



SECRETARIA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

UNIDAD AJUSCO

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA

TALLER PREVENTIVO PARA LOS ADOLESCENTES SOBRE TRASTORNOS
ALIMENTICIOS EN COLEGIO DE BACHILLERES PLANTEL NO. 17 (2° SEMESTRE)

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADAS EN PEDAGOGÍA

PRESENTAN:

RAQUEL CERVANTES HERNÁNDEZ

CLAUDIA ILEANA SIERRA GARCÍA

ASESORA: MTRA. SILVIA ISABEL GONZÁLEZ GARCÍA

MÉXICO D.F., AGOSTO 2014

AGRADECIMIENTOS

Papá y mamá.

Quiero darles las gracias por darme la vida, desde ese momento me han brindado apoyo, confianza y cariño. Gracias a esos y a su dedicación y consejos, se han formado las bases para este logro y para poder realizar esta meta conmigo.

Los quiero mucho

A mi hermana:

Espero que esto pueda ser un ejemplo de motivación para que cumplas tus sueños.

Te quiero mucho

A mis maestros y a Raquel:

Quienes con su ayuda pudo realizarse esta tesis.

Claudia

DEDICATORIA

Con todo mi cariño para las personas que me motivaron para que yo pudiera lograr este sueño.

Claudia

Agradecimientos

Primero a Dios por su amor incomparable

y la oportunidad que me dio de vivir esta

experiencia, a ti la honra.

A mis papás por el amor, la

paciencia y la motivación de cada día.

A mis hermanos, por ser mis compañeros

de alegrías, de aventuras y de incontables momentos

únicos.

A mis cuñados y sobrinos

por llenarme de risas y acompañarme

en cada momento.

A Josué por estar a mi lado

todo este tiempo con amor y cariño.

A mi asesora, por ser una excelente maestra y amiga.

A Claudia por hacer este camino más sencillo y lleno de risas.

Raquel

Dedicatoria

*A mi mamá y mi papá por ser un ejemplo de esfuerzo y
trabajo, los amo.*

Raquel

Índice

Introducción.....	1
Capítulo 1 “ Colegio de bachilleres plantel17”.....	11
1.1. Historia del Colegio de Bachilleres.....	11
1.2. Aspectos generales del Colegio de Bachilleres.....	12
1.3. Estructura Curricular.....	14
1.3.1 Plan de Estudios.....	14
1.4. Servicios Académicos	16
1.4.1. Orientación Educativa en el Colegio de Bachilleres.....	17
1.5. Planteles del Colegio de Bachilleres.....	18
1.5.1. Colegio de Bachilleres Plantel 17 Huayamilpas Pedregal.....	21
Capítulo 2 “Adolescencia”	22
2.1. ¿Qué es la adolescencia?	22
2.2. Cambios Físicos.....	24
2.3. Cambios Psicológicos.....	27
2.4. La familia del adolescente.....	30
2.5. La escuela y los adolescentes.....	31
2.6. Los amigos de los adolescentes.....	31
2.7. Problemas que se presentan en la adolescencia	32
Capítulo 3 “Trastornos Alimenticios”.....	34
3.1. Algunos datos estadísticos sobre Trastornos Alimenticios.....	34
3.2. ¿Qué es un Trastorno Alimenticio?.....	36
3.3. Factores que influyen en la aparición de Trastornos Alimenticios.....	38
3.3.1. Psicológicos.....	38
3.3.2. Biológicos.....	38
3.3.3. Familiares.....	39
3.3.4. Sociales.....	39
3.4. Anorexia nerviosa.....	40

3.4.1. Consecuencias físicas de la anorexia.....	42
3.5. Bulimia.....	44
3.5.1. Consecuencias físicas de la bulimia.....	46
Capítulo 4 “Trabajo de Campo”.....	48
4.1. Resultados obtenidos en la aplicación de cuestionario.....	49
Capítulo 5 “Propuesta de Taller “.....	53
5.1. Fundamentación del proyecto	53
5.2. ¿Que son los Trastornos Alimenticios?.....	56
5.3. ¿Por qué crear un taller para la prevención de Trastornos Alimenticios?	58
5.4. Delimitación del marco de referencia y necesidades sociales del proyecto.....	59
5.5. Análisis epistemológico de las materias que servirán como apoyo al taller	60
5.6. Investigación comparativa con instituciones que ofrecen propuestas curriculares afines.	62
5.7. Análisis institucional y de la normatividad educativa.....	63
5.8. Organización y estructuración del curriculum.....	65
Conclusiones.....	75
Bibliografía.....	81
Anexos.....	85

Taller preventivo para los adolescentes sobre trastornos alimenticios en Colegio de Bachilleres plantel No. 17 (2° semestre)

Introducción

Revisando algunos textos y artículos sobre los problemas que enfrentan algunos adolescentes se puede apreciar el de los desórdenes alimenticios como la anorexia, bulimia y trastorno por atracón van en aumento, debido a la presión social y a la influencia de los medios de comunicación que muestran diariamente a mujeres sumamente delgadas, como sinónimo de éxito y fama.

Según datos de la clínica Ellen West (www.clinicaellenwest.com) institución formada en 198, con el fin de ofrecer tratamiento especializado a personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, la anorexia es la tercera enfermedad más frecuente entre las adolescentes después del asma y la obesidad y más de 4 millones de mexicanos padecen bulimia y/o anorexia que son enfermedades mentales. De los cuales se registran alrededor de 20 mil casos anuales iniciando estos en una edad promedio 17 años.

Esta misma clínica que fue creada para la población mexicana y que contempla a la familia en los procesos que se llevan a cabo para que los pacientes sanen junto con sus familiares, dice que los casos de anorexia y bulimia se han quintuplicado en los últimos años y que entre 10 y 20% de quienes las padecen, fallecen, estas enfermedades no discriminan edad ni situación social, han permeado a todas las clases sociales incluyendo el ámbito rural. En México una de cada 3 mujeres está a dieta permanente, e incluso las niñas se empiezan a preocupar por hacer dieta desde los 6 años de edad, y cada año mueren en el mundo 10 mil niñas y adolescentes de Anorexia y Bulimia.

Con datos provenientes de la Encuesta Mexicana de Salud Adolescente (Revista Salud Mental No. 35, 2012), en una muestra de 3005 adolescentes de entre 12 y 17 años residentes del Distrito Federal, se obtuvieron los siguientes resultados: 0.5% de los encuestados presenta Anorexia de los cuales 51% son

hombres y 49% mujeres, la edad media es de 15.3 %, sin embargo solo el 17.3% recibe tratamiento.

Al hablar de la bulimia, dicha encuesta menciona que el 1% de los encuestados la padece, de estos el 69.5% son mujeres y 30.5% son hombres, la edad media es de 15.2 pero solo el 24.30%, recibe tratamiento.

Como dato adicional, la Encuesta Mexicana de Salud Adolescente, menciona que el adolescente toma como medida drástica para acabar con estos trastornos, el suicidio, ya que de los que padecen anorexia medida drástica De los que padecen anorexia 28.2 % tienen una idea suicida, 19.5% cuentan con un plan de suicidio y sólo el 9.8% hace un intento por suicidarse. Mientras que de los que padecen bulimia 40.2% tienen ideas suicidas, 14.9% tienen un plan de suicidio y el 16.8 % intenta suicidarse.

Es por esta razón que vimos la necesidad de implementar un taller, basándonos en la siguiente investigación.

En el capítulo 1, se verá toda la historia desde el surgimiento del colegio bachiller, aspectos generales de los colegios y particulares del colegio de bachilleres platel 17 además de cómo es que se lleva a cabo la orientación educativa en dichos planteles.

El capítulo 2 se desarrollan todos los aspectos del adolescente como los cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales, que pueden ser factores en el desarrollo de trastornos alimenticios sin dejar de lado algunas definiciones de la adolescencia.

Acerca del capítulo 3 se hace referencia de algunas estadísticas que nos muestran la situación de los casos de anorexia y bulimia en México de hombres y mujeres. Se define que es un trastorno alimenticio y los factores que influyen en la aparición de estos, también se explica todo sobre la anorexia y la bulimia. El desarrollo del capítulo 4 consiste en la realización de cuestionarios a los alumnos del Colegio de Bachilleres 17, para analizar la población y conocer si había alguna necesidad de implementar un taller sobre trastornos alimenticios.

Por último el capítulo 5, es la propuesta de un taller preventivo sobre los trastornos alimenticios, donde se llevó a cabo la realización y planeación de este taller.

Planteamiento del problema

Justificación

El tema nos parece importante porque consideramos que los adolescentes hoy en día sufren de estos problemas, la anorexia nerviosa y la bulimia puesto que van de la mano con los cambios que sufren a esta edad. Para los adolescentes hoy en día es importante tener una figura estética tal como en las revistas y la televisión ya que ahora tienen más acceso a información que no siempre es buena para ellos pues incluso les enseñan, como dejar de comer, como adelgazar, cuanto deberían pesar, etc., de esta manera provocan que ellos se quieran ver como los jóvenes que ven en la televisión y en internet, lo que los lleva a dejar de comer, hacer ejercicio en exceso, vomitar, vivir de agua entre otras cosas.

Consideramos que orientándolos y enseñándoles a aceptarse como son, este problema podría disminuir en este nivel donde tienen más libertad y a veces más tiempos solos para poder caer en estas situaciones.

Lo primero que debe existir en el adolescente es el autoconcepto que para Alcántara (1990: 11), es una imagen positiva de sí mismo que condiciona: una buena autoestima, una percepción de autoeficacia ante el trabajo realizado y una buena adaptación al contexto social y familiar. Es necesario educar sobre este término ya que tiene repercusiones a nivel emocional, académico, social y familiar.

Roma y Ferri (2001) mencionan que para esto es necesario identificar las capacidades, valores, contenidos y métodos o procedimientos que transmite la sociedad de una generación a otra a través de la educación formal, e informal, estos les ayudan a construir una identidad cultural. Por lo tanto una identidad

también les proporciona la capacidad de saber quiénes son y adonde pertenecen, así como lo que valen como personas.

Algunos autores revelan que para los jóvenes la ayuda de la red social en la que viven, el apoyo de los padres, de los familiares, el consejo de amigas, sus propias fuerzas y una buena orientación médica, son necesarios para poder sobrellevar estas enfermedades y para aceptarse tal como son.

Por eso consideramos que desarrollar este taller preventivo podría ayudar a estos adolescentes que en algún momento o por influencias pierden su identidad y su autoestima.

Objetivo general

Diseñar un taller preventivo para los adolescentes sobre trastornos alimenticios en el Colegio de Bachilleres plantel 17.

Objetivo específico

- Prevenir y atender a los adolescentes acerca del impacto que tienen los trastornos alimenticios en la salud física y mental en el colegio de bachilleres de entre 15 y 16 años.
- Explicar el desarrollo de los adolescentes
- Identificar las características que presenta una joven con trastornos alimenticios
- Identificar el material con el que cuenta el colegio de bachilleres acerca de los trastornos alimenticios.
- Diseñar actividades que fomenten el valor de la autoestima y respeto.

Preguntas iniciales de la investigación

1. ¿Cómo se encuentra el adolescente entre 15 y 16 años?
2. ¿Cuáles son las características que presenta una joven con trastornos alimenticios?
3. ¿Cuáles son los materiales con los que cuenta el colegio de bachilleres?
4. ¿Qué actividades fomentan el valor de la autoestima y el respeto?

Marco teórico

En la sociedad en la que vivimos actualmente, se ve bombardeada por estereotipos de cómo se debe vestir, cuáles son las medidas perfectas, cómo debemos comer pero para un adolescente no es tan sencillo, pues si algo no conocen acerca de su peso, en lugar de buscar ayuda profesional de algún nutriólogo lo tratan de solucionar buscando en la redes sociales, las cuales no son confiables y mucho menos acertadas.

Además que se debe tener en cuenta que un adolescente no ha terminado de crecer, y que su peso aún puede cambiar, comencemos por saber en qué etapa se encuentran los adolescentes entre 15 y 16 años.

Algunos autores que tomamos se tomaron en cuenta para la realización de este trabajo con respecto a la adolescencia son Aberastury y Knobel y algunos otros como Bloss (1990: 20), que nos dice que la adolescencia esta principalmente caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la vida y los adolescentes se ven afectados por los cambios que les ocurren en sus cuerpos". Como podemos ver realmente para ellos es muy importante como ocurra esta etapa y mucho más como se ven físicamente, pues de alguna manera buscan ser aceptados por quienes los rodean.

La palabra adolescente proviene del latín " adolescense" que es el principio activo o presente del verbo adolescere, que significa crecer, ir en aumento, aquí se presenta su madurez sexual, su definición biológica, hasta llegar a la edad adulta cuando se vuelven personas económica y emocionalmente independientes.

Los adolescentes con los que trabajaremos se encuentran en la etapa de adolescencia media que abarca de los 15 a los 17 años, "en esta etapa el hallazgo de un objeto heterosexual se hace posible por el abandono de las posiciones sexual y narcisista que lo caracteriza en el desarrollo psicológico de la adolescencia."(Bloss: 132) Pues en esta etapa ya presentan cambios decisivos en comparación con las etapas de la adolescencia anteriores, pues

su vida emocional es más intensa, más profunda y alcanzan a ver otros horizontes.

Para conocer las características del adolescente se tomó en cuenta a Weitzner (2007: 28- 32) las principales son:

Independencia

- Presentan conflictos familiares.
- Puesta a prueba de los valores aprendidos.

Imagen corporal

- Preocupación por el aspecto físico

Adopción de nuevos estilos de vida

- Sentido de pertenencia a grupos o afinidad con sus pares
- Le confieren mucha importancia a los valores del grupo de amigos
- Comienzan las citas heterosexuales

Identidad

- Habilidad intelectual
- Sentimientos compartidos

Por situaciones de verse bien las adolescentes suelen pensar que si no comen adelgazarán más rápido, o que si vomitan lo que comen no subirán de peso cayendo en enfermedades de trastornos alimenticios estas son enfermedades llamadas bulimia y anorexia.

La adolescencia es un período de donde el crecimiento, la maduración y desarrollo sexual acelerados, provoca un aumento en las necesidades alimenticias. En esta etapa la alimentación se constituye por los gustos de los adolescentes y es frecuente que ellos omitan comidas, sobre todo el desayuno; que consuman comidas rápidas, alimentos fritos, dulces y mayormente refrescos. Con frecuencia utilizan dietas para subir o bajar de peso de acuerdo a como consideren su imagen corporal. Al mismo tiempo, no siempre realizan la cantidad de ejercicio físico recomendable en esta etapa de la vida y no llevan a cabo la incorporación de los buenos hábitos de alimentación.

Un trastorno de conducta alimenticia es entonces: una enfermedad mental en la que el miedo a engordar, la manera distorsionada de ver la imagen corporal y el peso, así como un pensamiento obsesivo de la comida llevan a una grave modificación de la conducta alimenticia que provoca problemas médicos y nutriólogicos muy visibles que pueden poner en riesgo la vida de quien lo padece. (Weitzner 2007: 30)

Los trastornos de alimentación en los jóvenes han tenido un gran impacto hoy en día ya que aparecen muchas noticias en la televisión e internet, sobre la anorexia y la bulimia, y esto responde a que en la actualidad los trastornos del comportamiento alimentario, están aumentando de manera alarmante

Según el DEMAC: Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. México (2012), se estima que

- 87% hacen dietas sin prescripción médica,
- 12% presentan bulimia a través de laxantes, diuréticos y provocación del vómito
- 1% adopta conductas de anorexia.
- Un 90 por ciento de los pacientes son mujeres, es decir, por cada 20 mujeres, un hombre la padece.
- La edad promedio en la que inician con los trastornos es a los 17 años de edad.
- Cada año aparecen 20 mil nuevos casos de anorexia.

Por esto consideramos necesario conocer un poco más sobre las principales enfermedades alimentarias tomando en cuenta varios autores que ofrecen su punto de vista ante esta problemática. Comencemos por saber que es la anorexia: el término anorexia (no tener apetito) no es termino muy correcto, puesto que es muy raro que las personas pierdan el apetito. Y en la mayoría de los casos cuando una persona se presenta a pedir ayuda, es porque ya tiene este problema muy desarrollado tanto psicológicamente como físicamente pues ya tiene un nivel de desnutrición muy avanzado.

La edad promedio de inicio de la anorexia nerviosa es de 17 años pero no es específico de esta edad pues comienzan desde los 14 años de edad. (Gorab, 2005:35)

También mencionan que esta es una enfermedad grave pues su tasa de mortalidad se encuentra entre las más altas dentro de las enfermedades psiquiátricas y que el 90 y 95 % son mujeres.

Tinahones (2003: 27)menciona que esta enfermedad tiene su desarrollo cuando las mujeres empiezan a comer cada vez menos hasta acabar deteriorándose física y psicológicamente, teniendo a las mujeres cautivas en una identidad de anoréxicas, diluyendo su capacidad y su potencialidad de asumir responsabilidad por sus actos.

El padecimiento de esta enfermedad nos muestra la visión que tiene una mujer de su propio cuerpo, dejándose llevar por los estereotipos y pensando que el daño que le hace a su cuerpo no es grave sino por el contrario es un bien para verse mejor.

Características

- Vive exclusivamente pendiente de su físico y de su peso
- Animo deprimido
- Bajo autoestima
- Insomnio
- Piel seca y caída de cabello
- Dolor de cabeza y mareo
- Pérdida de masa muscular
- Retención de líquidos o edema
- Disminución de azúcar en la sangre

Las mujeres anoréxicas presentan dos etapas, la primera de ellas el antes de iniciarse en el trastorno alimenticio de la anorexia donde se le puede considerar como buena, responsable, y cumplidora. Y una segunda etapa ya cuando apareció esta enfermedad donde se vuelven hostil, irritable, negativa y desconfiada, pues es una manera de expresar su sufrimiento y malestar psíquico.

Un segundo aspecto es la bulimia que forma parte de los trastornos alimenticios; la bulimia significa “hambre del buey” derivada del griego, el curso de esta enfermedad puede ser crónico o alterno con periodos de remisión que se alternan con atracones.

Es una enfermedad que se puede presentar en la adolescencia pero que muchas veces se detecta hasta la edad adulta. Y para detectar a una persona que padezca esta enfermedad hay algunos requerimientos como los que presentan Crispo, Figueroa y Guelar (1996: 22)

- Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso tal como; vomito auto inducido, exceso de laxantes, diuréticos, u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.
- Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un periodo de tres meses.
- La percepción de sí misma está sumamente influida por la forma corporal y el peso.
- El trastorno no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia.

Son varios los factores que uno puede identificar de esta enfermedad pero no siempre son tan visibles, pues como se manejó en un principio aunque ya padezcan esta enfermedad desde adolescentes no se detecta sino hasta una edad más madura.

La bulimia suele aparecer en la adolescencia pero puede no llegar a una atención médica o nutricional hasta la edad adulta pues es una enfermedad que se ve afectada por atracones por lo que se evoluciona a largo plazo.

Para Gorab Alicia y María del Carmen (2005: 77) un atracón se caracteriza:

- Por la ingesta de alimento en un corto tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- Por la sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento
- Tienen lugar como promedio al menos dos veces por semana durante un periodo de tres a seis meses.

