los padres de familia.
3. Vinculación con instituciones que brindan atención a los adolescentes.

4. Apoyo y orientación a los tutores.
5. Organización de redes de acción para garantizar el bienestar de los alumnos en el espacio escolar.”

La atención individual a los alumnos se lleva a cabo a nivel personal, grupal e intergrupala, y aborda cuestiones como el desarrollo físico y psicológico de los adolescentes en apoyo a su proyecto de vida y a las relaciones interpersonales que éstas tienen con el grupo al que pertenecen. En relación con esta actividad, se menciona como una función central del orientador educativo promover acciones que permitan estimular la autoestima y desarrollar el potencial de los adolescentes. Así mismo, se plantea orientar y canalizar a los alumnos a las instancias adecuadas para apoyar su desarrollo personal.

En cuanto al trabajo con los padres de familia, se promueve el mejoramiento de las relaciones entre familia y escuela. El orientador educativo promueve la cooperación de la familia en el desarrollo académico y personal del adolescente. La comunicación entre el orientador educativo y la familia es necesaria para impulsar el desarrollo intelectual de los adolescentes.

La vinculación de los orientadores con instituciones gubernamentales o independientes que brindan atención a los adolescentes, es una de las funciones más importantes que realiza el orientador educativo, ya que con esto puede ofrecer información pertinente a los adolescentes de acuerdo con sus necesidades e intereses. El orientador educativo tiene la tarea de identificar los servicios institucionales que puedan

apoyar en ámbitos como salud, prevención de adicciones, sexualidad, recreación, formación académica futura y trabajo. El establecimiento de vínculos con otras instituciones permitirá contactar la colaboración de especialistas en los temas que resulten de mayor relevancia para la vida de los adolescentes y para que orienten a padres de familia, a los docentes y a los alumnos.

En lo concerniente al apoyo y orientación a los tutores, el orientador educativo promueve la relación docente – orientador, las relaciones interpersonales entre los docentes, así como también la relación docente – alumno. Es aquí donde se identifican las causas de deserción y reprobación. En este sentido, los orientadores necesitan del apoyo de los tutores. En caso de que en la institución académica no cuente con un programa de tutorías, la relación entre el orientador educativo y los docentes es de vital importancia para apoyar o buscar los medios para que los estudiantes reciban asesoría en diferentes áreas, como en: contenidos; temas o actividades académicas; problemas personales que obstruyan su aprendizaje. En esta vinculación entre orientador educativo – tutores u orientador educativo - docentes, se trata de promover la adquisición de técnicas y estrategias de aprendizaje eficaces para apoyar al alumno en el desarrollo de su vida académica. El propósito del orientador educativo es brindar a los tutores o en su caso a docentes, herramientas apropiada a las exigencias de su profesión, para poder ayudar a los alumnos en su desempeño académico, así como tratar de detectar y atender aquellos factores que pongan en riesgo el desempeño escolar de sus estudiantes, tales como: la reprobación, la deserción y el rezago.

Dentro de la organización de redes de acción para garantizar el bienestar de los

alumnos en el espacio escolar, el orientador educativo es el encargado de promover una cultura de prevención hacia los adolescentes para identificar de manera oportuna las diversas problemáticas que podrían poner en riesgo su salud tanto física como mental, y que posiblemente pudieran alterar la convivencia en el interior de la institución escolar. Al hablar de redes de acción, el orientador educativo debe considerar la realización de campañas, conferencias con especialistas y jornadas informativas en las que se incluya también a los padres de familia, en función de las problemáticas. La realización de estas redes de acción en el ámbito escolar, constituyen una forma de confrontar realidades que la escuela puede prevenir.

Al orientador educativo le corresponde interactuar directamente con los actores principales del proceso educativo, es decir, los alumnos, los docentes, los directivos y los padres de familia.

Dentro de otras funciones del orientador está también el apoyo a la adaptación de los alumnos a la escuela, la atención a los problemas escolares de conducta, el rendimiento académico, el rezago y la deserción escolar, así como ayudar a los estudiantes a que desarrollen un pensamiento analítico, crítico y reflexivo que les permita generar alternativas de solución a sus dificultades personales, familiares y emocionales, con el fin de favorecer la toma de decisiones exitosas, oportunas y adecuadas a corto, mediano y largo plazo.

En lo referente al plano vocacional, el orientador educativo debe promover en sus alumnos la elaboración y ejecución de un proyecto de vida académico y profesional

que les apoye en el desarrollo de su personalidad. El orientador educativo es uno de los principales motivadores hacia el logro de las expectativas personales de los adolescentes.

Asimismo, el orientador educativo debe tener presente que su labor influye para que los adolescentes estén motivados hacia el logro de sus propias expectativas, ya que es él quien interactúa de forma más personal con los alumnos. Sin embargo, esto no significa que sea el único responsable de la motivación que se les brinda a los adolescentes, ya que dentro de la motivación de estos interactúan diversos componentes cognitivos, afectivos, sociales y académicos.

3.2. El orientador educativo como guía.

El orientador educativo, al ser un profesional de la educación, es concebido como un especialista en el campo de la asesoría académica y la consulta psicosocial. Esto convierte al orientador en un agente promotor del desarrollo autónomo de los adolescentes dentro del ámbito escolar.

Por tanto, dentro de las habilidades, destrezas, actitudes y valores característicos de un orientador educativo se encuentran la tolerancia, la paciencia y la flexibilidad como atributos principales con los cuales el orientador educativo debe vivir para poder discutir con sus estudiantes acerca de sus intereses, problemas y expectativas de estos. La autoconsciencia que pueda tener un orientador educativo, es un atributo indispensable para poder establecer un proceso justo de apoyo a los estudiantes.

Desde esta perspectiva, el orientador debe conocerse a sí mismo, tener una justa valoración de su persona y estar consciente de sus limitaciones y capacidades para no optar por caminos que conduzcan al fracaso en su desempeño con el adolescente.

Por tanto, un orientador que no se autoinspeccione tiende a caer en el autoritarismo y en la falsa certeza de siempre tener la razón, lo cual puede llevarle a menospreciar las opiniones de sus estudiantes, causando efectos contraproducentes en su labor orientadora.

El orientador no debe tener una actitud autoritaria, sino de vigilancia hacia el alumno. Debe contar con la confianza de los adolescentes para poder realmente orientarlos en los posibles conflictos característicos de este periodo del desarrollo humano.

Para lo dicho anteriormente, si un orientador educativo no está lo suficientemente motivado con su labor orientadora, difícilmente podrá motivar a los adolescentes.

Para contar con una efectiva práctica orientadora en la educación, el orientador educativo requiere de una formación en diversos campos para desempeñar su labor, como son: la psicología y la pedagogía. Estos campos básicos de formación, le ayudarán al orientador educativo a desempeñar su labor y le permitirán actuar con un sustento teórico al interactuar con los adolescentes.

Los apoyos del orientador educativo pueden ser de gran ayuda para los adolescentes, en especial para ayudarlos en el conocimiento propio de sus fortalezas y debilidades, y en el difícil proceso de aceptarse tal y como son.

3.3. ¿Cómo se guía al orientador sin morir en el intento?

Actualmente en nuestro país, la educación y la salud son dos ocupaciones sociales importantes. Es indiscutible la prioridad que se debe de conceder a la formación de adolescentes en la preservación y cuidado de su salud. En este sentido, La Organización Mundial de la Salud (2006:1) plantea que “La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por tanto, en las instituciones escolares, el orientador educativo es uno de los apoyos principales para difundir la idea, en los adolescentes, de que la salud no sólo se encuentra en la ausencia de padecimientos físicos, sino que también concede importancia a la enseñanza y aprendizaje que se obtiene de la escuela y del entorno social en el que se desarrolla el adolescente.

En la actualidad el término salud se considera como un estado de equilibrio entre todos los factores mencionados. Sin embargo, se otorga una mayor importancia a los aspectos físicos de los adolescentes, que de manera indirecta dejan un poco de lado las consideraciones psicosociales que también influyen en la salud del individuo.

El desarrollo de una cultura en salud, desde la escuela, presupone que las acciones de promoción y educación para la salud que se instrumenten en el Sistema

Nacional de Educación no sean espontáneas, sino que su abordaje sea una concreción en los aspectos formativos de los adolescentes. Al considerar elementos para una educación en la salud dirigida hacia los adolescentes, se reflexiona en una posible reestructuración curricular, en la cual se incluyan actividades que fortalezcan la salud del adolescente, además de actividades académicas como parte del proceso educativo.

En la actualidad la Secretaría de Educación Pública y la Secretaría de Salud (2009), presentaron una propuesta para el curriculum de Educación Básica. En esta propuesta, se maneja la introducción de una nueva materia de salud cuyo objetivo es mejorar la calidad de vida de los niños y los adolescentes del Distrito Federal, mediante el conocimiento sobre el estado de salud de los estudiantes en el interior de las aulas.

El propósito de esta nueva materia es contribuir al desarrollo de aprendizajes, actitudes, valores y estrategias que permitan a los adolescentes la adopción de nuevos estilos de vida saludables.

Los directivos de la Secretaría de Educación Pública y de la Secretaría de Salud (2009) señalaron que "...la finalidad que se persigue es sembrar la semilla de la educación entre niños, jóvenes y padres de manera conciente para prevenir enfermedades, malos hábitos de comida, embarazos no deseados, obesidad, adicciones, y cimentar para el futuro una mejor calidad de vida." Asimismo, agregaron que "...este programa de Salud Pública que se realiza entre las secretarías de Salud y Educación de manera interinstitucional, sea un ejemplo para que se aplique a nivel nacional en

beneficio de los estudiantes, al crear con esta materia un conocimiento abierto sobre las consecuencias negativas que implica llevar un estilo de vida malo”. Es importante señalar que uno de los actores principales para brindar conocimiento a los adolescentes es el orientador educativo, debido a que los ejes de la nueva materia en salud propuesta se basan en la nutrición, cuidado de la salud, seguridad física, sexualidad, desarrollo físico, afectivo y social; prevención de adicciones, cultura físicas y artísticas; salud social, derechos humanos para la paz, resolución no violenta de conflictos y educación ambiental.