Metodología

La investigación que se llevara a cabo en este proyecto será descriptiva, según Hernández Sampieri (2001: 112), un estudio descriptivo busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis, miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así -y valga la redundancia- describir lo que se investiga.

Se aplicará un cuestionario a los alumnos del Colegio de Bachilleres de segundo semestre para la elaboración del taller de trastornos alimenticios.

El instrumento que se utilizará se retomó de la tesis de licenciatura *“Factores que influye n el los trastornos de la alimentación. Taller preventivo sobre la anorexia y bulimia nerviosa “realizado por Elizabeth Barragán Pérez y Martha Leticia Millán Concepción (UPN, 2003)*

El cuestionario se aplicará a los alumnos del Colegio de Bachilleres Plantel 17, Huayamilpas Pedregal en la colonia Ajusco, previamente se pidió un permiso al orientador Ernesto Galván para llevar a cabo esta actividad.

Capítulo 1. Colegio de Bachilleres

1.1. Historia del Colegio de Bachilleres

El Programa de Desarrollo Institucional (2002:5) menciona que el Colegio de Bachilleres fue creado por decreto presidencial el 26 de septiembre de 1973, con la función de impartir e impulsar la educación correspondiente al Nivel Medio Superior en la modalidad de Bachillerato General con carácter propedéutico terminal. (...) su primera actividad como institución comenzó en Febrero de 1974.

El Colegio de Bachilleres, es una institución educativa del Gobierno Federal con sede en la capital del país, contribuye de manera importante en la demanda de bachillerato general en la zona metropolitana de la Ciudad de México. El sistema escolar atiende a una amplia población estudiantil, que se distribuye en dos turnos. El sistema abierto de esta institución presta los servicios propios de la modalidad en cinco planteles, Colegio de Bachilleres Plantel No. 1. El Rosario, Plantel No. 2. Cien Metros, Plantel No. 3 Iztacalco, Plantel No. 4 Culhuacán y el Plantel No. 5 Satélite y ha extendido su cobertura a empresas, dependencias públicas y organizaciones sociales en el Distrito Federal, en algunos estados del país y en Estados Unidos (<http://www.cbachilleres.edu.mx/>).

El sistema abierto inició su actividad académica en abril de 1976, en sus cinco centros de estudio. Esta modalidad, en sus 36 años de vida académica se ha consolidado como una importante opción educativa para todas aquellas personas que por alguna razón no pueden iniciar o retomar sus estudios de bachillerato en un sistema escolarizado. Mediante el establecimiento, por convenio, de centros de asesoría y de centros de evaluación autorizados, se pueden obtener plazas comunitarias en instituciones como el Consejo Nacional de Educación para la Vida y el Trabajo (CONEVYT), donde se ofrece el bachillerato en línea.

Desde su creación, el Colegio de Bachilleres ha cumplido la misión para la que fue creado, contribuir a la formación de Nivel Medio Superior de los jóvenes mexicanos y su número de egresados es uno de los principales indicadores del cumplimiento. La institución tuvo un crecimiento acelerado durante los primeros

11 años, es decir, de 1974 a 1985, ya que el número de planteles aumento de 5 a 20.

La primera generación egresó al término del semestre 1976-B; desde entonces y hasta diciembre del 2010, el número de estudiantes de la institución subió a 402,869, de los cuales 390,427 concluyeron su bachillerato en la modalidad escolarizada y 12,442 en la modalidad no escolarizada.

1.2. Aspectos generales del Colegio de Bachilleres.

Según los resultados obtenidos en <http://www.cbachilleres.edu.mx/cb/estadisticas/CIFRAS2011B.pdf> el Colegio de Bachilleres atendió en el año 2011 a 90,655 alumnos distribuidos en 2,154 grupos. En el turno matutino el número de alumnos era de 50, 599, de los cuales 19, 512 eran del sexo masculino y 31, 087 del sexo femenino. Mientras que en el turno vespertino el número de alumnos fue de 40, 056. Los estudiantes registrados del sexo masculino fueron 24, 321 y del sexo femenino 15, 825.

Además, la institución cuenta con el apoyo de poco más de 10 mil personas distribuidas en las áreas administrativas, en bibliotecas, laboratorios y salas de cómputo.

Según Martin (1992: p. 15), el Colegio de Bachilleres ocupa un lugar muy importante dentro de la Educación Media Superior en el Distrito Federal y debe brindar el servicio educativo de forma sistemática y continua durante todo el ciclo del bachillerato.

De acuerdo al Decreto de Creación del Colegio de Bachilleres (SEP, 2006) los objetivos generales del Colegio de Bachilleres son los siguientes:

- Que los alumnos egresen con una formación académica integral, de calidad, con motivación e interés por aprender, con adopción de los valores universales que les permitan una adecuada inserción en la sociedad y un buen desempeño en sus actividades académicas o laborales.
- Desarrollar la capacidad intelectual del estudiante mediante la obtención

- y aplicación de conocimientos.
- Conceder la misma importancia a la enseñanza que al aprendizaje.
- Crear en el estudiante una conciencia crítica que le permita adoptar una actitud responsable ante la sociedad.
- Proporcionar formación laboral que permita al estudiante el desarrollo de competencias profesionales para la realización de una función productiva.

Considerando los retos de la educación de México en el Nivel Medio Superior en el 2008, el modelo académico del Colegio de Bachilleres se orienta hacia nuevas prácticas educativas que permitan atender la relación escuela-vida-trabajo, lo que significa la modificación del plan de estudios para el aseguramiento de las condiciones adecuadas para la formación de los estudiantes, por lo tanto en el Programa Operativo Anual (2012: 7) la institución se plantea la misión, visión y valores que le permitan alcanzar los objetivos deseados.

La Misión del Colegio de Bachilleres es: Formar ciudadanos competentes para realizar actividades propias del momento en el que viven y de las condiciones científicas, tecnológicas, históricas, sociales, económicas y políticas, para que aquellos conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes adquiridas, puedan ser utilizadas de manera integral a lo largo de su vida.

La Visión que se plantea el Colegio de Bachilleres es ser una institución educativa con liderazgo académico y prestigio social, con estudiantes de excelencia, comprometidos consigo mismos y con la sociedad; en instalaciones equipadas, seguras y para un mejor desempeño de los alumnos y con procesos administrativos eficientes que favorezcan la formación de bachilleres competentes para la vida.

Los valores en el Colegio de Bachilleres son pilares fundamentales ya que con ellos se define como institución, porque los valores de una organización son los valores de sus miembros y especialmente los de sus directivos. Los valores principales del Colegio de Bachilleres son: Calidad, Confianza, Colaboración, Constancia, Disciplina, Comunicación, Compromiso, Corresponsabilidad,

Competencia, Cambio permanente, Claridad, Transparencia, Certificación, Evaluación, y Conservación del Medio Ambiente.

1.3. Estructura Curricular

La propuesta educativa que realiza una institución se debe a la relación entre los objetivos, el nivel de formación que imparte y la temática que ha de impartirse, de esta manera se constituye el currículum. En él se establecen los propósitos de la institución, las necesidades sociales que deben de satisfacer y los medios con los que se cuenta para hacerlo posible.

Desde su fundación el Colegio de Bachilleres, mantiene la estructura curricular que pertenece al Bachillerato General (SEP, 2006).

Perfil de Ingreso

La institución no establecía un perfil de ingreso para los aspirantes que pretenden ingresar, pero a partir de su integración a Comisión Metropolitana de Instituciones Públicas de Educación Media Superior (COMIPEMS) se definen ciertas características como son: Edad (entre 14 y 19 años), presentar el examen de selección aplicado por la COMIPEMS, presentar certificado de secundaria, además de los requisitos necesarios para presentar el examen de admisión.

Perfil del Egresado.

El Colegio de Bachilleres tiene como propósito el formar ciudadanos competentes que puedan desempeñarse de manera adecuada en los estudios, el trabajo y la vida, para cumplir con las competencias necesarias para tener una buena calidad de vida.

1.3.1. Plan de Estudios.

El plan de estudios del Colegio de Bachilleres, establece la organización de las competencias que deben desarrollarse y establecer las bases para poder desarrollar los planes de estudio.

Según Huerta y Mondragón (2011, p. 46- 47), el plan de estudios del Colegio de Bachilleres se divide en distintas fases, dependiendo el semestre que cursen los alumnos, además de que en ambas modalidades (escolarizada y no escolarizada), el Plan de Estudios del Colegio se organiza en tres Áreas de formación: Básica, Específica y para el Trabajo.

El Área de Formación Básica donde se integra el conjunto de materias que representan los conocimientos que se consideran indispensables para todos los estudiante del bachillerato, por ser los más importantes, representativos y necesarios de los diversos campos del conocimiento humano.

En esta área se proporcionan los elementos teóricos y la metodología básica del conocimiento científico, humanístico, de la naturaleza y la sociedad, los cuales son necesarios para la formación de los alumnos. Los campos del conocimiento que abarca son: Matemáticas, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Lenguaje - Comunicación y Metodología - Filosofía.

La segunda área es la de Formación Específica, donde se fortalecen los conocimientos, habilidades, valores y actitudes para profundizar en diversos ámbitos del saber, lo que influye en la decisión y definición de sus expectativas

Vocacionales, además de favorecer la formación propedéutica a través de materias optativas.

Y por último el Área de Formación para el Trabajo reconoce el valor de la producción como trabajo, las responsabilidades que implica y las condiciones en que se desarrolla. Esta área contribuye en el proceso de construcción de vida del estudiante en el ámbito laboral, a través de situaciones que le permitan adquirir conocimientos, habilidades, actitudes y destrezas para formar parte de algún bien o servicio, y de esta manera satisfacer sus necesidades tanto materiales como personales.

Es por esto que el Colegio de Bachilleres ofrece un conjunto de opciones de capacitación de las cuales el alumno elige una para obtener una capacitación técnica. Así, en caso de ser necesario, los estudiantes se incorporan al mundo del trabajo y simultáneamente tienen la posibilidad de continuar sus estudios a nivel superior.

Con lo anterior se rediseñó la oferta educativa del Colegio de Bachilleres, que opera desde el semestre 2010-B, con las siguientes características:

El alumno cursará:

* 44 asignaturas obligatorias de formación básica equivalente a 262 créditos.

* 4 asignaturas optativas de formación específica, equivalente a 24 créditos.

* 1 Grupo ocupacional de formación para el trabajo que puede tener de 5 a 7 módulos en 28 salidas ocupacionales equivalente a 40 créditos. Actualmente, el Colegio de Bachilleres, cuenta con 9 capacitaciones técnicas: Administración de Recursos Humanos, Biblioteconomía, Contabilidad, Dibujo Arquitectónico y de Construcción, Dibujo Industrial, Administración de Empresas Turísticas, Informática, Laboratorista Químico y Organización y métodos.

Al finalizar el ciclo el total de créditos será de 326.

Aun cuando los más de 3,300 docentes del Colegio cuentan con una formación pedagógica y disciplinaria que les permite planear e impartir sus clases y elaborar materiales didácticos, las prácticas docentes están centradas en el contenido más que en el aprendizaje; en la modalidad no escolarizada se ha impulsado el uso de tecnologías a través de materiales didácticos multimedia, de la sistematización de la evaluación, y de prácticas educativas innovadoras. En el ciclo 2007-2008, el 53.5% de los profesores habían aprobado por lo menos un curso del programa de actualización. (Colegio de Bachilleres, 2008).

1.4. Servicios Académicos

Apoyan el proceso de aprendizaje de los estudiantes a través de su participación en diversas actividades, uso de materiales y equipo que permiten perfeccionar sus habilidades y estrategias de aprendizaje para un mejor desempeño escolar. Comprende los servicios de orientación escolar, cómputo, laboratorio y biblioteca. El servicio de orientación escolar desarrolla actividades que contribuyen a la formación integral del joven y apoyan su incorporación a la institución promueven la mejoría de sus habilidades, métodos y técnicas de estudio para lograr un óptimo desarrollo escolar, fortalecen su reflexión y

valoración de intereses personales y aptitudes vocacionales, para una correcta decisión respecto a su futuro profesional y laboral.

Además, el servicio de orientación procura apoyar el adecuado desarrollo personal, que optimice el avance académico y la superación individual. Los laboratorios están a su disposición para descubrir y observar fenómenos de las ciencias naturales y experimentar vivencias científicas, construyendo paso a paso su propio conocimiento.

1.4.1. Orientación Educativa en el Colegio de Bachilleres.

La Orientación es un servicio educativo de apoyo al estudiante en diferentes momentos del proceso de formación, para favorecer su desempeño escolar, apoyarlo en la toma de decisiones, así como propiciar su bienestar individual y social. Este servicio se basa en estrategias basadas en conocimientos científicos y principios éticos que acompañan al estudiante en su proceso de desarrollo tanto personal como social.

El servicio de Orientación Educativa se divide en tres áreas: Psicopedagógica donde se promueve la adaptación del estudiante a la institución para que de esta manera se desarrollen las competencias, además de atender necesidades que se relacionan con el proceso de aprendizaje.

El área Vocacional promueve la toma de decisiones para que ellos sean capaces de elegir desde las asignaturas que desean tomar hasta la decisión de cuál será su profesión en el futuro.

El área de apoyo psicosocial y de la salud, tiene como objetivo el desarrollo de habilidades que permitan al alumno enfrentar con madurez las situaciones que se le presenten a lo largo de su vida, además de fomentar la cultura de la salud tanto física como emocional.

La integración de los servicios de Orientación Educativa, permite llevar a cabo acciones que tengan un impacto significativo en el desarrollo académico y personal de los alumnos.

1.5. Planteles del Colegio de Bachilleres.

El Colegio de Bachilleres inició sus actividades académicas en febrero de 1974, sus primeros cinco planteles fueron:

- Plantel 1 El Rosario: Avenida de las Culturas s/n, entre Mecánicos y Cultura Griega, Unidad Infonavit El Rosario, C.P. 02430. Azcapotzalco, Distrito Federal
- Plantel 2 Cien Metros "Elisa Acuña Rossetti": Eje Central Lázaro Cárdenas s/n, entre Avenida de las Torres y Poniente 152, Colonia Industrial Vallejo, C.P. 07729. Gustavo A. Madero, Distrito Federal.
- Plantel 3 Iztacalco: Prolongación Francisco del Paso y Troncoso s/n, entre Tezontle y Apatlaco, Unidad Infonavit Iztacalco, C.P. 08900. Iztacalco, Distrito Federal.
- Plantel 4 Culhuacán "Lázaro Cárdenas": Rosa María Sequeira s/n esquina con Manuela Sáenz 6ª. Sección de la Unidad Infonavit-Culhuacán, C.P. 04480. Coyoacán, Distrito Federal.
- Plantel 5 Satélite: Prolongación Ezequiel A. Chávez s/n esquina con Circuito Museos, Colonia Bellavista Satélite, C.P. 54080. Tlalnepantla, Estado de México.

Dichos planteles recibieron en ese año a 11 800 alumnos. El crecimiento de la demanda favoreció la apertura de 11 nuevos planteles:

- Plantel 6 Vicente Guerrero: Avenida Díaz Soto y Gama s/n, entre Anillo Periférico y Campaña del Ébano, Unidad Vicente Guerrero, C.P. 09200. Iztapalapa, Distrito Federal.
- Plantel 7 Iztapalapa: Guerra de Reforma s/n casi esquina con Leyes de Reforma, Colonia Leyes de Reforma, C.P. 09310. Iztapalapa, Distrito Federal.
- Plantel 8 Cuajimalpa: Calle Ingeniero José María Castorena No. 150, cerca de Avenida San José de los Cedros, Colonia El Molinito, C.P. 05310. Cuajimalpa, Distrito Federal

- Plantel 9 Aragón: Avenida 1527 s/n, entre Calle 414-A y Francisco Morazán, 6a. Sección de la Unidad San Juan de Aragón, C.P. 07920. Gustavo A. Madero, Distrito Federal.
- Plantel 10 Aeropuerto: Avenida Adolfo López Mateos s/n y Prolongación Río Churubusco, Colonia Ampliación Aviación Civil, C.P. 15740. Venustiano Carranza, Distrito Federal.
- Plantel 11 Atzacolco: Calle Profesor Claudio Cortés s/n, esquina con Avenida San Juanico, Colonia Gabriel Hernández, C.P. 07080. Gustavo A. Madero, Distrito Federal.
- Plantel 12 Nezahualcóyotl Avenida Lázaro Cárdenas s/n, esquina con Circuito Universitario, Colonia Benito Juárez, C.P. 57000. Ciudad Nezahualcóyotl, Estado de México
- Plantel 13 Xochimilco “Quirino Mendoza Cortés”: Antiguo Camino a Xochimilco s/n, casi esquina con Avenida Acueducto, Colonia Ampliación Tepepan, C.P. 16020. Xochimilco, Distrito Federal.
- Plantel 14 Milpa Alta “Fidencio Villanueva Rojas”: Avenida Jalisco # 49, Milpa Alta Centro, C.P. 12000. Milpa Alta, Distrito Federal
- Plantel 15 Contreras: Río Barranca del Rosal s/n, entre Dalia y Nube. Fraccionamiento El Toro, C.P. 10610. Magdalena Contreras, Distrito Federal.
- Plantel 16 Tláhuac “Manuel Chavarría Chavarría”: Océano de las Tempestades s/n, esquina con Monte de las Cordilleras, Fraccionamiento Selene, Colonia San Francisco Tlaltenco, C.P. 13420. Tláhuac, Distrito Federal.

En 1979 se establecieron los planteles

- Plantel 17: Huayamilpas- Pedregal: Huitzilopochtli s/n, esquina con Tarascos, Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal, C.P. 04300. Coyoacán, Distrito Federal.
- Plantel 18 Tlilhuaca-Azcapotzalco: Manuel Salazar s/n, entre Ramón Álvarez y Lucio Blanco, Colonia San Juan Tlilhuaca, C.P. 02400. Azcapotzalco, Distrito Federal.

- Plantel 19 Ecatepec: Avenida R-1 s/n, entre Avenida México y Calle Águila, Colonia Jardines de Cerro Gordo, C.P. 55100. Ecatepec de Morelos, Estado de México.

Se encuentran distribuidos en estas zonas:



Finalmente, en febrero de 1985, empezó a funcionar el plantel número 20 Del Valle “Matías Romero” cuya ubicación es: Calle Matías Romero 422, entre Gabriel Mancera y Nicolás San Juan, Colonia Del Valle. C.P. 03100 Benito Juárez, Distrito Federal.

Esta investigación trabajó en el Colegio de Bachilleres Plantel No. 17 Huayamilpas- Pedregal.

1.5.1. Colegio de Bachilleres Plantel 17 Huayamilpas-Pedregal

Historia

La fecha oficial de creación de este plantel se reporta como el 7 de marzo de 1979 y se localiza en sur-poniente de la capital del país, Huitzilopochtli s/n, esquina con Tarascos, Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal, C.P. 04300 en la Delegación Coyoacán, habiendo sido su matrícula inicial del orden de los 432 alumnos. La directora actual del plantel es Carolina Rosa María Valle Mejía. El plantel cuenta con el apoyo de 316 personas distribuidas en las áreas administrativas, en bibliotecas, laboratorios y salas de cómputo. En cuanto a la infraestructura cuenta con 27 aulas, 5 laboratorios y una biblioteca. En el periodo 2011- B, la matrícula era de 2202 alumnos distribuidos en 56 grupos.

Este colegio cuenta con 3 diferentes capacitaciones: Informática, Contabilidad y Biblioteconomía

Mapa de ubicacion del colegio de bachilleres plantel 17



Última actualización el Martes, 08 de Julio de 2014 09:34

Capítulo 2

Adolescencia

2.1. ¿Qué es adolescencia?

El término adolescencia procede del verbo latino *adolescere*, que significa crecer, y se refiere más al periodo global de esta etapa de la vida en que “mientras está creciendo” se desarrolla la personalidad. Nicolson (2002: 10) menciona que “la adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta. Es un periodo de desarrollo biológico, social, emocional y cognitivo [...] Se considera que comienza aproximadamente entre los 10 y 13 años y termina entre los 18 y los 22 años”.

La adolescencia es ese estado en que el joven puede sentirse confundido, porque ya no se es niño/niña, pero tampoco se es un adulto. Son años de rápidos y profundos cambios físicos, psicológicos, sociales y culturales que van transformando al niño de escasa madurez, en un adulto joven.

Para Ituarte (1994: 37) durante este periodo de grandes cambios y adaptaciones, el chico o la chica pasan por momentos de inseguridad y de incertidumbre, lo que produce un exceso de emotividad que se manifiesta de diferentes maneras en cada persona. Dependiendo de su contexto y de la aceptación de los cambios que se presentan por delante.

Son años determinantes de un proceso muy importante para el futuro del adolescente ya que tanto las transformaciones de su cuerpo, como el desarrollo de la personalidad van a fijar y marcar las características y la vida del adulto.

En la adolescencia se presentan varios cambios, cambios en el cuerpo, la forma de alimentarse, un nuevo ritmo de actividad y también la forma en que descansan. De la misma manera cambian sus roles sociales ya que en esta etapa su nivel de responsabilidad aumenta pero también su curiosidad ya no tomará todo lo que sus padres dicen por bueno, sino que las reglas las creencias, las cuestionará, experimentará, investigará con todo el miedo y toda la osadía que eso requiere.

No hay una fecha para el comienzo de esa transformación. Cada niño es diferente a otro y hay una amplia y normal variedad en el comienzo de la adolescencia.

En su libro Nicolson y Ayers (2002: 32- 33) dividen en etapas el desarrollo de la adolescencia.

- *Periodo de latencia:* Se produce antes de la adolescencia y es una oportunidad donde el ego y el superego dominan los deseos biológicos.
- *Pre-adolescencia:* Se produce el aumento del deseo sexual y agresividad que al ego le resulta difícil de controlar, la ansiedad provocada por estos conflictos genera mecanismos de defensa.
- *Adolescencia temprana;* en esta fase se alcanza la pubertad y comienza el proceso de separación de las primeras relaciones objétales. Los adolescentes idealizan sus amistades buscando en otros aquellos atributos deseables de los que carecen. Es una etapa donde pueden sentirse confundidos y como consecuencia pueden iniciar una vida emocional agitada. .
- *Adolescencia tardía;* entre los quince y dieciséis años y los diecinueve y veinte años se forma una identidad sexual estable, han conseguido sentido de autonomía y se consideran personas independientes. Esta etapa, es donde nos enfocaremos para llevar a cabo la propuesta de taller, pues es en esta edad donde se ubican los adolescentes del Colegio de Bachilleres Plantel 17.
- *Post-adolescencia:* Es la transición entre adolescencia y edad madura. Las tareas de este periodo son descubrir salidas socialmente aceptables hacia las que puedan dirigir sus impulsos biológicos.

Adolescencia tardía

Peter Blos (1990) menciona diferentes características de la adolescencia tardía, que son: un arreglo estable de las funciones e intereses del adolescente, autonomía, una posición sexual irreversible (consolidación de la identidad sexual, madurez en las relaciones interpersonales y una mejor

relación con la familia. El aumento de su autonomía y de sus capacidades intelectuales le lleva al desarrollo de objetivos que se acercan más a la realidad

Esta etapa de la adolescencia es un punto donde ocurren cambios decisivos y por consecuencia un tiempo de crisis, que someten la capacidad integrativa del individuo que en algunas ocasiones termina en fracasos. También es importante mencionar que es en esta etapa donde se forma la consolidación de la personalidad y existen varios aspectos como los instintos, fortalecimiento del yo, problemas de identidad sexual que es necesario resolver como parte del desarrollo integral de los jóvenes.

2.2. Cambios físicos

La adolescencia es a nivel fisiológico el cambio más violento e intenso que padece una persona a lo largo de su vida. Los cambios fisiológicos comienzan a surgir desde el hipotálamo a la hipófisis pues de estos parte una señal en forma de factores hormonales, que comienzan a estimular el ovario, de manera que comienza a segregar hormonas sexuales femeninas que son los estrógenos y progesterona que provocará cambios físicos como el crecimiento del vello púbico y en las axilas, un cuerpo más curvilíneo, el crecimiento de la vagina y el útero, así como de los senos.

Este cambio afecta al organismo en general y muy específicamente a los órganos genitales y a las funciones sexuales, y por supuesto que repercute en el plano psíquico. Las modificaciones biológicas y morfológicas que van sucediendo en el cuerpo, suscitan muchas veces en el adolescente situaciones extrañas, como si no fuera el cuerpo propio el que ven o sienten.

En su fase biológica el proceso comienza en la pubertad, etapa que se extiende entre los 10 y los 12 o 13 años, y se pone en marcha por un mensaje endocrino que se acompaña de una explosión hormonal.

Desde el cerebro parte una señal que estimula a los ovarios y los testículos que comienzan a segregar sus hormonas, estrógenos y progesterona en la mujer y andrógenos en el hombre, lo que provoca el desarrollo de las características sexuales primarias: agrandamiento del pene y los testículos en el varón y del útero y la vagina en la mujer.

Además de otras características, que menciona (Ituarte 1994: 40) que se presentan en la siguiente tabla:

Mujeres	Hombres
Desarrollo progresivo de las mamas	Aparece el vello pubiano y axilar
Aparición de curvas en general que se producen por el depósito de grasas	Crecimiento de la varaba
Crecimiento de vello pubiano y axilar	Retrocede la línea de la frente
Primera menstruación	Cambio de voz
Desarrollo de la pelvis	Ligera ginecomastia (aumento del tamaño de las mamas que es temporal)
Preparación del cuerpo para la reproducción, embarazo y parto	Comienza eyaculaciones involuntarias nocturnas
	Desarrollo de la masa muscular
	Aparición del semen

Existen muchos cambios físicos que se producen en la adolescencia, los más notables son los sexuales, cambios en la talla y en el peso. “por desgracia mucho después que se han adquirido la mayoría de los rasgos de la maduración física pueden seguir persistiendo rasgos de personalidad infantil... la madurez física no se correlaciona con la disponibilidad para el matrimonio, la independencia económica y las responsabilidades vocacionales” Grinder (1970: 17)

Desarrollo Sexual

El desarrollo sexual en la adolescencia es un proceso progresivo tanto en las niñas como en los niños. Frontera (2005: 71) menciona que el pediatra inglés J. M. Tanner define cinco estadios en cada sexo.

En las mujeres:

- *Estadio 1.-* Las mamas son infantiles y solamente el pezón está ligeramente sobre elevado en forma de botón. El botón mamario marca el comienzo de la pubertad en las niñas. El vello púbico no existe como tal, solo hay una pelusa infantil o prepuberal.
- *Estadio 2.-* Ya existe un claro brote mamario. La areola y el pezón sobresalen como un pequeño cono, la areola ha aumentado de diámetro. Comienza a crecer el vello púbico, que es escaso, lacio y poco pigmentado distribuido a lo largo de los labios mayores.
- *Estadio 3.-* Ha aumentado el crecimiento de la mama, que ya sobresale elevada, aunque todavía están en un mismo plano la mama y la areola. El vello púbico ya es rizado y pigmentado, aunque todavía poco abundante.
- *Estadio 4.-* La areola y el pezón firman una segunda elevación por encima de la prominencia de la mama. El vello púbico ya es de tipo adulto y crece hacia los pliegues inguinales.
- *Estadio 5.-* El desarrollo mamario ya es total. El vello púbico se extiende de forma horizontal, lo que se llama patrón femenino y crece también en la cara interna de los muslos.
-

En el hombre también se distinguen los 5 estadios de Tanner:

- *Estadio 1.-* Es el estadio infantil. Todavía no ha comenzado el crecimiento de testículos, escroto y pene, que tienen el mismo tamaño que en la infancia.
- *Estadio 2.-* Se produce un agrandamiento del escroto y de los testículos, pero todavía no del pene. La piel del escroto se vuelve más delgada, roja y arrugada. El vello pubiano es escaso, lacio y poco pigmentado. Está limitado a la base del pene.
- *Estadio 3.-* Continúa el agrandamiento de testículos y escroto además se agranda el pene sobre todo en longitud. El vello pubiano está ya pigmentado y rizado, aunque todavía es escaso y se distribuye en la base del pene.
- *Estadio 4.-* Los testículos y el escroto ya tienen el tamaño adulto y continúa el agrandamiento del pene, con desarrollo del glande. El vello

pubiano ya es de tipo adulto y crece hacia los pliegues inguinales, sin embargo aún no crece en la cara interna de los muslos.

- Estadio 5.- Tanto los genitales como el vello están totalmente desarrollados

Altura en la adolescencia

Al hablar de la altura normal, esta puede ser muy variable, esta depende de muchos factores entre estos el más importante es el genético, es decir la altura de los padres que transmiten mediante los genes la potencialidad del crecimiento del hijo.

Peso normal y anormal

El peso normal tiene una mayor variabilidad que la talla, aunque este también tiene una naturaleza determinada por los genes que los padres heredan al adolescente, sin embargo este está influido principalmente por factores externos:

1.- La alimentación: El peso del adolescente es mayor cuando este ingiere mayor número de nutrientes y de energía, también influye el tipo de alimentos que se consuman, es decir la proporción entre los diversos alimentos.

2.- La forma de vida: El estilo de vida del adolescente, que se caracteriza por ser sedentario y no tener actividad física, tiende a aumentar el peso. La vida más activa con la práctica de ejercicio, tiende a disminuir el peso.

Las modificaciones que se operan en el cuerpo y en la mente de los jóvenes dependen de una pequeña glándula, que tiene el tamaño aproximado de un chícharo llamada hipófisis. Esta glándula está suspendida mediante un pedúnculo en la base del cerebro y secreta hormonas que viajan a través del torrente sanguíneo, a todo el cuerpo. Todo esto sucede gracias al gran reloj biológico que llevamos dentro de nosotros todos los seres humanos (Ituarte 1994 p 39). A partir de aquí es que el adolescente pasará por cambios físicos y psicológicos.

2.3. Cambios Psicológicos

En la adolescencia se produce un desarrollo cognitivo ya que el adolescente se encuentra en un momento crucial para consolidar su identidad, su autonomía y su integración a los distintos grupos. (Musitu, 2001 p 12)

No todos los adolescentes se desarrollan de la misma manera, existen muchos factores que influyen y que a veces en esta etapa no los notan, pero el contexto definitivamente es un factor que puede acrecentar o retrasar la madurez de un adolescente, dado que en determinados lugares es necesario madurar rápidamente pues tienen que trabajar o formar rápidamente parte de un mundo de adultos. Pues es necesario recordar que la adolescencia no significa lo mismo para los pobladores de distintos países y contextos.

Durante la etapa de la adolescencia a lo que Ituarte llama (1994 p.37) “periodo de tempestades y conflictos” en realidad representa una etapa problemática en la que el adolescente lucha por llegar a la madurez. Que a su vez también es una etapa de experiencias nuevas, emociones nuevas, así como nuevas esperanzas para la construcción de una mayor oportunidad para un desarrollo personal.

En esta etapa de cambios él y la adolescente atraviesan por muchos momentos de inseguridad y de incertidumbre, lo que origina en ellos una mayor emotividad que se muestra de diferente forma en cada persona, dependiendo como se mencionaba anteriormente del contexto en el que se desarrolle.

El adolescente busca su identidad y algunas veces sigue los modelos de las personas que son importantes para él. Al no saber si aún es un niño o un adulto, el adolescente se encuentra en un proceso de duelos que de acuerdo con Aberastury (2002: 10) son los siguientes:

- 1.- Duelo por la pérdida del cuerpo infantil: Al vivir una serie de cambios físicos que se reflejan en la imagen corporal.
- 2.- Duelo por el rol y la identidad infantil: Al sentir cierta obligación a renunciar a la dependencia y adquirir nuevas responsabilidades que desconoce.

3.- El duelo por sus padres: El adolescente sigue tratando de encontrar refugio en sus padres, pero al mismo tiempo los rechaza queriendo hacer notar su independencia.

En ocasiones la emoción en los adolescentes se presenta como una conducta antisocial, en otras como una conducta rebelde, aunque también hay momentos de mucha felicidad así como de una desbordante alegría, que los expresan con carcajadas, pero también con alborotos.

El contexto en el que se desenvuelve un adolescente es muy importante pues ante muchas situaciones, ya sean fáciles o difíciles, reaccionarán de diferente manera, pues un adolescente que haya pasado por alguna crisis en su familia, en la mayoría de los casos no enfrentará los problemas de la misma manera que un adolescente que ha vivido en una familia más estable. Pues quien ha vivido en una familia estable aprenderá a afrontar los problemas con mucha más calma, mientras quien no ha vivido en una situación así será exagerado ante las circunstancias a las que se enfrenten.

“En la adolescencia hay cambios notables en los estímulos que provocan emociones, así como también hay modificaciones en la forma de respuesta emocional. Sin embargo, hay similitud entre las emociones de la infancia y las de la adolescencia, tanto de un periodo como en otro, las emociones dominantes tienden a ser desagradables: principalmente el temor y la ira en sus diversas formas, el pesar, los celos y la envidia. Las emociones placenteras (alegría, afecto, felicidad o curiosidad) son menos frecuentes y menos intensas, en particular en los primeros años de la adolescencia” Hurlock (cit. en Ituarte 1994: 39)

A estas emociones se les puede agregar la soledad que los adolescentes presentan, una soledad por la poca confianza en sí mismos que en ocasiones intentan llenar relacionándose con otras personas. Pues han dejado la comunicación con sus padres o si la hay es muy escasa, por lo que se relacionan con otros adolescentes, buscando en ellos muchas veces el consejo sin darse cuenta de la inexperiencia que tienen los mismos, en la mayoría de los temas de interés.

En temas de salud a veces el mal consejo o las malas fuentes de información que busca el adolescente junto con los sentimientos de inseguridad, temor y

duda de sí mismo pueden interferir con el buen comportamiento en torno a la salud, es por esto que es importante que se conozcan a sí mismos como lo que ocurre con sus emociones y su físico para evitar caer en enfermedades como son los trastornos alimenticios.

2.4. La familia del adolescente

Con respecto a la familia esta se conforma de diversas maneras, no importa quienes sean los miembros de la misma ya que estas varían dependiendo del contexto en el que se ubiquen sin embargo en todas las familias se transmitirán los valores, afectos y creencias que dependerán de la cultura a la que pertenezca la misma.

También en el seno familiar se da el sostén emocional, se les enseña a convivir para las relaciones que desarrollen los adolescentes, se les enseña a ser responsables y a afrontar las consecuencias de sus actos, todo esto tiene la finalidad de prepararles para vivir en sociedad.

Un aspecto más en cuanto a la familia se refiere a que ya no buscará el refugio y la protección de sus padres, sino que comenzará a dejarles atrás, rebelándose, a veces criticándolos ya no viéndolos tan ideales y perfectos pero capaces de seguir brindándole protección y apoyo ya no como si fuera un niño, sino como un adolescente.

Es durante la adolescencia que el joven intentará siempre la negociación en cuanto al hecho de romper lazos con sus padres y adquirir la independencia que tanto buscan. Por esto mismo existe la importancia de que los padres aprendan a negociar en cuanto a los tiempos, deberes, deseos, su lenguaje e incluso la forma en la que visten.

Aunque como dice Crispo y Guelar (2002: 57) el hijo adolescente parece por momentos, un extraño y la mejor forma de llegar a un adolescente dependerá de la relación entre padres e hijos desde la infancia.

En esta etapa los padres deben de aceptar el crecimiento y desarrollo de sus hijos, tener en cuenta que el adolescente tomará decisiones que a veces no van con las expectativas que los mismos tienen, lo que probablemente

ocasionará conflictos que en la mayoría de las ocasiones serán difíciles de manejar y aceptar. Pero los padres deberán aceptar que el adolescente debe adquirir su propia identidad, aunque esta no concuerde con lo que los padres quieran o busquen para sus hijos.

2.5. La escuela y los adolescentes

Los adolescentes sufren de problemas escolares, y no es precisamente porque su inteligencia sea baja, sino que pueden fracasar o rendirse debido a muchos factores, que actúan como obstáculos para su rendimiento escolar. Los adolescentes muchas veces experimentan dificultades si sus mecanismos de afrontamiento en diversos aspectos evolutivos como son el cambio de escuela, el cambio de nivel de escolaridad y aprender de formas nuevas y desconocidas. Algunos factores que influyen en los problemas escolares son según Nicolson y Ayers (2002: 89-91) son:

La ansiedad, puede provocar que los adolescentes tengan tropiezos para resolver exámenes, hablar en público y hacer preguntas cuando no entiendan algo. La depresión es otro factor que puede provocar que los alumnos abandonen la escuela, si sufren problemas económicos, familiares, e incluso problemas de salud.

Otro factor que influye en los problemas escolares, es el duelo, la pérdida de una persona querida o importante incluso el cambio de un profesor puede causar conflictos de identidad, y provocar en los alumnos falta de rendimiento escolar, y la sensación de que los estudios no tienen sentido. Sin embargo, existen más razones por las cuales los adolescentes tienen dificultades académicas, como el estrés, problemas físicos y psicológicos y por razones académicas como son malas técnicas de estudio, algunos temen al fracaso y otros al éxito, y en algunos casos cursan estudios que no son adecuados para sus intereses y no se esfuerzan.

2.6. Los amigos de los adolescentes

En la adolescencia muchas son las cosas que influyen a las y los adolescentes, una de ellas son los amigos, pero ¿cómo comienza esta búsqueda de amigos?, en primer lugar por encontrar un grupo en el que se sienten cómodos con su manera de hablar, sentir, pensar, vestir, etc.

Los amigos son quienes aceptan al adolescente a pesar de sus defectos, quienes valoran sus cualidades y que están presentes de manera agradable y constante en la vida de los mismos, que disfrutan junto pero que también se preocupan junto con el amigo, que viven las mismas aventuras y también resuelven los mismos problemas. (Ituarte 1994: 109). Para los adolescentes es encontrar en estas personas un espacio en donde no se le juzgue, encontrar esas amistades con quien ser único sin temer a lo que ellos piensen o digan acerca de él.

Aunque si se habla de un amigo en la adolescencia también es importante tomar en cuenta que son inestables y por lo mismo en cuanto a un amigo se refiere hoy puede estar bien con él y al día siguiente odiarlo.

Los amigos en la actualidad son parte de la vida social de los adolescentes, Los grupos de amigos han sido definidos consistentemente como contextos en los que predomina la confianza, la ayuda mutua y, en general, el afecto. (Mitzel citado en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N100-1.pdf>, 2005).