Sin embargo, en este momento dentro de las instituciones educativas, la educación para la salud se encuentra un tanto dispersa entre el orientador educativo, los docentes, la familia y en ocasiones los MCM. Se menciona lo anterior debido a que en muchas ocasiones la información que obtienen los adolescentes acerca de su salud, proviene de diferentes fuentes de su entorno social, lo que puede ocasionar contradicciones en la información y confusiones en el adolescente.

Las tareas que realiza el orientador educativo al interior de una escuela, por lo regular están enfocadas a escuchar y apoyar al adolescente. Esta forma de actuar por parte del orientador educativo, se podría considerar como un medio más de aprendizaje, debido a que el individuo, al percibir atención y apoyo, aprende tanto a tomar decisiones por sí sólo como acerca de sí mismo.

El orientador educativo, al escuchar y apoyar a los adolescentes con comprensión y confianza para conocer su propia realidad biológica y psíquica así como

sus capacidades y limitaciones, les transmite un sentimiento de seguridad en sus propios valores, de tal forma que el adolescente va aprendiendo poco a poco a sentirse a gusto consigo mismo y a aceptarse como realmente es.

No obstante, existen casos en donde la familia de manera inconsciente fomenta en algunos adolescentes cierta falta de autoestima, a través de apodos o sobrenombres. En muchos casos, una escasa o baja autoestima conduce al adolescente a ser un tanto incapaz de eludir los excesivos mensajes de los MCM y la publicidad sobre una imagen corporal falsamente perfecta, al mismo tiempo que estos originan los llamados trastornos en la conducta alimentaria. En ocasiones la vulnerabilidad del adolescente hacia los MCM se puede convertir en un obstáculo tanto en la labor del orientador educativo como en la auto percepción del adolescente, esto puede ocurrir cuando el adolescente no encuentra una relación entre lo que el orientador le ayuda a descubrir sobre sí mismo y lo que siente en el entorno familiar.

La orientación educativa requiere de un proceso profesionalizado y sistemático de ayuda a los adolescentes, mediante procedimientos educativos con el objeto de que comprendan mejor sus propias características y potencialidades. Las problemáticas de los adolescentes a atender se centran en:

1. Problemas académicos como la reprobación y rezago escolar.
2. Aspectos de la dinámica escolar y diversos problemas en el aprendizaje.
3. Problemas derivados de las relaciones familiares que influyen en el desenvolvimiento académico.

4. El futuro académico y el proyecto de vida.
5. Los conflictos entre el ejercicio laboral y el estudio.
6. Algunas adicciones, como: tabaquismo, alcoholismo y trastornos en la alimentación, entre otros.

En lo referente a la orientación educativa dirigida a los problemas de los adolescentes, el orientador educativo debe establecer una actitud de comprensión, confianza y apoyo, como una herramienta básica de ayuda a los adolescentes

El orientador educativo puede fungir como conector entre lo familiar y lo escolar, a modo de poder apoyar el desarrollo del adolescente. Él puede ser un punto de conexión entre las problemáticas familiares, las personales y las escolares.

El orientador educativo, al estar en contacto constante con los adolescentes, puede ser capaz de percibir manifestaciones de inconformidad de algunos adolescentes con respecto a su aspecto físico, en especial, con el deseo persistente que algún adolescente pudiera tener acerca de perder peso innecesariamente.

Es preciso mencionar que la preocupación obsesiva sobre la ingesta de comida en algunos adolescentes, puede evidenciar un trastorno en la alimentación. La persona que padece un trastorno en la alimentación, no puede dejar de lado los recurrentes sentimientos de confusión y estados de ansiedad y depresión. El orientador educativo, con la ayuda de los docentes y de una capacitación constante en detección y síntomas de problemáticas de los adolescentes, podría ser capaz de detectar y canalizar a

adolescentes que vivan con algún trastorno en la alimentación y apoyar en la búsqueda de un tratamiento adecuado, ya que en estos casos es importante buscar ayuda especializada.

De esta forma, el orientador educativo con base en la observación sobre los comportamientos, cambios emocionales y de aspecto físico de los adolescentes, adquiere un papel de suma importancia en la detección precoz y canalización de los trastornos en la alimentación.

Una educación para la salud no se reduce sólo a la prevención de algunas problemáticas adolescentes como son el alcoholismo o los trastornos en la alimentación, sino que representa una formación de autocuidado de la salud y una adopción de estilos de vida saludables entre los adolescentes.

El ámbito escolar, al ser un entorno del desarrollo del adolescente, tiene la tarea de elaborar proyectos y programas en beneficio del desarrollo intelectual y personal de los adolescentes. Las autoridades educativas deben ofrecer, de manera constante capacitaciones a docentes y principalmente orientadores educativos en la prevención y detección de problemáticas en los adolescentes.

Al capacitar al orientador educativo en problemáticas adolescentes como son los trastornos en la alimentación de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, podrían estar preparados para observar los cambios físicos y psicológicos anormales de algunos adolescentes que comienzan a padecer los trastornos antes mencionados en la

alimentación. Algunos cambios que el orientador educativo podría percibir en los adolescentes son:

- Adelgazamientos exagerados o muy rápidos.
- Palidez.
- Tristeza o depresión, que a su vez denotan baja autoestima.
- Aislamiento.
- Signos de ejercicio físico agotador.

Es fundamental que tanto el orientador educativo como los mismos docentes fomenten la adquisición de una autoestima elevada en los adolescentes, ofreciendo esquemas corporales humanos y no estereotipados. Asimismo, no permitir la apertura a comentarios ofensivos que menosprecien o discriminen a algún adolescente en el ámbito escolar.

La prevención en el ámbito escolar consiste, de manera fundamental, en que el orientador educativo en colaboración con los docentes y padres de familia ayuden al adolescente a desarrollar habilidades personales y sociales favorables para poder incrementar hábitos y estilos de vida saludables, así como para promover en los propios adolescentes acciones de responsabilidad y solidaridad con su entorno social y su propio cuerpo.

CAPITULO IV

ENTREVISTA CON UNA VÍCTIMA DE ANA Y MIA.

En el presente capítulo se analizará el posible impacto que tienen los trastornos en la alimentación de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el rezago escolar, así como también el papel del orientador educativo y el cuerpo docente en la prevención, detección y canalización de estos trastornos alimenticios.

Al inicio de esta investigación se planteaba la posibilidad de realizar dos entrevistas semiestructuradas a dos víctimas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, de las cuales solo un caso se pudo concretar por la difícil labor de encontrar a víctimas de estos padecimientos dispuestas a compartir sus experiencias.

Por tal razón, el análisis a realizar en el transcurso de este capítulo tiene como referente sólo una entrevista semiestructurada realizada a una víctima de los trastornos en la alimentación antes mencionados. De cualquier forma se espera, a través del análisis de esta entrevista, poder contribuir con algunas reflexiones sobre esta problemática que ha ido creciendo entre las y los adolescentes.

4.1. Análisis de un caso de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

Para la realización de esta investigación se llevó a cabo una entrevista semiestructurada con una joven de 25 años, quien desde los 13 años vive con los trastornos de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.

El propósito de analizar un caso radica en la necesidad de lograr identificar de manera directa los factores familiares, escolares y sociales que afectan a los jóvenes que padecen estos trastornos.

Para poder realizar el análisis, tomaremos algunos conceptos de Luis Adrian Aldrete (2008) acerca de la Teoría General de Sistemas relacionado con la problemática familiar.

El análisis tiene como base central la Teoría General de Sistemas, ya que ésta se enfoca al estudio de las alteraciones en las interacciones y patrones de comunicación de la familia, la cual es vista como un todo. En este sentido, la familia es considerada como un Sistema con diferentes Subsistemas y un Suprasistema.

De acuerdo con Aldrete (2008:2) un Sistema "...es un conjunto de elementos en interacción dinámica en función de una finalidad...". Estos elementos que interaccionan en el Sistema, es decir, en la familia son los integrantes de la misma, los cuales son considerados como los Subsistemas. A las interacciones que se generan dentro y fuera del Sistema son denominadas como Suprasistema, el cual constituye las interacciones entre los Subsistemas entre sí, así como también las interacciones entre amigos, vecinos y parientes.

La Teoría General de Sistemas aplicada a la problemática familiar en donde uno de sus miembros padece de algún trastorno en la alimentación, permite visualizar una nueva concepción de los problemas tanto personales como familiares, de

comportamiento y entorno a las relaciones familiares.

Esta concepción de la familia como un Sistema, nos ayuda a considerar que la conducta de un miembro de la familia con anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa, afecta de una forma u otra el comportamiento de cada uno de los miembros de la familia.

Dada la compleja naturaleza de los trastornos en la alimentación, es pertinente incluir a la familia como un factor central de riesgo que contribuye junto con otros factores en la aparición, desarrollo y recuperación de los trastornos alimenticios. Por tanto la relación familiar adquiere gran relevancia en personas con trastornos alimenticios por ser el entorno inmediato en el que se aprecian de manera un poco más marcada las manifestaciones y consecuencias de estos tipos de trastornos.

Con base en lo anterior y en la información obtenida a través de la entrevista realizada, se lograron identificar seis categorías de análisis, las cuales han permitido hacer un estudio más directo de los distintos conflictos físicos, psicológicos y sociales que implica vivir con un trastorno en la alimentación.

4.2. Categorías de análisis.

El análisis está orientado por seis categorías analíticas que sirven de guía para examinar de manera más clara la información obtenida sobre las dificultades e inconvenientes por las que se pasa cuando una persona vive con trastornos de anorexia

nerviosa y bulimia nerviosa.

Estas categorías de análisis son:

- Relación entre pares.
- Rol familiar.
- Imagen corporal.
- Relación de pareja.
- El orientador y los maestros.
- Evolución y tratamientos.

Estas categorías fueron seleccionadas y jerarquizadas de acuerdo al grado de influencia que ejerció en la persona entrevistada. Por cuestiones de confidencialidad se nombrará “Ana” a la persona entrevistada.

4.2.1. Relación entre pares.

Dentro del desarrollo humano es importante la relación que se llegue a tener con el entorno social, ya sea positivo o negativo. Parte importante de este entorno social del adolescente son los “pares”, “amigos” o “compañeros de clase” que ejercen una influencia significativa tanto en el desarrollo del individuo como en la aparición y desarrollo de trastornos en la alimentación.

Sin embargo, los trastornos en la alimentación no se presentan gracias a un solo evento que los pueda desencadenar, debido a que este tipo de padecimientos tienen un

carácter "multifactorial". La anorexia nerviosa y/o la bulimia nerviosa se pueden presentar por distintos e independientes factores sociales, culturales y familiares.

En la sociedad actual existe una preocupación excesiva por la comida, las dietas, la figura y la silueta, especialmente entre las mujeres, ya que se considera como ideal de belleza un cuerpo esbelto. Esta idealización del cuerpo afecta directamente a los adolescentes, ya que es durante esta etapa en donde la imagen de sí mismos está en constante transformación.

En la entrevista realizada a una víctima de "Ana y Mía", se puede ver la influencia entre pares en el ámbito escolar. En el caso particular de "Ana", este ideal social de belleza promovió actos de violencia psicológica en el interior del aula, mejor conocido como "bullying", el cual de acuerdo con "Ana" fue uno de los principales motivos para el desarrollo paulatino e inconsciente de sus trastornos en la alimentación. A continuación se transcriben dos fragmentos de entrevista que reflejan el "bullying" que sufría "Ana" y que sin darse cuenta la condujo a desarrollar actos cotidianos de anorexia y bulimia:

Ana: *"En la prepa, en mi grupo, habían cinco chavas que eran así las fashion del salón y entonces siempre... que si tu eres gorda,... eso era lo que ellas hacían conmigo... 'es que ¿Por qué tienes tantos amigos si estas gordita? y ¿Por qué tienes mejores calificaciones? ¡No te vistes bien!'. En ese entonces yo me vestía holgado, que es lo que la gente hace cuando se siente muy gorda... así fue como empecé"* (E - 4,5)⁴.

⁴ Esta clave corresponde al ordenamiento en la recopilación de la entrevista. Indica la entrevista y la página de la que fue seleccionado el fragmento a analizar. Las claves con estas características que aparezcan en adelante son referencia de este archivo.

Ana: *“Llegaba a la escuela como a las 3. Como a las 5 ya veía que todos comían tortas, sopas maruchan, y yo así de “sí tengo hambre pero no”, porque el grupito que era el que me decía cosas no comían, y una de ellas estaba súper, súper delgada, a ella ya se le caía el cabello. Entonces yo decía “... no pues yo mejor no como para que ya no me digan nada”; entonces si me veían comer probaditas de una sopa maruchan, empezaban ‘¡Ya viste a la gordita...!’”(E - 15).*

Guelar y Crispo (2001:31) mencionan que el adolescente “... puede estar sintiéndose obligado a encajar en los roles y expectativas que la sociedad le asigna, no pudiendo darse cuenta aún de cuáles son sus propias necesidades, o reconocer qué es lo que quiere realmente hacer de su vida. Con lo cual puede recurrir a la situación de generar un conflicto con la comida, aún sin proponérselo...”. La importancia que la sociedad le da a la delgadez, puede ser un factor que predisponga el comienzo de un trastorno en la alimentación.

Sin embargo, los factores que podrían propiciar un trastorno en la alimentación en sí no deben ser considerados como causales definitivos, sino como agentes que pueden hacer a un individuo más vulnerable a desarrollar algún tipo de trastorno en la alimentación, ya que los trastornos alimentarios no afectan únicamente a la manera de comer del individuo sino que se desarrollan como el resultado de problemas en la propia percepción, es decir, en la forma en que un individuo se ve a sí mismo.

C. Feinstein y D. Sorosky (1988:15) han determinado que “Tanto en pacientes anoréxicas como en los bulímicos, la enfermedad se inicia con la búsqueda de delgadez y lleva finalmente a un miedo mórbido a la obesidad.” A través de diversas

investigaciones se ha encontrado que la pérdida de autoestima, las tendencias depresivas y el tener sobrepeso casi siempre ligero durante la infancia, son un común denominador de eventos que determinan la presencia de trastornos en la alimentación durante la etapa adolescente.

El mayor factor de incidencia en adolescentes es la obesidad en la niñez, debido a los traumas que puedan crear los compañeros de aula, amigos o adultos al tomar a modo de broma el sobrepeso. La burla puede no ser siempre cruel, sino una forma de demostrar confianza o afecto mediante el uso de apodos como “la/el gorda(o)”, “el oso” y demás sobrenombres. Sin embargo, esta distinción puede generar culpas e inseguridades en el adolescente y predisponerlo a la aparición de padecimientos como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

En otras palabras, los trastornos en la alimentación se pueden presentar por algún acontecimiento estresante en la vida del individuo o en un momento trascendental del ciclo vital del ser humano como es la adolescencia. En esta etapa, existen muchos casos de trastornos en la alimentación, como son el miedo a engordar o la dismorfofobia corporal.

Margulis (2000:71) señala que en la actualidad “...el culto al cuerpo se ha constituido en blanco de técnicas y normas que tienden a configurar imágenes idealizadas de salud y belleza...” Sabemos que las pautas sociales de belleza han determinado que la delgadez sea un sinónimo de éxito social. En especial, los adolescentes luchan por lograr el tan deseado “físico ideal”, motivados por modelos,

artistas, la publicidad comercial o, principalmente, por la influencia de amigos y compañeros de la escuela. Lo anterior se muestra en el siguiente fragmento de la entrevista.

Ana: *“Con la chava que ya se le estaba cayendo el cabello, de plano su cuerpo ya se veía muy mal. Ella entró, bonita o sea delgada, pero conforme fue pasando el tiempo ya la veías mal. Cuando se le caía el cabello ya le decían ‘oye es que tú no comes nada’... pero ella de plano, lo único que comía era lechuga y yo decía ‘no yo no soy así porque yo si llego a comer carne’. Yo lo que trataba era nada más alejarme de ese grupito para no escuchar cosas. Mis amigos me decían ‘no, no les hagas caso, tu estas bien’. Pero era así como que ‘ay siiii, vela a ella y veme a mí’...”* (E – 17)

En este fragmento se puede notar la presión social tan fuerte que sentía Ana de su grupo de compañeras de aula. Ella mencionó que prefería aislarse para evitar recibir comentarios ofensivos con respecto a su persona y en especial a su peso. Este tipo de ataques constantes fueron ocasionando que Ana comenzara a realizar autocríticas erróneas sobre sí misma que solo motivaban una desvalorización de su persona y por consiguiente una baja autoestima y depresión.

C. Feinstein y D. Sorosky (1988:63) sugieren que “...los problemas de la autoestima es que las pacientes... son muy sensibles al rechazo, lo cual produce sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras.” Aunque este tipo de padecimientos se conciben solo centrados en la apariencia física, en realidad lo que más destruyen es la autoestima de la persona que vive con ella. Esto es debido a que, a pesar de que traen consigo evidentes y graves daños físicos, interiormente los sentimientos de culpabilidad y de insatisfacción personal que sufren quienes las padecen, son mucho

mayores.

En el siguiente fragmento de entrevista se muestra otro tipo de influencia que se recibe de los amigos y que conduce de manera menos violenta a los trastornos en la alimentación:

Ana: *“Para mí ya también era así normal decir “pues no cenas”. A mis amigas les decía “no cenas, come a las 3 y nada más sopa o la mitad de tu guisado y ya. No cenas y no desayunes’. Yo a mis amigas veía que su mamá les daba coctel de frutas, jugo y pan tostado, y les decía ‘¡Oye es un buen! nada más tómate el jugo y un pan tostado’ entonces era lo que ellas empezaban a hacer. Yo sé que influí en eso... Yo caí en las redes de la bolita de la prepa sin querer.”* (E – 15-16)

En la anterior transcripción de la entrevista podemos notar como de manera involuntaria Ana comenzó ayudando a sus amigas a guardar la línea o a bajar un par de kilos de más. Sin embargo, el temor a engordar, los consejos y las dietas rápidas poco a poco fueron tomando medidas mucho más drásticas como dejar de comer por completo. El extremado deseo por verse “bien”, tal como lo dicta la moda, condujo a Ana y a algunas de sus amigas hacia la anorexia y la bulimia.