Es por esto que gran parte de las dudas que en ellos se generan, las resuelven en el mismo entorno con sus amistades, pues al ser estos sus iguales, la confianza para tratar temas que probablemente no hablan con sus padres e incluso con sus doctores, con ellos si exista la confianza para resolver las dudas que se les presenten.

2.7. Problemas que se presentan en la adolescencia

Cuando se habla de adolescencia podemos decir que es la etapa en que los trastornos de la alimentación se desarrollan debido a que es un periodo donde hay muchos cambios tanto corporales, como sexuales y psicológicos. Las mujeres forman el 90% de las personas que se ven afectadas por estos trastornos ya que viven en una sociedad que les dice que las mujeres deben ser atractivas físicamente.

La alimentación durante la adolescencia es muy importante porque los adolescentes están creciendo y en estas edades se forjan hábitos alimentarios que repercuten en la salud a largo plazo. Los jóvenes son cada vez más

autónomos y escogen lo que comen fuera de casa basándose en su grupo de referencia y en su poder adquisitivo.

Weitzner (2007: 28-32) menciona que:

La adolescencia es un período de crecimiento, maduración y desarrollo sexual acelerados, lo que provoca un aumento de las necesidades nutricionales. En esta etapa la alimentación comienza a estar regida por sus propios gustos y es frecuente que los adolescentes omitan comidas, sobre todo el desayuno; que consuman comidas rápidas, alimentos fritos, refrescos y dulces. Esta situación da origen a cuadros como obesidad, malnutrición, anemia, falta de vitaminas y minerales. [...] Por otra parte, con frecuencia utilizan dietas para subir o bajar de peso de acuerdo a como consideren su imagen corporal. Al mismo tiempo, no siempre realizan la cantidad de ejercicio físico recomendable en esta etapa de la vida y es así como la adolescencia es un momento clave para la incorporación de los buenos hábitos de alimentación.

Capítulo 3

Trastornos alimenticios

3.1 Algunos datos estadísticos sobre trastornos alimenticios:

Los trastornos alimenticios han pasado de ser casos extraños en las adolescentes a ser un padecimiento común en esta época. Surgen como consecuencia de la forma de vida, de los modelos estéticos que dominan la sociedad, de problemas psicológicos y de autoestima. Tratar los problemas de alimentación es de necesaria importancia para la salud física y psicológica de todas las personas que los padecen.

1. La anorexia es la tercera enfermedad más frecuente entre las adolescentes después del asma y la obesidad.
2. Más de 4 millones de mexicanos padecen bulimia y/o anorexia.
3. Se registran alrededor de 20 mil casos anuales.
4. La edad promedio en la que inician los trastornos es a los 17 años.
5. Los casos de anorexia y bulimia se han quintuplicado en los últimos años.
6. Entre 10 y 20% de quienes las padecen, fallece.
7. La anorexia y bulimia son enfermedades mentales.
8. La anorexia y bulimia son enfermedades que no discriminan edad ni situación social, ha permeado a todas las clases sociales incluyendo el ámbito rural.
9. Pueden ser mortales.
10. No son sólo enfermedades de adolescentes, se pueden dar en niños y en personas adultas.

Cada año mueren en el mundo 10 mil niñas y adolescentes de Anorexia y Bulimia (<http://www.ellenwest.org/>)

1. Una de cada 3 mujeres está a dieta permanente.
2. Las niñas se empiezan a preocupar por hacer dieta desde los 6 años de edad.
3. La anorexia es la tercera enfermedad crónica más común en los adolescentes.

4. Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) tienen la tasa más alta de mortalidad entre las enfermedades mentales en adolescentes.

Según la revista Salud Mental (2012) con datos provenientes de la Encuesta Mexicana de Salud Adolescente, en una muestra de 3005 adolescentes de entre 12 y 17 años residentes del Distrito Federal, se obtuvieron los siguientes resultados:

0. 5% de los encuestados presenta Anorexia de los cuales 51% son hombres y 49% mujeres, la edad media es de 15. Años, sin embargo solo el 17.3% recibe tratamiento.

El 1% de los encuestados padece bulimia, de estos el 69.5% son mujeres y 30.5% son hombres, la edad media es de 15.2 años y reciben tratamiento el 24.30%.

Como medida drástica para acabar con estos trastornos, los adolescentes algunas veces presentan conductas suicidas, según las encuestas:

De los que padecen anorexia

28.2 % Tienen una idea suicida, 19.5% cuentan con un plan de suicidio y sólo el 9.8% hace un intento por suicidarse.

De los que padecen bulimia 40.2% tienen ideas suicidas, 14.9% tienen un plan de suicidio y el 16.8 % intenta suicidarse.

Informó Dulce Vázquez Hernández, coordinadora estatal de Nutrición de la Secretaría de Salud estatal (SSH), que tres de cada 10 personas sufren algún tipo de trastornos alimenticios como bulimia, anorexia o síndrome del atracón, las cuales afectan en mayor medida a las mujeres y adolescentes (Milenio 2012) La coordinadora menciona que las estadísticas cuentan con pocos datos debido a lo complicado de diagnosticar estas enfermedades pues al principio las personas no buscan ayuda pues piensan que su conducta puede ser hasta cierto punto sana.

Los desórdenes alimenticios como la anorexia, bulimia y trastorno por atracón van en aumento, debido a la presión social y a la influencia de los medios de comunicación que muestran diariamente a mujeres sumamente delgadas, como sinónimo de éxito y fama.

Basta con mencionar los siguientes datos para percibir por lo menos en forma

global, el estado en que se encuentran los desórdenes alimenticios.

3.2 ¿Qué es un trastorno alimenticio?

Se denomina trastornos alimenticios o alimentarios a aquellos trastornos psicológicos que derivan en anomalías graves en el comportamiento de la ingesta de alimento, es decir que la explicación de estos trastornos se encuentra en una alteración psicológica. Se entiende, al pensarlo así, que el síntoma externo podría ser una alteración de la conducta alimenticia (dietas prolongadas, pérdida de peso...) pero el origen de estos trastornos se tendría que explicar a partir de una alteración psicológica en insatisfacción personal, miedo a madurar, elevados índices de auto exigencia e ideas distorsionadas sobre el peso o la comida.

(<http://www.uman.edu.mx/boletin/Diciembre2011.pdf>)

El objetivo de los trastornos alimenticios es la intención de disminuir el peso corporal, sin importar cuál sea el medio que se acompaña de un intenso temor a engordar, que va más allá de las preocupaciones que pueden presentar la mayoría de las personas. La intención de bajar de peso o el miedo a engordar tienen como consecuencia alteraciones en el organismo, los adolescentes que desean bajar de peso suelen darse a través de la negación a comer todo tipo de alimentos o comer solo un grupo de ellos (que no engorden); o por el contrario, pueden alimentarse con grandes cantidades de comida, en pequeños espacios de tiempo, teniendo la sensación de no poder controlarse.

Aunado a esto los problemas de trastornos de la alimentación, particularmente la anorexia y la bulimia... “se ve bombardeada por estereotipos de cómo se debe vestir, cuáles son las medidas perfectas, cómo debemos comer”, pero para un adolescente no es tan sencillo, pues si algo no conocen acerca de su peso, en lugar de buscar ayuda profesional lo tratan de solucionar con ayuda de amigos o en internet. Pero cuando se tienen estas enfermedades también existe una disminución de relaciones sociales, y es entonces cuando las redes sociales, que no son confiables y mucho menos acertadas, pueden afectar aún más el problema.

Los trastornos alimentarios se desarrollan más frecuentemente en la adolescencia que en otra etapa de la vida y suelen estar vinculados con la dificultad para resolver conflictos sobre el crecimiento y el conflicto más importante: pertenecer a un grupo social, haciendo que personas con baja autoestima, como en el caso de los adolescentes, caigan en una obsesión por su apariencia física, debido a las presiones sociales.

El adolescente puede sentir la necesidad de encajar en los grupos sociales y de esta forma cumplir las expectativas que la sociedad rige, sin darse cuenta de que es lo que él necesita en la vida. Al surgir estas expectativas tanto de sus padres como de sus amigos y la sociedad, el adolescente se siente inseguro y usa la comida como un arma para su defensa. Puede vomitar la comida para sentirse mejor o puede creer que el hacer una dieta y ser delgado es una forma de controlar algo que no le agrada y que la sociedad puede ver de mala manera.

Estos trastornos constituyen un tipo de problema que en las últimas décadas ha aumentado de manera considerable afectando, en su mayoría a mujeres y en menor proporción a los hombres.

Dentro de lo que conocemos son tres de cada 10 personas, sobre todo mujeres quienes son más vulnerables por la edad y los adolescentes por su inestabilidad emocional.

Para las mujeres la situación de inestabilidad y cambio se ve afectada porque están inmersas en una sociedad que señala que el papel más importante de una mujer es ser atractiva, presentando en los medios de comunicación un modelo de mujer delgada y con buen cuerpo, de esta forma se puede entender la desesperación que pueden sufrir los jóvenes al tratar de cubrir una imagen ideal transmitida por los medios de comunicación, que se encuentra en una etapa donde el aumento de peso corporal es natural ya que de esta forma su cuerpo finalmente adquirirá una forma de mujer.

Cuando una mujer sufre algún trastorno alimenticio, existen riesgos en el sistema reproductivo como el retraso de la menstruación (amenorrea) ya que el organismo trata de compensar la falta de nutrientes impidiendo la pérdida de sangre y en el ámbito psicológico las mujeres se sienten inseguras de su físico

incluso se prohíben así mismas salir con alguien, si no tienen el cuerpo deseado, quienes tratando de buscar la perfección, toman medidas drásticas para cambiar el aspecto físico. Y no se dan cuenta que no sólo dañan su cuerpo, sino también sus emociones y en ocasiones con daños irreversibles.

3.3 Factores que influyen en la aparición de trastornos alimenticios

Actualmente es considerado que el origen de los trastornos alimenticios es una relación de algunos factores que se hacen más presentes en la adolescencia entre ellos encontramos los siguientes.

3.3.1 Psicológicos

Los cambios psicológicos que se producen durante la adolescencia están ligados a los cambios biológicos que tienen su comienzo en la pubertad. Los trastornos alimenticios surgen cuando todo parece no tener alguna solución, el cuerpo es la única “cosa” que las adolescentes pueden manejar y entonces el cuerpo empieza a manipularse, con esto la función de alimentarse es una salida de la ansiedad o del caos en el que se vive.

Además de esto, algunos rasgos de la personalidad que se presentan en las pacientes son factores que desarrollan estas enfermedades, en el caso de la anorexia, los rasgos de la personalidad son los siguientes , es una persona obsesiva y compulsiva, introvertida, tímida e irritable y es muy autoexigente, mientras que en el caso de la bulimia, las pacientes presentan rasgos de personalidad como inestabilidad en las relaciones con las demás personas, son impulsivas y ansiosas, además en algunos casos hacen uso de las drogas.

3.3.2. Biológicos

Los trastornos alimenticios tienen su desarrollo comúnmente en el periodo que va desde la pubertad hasta la juventud, ya que es aquí donde se producen transformaciones tanto a nivel corporal como sexual. Cuando los cambios en el cuerpo no son aceptados o la adolescente siente que no puede permanecer más tiempo en esta transición, se vuelve muy vulnerable a padecer algún trastorno alimentario. Este miedo a crecer se manifiesta en algunos casos en los trastornos alimentarios.

3.3.3. Familiares.

En los trastornos alimenticios, es necesario saber que ninguna característica familiar es la causa del padecimiento de algún trastorno alimenticio que algunas veces se dice que cuando la familia presenta conflictos, desorganización, y que les cuesta llevar una relación de comunicación, los jóvenes pueden caer en un trastorno alimenticio debido a las alteraciones en el entorno familiar.

3.3.4. Sociales

En la actualidad los jóvenes piensan que los modelos tienen el cuerpo que ellos deberían tener, lo grave es que este cuerpo es extremadamente delgado y pocas mujeres pueden lograr tener el mismo cuerpo, sin embargo se ha impuesto tanto en la sociedad que genera desesperación en las jóvenes, esta presión de la sociedad por tener el cuerpo perfecto es la que determina si la adolescente es vulnerable a sufrir un trastorno.

Este factor es el que tiene mayor influencia en la aparición de los trastornos alimenticios, ya que podemos ver en diferentes comerciales y propagandas que finalmente hacen que las adolescentes empiezan a sentirse disgustadas por ver su cuerpo y no ver el cuerpo de la modelo de televisión en ellas, por lo que muchos jóvenes luchan por tener un peso aceptable para la sociedad, luchando incluso sin importar su salud física y mental.

Los Trastornos Alimentarios pueden adoptar diversas formas que están relacionadas entre sí, la persona que los padece puede ir de una a otra. Estas modalidades son la Anorexia nerviosa y la Bulimia Nerviosa (...) En los cuales se presentan percepciones erróneas respecto a la forma de alimentarse, el peso y la figura corporal de quienes lo padecen, un miedo intenso a subir de peso y una autoestima basada en la figura corporal.(Gorab, 2005: 14)

3.4. Anorexia nerviosa (AN)

Según datos del investigador Rodrigo León Hernández de la Universidad Nacional Autónoma de México, (UNAM, 2011) Los trastornos alimenticios afectan sobre todo a las mujeres. En el país nueve de cada 10 casos de anorexia corresponden a mujeres, mientras que uno de cada seis casos de bulimia lo padece un hombre. La edad en la que la mayoría presenta ambas enfermedades es entre los 12 y 17 años de edad. Entre el 70 y 80 por ciento ha sufrido violencia física o psicológica y alrededor de 20 por ciento padeció agresiones sexuales

.

Quienes padecen estos trastornos llegan a perder 50 por ciento de su peso. El 50 por ciento de las personas con bulimia o anorexia se cura, un 20 por ciento sobrevive pero con recaídas, otro 20 por ciento mejora y un 10 por ciento muere.

La Asociación Americana de Anorexia Nerviosa, define el trastorno como “Una enfermedad seria de auto inanición con componentes psiquiátricos y físicos profundos complejos” Anorexia, que literalmente significa falta de apetito no es en si la esencia de la enfermedad. La persona que sufre de anorexia siente hambre todo el tiempo, pero su acentuada disciplina y los rituales neuróticos de los cuales se alimenta logran hacer que los retortijones sean suprimidos durante años. (Weitzner, 2007 pp. 33.

La edad promedio de inicio es a los 17 años, sin embargo, algunos datos presentan casos que empiezan a los 14 años. La mortalidad a largo plazo de este trastorno es del 10% cuando no hay un tratamiento, esta muerte se produce por inanición (la inanición es una grave reducción en los nutrientes, vitaminas e ingesta de energía, es la forma más extrema de malnutrición, consecuencia de la prolongada insuficiencia de alimentos.), suicidio y desequilibrio electrolítico)

Existen a su vez dos formas en las que la Anorexia nerviosa (AN) puede presentarse:

- a) Restrictiva: durante el padecimiento de la AN, la persona no tiene regularmente ciclos de atracones o purgas (por ejemplo inducir el

vómito, o el uso excesivo e inadecuado de laxantes y diuréticos.) Esta ocurre con mayor frecuencia en edades más tempranas o en la infancia. La persona que padece este tipo de anorexia suele ser en exceso ordenada, y se mantiene en una niñez permanente.

- b) Bulímica: Durante el padecimiento de la AN, la persona tiene regularmente ciclos de atracones o purgas utilizando como medio principal, los laxantes o diuréticos e induciendo al vómito. La persona que sufre anorexia bulímica, suele vivir una adolescencia desenfrenada que la lleva a la edad adulta, con tendencias a padecer alcoholismo e incluso tendencias suicidas.

En cuanto a las causas, no hay estudios que tengan definido como es que surge la anorexia, sin embargo, señalan una combinación de diversos factores como son: situaciones estresantes, presiones en la vida de los jóvenes y falta de autoestima cuando se es adolescente. La anorexia, es un asunto en la adolescencia que surge por la falta de habilidad para responder a los cambios que surgen en esta etapa.

En cuanto el ambiente socio- cultural se puede decir que esta enfermedad se presenta a consecuencia del síndrome de la “mujer perfecta” que corresponde a nuestra era y como la respuesta a un ambiente que tiene altas expectativas, predisposición biológica, asuntos familiares. Esto se debe a la presencia de una figura materna rígida, poco afectiva y con una gran voluntad de imponer sus expectativas.

También se debe a las enfermedades hereditarias, como la diabetes, depresión y obesidad. Según Crispo (2001, pp. 34) para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con anorexia nerviosa, debe cumplir con ciertos requisitos, que son:

- A) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que lleva a mantener el peso corporal por debajo del 85% del esperado; o fracaso en obtener el aumento de peso esperable durante el periodo de crecimiento, que lleva a un peso corporal inferior al 85% del esperado.

- B) Intenso temor a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.
- C) Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.
- D) Amenorrea en las mujeres post-menarquicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres periodos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus ciclos menstruales ocurren solo después de la administración de hormonas, por ejemplo, estrógeno).
- E) Inexistencia de una enfermedad física a la cual pueda atribuirse la pérdida de peso.

3.4.1. Consecuencias físicas de la anorexia

El cuerpo sufre diversos cambios cuando se padece de anorexia, todos los efectos que causa esta enfermedad, son graves, sin embargo hay algunos que pueden llevar a los adolescentes a la muerte.

Algunas de las consecuencias físicas de la anorexia, que la caracterizan según Weitzner (2007, p. 33) son:

- El gasto energético, disminuye debido al bajo consumo de calorías.
- Disminuye la temperatura corporal, por la falta de energías, es por esto que muchas jóvenes que sufren de anorexia sientan frío.
- Disminuyen las pulsaciones cardiacas (bradicardia) y la presión arterial (hipotensión o baja presión)
- La piel se encuentra áspera, seca y quebradiza. Las manos y pies suelen estar fríos y de un color morado, debido a las alteraciones circulatorias.
- Color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies, a lo cual se le denomina hiper胡萝卜素emia, que se manifiesta por el consumo excesivo de calabaza o zanahoria, esencial en la dieta que hacen las jóvenes.
- Aparición de un vello muy fino y largo llamado lanugo, en zonas donde normalmente, el vello no aparece (espalda, brazos y mejillas)

- Retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, que provoca la sensación de saciedad.
- Ausencia de menstruación o amenorrea, por un periodo de tres meses o más.
- Disminución en la fertilidad.
- Disminución de calcio en los huesos, particularmente en las caderas y la columna, desarrollando osteoporosis.
- Además en diferentes partes del cuerpo, principalmente en piernas y pies, un edema que es la retención del líquido en el tejido.
- Aparición de anemia por la falta de hierro, por lo que aumenta el cansancio y un estado depresivo por la falta de fuerzas.
- Aumento del colesterol.
- Paros cardiacos resultantes de una arritmia, debido a la falta de nutrientes como calcio, potasio y magnesio.
- Debilidad muscular, irritabilidad nerviosa, apatía, confusiones mentales y arritmias cardiacas debido al bajo consumo de potasio.

¿Qué distingue la anorexia de la bulimia? según Gómez (2002 p.18)

1. Las edades: la anorexia se presenta entre los 16 y 17 años, mientras que la bulimia no suele aparecer antes de los 18 años y más comúnmente se presenta a partir de los 20 años.
2. Estado civil: en el caso de las mujeres que padecen anorexia por la edad se encuentran solteras, mientras que las bulímicas ya han tenido alguna experiencia sexual completa cuando se presenta el problema.
3. Personalidad; las anoréxicas por lo regular tienden a ser reservadas, con autocontrol y perfeccionistas. Por otro lado las bulímicas son sociables, simpáticas, impulsivas y caóticas.
4. El término Bulimia se deriva de “bulimy”, en griego, y se traduce como hambre excesiva o “hambre de buey”. Las palabras “knos orexia”, que significan “hambre canina” también son tomadas como sinónimos de bulimia, considerada como la consecuencia de un estado de ánimo anormal que conduce a un apetito exagerado de alimento y frecuentes

ingestiones que pueden ligarse a vómitos severos y abundantes movimientos del estómago.

3.5. Bulimia

La bulimia se puede presentar de diversas maneras, cuando una adolescente va a la playa o cuando comienza a cambiar su estilo de vestir por ropa tal vez más ligera, que las puede llevar a una preocupación, a veces excesiva por su cuerpo y es cuando esta preocupación sobrepasa el cuidar una figura de forma normal y el hablar de comida se vuelve un problema, pues las calorías que contiene se comienzan a convertir en una obsesión que interfiere con su vida. Esta necesidad por tener un cuerpo perfecto las puede llevar incluso, a distanciarse de las personas con las que conviven, creyendo que es mejor no verlas hasta llegar a lo que ellas piensan que es su talla ideal, provocando un trastorno conocido como bulimia que se presenta de diferentes formas.

Existen tres diferentes tipos de bulimia:

Bulimia nerviosa, esta se presenta exactamente después de la anorexia, puede que se presente inmediatamente después o tarde algunos meses o incluso años después de haber tenido alguna recuperación aparente. Aquí está el síntoma de la constante preocupación por las calorías y engordar.

Bulimia como parte de la anorexia nerviosa (bulimarexia); son aquellas que han detectado que son anoréxicas y están bajas en su peso pero que de vez en cuando se dan un atracón; no necesariamente de comidas pesadas, puede que sean algunas verduras pero para mantener la dieta se provocan vómitos para no perder la figura, impidiendo que su cuerpo absorba las calorías que ingirió.

Bulimia de peso normal, esta surge como un síndrome bulímico en la mujer de un peso normal o un poco por encima de lo normal y aparece sin aviso previo. Puede presentarse cuando una persona de peso normal se ve rodeada de personas más delgadas y su peso le comienza a dar remordimiento, así que comienza a tomar pastillas para adelgazar, ayuna, toma laxantes y vomita cuando come lo que considera una comida abundante.

Al hablar de bulimia se pueden detectar dos trastornos que se ubican a la mitad de este padecimiento. El primero es el desorden de atracón de comida, aquí los atracones se convierten en bulimia cuando quien los practica descubre una falsa sensación de alivio cuando vomita. El segundo es el síndrome de control de peso normal, que es cuando las adolescentes se sienten gordas, aunque su peso sea normal y toman medidas como purgarse, pasar hambre que provoca el hecho de cuando les da hambre caigan en el desorden de atracón de comida.

Algunas características para detectar cuando una persona padece esta enfermedad son las siguientes:

- El atracón, que se caracterizan por los siguientes elementos:
 - a) La ingesta de más comida de la que normalmente consume en un periodo de tiempo corto y la falta de control sobre lo que se come.
 - b) Comportamiento compensatorio para prevenir el aumento de peso, tales como el vómito inducido, el uso de laxantes, diuréticos, el ayuno y el exceso de ejercicio, conocido también como no purgativo.
 - c) Los atracones y el comportamiento compensatorio ocurren por lo menos dos veces a la semana.
- Efectos drásticos para contrarrestar el efecto de los atracones; el método que se usa es la provocación de vómito, laxantes en un uso excesivo que se utiliza después de todos los alimentos que ingieren en el día. se le conoce también como un efecto purgativo.
- El temor excesivo por la gordura. Al igual que la anorexia existen dos tipos de bulimia. Aquí se presenta una tristeza continua, así como una desesperación que tratan de ocultar con una vida aparentemente normal.

3.5.1. Consecuencias físicas de la bulimia.

Crispo (1996: 72) menciona que cuando una persona vomita, junto con toda la comida que sale del estómago, viene el ácido clorhídrico, que es el que se encuentra en el estómago para ayudarnos a digerir lo que comemos, el estómago está preparado para que este ácido esté en contacto con él, sin embargo, cuando está en contacto con la boca, el ácido puede:

- Producir la pérdida del esmalte dentario, trayendo con esto el aumento en la producción de caries.
- Dañar las encías, el paladar y la garganta al introducir los dedos u otros elementos para inducir al vómito, esto provoca heridas en la garganta y el paladar y en ocasiones estas heridas llegan al sangrado.
- Las glándulas salivales suelen aumentar su tamaño como consecuencia del vómito frecuente, siendo el resultado de esto, un aspecto regordete en el rostro.
- La reducción del potasio en la sangre que se produce a través del vómito, al tomar diuréticos, o por la combinación de estos, la disminución del potasio afecta el funcionamiento del corazón lo que ocasiona arritmias cardíacas.
- Pérdida de sodio que produce la disminución de la presión arterial y mareos.
- La pérdida de magnesio que ocasiona debilidad en los músculos, calambres y hormigueos en el cuerpo.
- La pérdida de agua a consecuencia de los vómitos produce deshidratación.
- El esófago se irrita como consecuencia del paso del ácido clorhídrico, produciendo esofagitis, en algunas ocasiones se produce una ruptura esofágica, que es de suma gravedad y requiere atención médica inmediata.

- La aparición de gastritis, que se debe a la pérdida de la capa que protege la mucosa gástrica, trayendo como consecuencia vómitos de sangre.
- Diarreas y dolores abdominales constantes.
- Daños en el funcionamiento de los riñones como consecuencia del abuso de diuréticos, esto puede producir también una neurosis renal que tiene como consecuencia la pérdida del riñón. También son frecuentes las infecciones urinarias.
- Irregularidades menstruales debido a la mala alimentación, además de la desaparición de esta.
- Aparición de callosidades, erosiones y lastimaduras en las manos.
- Pérdida del cabello

Además de las consecuencias físicas que ocasiona la bulimia, Gómez (2002 p. 25) la persona que lucha contra la bulimia tiene mucho éxito ocultando sus acciones con respecto a la comida. Lo que ella oculta son sus estados de ánimo irritados y cambiantes. No solo para la bulímica es difícil sino también para las personas que las rodean, como son sus familiares (padres y hermanos) o en algunos casos también la pareja pues este trastorno lo único que provoca es deteriorar la relación de ellas con los demás.

Para ellas mismas no es fácil pues en ocasiones ni ellas mismas se dan cuenta de sus estados de ánimo, y si lo notan les avergüenza tanto estos estados de ánimo que no se atreven a comentarlos.

Capítulo 4.

Trabajo de campo

El tipo de estudio es descriptivo de acuerdo con Sampieri que nos dice que: (2001:112) los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Miden y evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. Desde el punto de vista científico, describir es medir. Esto es, en un estudio descriptivo se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así -y valga la redundancia- describir lo que se investiga.

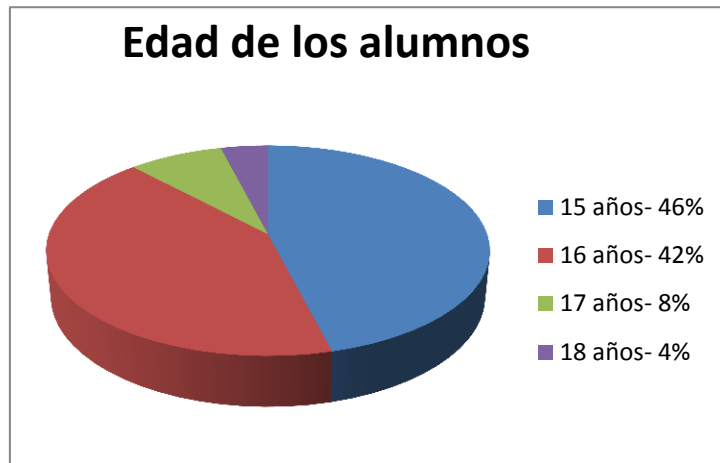
La investigación descriptiva, en comparación con la naturaleza poco estructurada de los estudios exploratorios, requiere considerable conocimiento del área que se investiga para formular las preguntas específicas que busca responder (Dankhe, 1986). La descripción puede ser más o menos profunda, pero en cualquier caso se basa en la medición de uno o más atributos del fenómeno descrito. En este caso nos basamos en la forma de alimentación, autoestima y tipos de métodos que utilizan los jóvenes para modificar su apariencia. Así como el impacto de los medios en los jóvenes.

El escenario en el que se llevaron a cabo la aplicación del cuestionario fue en el Colegio de Bachilleres Plantel 17 “Huayamilpas pedregal” en dos grupos del turno matutino de la materia de orientación. La edad de los jóvenes de entre 15 y 17 años aproximadamente, fue aplicado a hombre y mujeres.

El instrumento con el trabajo fue un cuestionario que se puede observar en el anexo 1, dicho instrumento se elaboró retomando algunas preguntas de cuestionario aplicado en la tesis de Barragán y Millán (2003).

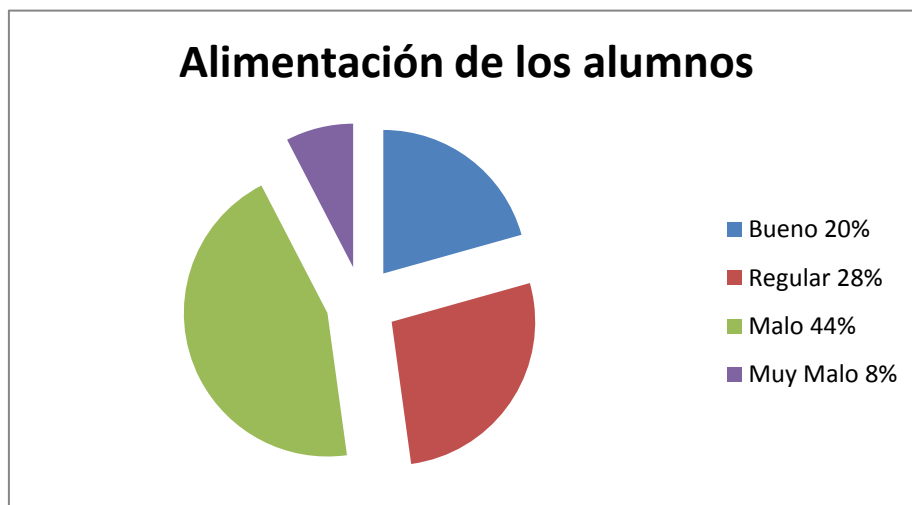
El total de cuestionarios aplicados en el Colegio de Bachilleres, fue de 92 de los cuales el 34% fueron hombres y el 66 % mujeres. Basándonos en esta definición la información obtenida fue la siguiente:

Las edades de los alumnos fueron:



$M_0 = 15$ años

Los hábitos de alimentación de los alumnos fueron medidos de acuerdo a los índices: Bueno, Regular, Malo y Muy Malo



Se pudo observar que la alimentación de los alumnos consiste principalmente en productos integrales o light, ensaladas que consisten en lechuga y jitomates y agua, sin embargo algunos solo se alimentaban de comida chatarra y refresco principalmente Coca-Cola.

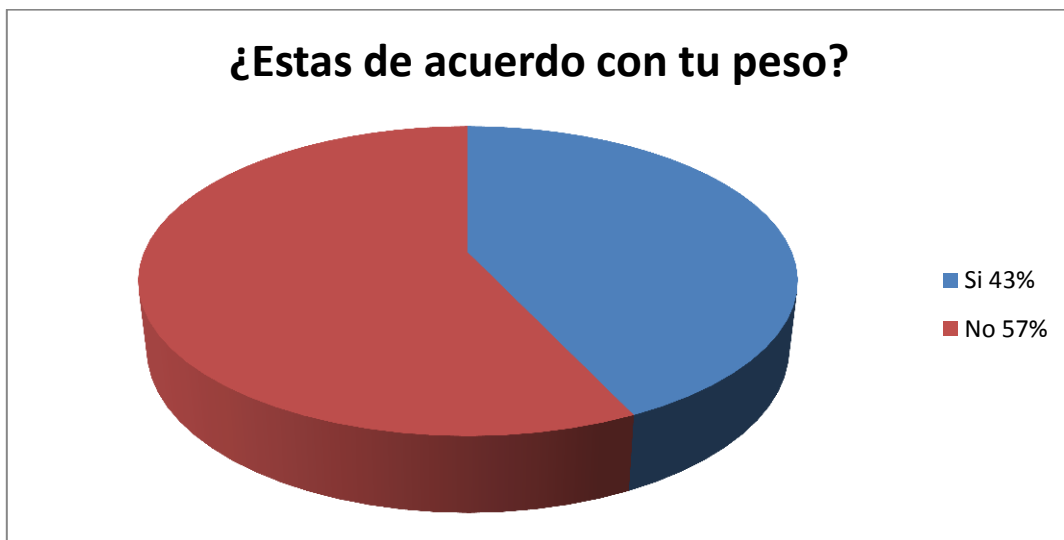
En algunas ocasiones los jóvenes que padecen obesidad es porque se subestiman, una nueva investigación sugiere que el tiempo que una persona permanece obesa no ha sido tomado en cuenta. Según los investigadores, dirigidos por un equipo de la Universidad Monash en Australia, por cada dos

años que la gente permanece obesa, el riesgo de que sufra una muerte prematura se eleva 7%. Por cada década adicional con obesidad ese riesgo se duplica. (www.noticiascaracol.com/salud/articulo-235764-el-impacto-de-la-obesidad-sobre-la-salud-ha-sido-subestimado)

Las conclusiones, publicadas en International Journal of Epidemiology, se basaron en un sondeo que duró 48 años con más de 5.000 personas en Estados Unidos.

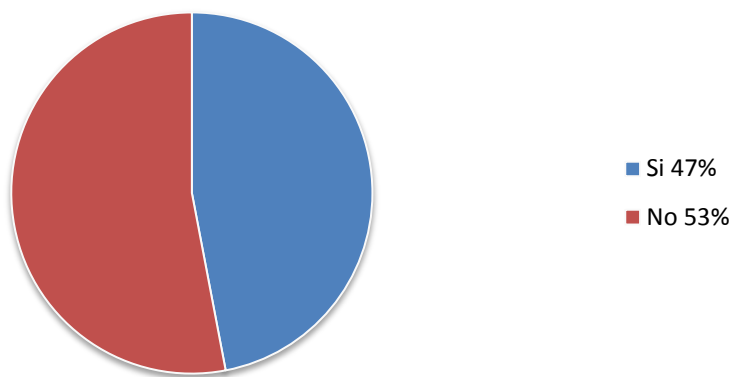
Por otro lado cuando los jóvenes son delgados pero no perciben su cuerpo de una manera real es porque en ellos hay una sobrestimación de forma en que se ven ya que sobreestiman el tamaño de sus muslos, trasero, abdomen, brazos, etc., rechazando su imagen corporal y modificando su alimentación, realizando dietas, con la ilusión de alcanzar los ideales de belleza impuestas por los medios de comunicación y la sociedad (congresos.cio.mx/3_enc_mujer/files/extensos/.../S2-MCS19.doc)

Al preguntarle a los alumnos si estaban de acuerdo con su peso el 43% respondió que sí y el 57 % respondió que no.



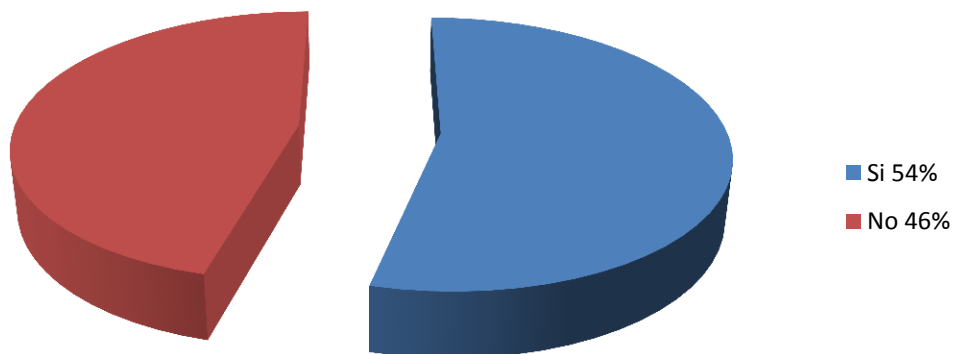
Además se les cuestiono si estaban de acuerdo con su imagen o si preferirían parecerse a alguien, el 47% respondió que sí, mientras que el 53% contesto que no.

¿ Te gustaría parecerte a alguien?



También se les pregunto si se sentían culpables cuando comían en exceso, y los porcentajes obtenidos fueron los siguientes 54% se siente culpable mientras que el resto no siente culpa por haber comido demasiado.

¿ Te sientes culpable cuando comes en exceso?



Para sentirse mejor, después de haber comido en exceso los alumnos respondieron que:



Como se pudo observar, los datos que arrojaron las gráficas nos muestran que los jóvenes no se sienten conformes con su imagen, muchas veces influenciados, otra veces por la demanda social, o simplemente porque no saben alimentarse adecuadamente.

Lo que nos muestra que hay falta de información con respecto a estos temas y poca preocupación por parte de los jóvenes, los padres y las instituciones, es de vital importancia trabajar más a fondo cada uno de estos temas y es aquí donde el "Taller preventivo para los adolescentes sobre trastornos alimenticios en Colegio de Bachilleres plantel No. 17 (2° semestre), de alguna manera aporta las bases para identificar y actuar en algunos de estos conflictos.

Capítulo 5

Propuesta de taller

5.1 Fundamentación del proyecto

La adolescencia es una etapa de la vida con características determinadas. El adolescente va a tener que hacer una serie de duelos en los que va a ir formando su propia identidad. Los adolescentes empiezan a preguntarse ¿quién soy yo?, ¿qué es lo que quiero?, ¿hacia dónde voy?, se busca una nueva identidad, así como un bienestar social entre los amigos, sin tomar en cuenta a los familiares o se les considera muy poco.

En la adolescencia se producen cambios corporales: la primera menstruación (menarquía) es en la mujer el fin de la niñez. Muchos adolescentes viven estos cambios con curiosidad, felicidad, incluso algunas veces con orgullo pero una menor parte presenta dificultades, tanto por perder el cuerpo de antes como por aceptar cambios, con los que se siente extraño y que no le agradan completamente. Estos adolescentes tienen más dificultades en poder afrontar a lo que se llama el duelo por el cuerpo infantil perdido y la aceptación de los cambios y que se están produciendo. Aparece el deseo sexual y la posibilidad de iniciar la actividad sexual con todos los miedos y ansiedades que esto despierta. (Tinahones, 2003: 23- 36)

Otra característica de la adolescencia es la rebeldía, donde el adolescente quiere tener su independencia y su autonomía pero por otra parte siente la necesidad de ser protegido y cuidado.