Para concluir este apartado es pertinente señalar la fuerte presión que ejerce la sociedad mediante los MCM hacia los adolescentes en cuanto a estereotipos de “belleza ideal” ocasionando que los adolescentes anhelan tener “el cuerpo perfecto”, poniéndose expectativas de belleza y éxito muy altas. Por otra parte, creen que el único control que tienen sobre sus vidas está en el peso y la comida. Pensar en calorías y perder peso es

una manera de bloquear sus emociones y sentimientos. En este caso, el comportamiento de Ana fundamentaba en un principio en la creencia de que al ponerse a dieta y dejar de comer, sería más fácil que enfrentarse a sus problemas o deshacerse de las burlas y comentarios negativos de los que era presa no sólo en el aula escolar sino también al interior de su familia.

4.2.2. Rol familiar.

La adolescencia es un periodo del desarrollo humano que puede ser un tanto difícil para algunos individuos, ya que es en esta etapa en donde casi siempre aparecen las primeras preocupaciones por la figura que en ocasiones se convierten en comportamientos peligrosos para la salud y que pueden terminar en enfermedades como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

A estos trastornos en la alimentación se les suele dar una justificación multifactorial que reconoce, entre otros, a los factores familiares como variables personales y sociales; y que contribuyen en la aparición de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en los adolescentes. Entre estos factores familiares se distingue el funcionamiento que se tiene al interior de la familia. En las siguientes transcripciones de entrevista, se puede observar la relación familiar que existía al inicio de los trastornos en la alimentación de “Ana”:

Ana: *“Tiraba la comida, luego no comía con mis papás o con la familia. Comía después para servirme poco o para tirar la comida. O lo que hacía era tratar de no comer pero ella me hacían comer. Me esperaba a que fuera de noche y volvía el estomago...”* (E – 6).

Ana: *“Mi papá no se mete tanto. De hecho mi papá siempre me ha dicho ‘pero estás bien’. Ya sabes ¿no? el papá dice ‘eres la princesita y estás muy bonita’ y bueno es mi papá, por eso me lo dice...”* (E – 12).

Ana: *“Mi hermano fue el que me hacía comentarios: ‘es que estas gorda’, ‘es que ya no comas’, ‘¿Todavía piensas comer más?’. Entonces igual, trataba de estar lejos de mi hermano para que él no me dijera cosas así y mi mamá, bueno ella decía ‘si vas a estar gorda así te van a querer...’ pero pues era así como que ‘¡O sea, que sí estoy gorda!’ ...* (E – 6)

Ana: *“Mi relación con mi hermano nunca fue muy buena. Yo le decía a mi mamá, ‘sabes que, dile a tu hijo que no me diga que estoy gorda’ ...”* (E – 13)

De acuerdo con Aldrete (2008), la interacción familiar se lleva a cabo a través de tres niveles diferentes que son: el subsistema conyugal, el subsistema parental y el subsistema filial o de los hermanos. Estos niveles de interacción traen consigo un conjunto de valores y expectativas conscientes e inconscientes para todos los miembros de la familia, al mismo tiempo que contribuyen en la independencia o dependencia del individuo en cuanto a la toma de decisiones.

En lo referente a las interacciones correspondientes al subsistema filial de Ana, se tiene un gran peso en la conformación de su propia autoestima, ya que las constantes críticas hacia su físico por parte de su hermano, promueven en ella una sensación de pérdida de control, el cual únicamente se cree capaz de contrarrestar por medio de la restricción alimentaria. De esta forma la anorexia y la bulimia brindan en Ana la sensación de poder controlarse a ella misma y a su entorno.

Asimismo, podemos observar en la interacción de los subsistemas conyugal y parental de la familia de Ana, una relación en la cual se tienen límites claros de convivencia. Sin embargo, es posible que las pautas de comunicación en el interior de la familia, en general, tiendan a ser un tanto caóticas debido a que se evitan los conflictos tanto en el interior de la familia como en el entorno social en el que se desarrollan cada integrante de forma independiente.

En el interior de la familia, el rechazo o la compulsión hacia la ingesta de alimentos no nace como una conducta aislada, sino que puede llegar a tener relación con el rol que se le otorga a cada hijo en cuanto a los deseos, proyectos e ideales que sus padres e incluso la opinión que los hermanos tienen de ellos y que pueden originar una fuerte presión inconsciente que repercute con mayor intensidad, en este caso en Ana.

Strada (2002:27) sugiere que en el medio familiar común de una persona afectada por trastornos en la alimentación “Es frecuente que describan a sus madres como personas arbitrarias que buscan imponer sus criterios y al padre con poca presencia y sin intervenciones efectivas”. Algunos especialistas han culpado a madres controladoras y a padres distantes de los trastornos alimentarios. Sin embargo, en la actualidad se ha comprobado que los trastornos no se deben sólo a estos factores. En diversas investigaciones en torno a familias donde uno de sus miembros presenta síntomas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, se ha contemplado la posibilidad de que ciertos factores provenientes de la propia familia concuerdan con la sintomatología de estos trastornos en la alimentación. Esto se puede apreciar en la siguiente transcripción:

Ana: “*Ya era como algo también normal para mis papás. Decían ‘Ana está bajando mucho de peso’ y mi mamá ‘pues no cena’, pero ella lo veía normal. Para ella era mejor ‘ya no cenas’, mejor que no cene porque sino va a subir otra vez de peso’... entonces ya para mi mamá era ya normal decir ‘no cenas’...*” (E – 15).

Es preciso mencionar que no existe un tipo de familia en particular que promueva u origine los trastornos en la alimentación de la anorexia nerviosa y la bulimia en adolescentes. No obstante, existen algunos factores familiares que pudiera predisponer a los adolescentes a estos trastornos alimenticios. A continuación se mostrará un cuadro comparativo⁵ sobre algunos de los posibles factores familiares que pudieran predisponer la aparición de algún trastorno en la alimentación.

⁵ La realización de este cuadro comparativo fue con base en las aportaciones de diversos autores como C. Feinstein y D. Sorosky (1988), Duker y Slade (1995) y Aldrete (2008).

FAMILIAS ANORÉXICAS	FAMILIAS BULÍMICAS
Controles de comportamiento rígidos⁶	Controles de comportamiento caóticos⁷
Padres profesionistas, es decir, médicos, líderes religiosos o ejecutivos de empresas.	Padres alcohólicos u obesos.
Mayor tendencia al conflicto conyugal, neurosis, divorcio y adicciones.	Angustia conyugal: Falta de intimidad emocional, alcoholismo y/o depresión
Padre y/o madre muestran temor a ser gordos y realizan constantes dietas.	Uno o ambos padres con tendencia a la obesidad y/o alcohólicos.
Represiones emocionales. Al buscar la perfección por parte de los padres se ocasiona un comportamiento infantilizado en la toma de decisiones de padres a hijos.	Represión de la emociones negativas, se discute por tonterías, sin embargo, los problemas reales se intentan evadir.
Exigencia de perfeccionamiento por parte de los padres. El adolescente es considerado el “hijo perfecto”.	Se considera al adolescente como “la oveja negra” de la familia, a pesar de no serlo
Los integrantes de la familia carecen de privacidad, siendo los padres los únicos con el poder suficiente para conducir las vidas de los hijos. Se da mayor preferencia al hijo favorito el cual debe ser “perfecto”, por lo que se le exige y reprime más que al resto de los hijos.	Los miembros de la familia buscan “aliento” de afecto y autonomía, pero cuando permanecen “hambrientos”, intentan dominar esta circunstancia a través de una “dieta” de relaciones restrictivas y controladoras. Sin embargo, su hambre de cercanía entre sí los conduce a “sobrealimentarse”, perdiendo así el control y terminando por “evacuar” sus angustias y frustraciones a través del conflicto abierto (peleas) o saboteo.
Las reglas paternas son no negociables e inflexibles.	Las reglas familiares pueden ser en ocasiones muy rígidas y en ocasiones inexistentes, lo que provoca una sensación de caos.

⁶ “The McMaster Model of family Functioning” (El Modelo de Funcionamiento Familiar de MacMaster, Epstein, Bishop y Levin, 1978).

Controles de comportamiento.

Los controles del comportamiento familiares, no simplemente se aplican a la disciplina de los niños sino que también se aplica a los adultos. Aquí el énfasis no es tanto el contenido de las reglas que limitan el comportamiento familiar, sino en la forma en que dichas reglas son desarrolladas y sostenidas por los padres.

Controles de Comportamiento Rígidos.

En donde la extensión del rango de las reglas en la familia es estrecha y restringida, no están abiertas a la negociación, y son inflexibles. No se realiza ninguna concesión por parte de los padres hacia los hijos, ni para el derecho de que aumenta la negociación según la edad, o por las diferentes necesidades de los adolescentes como opuestas a las de los niños.

⁷ **Controles de Comportamiento Caóticos.**

En tales familias existen cambios fortuitos en los controles de comportamiento a través de todo el espectro, desde el lazo al rígido. Tales cambios pueden ser seguidos por ambos padres uno tras otro, o más comúnmente, cada uno de los padres puede funcionar independientemente.

En la familia de Ana parece que existen actitudes sobreprotectoras y de rigidez tanto de la madre como del padre, así como también una tendencia a eludir los conflictos. Suelen mostrarse en apariencia como un núcleo familiar bien definido que permanece unido. Sin embargo, existe un esfuerzo por mantener el perfeccionismo y no romper las expectativas de éxito que de manera implícita se han impuesto. Los temas de la alimentación y la preocupación en torno a la figura corporal parecen ser de gran relevancia.

El padre de Ana aparece en el transcurso de la entrevista un poco ausente físicamente. Sin embargo, en el aspecto afectivo representa uno de los pilares en la recuperación de Ana. La madre de Ana puede mostrarse un tanto agresiva respecto a su hija y en relación a su delgadez. No obstante, es una de las principales motivaciones que impulsan a Ana para querer salir adelante, tanto en su tratamiento como en la realización de sus metas a lo largo de su vida. En cuanto al hermano de Ana, existe una posible relación oculta de competencia por el mayor afecto de su madre hacia ella, por lo cual la atacaba e insultaba en cuanto a su aspecto físico. De acuerdo con lo referido por Ana, en la actualidad esta relación que era de competencia, se ha convertido ahora en una relación cordial, en la que ya no se compite por el amor materno, sino que se comparte para el bien común de la familia en general.

Para finalizar este apartado, es pertinente mencionar que en la actualidad no existe un patrón familiar representativo que provoque la enfermedad de anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa sino que por el contrario, existe una gran variabilidad entre estas las familias. Sin embargo, en diversas investigaciones a familias en donde ya

existe alguno de los trastornos antes mencionados, se han demostrado las coincidencias que hay en problemas en cuanto a la relación intrafamiliar, la comunicación, la expresión afectiva o desuniones, el alcoholismo o depresiones y en especial en la resolución de conflictos.

4.2.3. Imagen corporal

En la sociedad actual, el culto al cuerpo ha creado un ideal de belleza caracterizado por tener un cuerpo delgado. Los MCM mediante la publicidad se han encargado de exponer de manera continua imágenes de mujeres altas, sin un gramo extra de grasa, seductoras, que gracias a su belleza y delgadez tienen éxito en su vida, en su trabajo y en sus relaciones de pareja.

Ser delgado es sinónimo hoy en día de éxito y belleza o por lo menos eso creen algunos adolescentes, lo que provoca que sus energías se centren en hacer una “dieta mágica”, sin darse cuenta de que a la anorexia nerviosa y a la bulimia nerviosa se llega siempre por el camino de las dietas.

Margulis (2000:71) señala que “La fotografía comercial (revistas, catálogos etc.), la publicidad de los medios, los maniqués de las casas de modas, etc., proponen visiones de perfección... que, a la manera de un espejismo siempre sortean la posibilidad de alcanzarlas.” Esta preocupación que se tiene por el cuerpo y la cantidad y la calidad de la comida está, en general, presente en los adolescentes. Esto determina en gran medida las alteraciones en su conducta alimentaria, ya que conducen de manera

inconsciente a un temor intenso a engordar. Este temor a subir de peso está influenciado, en gran medida, por los medios.

La imagen corporal es por tanto la representación mental que cada individuo tiene de su propio cuerpo. Es la forma en que nos vemos o pensamos sobre nuestro cuerpo, así como también es la forma en que creemos que los demás nos ven. Una alteración en la percepción de nuestra imagen corporal, puede ser un factor que determine el inicio y desarrollo de estos trastornos en la alimentación. En la siguiente transcripción de la entrevista, se muestra como se altera la imagen corporal de una persona con anorexia y bulimia nerviosas:

Ana: *“Yo decía ‘¡No! es que eso no me queda’ ‘es que se me ve la lonja’... y era empezar a llorar y también te lastimas tú, empiezas a pellizcarte, te agarras la lonja y empiezas a pellizcarte, tratas de desaparecerla y era llorar, soltarme a llorar...”* (E – 14).

En el transcurso de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa de Ana, se muestra a continuación como se alteró su propia percepción de imagen al presentar diversos síntomas como:

- Una evidente insatisfacción con su cuerpo que se manifestó de manera constante con comentarios y quejas de que estaba “gorda”.
- Aunque su peso estaba por de bajo de lo saludable, Ana negaba su delgadez e incluso creía que la única forma de mejorar esta insatisfacción corporal era perdiendo más peso.

- Continuamente se quejaba por defectos en su cuerpo que eran inapreciables para el resto de personas a su alrededor.
- Una característica en su vestimenta era la ropa holgada, para ocultar o disimular algunas partes de su cuerpo que Ana creía ver más grandes de lo que en realidad eran.
- Baja autoestima, por lo que prefería aislarse de la sociedad y refugiarse en su cuarto, para desahogarse casi siempre llorando.

Ana: *“La autoestima es algo que te afecta muchísimo... yo nunca tuve mi autoestima bien y hasta la fecha no la tengo bien, entonces empiezas a ver a las chicas que están así bien delgaditas...”* (E – 5).

Guelar y Crispo (2001:42) sugieren que “El juzgarse constantemente llega a alterar mucho la estabilidad emocional del adolescente, ya de por sí muy lábil.” Una vez que la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa se desarrollan, al mismo tiempo se auto-refuerza, como en el caso de Ana, el conflicto entre la imagen que se tiene del propio cuerpo y el no poder tener el cuerpo que se desea. Esto propicia que estos trastornos en la alimentación se desarrollen y se mantengan ante la insistente presión social.

Ana: *“Cuando veo a una niña bonita digo ‘ay mira ella tiene un cuerpo bien bonito’. Te da así como que ‘¡Hay!, ¿Qué haría yo para estar así?’. Todavía sigo con ese pensamiento...”* (E – 18).

Alegret (2005:125) refiere que “Es habitual oír decir a algunas personas que están obesas cuando objetivamente no es así, pero su referente es otro cuerpo que han

visto...”. En la actualidad los adolescentes son especialmente vulnerables a las presiones sociales, lo que explicaría el por qué la mayoría de los casos de trastornos en la alimentación se originaran en la adolescencia.

En el caso particular de Ana, la presión social y el tratar del alcanzar el “ideal de cuerpo perfecto”, fueron factores que influyeron en el desarrollo de estas enfermedades. Sin embargo, la presión social es un factor que puede provocar la aparición tanto de la anorexia nerviosa como de la bulimia nerviosa, pero tienen que coincidir con otras circunstancias para que se desarrollen.

De todo lo anterior se puede decir que si la sociedad sigue fomentando modelos e imágenes de “cuerpos ideales”, la inestabilidad emocional y la insatisfacción personal de nuestros adolescentes irá año con año en aumento, extendiendo de igual forma el riesgo de que se sigan propagando las conductas alimenticias poco adecuadas, como son la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

“La imagen interna del cuerpo está dominada por una distorsión que se expresa en la persistente, y en general incomprensible negación de su delgadez. Su imagen cadavérica, visible y evidente para los demás, es un síntoma para las miradas que no sustrae al orden social y origina alarma, preocupación y angustia”. (Strada 2002:152).

4.2.4. Relación de pareja.

Durante el transcurso de la entrevista a Ana, fue notoria la manera en que mencionaba la relación que alcanzó a existir entre sus trastornos alimenticios y la relación de pareja que de manera inconsciente reforzó sus problemas de autoestima e inseguridad. La relación de Ana con su pareja duró cuatro años, los cuales fueron descritos por Ana de la siguiente forma:

Ana: *“Desde el principio no fue buena porque había infidelidad, el volteaba a ver a otras personas y eso me daba el bajón. Los últimos dos años fue donde ya hubo golpes, donde ya había agresión psicológica, entonces yo pensaba que eso también era como que ‘no tengo ganas de que nadie me vea’ ‘no tengo ganas de bajar a comer’. Entonces yo me la vivía encerrada en mi cuarto, llorando y durmiendo...”* (E – 7).

Los trastornos en la alimentación no sólo tienen que ver con la comida en sí, sino que también tienen que ver con el manejo de las emociones que el individuo tenga con respecto de sí mismo, de su entorno social y en especial, con las relaciones de pareja.

Durante el periodo adolescente las relaciones amorosas o de pareja suelen ser vividas, en la mayoría de los casos, de manera muy intensa, pasando en ocasiones del amor al desamor de un momento a otro. Es precisamente la intensidad de estos momentos lo que hace que las primeras relaciones de pareja sean inolvidables ya sea para bien o para mal, y que de una forma u otra marquen a la persona.

Duker y Slade (1995:46) hacen referencia a la forma de interactuar de las personas con trastornos en la alimentación y su entorno social al mencionar que “Las relaciones sociales que de por sí han sido difíciles se tornan aún más problemáticas. Se reduce la capacidad de enfrentar la frustración. Debido a ello, la anoréxica se distingue por cierto aislamiento y no salir de rutinas bien definidas.” Lo mencionado por estos autores nos ayuda a comprender un poco la posición en la que Ana se llegó a encontrar al prolongar por cuatro años una relación destructiva y de la cual era dependiente, hallando en el comer o no comer un medio de destrucción o una especie de mecanismo regulador de emociones gracias al cual podía resistir a la ira, al enojo, a la frustración y a la ansiedad que le provocaba esta relación, pero que al mismo tiempo no era capaz de abandonar.

Como se presenta a continuación, la relación de pareja de Ana se fue convirtiendo poco a poco en una relación de dependencia, de la que le fue difícil salir:

Ana: *“Mi relación era despertarme y despertarme pensando en los problemas, buscar a mi pareja, llorar por mi pareja, hacer lo que mi pareja quería, dormir. O sea, mi vida estaba en manos de esa persona. ¿Metas? No tenía porque él me hacía sentir como que ya mi vida estaba planeada con él”*. (E – 21).

Duker y Slade (1995:58) mencionan que “Las personas que por dieta, ejercicios o ambas cosas pasan a ser anoréxicas o bulímicas, casi siempre han tenido dificultades para alcanzar cierto sentido de quienes son...”. El sentimiento de “amor” o de apego que Ana pudo llegar a sentir por esta pareja, pudo ser un intento por tratar de apartar el sentimiento de soledad, incompreensión e inseguridad que traen consigo un trastorno en

la alimentación. Pero la relación con esta pareja acrecentó aún más en ella un sentimiento de inseguridad y de baja autoestima.