La adolescencia es un período de crecimiento, maduración y desarrollo sexual acelerados, lo que provoca un aumento de las necesidades nutricionales. En esta etapa la alimentación comienza a estar regida por sus propios gustos y es frecuente que los adolescentes omitan comidas, sobre todo el desayuno; que consuman comidas rápidas, alimentos fritos, refrescos y dulces. Esta situación da origen a cuadros como obesidad, malnutrición, anemia, falta de vitaminas y minerales. [...] Por otra parte, con frecuencia utilizan dietas para subir o bajar de peso de acuerdo a como consideren su imagen corporal. Al mismo tiempo, no siempre realizan la cantidad de ejercicio físico recomendable en esta etapa

de la vida y la adolescencia es un momento clave para la incorporación de los buenos hábitos de alimentación. (Weitzner, 2007: 28-32)

La presencia de trastornos de alimentación se puede entender como “la forma de manejar las dificultades” que se presentan en la adolescencia y también podría ser una manera equivocada de buscar la identidad y el acceso a la madurez.

Los trastornos de alimentación en las y los jóvenes en la actualidad ha tenido un gran impacto”. Hoy en día aparecen muchas noticias e información, en los medios de comunicación sobre la anorexia y la bulimia, y esto responde a que en la actualidad los trastornos del comportamiento alimentario, están aumentando de manera alarmante.

Según el DEMAC (Documentación y Estudios de Mujeres, A.C. <http://www.demacvirtual.org.mx/content/anorexia-bulimia-0>) en México, se estima que

- 87% hacen dietas sin prescripción médica,
- 12% presentan bulimia a través de laxantes, diuréticos y provocación del vómito
- 1% adopta conductas de anorexia.
- Un 90 por ciento de los pacientes son mujeres, es decir, por cada 20 mujeres, un hombre la padece.
- La edad promedio en la que inician con los trastornos es a los 17 años de edad.
- Cada año aparecen 20 mil nuevos casos de anorexia.

Este aumento de casos coincide con la existencia de los valores estéticos que predomina en nuestro medio socio-cultural donde la condición de estar delgado sobre todo cuando se refiere a las jóvenes que son el mayor número de afectadas por estos trastornos , está jugando un papel importante en nuestra sociedad actual.

A través de los medios de comunicación y de nuestra cultura, se nos muestra que para ser aceptadas y aceptados socialmente debemos estar delgadas y

delgados, convirtiéndose así la delgadez en sinónimo de éxito. Esto tiene como consecuencia que muchos jóvenes lleven a cabo dietas, que en muchos casos pueden desencadenar en el desarrollo de un trastorno de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación muestran un conjunto de factores que interactúan, y que en un momento determinado hacen que una persona desarrolle este tipo de trastornos.

Según (Anorexia y Bulimia
<http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>)

Los factores más importantes que desarrollan estos trastornos son los siguientes:

Socio-culturales

Este tipo de factores, entre los que se encuentran la publicidad y los medios de comunicación, pueden explicar el incremento de casos que se están dando. La existencia y prevalencia de un modelo estético o ideal de belleza también es consecuencia de las presiones del grupo en las que habitualmente se encuentran los y las jóvenes.

Así, la persona que sigue el modelo ideal parece valorarse positivamente y quien no lo sigue sufre y padece las consecuencias de la baja autoestima. Se asume el éxito a las personas que carecen de problemas estéticos y al fracaso a los jóvenes que no tienen la apariencia que “necesitan” para ser aceptados y triunfar.

Esto tiene como primera consecuencia que multitud de jóvenes lleven a cabo dietas alimentarias, que en muchos casos pueden desencadenar en el desarrollo de un trastorno de alimentación.

5.2. ¿Qué son los trastornos alimenticios?

Anorexia nerviosa

En un 80 por ciento de los casos la anorexia comienza con una dieta para perder peso y, en la medida que esto no se logra, perder peso se convierte en el objetivo central.

Nada parece tener más importancia que este propósito, por encima de recomendaciones y cualquier otra meta. A este deseo imperioso de adelgazar se une con igual intensidad el temor a la recuperación, vivido claramente como pánico a engordar, pierden la menstruación o no la llegan a tener cuando les hubiera correspondido.

También los jóvenes cada vez tienen más distorsionada su imagen corporal. Se ven gordas y gordos aunque hayan perdido mucho peso. Se miran mucho al espejo, se pesan muchas veces y preguntan con insistencia por su imagen. A veces realizan un ejercicio excesivo y continuado con la única finalidad de perder peso. (Sherman, 1988: 48)

Los métodos empleados para bajar de peso son consumir muy poca cantidad de alimentos y realizar un ejercicio excesivo e intenso. En otros casos, en las llamadas anorexias purgativas (vómitos, uso de laxantes y de diuréticos), se alterna con períodos de ayuno para conseguir esa anhelada disminución de peso.

Bulimia nerviosa

El perfil típico de la paciente bulímica es el de una mujer joven (la edad de aparición se sitúa entre los 16 y los 23 años), con un peso y tamaño dentro de la normalidad, que presenta atracones (consumir gran cantidad de alimentos de forma compulsiva y en poco tiempo) seguidos de vómitos, con abuso de laxantes, diuréticos y práctica excesiva de ejercicio, con el fin de contrarrestar la gran cantidad de alimento ingerido y poder así controlar el peso.

Para Aguilar (2003: 56) Al igual que en la Anorexia, existe una preocupación obsesiva por el control del peso y la autoestima de la persona está en función de la valoración que hace de su cuerpo. Muchas personas que padecen este trastorno lo mantienen oculto durante meses y años ante la ignorancia de los familiares y amigos/as, debido a la vergüenza y al sentido de culpabilidad. Se oculta de los demás pero también de una/o mismo. Es entonces cuando aparece la mentira, que junto a la desconfianza del entorno, serán los dos obstáculos más serios a la hora de iniciar su recuperación. La persona lo sufre y disimula hasta ser sorprendida o contarle a alguien en un momento de desesperación.

Consecuencias de padecer un trastorno alimenticio

Existen muchas consecuencias al padecer un trastorno alimenticio y van desde un desenlace fatal hasta la recuperación. Todo este proceso es vivido como una experiencia y un duro aprendizaje que ayuda a valorar la vida, tanto para los jóvenes afectados como para sus familiares.

Estos jóvenes están adentrados en su problemática y a menudo se aíslan de todo aquello que les rodea: de las relaciones con sus amigos, de sus intereses, de experiencias propias de su edad, etc., que hacen que una vez que se ha recuperado, lo viva como una pérdida de tiempo

En otras ocasiones, tienen sentimientos de frustración y de sentirse culpables por haber tenido que dejar estudios, trabajos y otros proyectos por encontrarse realmente debilitados para llevarlas a cabo, igualmente se sienten culpables con el sufrimiento que han causado entre sus familiares.

Las consecuencias fisiológicas van a venir determinadas por la gravedad y duración de los síntomas y los tratamientos recibidos. Así, nos podemos encontrar con falta de maduración y alteraciones en los ovarios (en el caso de las mujeres) y estancamiento en el aparato reproductor (en el caso de los hombres).

5.3. ¿Por qué crear un taller para la prevención de trastornos alimenticios?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define 3 niveles de prevención como objetivo de la Medicina del Trabajo: **Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria**, que suponen técnicas y objetivos diferentes, al considerar como criterio el conjunto salud-enfermedad, según sea el estado de salud del individuo, grupo o comunidad a las que están dirigidas (<http://www.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/prevencion-primaria-secundaria-y-terciaria/>).

A la hora de la prevención de cualquier enfermedad se habla de:

- La prevención **primaria**: evita la adquisición de la enfermedad como por ejemplo la vacunación antitetánica, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, etc. Previene la enfermedad o daño en personas sanas.
- La prevención **secundaria**: va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión.
- La prevención **terciaria**: comprende aquellas medidas dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones para así mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Se habla en ocasiones de **prevención cuaternaria** que tiene que ver con las recaídas.

El taller se fundamentará en una prevención primaria, esto quiere decir que se dará la propuesta de un taller a los orientadores del colegio de Bachilleres plantel 17 con la finalidad de comunicar, acerca de las enfermedades provocadas por la mala alimentación y la falta de autoestima.

Una de las razones por la que existe la necesidad de crear un taller para la prevención de trastornos alimenticios es que en varios casos resultan en un desenlace fatal y en determinados casos se vuelven más grandes de lo que los jóvenes piensan al caer en alguno de estos, lo que facilita que existan desadaptaciones laborales, sociales y familiares de las personas que lo

padecen; además, en el transcurso de la enfermedad y la recuperación estos jóvenes, así como las personas que les rodean, sufren de manera intensa

El tema de la nutrición en la etapa de la adolescencia no ha sido una prioridad de los servicios de salud. Existe un consenso de que los jóvenes son personas sanas y no necesitan de programas especiales. En general, ellos no están preocupados por su salud, ni cómo será ésta en etapas futuras de su vida

5.4. Delimitación del marco de referencia y necesidades sociales que abordara el proyecto.

El taller “trastornos alimenticios” tiene como fin, informar a los jóvenes de 2 ° semestre de bachillerato, acerca de los trastornos alimenticios, identificar a posibles candidatos de estos y brindarles el apoyo necesario para terminar con esta enfermedad.

Se pretende dirigir al Colegio de Bachilleres plantel 17 Huayamilpas- pedregal Huitzilopochtli s/n, esquina con Tarascos, Colonia Ampliación Ajusco Huayamilpas-Pedregal, C.P. 04300. Coyoacán, Distrito Federal.

Se espera contar con la participación de los alumnos interesadas, en saber las causas y consecuencias de los Trastornos Alimenticios.

Los coordinadores de este taller, serán principalmente los orientadores quienes impartirán la materia de Orientación Educativa, ya sea en el ámbito pedagógico o psicológico. Y los alumnos serán adolescentes cuyas edades estarán entre los 15 y 17 años.

La orientación que se les impartirá será de tipo personal porque guiará a los alumnos a conocerse, aceptarse y desarrollar sus habilidades, aptitudes y destrezas.

5.5. Análisis epistemológico de las materias que servirán como apoyo al taller.

Pedagogía: es la ciencia de la educación. No se reduce a un arte sino que intenta describir fundamentar y sistematizar conforme a las razones últimas el proceso cultural llamado educación, que se encuentra en los pueblos de todos los tiempos. El objeto de la educación es el educando o sea el hombre en cuya esencia existe la capacidad, necesidad y anhelo de complementación.

Autores que se tomarán como referencia:

Stigliano, Daniel Ernesto *Enseñar y aprender en grupos cooperativos: comunidades de diálogo y encuentro*, Novedades Educativas Buenos Aires, 2006.

Fernández Sierra, Juan. *El trabajo docente y psicopedagógico en educación secundaria* Aljibe, Málaga 1995.

Cuevas Parra, Ma. Teresa. *Orientación Educativa I. Estrategias de aprendizaje y adaptación escolar*. Mc Graw-Hill, México, 2001.

Psicología: significa etimológicamente ciencia del alma o de lo anímico. Se dedica a estudiar los acontecimientos psíquicos empíricamente aprehensibles o investigables en cuanto se aplique a la consideración del alma como sujeto de vida psíquica. Las funciones de la psicología comprenden esencialmente la relación de los estímulos, su elaboración y la producción de excitaciones idóneas, estos estudios pueden efectuarse con métodos subjetivos de introspección y con métodos objetivos de descripción de la conducta.

Autores que se tomarán como referencia

Kaufman, Gershen *Cómo enseñar autoestima* / Pax México, México: 2005.

Goldberg, Beatriz *No estoy conforme con mi cuerpo: ¿qué hago?* Lumen, Buenos Aires 2008

Bautista, Rafael. *Consideraciones generales sobre la orientación e intervención psicopedagógica en educación secundaria*, Aljibe, 1992

Orientación Educativa: La Orientación es una modalidad educativa permanente de ayuda la autovaloración en función de la persona, de la profesión y la vida social, la orientación educativa tiene como propósito esencialmente orientar a los individuos -en cualquier etapa de su vida. Nos servirá de apoyo en las cuestiones para la orientación de los alumnos en los problemas que se le presenten.

Autores que se tomarán como referencia:

Cuevas Parra, Ma. Teresa. *Orientación Educativa I. Estrategias de aprendizaje y adaptación escolar.*

Mc Graw-Hill, México, 2001

Didáctica: Es la parte de la pedagogía que se ocupa de las técnicas y métodos de enseñanza. Según las distinciones habituales la didáctica pertenece a la metodología pedagógica. La didáctica puede dividirse en general y especial. Nos ayudará a transmitir los conocimientos con la intención de despertar en los alumnos la curiosidad e interés en los alumnos, con la ayuda de recursos didácticos.

Autores que se tomarán como referencia:

Villa Bruned, Joaquín *La animación de grupos* Escuela Española, Madrid 1998

Lespada, Juan Carlos. *Aprender haciendo, los talleres en la escuela.* Humanitas, Buenos Aires.

Nutrición: es la encargada del estudio y mantenimiento del equilibrio del organismo a nivel molecular, garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades. Nos servirá de apoyo, en la información que se les brindará a los alumnos, acerca de los alimentos que deben consumirse, para no caer en alguno de estos trastornos.

Autores que se tomaran como referencia:

Desiré, Merien. *Las claves de la nutrición*. Ed. Océano de México, México 2000

Higashida Hirose, Berth. *Nutrición y problemas de la alimentación Ciencias de la Salud*. Mc Graww Hill, México, 2005.

5.6. Investigación comparativa con instituciones que ofrecen propuestas curriculares afines.

De acuerdo con la investigación que se ha llevado a cabo se encontraron diversos talleres y propuestas para la prevención de los trastornos alimenticios, a continuación se darán diversos ejemplos de estos:

En España, existe la “Guía Práctica para la Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” cuyo encargado es Vicente Bielza de Ory Consejero De Educación Y Cultura Del Gobierno De Aragón. Esta guía pretende la prevención de los trastornos de la alimentación mediante el estudio de las causas y las acciones que se pueden llevar a cabo para la mejora de la nutrición y alimentación, la imagen corporal, el auto concepto y autoestima, o la asertividad y las habilidades sociales de los jóvenes.

La Cruz Roja de España, también cuenta con un taller para la prevención de trastornos alimenticios, y el fin que se tiene es que se de tratamiento a las personas que así lo requieran, este tratamiento incluye: terapias individual, grupal, familiar, equipo interdisciplinario y en caso de ser necesaria, hospitalización. Este taller se lleva a cabo de la siguiente manera: Enseña a los estudiantes que existen distintos tipos de cuerpos y pesos, se les muestra mediante actividades, como la cultura socialmente aceptada promueve modelos anoréxicos. La pérdida de salud a cambio de belleza, el ridículo de la obesidad y se les hace r hincapié en la comunicación, la autoestima y la confianza en sí mismo de modo que esto le de fuerza a resistir la presión de sus compañeros y la sociedad que les invita a cambiar para ser perfectos o para tener cierto aspecto.

En Madrid, existe un taller que se imparte en los colegios de la región, para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria entre la población joven. 'Por fuera y por dentro: ¡Cuídate!' es el nombre de la campaña en la que se han desarrollado diversos talleres para alumnos de último ciclo de Primaria, Formación Profesional y Bachillerato. En los talleres se pretenden realizar actividades de prevención y detección de trastornos relacionados con la alimentación. Para ello se profundiza en conocimientos sobre nutrición a la vez que se fortalecen otros aspectos importantes para el desarrollo personal: autoestima, control de impulsividad y control del perfeccionismo.

Las propuestas que presentan dichas instituciones son similares puesto que en los tres, tienen formación en psicopedagogía, sin embargo el apoyo, no se ofrece en las escuelas, solo se limita a las personas que deseen acudir.

El taller que se propone, se llevaría a cabo en las escuelas, de manera voluntaria en un horario después de clases, esto es lo que se diferenciaría de los demás, sin embargo, no se sabe cuál será la respuesta por parte de los alumnos.

5.7. Análisis institucional y de la normatividad educativa

Actividad Docente

La persona especializada tendrá una formación pedagógica y psicológica para el tratamiento de los trastornos alimenticios, se pretende que el profesor:

- 1.-Establezca criterios para su trabajo en términos concretos de forma que el alumno comprenda fácilmente.
- 2.- El Maestro debe evaluar los progresos de los alumnos en comparación con el mismo, con su nivel inicial.
- 3.- Ayudar en los campos donde el alumno tenga dudas, y si es necesario, se le dará orientación individual.
- 4.-Utilización de estrategias didácticas adecuadas para la enseñanza y aprendizaje.

Análisis de la población estudiantil y docente

El papel del orientador es indispensable para la formación de cada uno de los alumnos que se presentan en dicho “taller”. De esta manera se establecen programas preventivos en las instituciones para evitar de esta manera el rezago social.

Se espera que este taller, tenga una aceptación favorable por parte de los alumnos, ya que se hace con el fin de ayudarlos a prevenir un trastorno, y si existen alumnos que lo padecen, ofrecerles orientación, con el propósito de ayudarlos antes de que sea demasiado tarde.

Perfil de egreso

Al término del taller:

El alumno conocerá los conceptos de anorexia y bulimia como trastornos de la conducta alimentaria

El alumno identificará los antecedentes y principales factores que originan estos trastornos.

El alumno analizará cuales son los medios de comunicación y los mensajes que influyen en su conducta alimentaria

El alumno aprenderá a detectar y prevenir los trastornos de la anorexia y bulimia

El alumno comprenderá la importancia de una alimentación balanceada para mantener un cuerpo sano.

5.8. Organización y Estructuración del currículum

Taller para la prevención de trastornos alimenticios “Comer bien, es verte bien y sentirte mejor”

Determinación de conocimientos, habilidades y actitudes para alcanzar el perfil de egreso.

Contenidos

- La anorexia y bulimia , sus características, síntomas y causas
- La autoestima
- Como llevar una alimentación balanceada
- Medidas para la prevención de la anorexia y la bulimia.

Estos contenidos se tomarán con el fin de que los alumnos, conozcan que son los trastornos de alimentación, para que aprendan a valorar su cuerpo y su persona. Si llega a presentar una manifestación de existencia de trastornos alimenticios entre los alumnos, se les enseñara a cuidar su cuerpo, de tal forma que sobrelleven y no recaigan en esta enfermedad.

Determinación de la organización que adoptará el taller.

Organización lineal

Proporcionar a los alumnos, los conocimientos necesarios acerca de los trastornos alimenticios con el fin de detectar esta enfermedad.	
Contenido	Horas
Trastornos Alimenticios	5
Autoestima	2
Nutrición	1
Prevención de trastornos	1

Sesión: 1

Tiempo de aplicación: 1 hora

Tema: ¿Qué es un trastorno alimenticio?

Objetivo: Que los alumnos conozcan que es un trastorno alimenticio y los diferentes tipos de trastornos que hay así como algunos aspectos para prevenir estas enfermedades.

Temas	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
<p>Trastornos alimenticios</p> <p>¿Qué son?</p> <p>¿Cuáles son?</p>	<p>Se proporcionarán a las alumnas conformadas en equipos copias sobre que es un trastorno alimenticio, se trabajará una actividad llamada “conocemos, queremos aprender, aprendimos” que consiste en lo que ya conocen de la enfermedad y la nueva información que se les está proporcionando</p> <p>Para saber lo que conocen los alumnos sobre los trastornos, cada uno de ellos pasará al pizarrón y escribirá una idea de lo que conoce acerca del tema.</p>	<p>Copias sobre que es un trastorno alimenticio</p> <p>Pizarrón</p> <p>Gises</p>	<p>Crispo, R. (1996). <i>Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado</i>. Gedisa. Pp. 33- 39</p>	<p>En esta sesión no se tomará en cuenta la evaluación, ya que se llevara a cabo en la sesión 2</p>

Grado: 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 hora.