Ana: *“Cuando sabes que a tu novio le llaman mucho la atención las chicas delgadas, tu también inconcientemente igual empiezas a decir ‘es que me va a dejar por una delgadita’... ‘es que voltea a ver a las delgaditas’... Entonces volví a hacer lo mismo, desayunaba nada mas un yogurt. Las peleas con él eran muchas”* (E – 5).

Ana: *“Y los celos... dejaba de comer para tratar de sentirme como sus amigas o como sus compañeras. Él tenía muchas amigas delgaditas y pues siempre venían con sus ¡Blusitas bien cortitas! y sus pantalones bien pegados y yo siempre sentí esa inseguridad”* (E – 5-6).

Esta idealización de Ana por un cuerpo, una pareja disfuncional y una vida con insatisfacciones personales, con el tiempo la llevaron a un intento de suicidio al momento en que su relación de pareja termina.

Ana: *“Cuando yo terminé esta relación yo abusé del medicamento y me tomé casi todo el Ribotril y pastillas también, entonces eso fue algo que a mi cuerpo también le afectó muchísimo porque hubo un tiempo en el que no me tomé el medicamento, de repente ¡fun!, de golpe, me hecho las pastillas y el Ribotril...”* (E – 12).

Duker y Slade (1995:76) plantean que “Las sobredosis no son poco comunes en la etapa en que el peso es normal o casi normal. Puede haber o no intentos de suicidio... una sobredosis es sólo una manera relativamente infalible de olvidarse de todo... <<una forma de lograr que mi mente me deje en paz>>... Un dolor físico agudo desplaza la atención. Al provocárselo la paciente únicamente experimenta el malestar, ya no su

angustia anterior, y por lo mismo se siente aliviada.” La depresión independiente de los síntomas de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa, condujo a Ana a una sobredosis de medicamentos, ocasionada por la ruptura de una relación de pareja a la que Ana era dependiente. Es muy probable que esto surgiera como una reacción a una serie de emociones que en ese momento Ana no pudo enfrentar.

Los trastornos alimenticios no son problemas de chicas superficiales que se quieren ver delgadas, son mucho más complejos que eso, ya que un trastorno en la alimentación conlleva en sus síntomas las emociones que no se pueden enfrentar, teniendo quienes los padecen una hipersensibilidad y distinguiendo problemas cotidianos con mayor intensidad.

En la actualidad Ana ha encontrado una pareja que lejos de controlarla, entiende su padecimiento, la apoya y la ayuda en su recuperación.

Ana: *“Él sabe de mi enfermedad y él si me ayuda mucho. Él me dice ‘si estoy contigo es porque me gustas’. Los domingos él juega futbol y después de ahí vamos a hacer ejercicio; pero no lo hace así de que ‘ponte a hacerlo porque estas gorda’. Una semana que salí con él era así de ‘... se me antojan unas papas a la francesa, se me antojan hamburguesas, se me antoja pizza,’ entonces esa semana él me cumplió todo eso”* (E – 14).

C. Feinstein y D. Sorosky (1988:69) sugieren que “Ante la evidencia de inestabilidad afectiva, puede comprenderse fácilmente cómo la alimentación compulsiva puede surgir como un mecanismo relativamente seguro de regulación de

diferentes estados de tensión”. El comportamiento que en ocasiones presenta Ana, puede deberse a la necesidad de satisfacer alguna preocupación que provoca miedo e inquietud, siendo una respuesta fisiológica el comer compulsivamente. Asimismo, esta forma compulsiva de comer, puede ser una forma de contrastar de manera inconsciente el valor sentimental y afectivo que su actual pareja tiene hacia ella, esto por la experiencia anterior que dejó una serie de inseguridades que aún Ana no ha podido superar del todo.

Las personas que llegan a recuperarse de los trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son aquellas que encuentran o tienen una razón para vivir. Es difícil auxiliar en el tratamiento de estos trastornos en la alimentación. Se necesita el apoyo tanto de la familia como de la pareja, pero en especial se necesita de la disposición de la propia persona que la padece.

4.2.5. El orientador y los maestros.

Durante el periodo adolescente, el individuo comienza a descubrir quién es, inicia a establecer nuevas amistades, además de que va tratando de lograr su propia independencia. Al mismo tiempo su cuerpo comienza a desarrollar una serie de cambios tanto físicos como psíquicos.

Dentro de este periodo de transformaciones, algunos individuos pueden llegar a desarrollar los llamados trastornos en la alimentación como resultado de no saber como adecuarse a sus cambios corporales y psicológicos que se le están presentando.

En la actualidad, los adolescentes están bajo una gran presión socio - cultural. Muchos adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo preocupándose por lo que otros piensan acerca de ellos y tratan de ajustarse a las normas y en especial a los estándares de belleza que los MCM han establecido como la “belleza ideal del cuerpo”, creyendo que la única forma de ser exitosos, felices y aceptados por la sociedad es siendo delgados.

Las escuelas, al ser parte fundamental de la sociedad, deberían tomar un papel más activo en la prevención, detección y canalización de los trastornos en la alimentación, ya que a través de la educación los adolescentes pueden ser advertidos e informados sobre los peligros de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa.

En el caso de Ana, el inicio de sus trastornos en la alimentación se dieron en el ámbito escolar. Esto se puede ver reflejado en lo siguiente:

Ana: *“En el CCH había un maestro de matemáticas con el que yo convivía mucho. Él compraba su torta, su refresco y me decía ‘come ¿No quieres?’ y yo ‘¡No!’. Me dice ‘¡Ay tú nunca comes!’. Él era el único que me decía ‘¿Qué nunca comes? ¿Yo nunca te veo comer?’. Y yo ‘no sí, como en mi casa’”* (E – 16-17).

Ana: *“Había un maestro ‘Pablo Huerta’, él veía mis expresiones de ‘¡Ay es que quiero bajar de peso!’ y él me decía ‘pero si ya estás flaca’. Es más, él me dijo ‘¿Tú no comes bien verdad?’ y yo le dije ‘¿Por qué?’ y me dice ‘se ve en tus ojos’, pero ya no le moví.”* (E – 16).

Podemos notar que este maestro pudo ser capaz de identificar los síntomas de un

trastorno en la alimentación en el aula. Sin embargo, en la actualidad tanto los maestros como los orientadores, en términos generales, no se dan cuenta de este tipo de trastornos. En este sentido, sería importante que ellos contaran con información suficiente para poder detectar y canalizar estos trastornos en los adolescentes.

Tanto los maestros como los orientadores, podrían ser de gran ayuda en la difusión de la idea de que para tener éxito y ser feliz en la vida, no importa el peso.

Los maestros y los orientadores de la escuela, al convivir casi a diario con los adolescentes, podrían identificar ciertos comportamientos en sus estudiantes que delaten y alerten la presencia de un trastorno en la alimentación. Algunos comportamientos de adolescentes con trastornos en la alimentación que se pueden detectar al interior de la escuela pueden ser que:

1. El adolescente se muestre de manera constante como el “estudiante ideal”, es decir, el adolescente se puede mostrar demasiado preocupado en el logro de buenas calificaciones y en el mantenimiento de un alto perfil en actividades extra-curriculares y deportivas.

2. El adolescente en su comportamiento en el aula, puede parecer estar deprimido, cansado, distraído, inquieto o por el contrario desmotivado y desinteresado en las actividades escolares, así como presentar una evidente falta de concentración en el salón de clases.

3. El adolescente puede presentar dificultades en su proceso de aprendizaje, con lo que su desempeño escolar se deteriora poco a poco. Esto puede ocurrir debido a que una de las características de los trastornos en la alimentación, es que éste perturba el pensamiento de quien lo padece.

4. El adolescente al no tener una percepción verdadera de sí mismo, con sus compañeros de aula puede expresar de manera persistente sus preocupaciones sobre su imagen corporal, aunque día a día revele una pérdida considerable de peso.

5. El aislamiento de un adolescente con el resto de los demás, puede ser una señal de la presencia de un trastorno en la alimentación.

Si los trastornos alimenticios son detectados a tiempo y si el individuo está dispuesto a aceptar la ayuda disponible, las posibilidades de recuperación son mayores.

Hay una probabilidad mayor de que estos signos aparezcan en la escuela y en casa antes de acudir con un médico. El reconocimiento de los síntomas de las enfermedades por parte de los orientadores y maestros, puede ser el primer paso en la prevención y futura recuperación.

En el caso de Ana, dos maestros reconocieron ciertos síntomas que evidenciaban su problema. Quizá la falta de capacitación e información sobre qué hacer en situaciones como éstas, los limitó a realizar sólo algunas observaciones sobre el estado de Ana, sin saber cómo intervenir en su ayuda.

4.2.6. Evolución y tratamientos.

Una de las características de los trastornos en la alimentación es que la mayoría de las personas que los padecen, no reconocen sus síntomas como una enfermedad y atribuyen su delgadez al exceso de estrés o angustias causadas por su rutina diaria.

En el caso de Ana, fue uno de sus primos quien advirtió que las características físicas de Ana eran síntomas de mal nutrición relacionados con posibles trastornos en la alimentación. Como se muestra en la siguiente transcripción de la entrevista, las observaciones del primo de Ana fueron fundamentales tanto para el inicio del tratamiento como para informar a la familia de que Ana padecía trastornos en su alimentación que desde hacía ya varios años.

Ana: *“Yo empecé con una crisis de melancolía y depresión. Yo estaba trabajando en una primaria con niños con hiperactividad. Yo no los sabía dominar, entonces me empecé a estresar un montón. En la propia escuela me empezaron a decir ‘es que te ves mal’ ‘es que no comes’ ‘es que estás adelgazando’. Los uniformes que nos daban a mí me quedaban bien y, de un de repente, me quedaban bien delgados. Entonces me empecé a sentir una noche con escalofrío, todo acalabrado, dolor de cabeza. Ese día fui al Doctor. Él se me quedó viendo y me dice ‘¿Ana, qué tienes?’ ‘¿Estás mal, no comes?’, ‘¿Qué no comes?’. Le dije ‘sí’. Yo iba con otra amiga y ella dice ‘ay, no es cierto, y si acaso come es nada más en las mañanas’; y luego me agarró los ojos y me dice ‘tu no estás comiendo bien’ ‘estás mal’, ‘y aparte estás muy flaca. Los ojos estaban hundidos, bueno yo no me daba cuenta” (E – 6-7).*

Strada (2002:223) señala que “En la mayor parte de los casos la persona anoréxica no se reconoce como enferma, no presenta los síntomas, las molestias, ni los

dolores clásicos de padecimientos físicos alguno, ni experimenta su delgadez como un problema”. Se debe tener en cuenta que los pacientes con trastornos en la alimentación suelen no tener conciencia de la enfermedad, por tanto pueden no estar interesados en curarse o simplemente no decir sus síntomas para no cumplir con las prescripciones médicas. En el caso de Ana, fue gracias a ciertos malestares físicos característicos de los trastornos en la alimentación y de una mala nutrición que le imposibilitaron la realización de sus actividades.

En la actualidad Ana lleva dos años en el tratamiento de sus trastornos alimenticios en un hospital psiquiátrico. No obstante, a lo largo de estos dos años, Ana ha tenido una serie de dificultades en su recuperación.

Ana: “A mi me mandaron a nutrición y la Doctora me dio unas pastillas ‘Fluoxetina’. Se supone que es para equilibrar tus emociones. Es una sustancia que tu cerebro no produce y por eso hay ese desorden. También es para la alimentación. Yo empecé a subir de peso. De repente yo sentí que me daba mucha hambre, pero yo no comía. Entonces dejé las pastillas y se me fue el hambre. Llegué con el Doctor y me dijo ‘¿Te tomaste tu medicamento tal como te lo dimos?’ y dije ‘no’ ‘¿Por qué?’ Le digo ‘ay no porque me da muchísima hambre con esas cosas. ‘Por favor tómate por lo menos la mitad de la pastillita’ y yo ‘bueno’. Con esa mitad a mi me daba hambre en la mañana y en la tarde. Entonces yo decía, ‘¡no! otra vez me está dando hambre’ y la volví a dejar... Eso pasó como seis meses...” (E – 9).

En los tratamientos de este tipo se incluye a la familia, además de que se trabaja de manera multidisciplinaria. Intervienen psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y psicoterapeutas.

El tratamiento de los trastornos en la alimentación debe atender a dos objetivos en especial:

1. Certificar que el paciente mantenga un peso saludable con base en prácticas sanas de alimentación. Para conseguir este fin será necesario una evaluación nutricional rigurosa realizada por un nutriólogo.

2. Tratar la perturbación mental. Para ello se requieren dos tipos de tratamientos, los cuales son: psiquiátrico, en el que se incluye una receta farmacológica; y psicoterapéutico, en el cual el paciente comienza a plantearse las diferentes razones que le llevaron a vivir con un trastorno en la alimentación. Ambos métodos deben usarse al mismo tiempo. El centrarse sólo en uno es una equivocación, ya que estas enfermedades son graves y muy difíciles de tratar, por lo que deben usarse todas las herramientas disponibles para combatirla.

La utilización de fármacos en este tipo de procedimientos tiene varias perspectivas. Por un lado, ayudan en el control de la ansiedad, de la impulsividad y de la agresividad que en ocasiones se llega a presentar.

Para la anorexia nerviosa no existe algún tratamiento farmacológico determinado, puesto que sus complicaciones son mentales. Sin embargo, en la mayoría de los casos se recomienda prescribir medicamentos antidepresivos y ansiolíticos. En el caso de la bulimia nerviosa existe como tratamiento específico el uso de fluoxetina en combinación con la psicoterapia. La fluoxetina es eficaz en la disminución de la

sintomatología en dosis de 60 mg./día en una o tres tomas, aunque no exista depresión asociada. Una minoría tolera mal este fármaco. En ocasiones se pueden presentar cuadros de euforia hipomaniaca o molestias gástricas intensas. En este caso debe suspenderse la medicación.

Las sesiones psiquiátricas y psicoterapéuticas en los trastornos en la alimentación, deben realizarse con especialistas experimentados, ya que son enfermedades muy complejas debido a que no sólo se relaciona con la ingesta o no ingesta de alimentos, sino que también se presentan distorsiones en la mentalidad del individuo.

Una de las complicaciones en el tratamiento de Ana fue un problema que tuvo con su psicoterapeuta, el cual le llegó a causar una gran confusión.

Ana: *“Con la psicoterapeuta había tenido un problema. Ella empezó a decirme ‘¿Por qué dejas de comer?’. Sus preguntas y sus respuestas las sentía muy agresivas, como si fuera mi mamá. ‘¿Y tu crees que dejando de comer vas a bajar de peso? Un día salí llorando de coraje. De esas veces que te da mucho coraje y quieres llorar... yo ya no hice ninguna cita porque me cayó gorda la Doctora. Después me tocó mi cita con el psiquiatra y me dice ‘¿Por qué no viniste a cita con la Doctora?’ y yo ‘no porque no me cae bien, me regaña, me dice cosas’. El Doctor me dice ‘el medicamento no va a actuar solo; ‘la psicoterapeuta te va a ayudar a entender porqué’. Lo que la Doctora quería era que yo esas emociones las controlara”.* (E – 11).

Strada (2002:224) señala que las pacientes con trastornos en la alimentación “Suelen presentarse con un relato monótono, inconvencional, largos comentarios acerca

de lo que hacen o dejan de hacer con la comida o para evitar comer, con una repetitiva descripción de actos incontrolables... Entre tanto y en el trascurso de este proceso, a un analista se le van ocurriendo diferentes alternativas de participación. Entre ellas: si debe escuchar o intervenir de alguna manera para introducir un corte en el tipo de relato que se reitera, si debe o no prestar su oído a todo lo que tenga que ver con su alimentación, si debe esperar.” De tal forma que las actitudes “agresivas” que en determinado momento llegó a sentir Ana por parte de la psicoterapeuta, eran una forma para que Ana se sintiera capaz de confrontar los problemas relacionados con su peso; ya que en el pasado, predominaba el comportamiento de eludir o esquivar cualquier conflicto que involucrara su aspecto físico.

Strada (2002:224) menciona que “En aquellos casos donde no realizan una demanda clara o no concurren voluntariamente, se hace más patente la impresión general que producen: no esperan saber sobre lo que les ocurre... Sin depositar un saber, una expectativa de saber, que remita a buscar fuera una verdad sobre ellos mismos, no surge la necesidad de hablar, no hay demanda de ayuda y el apego a la identidad dada por el ser anoréxicas se refuerza”. Los trastornos en la alimentación de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa crean profundos daños emocionales que es casi imposible recuperarse al 100%. Pese a esto, Ana ha aprendido a reconocer los signos que en el pasado la llevaban a realizar actos de inanición, aunque las recaídas y la inestabilidad en su imagen corporal siguen siendo una parte cotidiana en su vida. Como se muestra en las siguientes transcripciones, la recuperación que hasta ahora ha tenido Ana le permite percibir las ventajas del tratamiento y las características del pensamiento de los trastornos en la alimentación con el que todavía convive a diario.

Ana: *“Anotaron en mi expediente que yo no tuve interés en que me dieran dieta”. (E – 19). He visto mucho cambio en como reacciono, en que ya tengo ganas de hacer cosas, porque pues antes, mi vida era despertarme, ir a la escuela, dormir...” (E – 21). Veo que estoy mejorando en las actividades... tengo ganas de hacer cosas” (E – 22).*

Si bien es conocido que la prevalencia de estas patologías es baja en México, la preocupación por engordar, estar a dieta, desear ser una persona más delgada, no estar satisfecho con la figura corporal y creer que el tamaño de muslos, caderas y estómago es demasiado grande, sitúa a una cantidad importante de adolescentes ante la posibilidad de desarrollar un trastorno en la alimentación.

Es innegable que no podemos cambiar el esquema de “ideal de belleza” establecido por la sociedad y por los MCM. Debemos tomar conciencia acerca de las posibles prácticas sanas para lograr un peso saludable y una mejor autoestima corporal en los adolescentes.

4.3. Conclusiones del capítulo.

Los trastornos en la alimentación son alteraciones en los hábitos alimenticios que llevan al desarrollo de enfermedades causadas por ansiedad y por la preocupación excesiva en relación al peso corporal y al aspecto físico.

Por lo general, las personas que como Ana padecen algún tipo de trastorno en la alimentación, dan una especial importancia a los alimentos, alrededor de los cuales

giran sus pensamientos, sentimientos, sueños, ideales y problemas, haciéndose dependientes de esas ideas y desarrollando un trastorno de identidad a partir de la enfermedad.

Los trastornos en la alimentación pueden desarrollarse como en el caso de Ana de manera no voluntaria. En este proceso se involucran múltiples factores personales, familiares y socio – culturales, en donde el nivel de autoestima, las comparaciones constantes entre amigos y familiares, la presión de los MCM y el miedo a tener sobre peso, hace que quienes los padecen pierdan el sentido de la realidad y se sometan a dietas y hábitos alimenticios que ponen en gran riesgo su salud y su vida.