Sesión: 2

Tema: La anorexia.

Objetivos: Que los alumnos sepan mediante actividades que es la anorexia para que de esta manera identifiquen los diferentes tipos de anorexia que hay y cuáles son sus causas.

Temas	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
La anorexia Tipos de anorexia	Se proporcionarán a los alumnos conformadas en equipos de 5, copias sobre la anorexia, y trabajarán sobre la actividad del “juego de ideas” que consiste en hacer una síntesis del tema y escoger un representante por equipo que lo explique. Para los tipos de anorexia como son dos los tipos se realizará una actividad llamada “simposio” con dos equipos, donde expondrán su tema.	Copias sobre la anorexia, sus tipos y causas.	Weitzner, A. (2007) <i>El camino hacia la recuperación de la anorexia y bulimia</i> . MEXICO: Pax-México pp. 32- 35, 42- 49.	Además de evaluar la participación de los alumnos, se les pedirá que realicen un cuadro sinóptico acerca de lo visto en esta sesión y en la anterior.

Grado : 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 hora.

Sesión: 3

Tema: Consecuencias de la anorexia.

Objetivos: Que los alumnos identifiquen las consecuencias en nuestro cuerpo al padecer anorexia.

Contenidos	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
Características Causas de la anorexia	Para ejemplificar las consecuencia se trabajará una actividad llamada el "juego de tarjetas "en donde cada alumno escribirá una consecuencia que haya sido vista en la sesión o alguna otra que conozca y de esta forma pegar las tarjetas en el pizarrón, clasificando en grupos con la parte de nuestro cuerpo que afecta, como son: aparato digestivo, aparato respiratorio, piel, etc.	Tarjetas de colores Cinta adhesiva Copias	Crispo, R. (1996). <i>Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado</i> . Gedisa. Pp. 111- 114	Los alumnos tendrán como ejercicio para la próxima sesión, la elaboración de un crucigrama con la información vista acerca de la anorexia.

Grado: 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 hora.

Sesión: 4

Tema: Bulimia

Objetivos: Que los alumnos conozcan aspectos de la bulimia para que identifiquen síntomas de esta enfermedad y puedan ser corregidos a tiempo.

Contenidos	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
Bulimia	<p>Se comenzará la sesión con una lluvia de ideas, con el fin de conocer lo que los alumnos saben acerca de la bulimia.</p> <p>Se conformarán equipos de 5 personas para discutir el tema de la bulimia, y se dividirá en subtemas: ¿Qué es?, sus causas, tipos.</p>	<p>Copias</p> <p>Hojas blancas</p>	<p>Gómez, Joan. (2002). <i>Hablemos sobre la bulimia</i> Barcelona: Hispano Europea. Pp. 13- 19</p>	<p>Se valorará que equipo termine en menor tiempo y con respuestas correctas a cada pregunta, con 1 punto.</p>

Grado: 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 hora.

Sesión: 5

Tema: Consecuencias de la bulimia

Objetivos: Que reconozcan la importancia de tener un cuidado por el cuerpo y lo que ingerimos así como lo que provocamos en él.

Contenidos	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
<p>¿Cuáles son los síntomas?</p> <p>¿Cuáles son las consecuencias?</p>	<p>Para reconocer las consecuencias que se presentan en esta enfermedad se repartirán algunas copias con los daños que hace en nuestro cuerpo. Posteriormente, por equipos hacer unas pequeñas representación teatrales de cada exagerando en todo momento el síntoma de cada caso.</p> <p>Al final se harán algunas preguntas referentes a la información recibida durante la sesión.</p>	<p>Copias</p>	<p>Crispo, R. (1996). <i>Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado</i>. Gedisa. Pp. 106- 110.</p>	<p>Se evaluará la participación y desenvolvimiento de cada equipo en cuanto a los temas, así como la representación y las preguntas que se realizaran de forma directa a los alumnos, esperando que sean respondidas con información suficiente.</p>

Grado: 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 hora.

Sesión: 6

Tema: ¿Qué es la autoestima?

Objetivos: Que los alumnos reconozcan las características más importantes de la autoestima, autoimagen y autoconcepto.

Contenidos	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
<p>¿Que veo en mí? Aspectos físicos y corporales.</p>	<p>Se les brindará a los alumnos las copias acerca de lo que es la autoestima, para que al término de la lectura, se lleve a cabo al azar una lluvia de ideas principales en el pizarrón.</p> <p>Al término de esto, se hará un círculo en el salón y cada alumno se pegará una hoja en la espalda para que cada compañero escriba una oración positiva acerca de su compañero.</p>	<p>Hojas blancas. Cinta adhesiva Copias</p>	<p>Vallés, A. (1998). Como desarrollar el autoestima de los hijos. EOS. 13- 21</p>	<p>En esta sesión, la evaluación se llevará a cabo por medio de la participación y las ideas aportadas de los alumnos.</p>

Grado: 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 hora

Sesión: 7

Tema: Imagen corporal

Objetivos: Que conozcan cómo es que los medios tratan de imponerles imágenes de cómo debieran de ser, aprendan a distinguir entre lo que muestran y lo que son realmente los jóvenes adolescentes.

Contenidos	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
Imagen corporal Medios de información	Los alumnos trabajarán sobre un cuestionario que se les brindara donde se les pedirá que se dibujen a sí mismas y describan sus características, tanto físicas como psicológicas. Al término de su cuestionario cada alumno pasará a explicar su dibujo y la razón por la que él se dibuja de esa manera, además de las cosas que le gustan y no de él.	Hojas Colores Copias Cuestionario		En la sesión anterior se les pedirá a los alumnos que realicen un collage el tamaño de un cuarto de cartulina, mostrando lo que es importante para ellos en cuanto a la imagen y al estilo de vida.

Grado: 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 horas

Sesión: 8

Tema: Auto concepto y Autoestima

Objetivos: Que los alumnos conozcan quienes son y se vean como seres únicos y especiales para aceptar que son diferentes pero únicos a la vez.

Contenidos	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
Auto concepto Autoestima	<p>Se les pedirá a los alumnos que se reconozcan a sí mismos en cuanto a sus fortalezas, debilidades, valores y los recursos con los que cuentan dando una breve exposición de cada uno de estos para esto se les hará un cuestionario para observar como se perciben a sí mismos.</p> <p>Al término de esta sesión, las facilitadoras pegarán en el salón un árbol de papel que ellas elaborarán y cada alumno escribirá en una tarjetita de color, una idea sobre como tener una buena autoestima, que serán pegados en el árbol como si fueran frutos.</p>	Hojas Colores Caja Espejo	Vallés, A. (1998). Como desarrollar el autoestima de los hijos. EOS. Pp. 88-93	La evaluación consistirá en la elaboración del árbol de papel, que se realizará entre todos los alumnos, para que de esta forma los alumnos recuerden que siempre hay que sentirse bien con nosotros mismos. .

Grado: 2º semestre

Tiempo de aplicación: 1 hora

Sesión: 9

Tema: Alimentación saludable

Objetivos: Que los alumnos comprendan la importancia de una buena alimentación para tener un mejor cuidado de su cuerpo sin abusar de él para bajar de peso.

Contenidos	Actividades	Recursos	Bibliografía	Evaluación
Alimentación saludable Creación de hábitos saludables	Se trabajará mediante la dinámica “el tour de la comida “en donde conocerán que alimentos dañan su cuerpo y cuales les benefician, basándose en las copias brindadas. Como termino de taller, se les aplicará a los alumnos un cuestionario sorpresa para saber qué fue lo que aprendieron y cuál fue su impresión del curso. Se llevará una pirámide nutricional que será pegada en el salón de clases. Como termino del taller se brindara un gran aplauso y se darán las gracias por ayudar a llevar a cabo este taller.	Tablas alimenticia	Flores, L. (2007) Alimentación inteligente. Manual de alimentación saludable para todas las edades. México: Producciones Educación Aplicada. Pp. 23- 37	Cuestionario Final.

Conclusiones

Actualmente los trastornos alimenticios, en especial la anorexia y la bulimia van en aumento entre los adolescentes, ya que la aceptación social, la baja autoestima y los mensajes que se transmiten en los medios de comunicación acerca de la apariencia, generan en los adolescentes, estereotipos corporales que los inducen a tener una mala alimentación o una alimentación deficiente para poder tener el cuerpo que ellos creen necesario tener para sentirse dentro de un grupo que solo los acepta por su imagen.

Según los reportes de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud (<http://www.mimorelia.com/noticias/salud/en-casos-de-anorexia-y-bulimia-en-mexico-7-de-cada-10-son-menores-de-24-anos/144760>) en los primeros 5 meses del 2014 se registró que la anorexia y bulimia afecta a 7 de cada 10 personas menores de 24 años. El Distrito Federal se encuentra en el 3ª lugar con mayor número de personas que sufren este padecimiento.

La elaboración de esta tesis constituyó para nosotras un trabajo de investigación y principalmente de conocimiento acerca de las etapas de la adolescencia, la anorexia y la bulimia, y que tanto afecta la anorexia y la bulimia a los jóvenes adolescentes. Esta fue la razón principal por la que se buscó diseñar un taller preventivo que pudiera aplicarse a los alumnos y evitar la aparición de estos problemas, ya que no solo se trata de luchar contra estos trastornos, sino prevenirlos, por eso es necesario informar y concientizar a los alumnos sobre dichos trastornos y sus consecuencias.

Al termino de este trabajo, pudimos concluir que nuestra alimentación es la base de todo nuestro desarrollo a lo largo de los años, sin embargo, muchas veces nos dejamos influenciar por la sociedad, que nos pone estereotipos para poder ser aceptados, ya que actualmente cuando una persona no tiene el peso o talla estéticamente perfectos, son rechazados y señalados por las demás personas.

En el capítulo 1, “Colegio de Bachilleres”, pudimos conocer después de hacer la investigación, los objetivos, misiones, valores y visiones, que rigen esta institución que actualmente ayuda a disminuir la demanda en las escuelas de Nivel Medio Superior de la Ciudad de México y el área metropolitana.

Al investigar más acerca de esta institución, pudimos conocer las capacitaciones técnicas con las que el colegio cuenta, que son de gran ayuda para el alumno, ya que muchas veces al egresar de la institución, no hay oportunidad de ingresar a una universidad pública, y esta capacitación que se les ofrece, los ayuda a ingresar al mundo laboral o estudiar y trabajar al mismo tiempo.

Otro aspecto del Colegio de Bachilleres que para nosotras resultó importante son las modalidades que existen en la institución ya que además de contar con la modalidad escolarizada en el turno matutino y el vespertino, existe la posibilidad de cursar el bachillerato en modalidad no escolarizada, lo que es una buena opción para aquellos jóvenes que por alguna razón no pueden asistir a la escuela o también para personas adultas que quieren terminar el bachillerato pero no tienen la oportunidad por sus responsabilidades como el trabajo o su familia.

También podemos concluir que la Orientación Educativa en el Colegio de Bachilleres es un área muy importante, ya que además de dividirse en tres áreas para una mejor atención al alumno, se cuenta con el área de Orientación de apoyo psicosocial y de la salud, lo que es importante para los alumnos y para los docentes, ya que en algunas ocasiones los alumnos son más propensos a hablar con los profesores acerca de sus temores, preocupaciones, dudas y en este caso de su salud y su alimentación que con sus propios padres. En esta área es donde nosotras pretendemos intervenir proporcionando el taller diseñado para la prevención de los trastornos alimenticios, ya que como podemos ver la etapa donde se encuentran los alumnos del Colegio de Bachilleres, es la más propensa a desarrollar algún trastorno alimenticio.

El capítulo 2 “Adolescencia” nos mostró la importancia de conocer las características psicológicas, biológicas y sociales que presentan los adolescentes, ya que lo hacen más vulnerable a padecer un trastorno alimenticio por el deseo de cumplir con los estereotipos sociales.

Los cambios psicológicos que sufren los adolescentes provocan una mayor vulnerabilidad emocional lo que hace que el adolescente sea más propenso a los comentarios que reciben.

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. acerca de su apariencia física, además de estos, los cambios físicos afectan a los adolescentes ya que no aceptan los cambios que sufre su cuerpo, a pesar de que son cambios biológicos que todos sufren., los cambios sociales, y la influencia nociva de los medios de información, también son importantes durante esta etapa ya que genera en los adolescentes estereotipos corporales que los obligan a tener alimentación deficiente para poder tener el cuerpo perfecto según estos estereotipos y sentirse dentro de los estándares que la moda y la sociedad exigen.

Aun cuando la imagen corporal del ser humano es importante en casi todas las etapas de su desarrollo, es en la adolescencia donde la imagen corporal puede convertirse en una preocupación mayor, que en muchas ocasiones y con la influencia de diversos factores, pueden llevar al adolescente a caer en trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia.

Por esto al término de este capítulo nosotras concluimos que es necesario que se ponga especial atención a los adolescentes ya que ellos son los más vulnerables de sufrir estos trastornos, por lo que deben saber cómo llevar una alimentación balanceada y ejercicio constante para tener el cuerpo que desean

sin poner en riesgo su salud y no dejar de alimentarse o tomar medidas drásticas para llegar a ese fin.

Cada capítulo de este trabajo, nos dejó enseñanzas importantes que fueron siendo más grandes conforme se avanzaba en la realización de esta investigación.

El capítulo 3 “Trastornos alimenticios” nos resultó además de importante muy interesante, porque en el pudimos conocer los síntomas para reconocer cuando alguna persona, incluso algún conocido, sufra algún tipo de trastorno o empiece a desarrollarlo y de esta forma evitar que se desarrolle más.

En la actualidad, tanto la anorexia como la bulimia nerviosas, son trastornos que van en aumento entre la población adolescente en nuestro país, una razón principal son los medios masivos de información, por el tipo de mensajes que transmiten con respecto a la imagen corporal

De acuerdo a El tiempo (<http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/anorexia-en-las-redes-sociales/14319343>) actualmente en internet .existe una nueva tendencia que son grupos en redes sociales como Facebook, que promueven estas conductas alimenticias, incluso se hablan con términos secretos (como Thinspiration’ que son imágenes de personas excesivamente delgadas, que se usan como inspiración para tener ese cuerpo.) para mantener en secreto estos trastornos.

Estas enfermedades causaron en nosotras un impacto muy grande, ya que podemos ver todas las maneras que encuentran los jóvenes para bajar de peso, y algunas de estas son muy excesivas y peligrosas, ya que no solo les provocan bajar de peso drásticamente, sino lo que ellos no saben es que a largo plazo aunque dejen de practicar estos métodos para bajar de peso, tiene repercusiones internas en el cuerpo, sobre todo en el sistema digestivo y pero aún existen casos tan graves que pueden llegar hasta la muerte.

Por lo tanto nosotras creemos pertinente de que además de informar a los alumnos acerca de estos trastornos y sus consecuencias, se brinde una educación en salud que les permita adoptar estilos de vida saludables que incluyan información nutricional, para de esta manera prevenir no solo la

anorexia y la bulimia sino otro trastorno alimenticio que es muy común en estos tiempos, la obesidad.

Al llevar a cabo el estudio de campo, Capítulo 4 “Estudio de Campo” lo más importante para nosotras fue conocer cómo se sienten los adolescentes con su cuerpo, ya que al realizar el cuestionario la mayor parte de los alumnos nos contestó que no está de acuerdo con su peso y nos demostró que están dispuestos a tomar medidas drásticas para llegar al cuerpo deseado. Al momento de realizar esta actividad podíamos notar como se perciben los alumnos, ya que en el salón de clases, demostraban estar pendientes aunque no de forma saludable de su apariencia.

Nosotras consideramos que fue una decisión acertada el realizar esta investigación en el Colegio de Bachilleres, porque de acuerdo a las respuestas que obtuvimos, el taller preventivo es necesario y pertinente para los alumnos.

El último capítulo, “Propuesta de taller” es lo que nos identificó como pedagogas, la elaboración de este taller pudo plasmar los conocimientos que adquirimos durante nuestra formación universitaria. Los Pedagogos, somos los encargados de poner especial atención en estos trastornos dentro de sus actividades con los adolescentes, ya que nosotros somos quienes contamos con los conocimientos necesarios que se necesitan para desarrollar un taller preventivo de forma significativa que pueda ayudar a los Orientadores, en este caso en el Colegio de Bachilleres, a identificar a los alumnos vulnerables a padecer un trastorno alimenticio.

El trabajo que se propuso en esta investigación, fue el desarrollo de un taller preventivo que beneficie el desarrollo integral y de la salud de los adolescentes. La prevención en la escuela consistirá en desarrollar habilidades personales y sociales, al tener la información necesaria acerca de estos trastornos pero también enseñándoles cómo llevar una alimentación saludable, además de proporcionarles información acerca de las clínicas de salud que puedan ayudar a aquellos alumnos que consideren necesario acudir con un especialista.

Con este taller además de brindar información se pretende que la convivencia de los integrantes del salón, sea más amplia, ya que muchas veces es en el mismo salón donde se hacen comentarios negativos que provocan que el adolescente se sienta mal consigo mismo y así propiciar la aparición de estos trastornos.

.

Consideramos que este taller puede beneficiar a los alumnos a su formación, sin embargo, si se llevará a cabo su aplicación, las aportaciones que los Orientadores nos hagan serán recibidas con el fin de mejorar este taller y así ayudar a prevenir estos trastornos a mayor número de adolescentes.

El objetivo principal de esta investigación así como de nuestra propuesta de taller, fue hacer uso de las estrategias y conocimientos que nosotras obtuvimos a lo largo de nuestra formación universitaria. El fin de esto fue ayudar a prevenir la anorexia y la bulimia, y ayudar a los adolescentes a tomar decisiones responsables, ya que como especialistas en educación, también buscamos evitar repercusiones negativas como la deserción escolar por algún problema de salud.

Bibliografía

Aberastury, A. y Knobel, M. (2003). La adolescencia normal. México: Paidós

Aguilar, J. (2003). Anorexia y Bulimia: una experiencia clínica. Madrid: Diez Santos.

Alcántara, J. (1990). Como educar la autoestima. Barcelona: CEAC.

Ardilla, L. Adolescencia y desarrollo emocional. Guía y talleres para padres y docentes. Bogotá: ECOE

Barragán, E. y Millán, M. (2003). Factores que influyen en los trastornos de la alimentación. "Taller preventivo sobre la anorexia y bulimia nerviosa." Tesis de Licenciatura en Pedagogía, Universidad Pedagógica Nacional, México.

Blos, P. (1990). Psicoanálisis de la adolescencia. México: J. Mortiz

Brugger, W. (1978). Diccionario de filosofía. Barcelona: Herder.

Colegio de Bachilleres (2008). Sistema de Evaluación y Mejora. Versión 2.0. México.

Colegio de Bachilleres (2002). Programa de Desarrollo Institucional 2002-2006. México: El Colegio. PDF.

Crispo, R. (1996). Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Gedisa. Pp. 33- 39

Crispo, R., Guelar, D. y Figueroa, E. (1996). Anorexia y bulimia: lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. Barcelona: Gedisa.

Feinstein, S. (1988). Trastornos en la alimentación. Buenos Aires. Nueva Visión.