El padecer algún tipo de trastorno en la alimentación va más allá de los síntomas particulares que los caracteriza, ya que en muchas ocasiones estos síntomas están acompañados por un marcado aislamiento de la persona, cansancio excesivo, sueño, irritabilidad, conductas violentas, agresión hacia los miembros de familia, autoagresión al no aceptarse, vergüenza hacia su físico, sentimientos de culpa y una fuerte depresión.

Los trastornos en la alimentación no afectan únicamente a la manera de comer de la persona, ya que en realidad se desarrollan como resultado de dificultades en la forma en que una persona se ve a sí misma en relación con su entorno social.

En el caso particular de Ana, se considera que los principales detonantes para que se presentaran en su vida estos trastornos fueron los comentarios ofensivos de algunas compañeras de clase, las constantes críticas dentro de su entorno familia con

respecto a su apariencia física, la inseguridad acerca de su propio valor y sobre todo la necesidad constante de la aprobación de los demás. Todo esto hacía que Ana hiciera todo lo necesario para complacer a otras personas, negando incluso sus propios deseos y necesidades.

Dentro del tratamiento, en los trastornos en la alimentación, es de suma importancia la participación de la familia en el proceso, ya que resulta de gran apoyo en la recuperación de las pacientes, debido a que es durante este proceso cuando más se necesita del respeto, amor y comprensión de los seres queridos para fortalecer la autoestima.

CONCLUSIONES GENERALES

Durante el desarrollo humano, la etapa adolescente es a nivel fisiológico y emocional, la transformación más intensa que padece un individuo a lo largo de su vida. Estas transformaciones implican, en la mayoría de los casos, un desequilibrio psicológico y social en el individuo que puede provocar una mayor vulnerabilidad emocional en comparación con otras etapas del desarrollo humano, haciendo al adolescente mucho más propenso y vulnerable a recibir información fragmentada o deformada de la realidad social en la que se desenvuelve.

El contexto sociocultural, dentro del desarrollo humano, juega un papel de suma importancia tanto en el desarrollo del adolescente como en el desarrollo de sus diversas problemáticas, como son el alcoholismo, el tabaquismo o los trastornos en la alimentación, entre otras.

En la sociedad en la que actualmente vivimos, la influencia de los MCM como la televisión, las revistas y los anuncios publicitarios, repercuten con mayor magnitud en los adolescentes, debido tal vez a que el adolescente de hoy ha crecido bajo el resguardo y compañía de estos medios, en los cuales se presentan campañas publicitarias que casi en su totalidad incitan al adolescente a adoptar la idea de que al adquirir ciertos productos o cierta imagen corporal que llene los requisitos estereotipados mejor conocidos como “estándares de belleza”, le ayudarán a conseguir el éxito y la felicidad en su desarrollo personal y social.

Si bien la imagen corporal del ser humano es importante en casi todas las etapas del desarrollo humano, es en la adolescencia donde la imagen corporal puede convertirse en una preocupación constante, que en ocasiones y con la combinación de diversos factores, pueden llevar al adolescente a caer en trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa y/o bulimia nerviosa.

El hecho de que a nivel social se considere al cuerpo delgado como sinónimo de belleza y éxito, ocasiona en los adolescentes una serie de conflictos y desequilibrios emocionales y físicos.

Dentro del entorno adolescente, el ámbito escolar es uno de los principales escenarios en donde el adolescente se desenvuelve. Por lo tanto, es pertinente tener en consideración la necesidad adicionar una educación en salud hacia el adolescente, en donde se contribuya al desarrollo de aprendizajes, actitudes, valores y estrategias que permitan a los adolescentes, el autocuidado de su salud y la adopción de nuevos estilos de vida saludables, que incluya una orientación nutricional y que ayude a prevenir los trastornos alimenticios y otros muchos trastornos que pueden afectar el desarrollo del adolescente.

La orientación que requiere un adolescente puede provenir de diversas fuentes, ya sea de algún miembro de la familia, de la influencia de alguno de sus amigos o del entorno escolar en general. Éste último, en muchas ocasiones, sólo interviene en la orientación del adolescente cuando llega a presentar algún problema en cuanto a su desempeño académico. Ante esto, es necesario considerar a la orientación educativa y a

los orientadores educativos como una herramienta más de ayuda en el desarrollo del adolescente.

El orientador educativo representa una figura de autoridad en el adolescente y al contar con una capacitación constante en problemáticas adolescentes, puede llegar a diseñar estrategias de prevención, detección oportuna, canalización y acompañamiento, que respondan a las diversas problemáticas a las que se enfrentan los adolescentes, en especial, a problemáticas relacionadas con psicopatologías alimentarias; además de realizar de manera oportuna el diagnóstico de situaciones sobre adolescentes que pudieran repercutir en el desarrollo personal y escolar de los ellos.

Uno de los objetivos primordiales que debería tener la orientación educativa y en general el ámbito escolar, es el de apoyar tanto personal como académicamente al adolescente, ya que la mayoría de ellos requieren encontrar un espacio de confianza y apoyo que favorezca y oriente su desarrollo personal y que a la vez influya en su desempeño académico.

Los maestros y los orientadores educativos de la escuela, al estar en contacto constante con los adolescentes y al recibir cursos de formación permanente, podrían ser capaces de percibir ciertos tipos de conductas en sus estudiantes que delaten y alerten la presencia de un trastorno en la alimentación. Los maestros, los orientadores educativos y los padres de familia, podrían ser de gran ayuda en la transmisión de la idea de que para tener éxito y ser feliz en la vida, no se necesita poseer un cuerpo delgado o “ideal”.

BIBLIOGRAFIA

Aberastury, Arminda y Knobel, Mauricio (2005). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México, Buenos Aires, Barcelona: Paidós Mexicana, S.A.

Alegret, Joana (2005), *Adolescentes: relaciones con los padres, drogas, sexualidad y culto al cuerpo*. Barcelona: GRAÓ, de IRIF, S.L.

Aldrete Quiñones, Luis Adrian. (Comp) (2008). *Lecturas básicas y de respaldo para el curso de 6º semestre "Instrumentos de Psicodiagnóstico" de la Licenciatura en Psicología Educativa*. México: Universidad Pedagógica Nacional UPN. CEPPAED/APCU.

Álvarez Bermúdez, Javier (2004). *Los jóvenes y sus hábitos de salud. Una investigación psicológica e intervención educativa*. México: Trillas.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2003). *DSM – IV – TR: Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*. Barcelona: Masson, S.A.

Briggs, Charles L. (1986). *Learning how to ask. Escuche antes de dar el salto: hacia una sofisticación metodológica*. Cambridge University Press.

Castillo, Gerardo (1995). *Los adolescentes y sus problemas*. España: Minos S.A. de C.V.

Calixto Flores, Raúl (2001). *Nuestros cambios. Desarrollo humano*. México: Limusa.

C. Feinstein, Sherman y D. Sorosky, Arthur (1988). *Trastornos en la alimentación*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Delval, Juan (1994). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.

Dirección General de Desarrollo Curricular, Subsecretaría de Educación Básica de la Secretaría de Educación Pública (1ª. Ed.) (2007). *La orientación y la tutoría en la*

escuela secundaria. Lineamientos para la formación y la atención de los adolescentes. México: SEP.

Donas Burak, Solum (2001). *Adolescencia y juventud en America Latina.* Costa Rica: Libro Universitario Regional.

Duker, Marilyn y Slade, Roger (1995). *Anorexia nerviosa y bulimia. Un tratamiento integrado.* México: Limusa.

Figura 1.1. *Diagrama de la pubertad masculina en humanos.* [En línea]. Disponible en: <http://www.enhancement-university.com/puberty/index.html>

Figura 1.2. *Diagrama de la pubertad femenina en humanos.* [En línea]. Disponible en: <http://www.geocities.com/elhennawy2001/puberty.htm>

Fize, Michael (2007). *Los adolescentes.* México: Fondo de Cultura Económica.

Goddess Princess (30 de Julio 2007). *MIS AMIGAS ANA Y MIA. POR QUE LA COMIDA ES COMO EL ARTE...EXISTE SOLO PARA MIRARLA...* [En línea]. Disponible en: <http://amigasanaymia.blogspot.com/>

Guelar, Diana y Crispo, Rosina (2001). *Adolescencia y trastornos del comer.* Barcelona: Gedisa.

Igual, Isabel y Salas, Consolación (1 de Marzo 2006). *Se mueren por ser delgadas,* [en línea]. Disponible en: <http://www.selecciones.com.mx/content/21544>.

Margulis, Mario (2000). *La juventud más que una palabra.* Buenos Aires: Biblos.

Mead, Margaret (1928). *Adolescencia y cultura en Samoa.* Buenos Aires: Paidós.

Mendoza, Pedro (15 de Noviembre 2001). *Prevalencia y población afectada de anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación* [En línea]. Disponible en: <http://aupec.univalle.edu.co/piab/prevalencia.html#4>.

Muuss, Rolf Eduard Helmut (1974). *Teorías de la adolescencia.* Biblioteca del hombre contemporáneo: Paidós.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS: 45ª edición.

Secretaría de Educación Pública y Secretaría de Salud. (07 de abril de 2009). *Programa Curricular para Educación Básica. Educación para la Salud. Una nueva manera de aprender*. [En línea]. Disponible en: http://www.educacion.df.gob.mx/index.php?option=com_content&task=view&id=719&Itemid=81

Requejo Marcos, Ana M; Ortega Anta, Rosa M. y Saavedra Vallejo, Pilar (2000). *Nutría: Manual de nutrición clínica en atención primaria*. Computense.

Strada, Graciela (2002). *El desafío de la anorexia*. España: Síntesis.

Woods, Peter (1993). *La escuela por dentro. La etnografía en la investigación educativa*. Barcelona: Paidós.