Flores, G. (1990). Diccionario de ciencias de la educación. Madrid: Paulinas.

Frontera, P. y Cabezuelo, G. (2005). Conocer y cuidar al adolescente: Guía para padres. Madrid: Síntesis.

Gómez, J. (2002) Hablemos sobre la bulimia. Barcelona: Hispano Europea.

Gorab, A. e Iñarritu M. (2005). Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. México: ¿Como ves?

Guelar, D. y Crispo, R. (2001). Adolescencia y trastornos del comer. Madrid: Gedisa.

Hernández, R. (2001). Metodología de la investigación. México: McGraw Hill

Huerta, C. y Mondragón, M. (2011). Educación y orientación sexual de un grupo de adolescentes de tercer semestre del Colegio de Bachilleres. Tesis de Licenciatura en Pedagogía, Universidad Pedagógica Nacional, México.

Ituarte, A. (1994). Adolescencia y personalidad. México: Trillas.

Laeng, M. (1971). Vocabulario de la pedagogía. Barcelona: Herder.

Musitu, G. (2001). Familia y Adolescencia. España: Síntesis.

Nicolson, D. y Ayers, H. (2002). Problemas de la adolescencia. Guía práctica para el profesorado y la familia. Madrid: Narcea.

Revista Salud Mental Vol. 35, No. 6, Noviembre- Diciembre 2012. México

Roma, M. y Montesinos, N. (2001). Derecho de las mujeres a su imagen, los trastornos del comportamiento alimenticio. España: Universidad de Alicante.

Secretaria de Educación Pública. (2006) Decreto de Creación del Colegio de Bachilleres. Diario Oficial de la Federación. México.

Tirado, B., Bauzar, M. y Nevaress, A. (1997). La Orientación educativa y PROFESIONAL EN LA Educación Secundaria. Barcelona: Graficas Signo.

Vallés, A. (1998). Como desarrollar el autoestima de los hijos. EOS. 13- 21

Weitzner, A. (2007) El camino hacia la recuperación de la anorexia y bulimia. MEXICO: Pax- México pp. 32- 35, 42- 49.

Weitzner, A. (2007). El ABC de los desórdenes alimenticios: anorexia, bulimia, comer compulsivo. México: Pax- México.

Paginas Consultadas

Anorexia y bulimia

<http://www.cruzroja.es/crj/docs/salud/manual/005.pdf>

Clínica Ellen West

(<http://www.ellenwest.org/>)

Colegio de Bachilleres

<http://www.cbachilleres.edu.mx/>

Colegio de Bachilleres Principales Cifras 2011-B

<http://www.cbachilleres.edu.mx/cb/estadisticas/CIFRAS2011B>

Comunidad de Madrid. Talleres para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria entre los jóvenes

http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_Actualidad_FA&cid=1142596464942&language=es&pagename=ComunidadMadrid/Estructura

Congresos sobre la mujer

congresos.cio.mx/3_enc_mujer/files/extensos/.../S2-MCS19.doc

DEMAC. Documentación y Estudios de Mujeres, A.C

<http://www.demacvirtual.org.mx/content/anorexia-bulimia-0>

EL GRUPO DE AMIGOS EN LA ADOLESCENCIA. Relación entre afecto, conflicto y conducta desviada

<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N100-1.pdf>

Formación en riesgos laborales

<http://www.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgos-laborales/actualidad-laboral/prevencion-primaria-secundaria-y-terciaria/>

Guía práctica. Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

http://www.unizar.es/universidadsaludable/public/documentos/001_prevencion_trastornos.pdf

Noticias Caracol

www.noticiascaracol.com/salud/articulo-235764-el-impacto-de-la-obesidad-sobre-la-salud-ha-sido-subestimado

Planteles del Colegio de Bachilleres

<http://www.cbachilleres.edu.mx/cbportal/index.php/component/content/article/208>

Programa Operativo Anual 2012

http://www.cbachilleres.edu.mx/cb/estadisticas/POA_2012.pdf

Universidad México: Noticias.

<http://noticias.universia.net.mx/en-portada/noticia/2011/07/04/842642/aumentan-15-veces-casos-bulimia-anorexia-mexico-unam.html>

Anexos

ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA DETECTAR TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN

LOS ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS.

PROYECTO: TALLER PREVENTIVO SOBRE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA
NERVIOSA

Nombre:

Edad: _____

Año escolar: _____

Escuela:

Dirección de la escuela:

Fecha: _____

Anota que cantidad de estos alimentos consumes normalmente en el día.

ALIMENTOS	CANTIDADES		
	1 a 3	4 a 5	5 o mas
Carnes (Pollo, Pescado, Res)			
Lácteos (Leche, queso, yogurt, etc.).			
Frutas			
Verdura			
Frituras (palomitas, galletas, dulces etc.).			

Agua Natural			
Refrescos			

¿Te sientes a gusto con tu peso?: _____

¿Si no es así, te gustaría aumentar o bajar de peso?

¿Te gustaría parecerte a alguien?: _____

¿Te sientes culpable cuando comes en exceso?: _____

¿Qué haces cuando comes en exceso?:

- A) Hacer ejercicio
- B) Dejar de comer
- C) Vomitar

ANEXO 2

Editorial Gedisa ofrece
los siguientes títulos sobre

DIVULGACION Y AUTOAYUDA

pertenecientes a sus diferentes
colecciones y series
(Grupo "Psicología")

- | | |
|--|---|
| ROSINA CRISPO, EDUARDO FIGUEROA Y DIANA GUELAR | <i>Anorexia y bulimia: lo que hay que saber</i> |
| GERLINDE ORTNER | <i>La modestia no es ninguna virtud</i> |
| ELEONORE HÖFNER | <i>Instrucciones para estropear el matrimonio</i> |
| WENDY BLUMFIELD | <i>Después de nacer. La guía para las mujeres durante el año en que aprenden a ser madres</i> |
| LEWIS B. SMEDES | <i>Un ideal posible: Cómo llegar a ser una buena persona</i> |
| LINDA HUNT ANTON | <i>La decisión de ser madre para la mujer de hoy</i> |
| JEAN LUC AUBERT Y CHRISTIANE DOBOVY | <i>¡Mamá, tengo miedo! Guía para madres ansiosas</i> |
| LUCY FREEMAN | <i>La ira, la furia, la rabia. Cómo comprender y transformar los sentimientos destructivos reprimidos</i> |
| GÆL LINDENFIELD | <i>Ten confianza en ti misma</i> |
| GEORGE WEINBERG Y DIANNE ROWE | <i>Cómo somos y cómo nos ven los otros</i> |
| ARLENE MODICA MATTHEWS | <i>No pienses tanto en el dinero... Resuélvelo</i> |
| D. HUNT Y P. HAIT | <i>El Tao del tiempo</i> |
| PATRICIA CASTET | <i>Cómo conocer al hombre de mi vida</i> |

(sigue en pág. 215)

RECEIVED 15208

ANOREXIA Y BULIMIA: LO QUE HAY QUE SABER

Un mapa para recorrer un territorio trastornado

por

Rosina Crispo, Eduardo Figueroa
y Diana Guelar



gedisa
editorial

diálogos desgrabados de sesiones de evaluación. ¡Gracias! Enriquecieron este libro al compartir sus propios vaivenes en el camino.¹

Esperamos que estén bien y que este libro les sirva para ayudar a que estén bien los que ustedes quieren.

1. Los nombres de las pacientes han sido naturalmente cambiados para proteger sus identidades; no así sus edades.

1

¿Qué es un trastorno del comer?

Este capítulo buscará cierta precisión en la definición de qué es exactamente la bulimia nerviosa (BN), qué es la anorexia nerviosa (AN) y cuáles son los trastornos del comer que sin llegar a ser puramente BN o AN están bastante cerca de serlo y que se conocen como trastornos de la alimentación no específicos o atípicos (TANE).

O sea, cómo *diagnosticar*, cómo tener los elementos para saber qué *es* y qué *no es* un trastorno del comer. No nos proponemos que nuestros lectores aprendan a hacer un diagnóstico médico o psicológico. Más bien, que estén informados acerca de cuándo hay que empezar a preocuparse y buscar la orientación pertinente.

Hacer prevención

Uno de los riesgos al intentar *prevenir*¹ acerca de una determinada patología o enfermedad es el de alertar *tanto* que se produzca el efecto de pánico, de terminar viendo el problema en todas partes, aun en conductas triviales o pasajeras o propias de una determinada edad y exentas de toda gravedad.

1. Es nuestro objetivo "hacer prevención" con este material, y para nosotros significa, más que advertir, alertar o notificar acerca del riesgo de entrar en el territorio trastornado, abrir un espacio de reflexión sobre el tema que permita modificar las condiciones que facilitan la existencia del problema.

Y otro de los riesgos al intentar *prevenir* acerca de una patología o enfermedad es que el dar la información pertinente, en lugar de significar una advertencia para el cuidado y la detección temprana, acabe siendo un modo de aprender cómo hacer para finalmente terminar padeciéndola. Aquí apelamos a la conciencia y el cuidado de cada uno. Reiteradas veces hemos escuchado que "antes nunca vomitaba, pero cuando vi por la televisión la explicación de cómo habían caído en eso unas jóvenes, pensé 'cómo nunca se me ocurrió. ¡Qué buena idea para liberarme de la tortura de las dietas!' y así empezó el calvario".

Les pedimos que reciban esta información con el criterio de "hacer prevención" que nosotros estamos proponiendo, y si continúan leyendo este libro, sabrán por qué los alertamos a mantenerse lo más alejados posible del "territorio trastornado".

Por todo esto, a partir de este punto vamos a ponernos más rigurosos en las definiciones. Utilizaremos los criterios que están descritos en el *Manual de Diagnóstico y Tratamiento* (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, en su edición de 1994 (DSM-IV), por ser en la actualidad la fuente con más consenso en la comunidad científica en lo que se refiere a diagnósticos de enfermedades mentales.

Anorexia nerviosa (AN)

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma con anorexia nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

A) Negativa a mantener el peso corporal en un nivel normal mínimo esperado o por encima de ese nivel para su edad y talla (por ejemplo, *pérdida de peso* que lleva a mantener el peso corporal por debajo del 85% del esperado; o *fracaso en obtener el aumento de peso esperable* durante el período de crecimiento, que lleva a un peso corporal inferior al 85% del esperado).

B) Intenso temor a subir de peso o volverse gorda, a pesar de estar por debajo del peso esperado.

C) Perturbación en la manera en que se vivencia el peso, tamaño o forma del propio cuerpo; influencia excesiva de la percepción del propio peso o forma corporal en la autoevaluación, o negación de la gravedad del bajo peso corporal actual.

D) Amenorrea en las mujeres postmenárgicas, por ejemplo, la falta de por lo menos tres períodos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus ciclos menstruales ocurren sólo después de la administración de hormonas, por ejemplo, estrógeno.)

Tipos específicos

Existen a su vez dos formas en que la AN puede presentarse:

a) **Restrictiva:** durante el episodio de AN, la persona *no se embarca* regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

b) **Bulímica:** durante el episodio de AN, la persona *se embarca* regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).

Bulimia nerviosa (BN)

Para que una persona pueda ser diagnosticada como enferma de bulimia nerviosa, debe cumplir con los siguientes requisitos:

A) Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los siguientes elementos:

(1) ingesta, en un período corto (por ejemplo, unas dos horas), de una cantidad de comida evidentemente más grande que la que la mayoría de la gente come durante un período similar y en circunstancias similares;

(2) una sensación de falta de control sobre la ingesta durante el episodio (por ejemplo, una sensación de no poder cesar de comer, o de no controlar qué o cuánto uno está comiendo).

B) Comportamiento compensatorio recurrente e inadecuado, para prevenir el aumento de peso, tal como: vómito autoinducido, exceso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, ayuno o exceso de ejercicio.

C) Los atracones y los comportamientos compensatorios inadecuados ocurren con un promedio de por lo menos dos veces a la semana, por un período de tres meses.

D) La percepción de sí misma está excesivamente influida por la forma corporal y el peso.

E) El trastorno no aparece exclusivamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Tipos específicos

Existen también dos tipos de BN:

a) **Purgativo:** la persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

b) **No purgativo:** la persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

Trastorno alimentario no específico (TANE)

Esta categoría es para los trastornos del comer que no concuerdan con los criterios para ninguno de los desórdenes del comer específicos ya descritos (AN y BN), pero pueden ser igualmente graves. Es posible que:

(1) se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que el individuo tiene menstruaciones regulares;

(2) se encuentren todos los criterios para una AN, salvo que a pesar de una pérdida significativa de peso, el peso esperado para el individuo se encuentre dentro del rango normal;

(3) se encuentren todos los criterios para una BN, salvo que los atracones ocurren con una frecuencia inferior a dos veces por semana o desde hace menos de tres meses;

(4) un individuo de peso normal se embarque regularmente en comportamientos compensatorios inadecuados después de comer pequeñas cantidades de comida (por ejemplo, vómito autoinducido después de la ingesta de dos galletas);

(5) un individuo reiteradamente mastique y escupa, pero no trague grandes cantidades de comida;

(6) exista un desorden compulsivo: episodios recurrentes de atracones en ausencia de los comportamientos compensatorios inadecuados, característicos de la BN (también se lo llama BED: "binge eating disorder" en inglés; algo así como "trastorno del comer por atracones").

Rasgos centrales de cada uno de los trastornos del comer

Las características centrales de cada uno de los trastornos del comer se sintetizan en el cuadro siguiente —adaptado del manual a que hicimos referencia al comienzo—, de modo que puedan verse *los elementos comunes a todos*:

Preocupación extrema por el peso y la forma corporal y prácticas reiterativas de control de peso.

El mantenimiento de un peso corporal bajo, por ejemplo, está presente en la AN del subtipo restrictivo (AN-r) y puede estarlo en los TANE. Sin embargo, los atracones son característicos de la BN y pueden o no estar presentes en los TANE. Las personas que mantienen un peso corporal bajo y tienen conductas bulímicas son consideradas anoréxicas de subtipo bulímico (AN-b).

Revisemos cada uno de estos rasgos centrales:

Rasgo característico	ANr	ANb	BN	TANE
preocupación extrema por peso y figura	Pte.	Pte.	Pte.	Pte.
prácticas de control de peso	Pte.	Pte.	Pte.	Pte.
mantenimiento de peso corporal bajo	Pte.	Pte.	Aus.	P/A
episodios de atracones	Aus.	Pte.	Pte.	P/A

Pte.: está presente

Aus.: está ausente

P/A: puede estar presente o ausente.

¿Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en varones?

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de la *fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural* en la aparición de estos fenómenos.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen:

- historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento; o
- la fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos; o
- la obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etcétera.

Un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual lo que no significa que sea privativo de ese grupo. Quizás esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pone tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto al cuidado de su presentación física. Más bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en el mundo gay masculino, la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino.

Vale la pena destacar que es poco frecuente en los hombres con estos problemas de alimentación que el objetivo buscado sea un peso determinado, achicar el talle de la ropa que usan o "entrar" en un pantalón (a diferencia de las adolescentes mujeres). Más bien suelen relatar que todo comenzó por querer modificar alguna parte específica del cuerpo, darle mejor forma o evitar ciertas desproporciones.

ANEXO 3

El laberinto
y más allá

EL CAMINO HACIA LA
RECUPERACIÓN
DE
ANOREXIA
Y BULIMIA



ANDREA WEITZNER 

El suicidio sofisticado de nuestra era

No peso nada, pero no pasa nada.
No estoy a la moda, soy la moda.



⇒ Continuación

Argumento público: No estoy flaca, estoy a la moda.

El slogan: No peso nada, pero no pasa nada.

Engaño favorito: Sólo un kilito menos.

Definición

La Asociación Americana de Anorexia Nervosa define el trastorno como "una enfermedad seria de autoinanición con componentes psiquiátricos y físicos profundos y complejos". Anorexia, que literalmente significa falta de apetito, no es en sí la esencia de la enfermedad. La persona que sufre de anorexia siente hambre todo el tiempo, pero su acentuada disciplina y los rituales neuróticos de los cuales se alimenta logran hacer que los retortijones sean suprimidos durante años –incluso décadas!

Habiendo pasado por la enfermedad, entiendo bien el trastorno mental y el temor a siquiera tener un bocado de comida en la boca. Básicamente, *el lema de la anoréxica es "mejor muerta que gorda"*. Estudios realizados por Patricia Neuman en su libro "Anorexia Nervosa y Bulimia, Una guía para terapeutas y consejeros" demuestran que "para la anoréxica la gordura es considerada una muerte en vida, por lo tanto más temida que la pérdida de la vida misma".²

Dado que el cuerpo atraviesa por inanición –en ocasiones durante décadas– las

La anorexia es la perfección del sistema de autoinanición, cuyo sustento psicológico es la fantasía histérica de permanecer en un estado de infancia.

² Neuman-Halvorson, *Anorexia Nervosa and Bulimia, A Handbook for Counselors and Therapists*, p. 12.

conductas que se desatan bien podrían ser como las de un prisionero en un campo de concentración. *No importa si el hambre es impuesta por uno mismo, las repercusiones físicas y consecuentes fases de delirio mental son las mismas.*

Es difícil entender la mente de un anoréxico, a menos que se vea desde adentro. A continuación verás un cuadro que describe mi semana alimenticia seis meses antes de que mi vida como interna en la escuela de gimnasia terminara.

Día	Lugar y hora	Tipo de comida	Pensamientos
Lunes	12:30. En la camioneta, camino al gimnasio	Una mandarina Medio sándwich	¡Lo hice otra vez! Juré traer el sándwich sólo para verlo, pero no me pude contener. Me dije a mí misma: "sólo un bocadito", pero como el cochino que soy, me comí toda una mitad. ¡Tengo la fuerza de voluntad del tamaño de un chícharo! Ahora la manzana tendrá que ser la cena. Siempre me pasa esto los lunes, por eso odio los domingos. Tener tanto tiempo libre es un grave peligro.
Martes	7:45. Desayuno, dormitorio	Medio plato de cereal con leche	Medio platito de cereal, justo como me había prometido. ¡Bien hecho! Ya me siento mejor, después del sándwich del lunch lo único que cené fue media manzana. Hoy va a ser un día menos malo.
	12:30. En la camioneta, camino al gimnasio	Una manzana y miré un sándwich	¡Lo logré! El sándwich sólo lo miré y lo guardé de inmediato. Me dio gran gusto poder mirarlo durante el entrenamiento y encontrarlo así, enterito.
Miércoles	12:30. En la camioneta, camino al gimnasio	Una manzana	Todo va como lo he planeado; medio sándwich para la cena y la mitad lo tiré. Tuve la suficiente fuerza para brincar el desayuno. Hasta puede que sea un día bueno. Como dijo A, cada caloría cuenta.

Día	Lugar y hora	Tipo de comida	Pensamientos
Jueves	7:45. Desayuno, dormitorio	Medio plato de cereal, media manzana	Aún sigo sin creer lo que vi anoche. ¡B en la cocina comiendo la comida del bote de basura! Me sentí descubierta, yo sólo quería un vaso de leche. Lo tomé e hice mis 20 minutos de subir y bajar escaleras. Creo que todas estamos muy nerviosas por los estatales de la semana que viene; cada vez están más llenas las escaleras por las noches. Esto ya parece una rutina de grupo.
Viernes	8:30. Después de la cena, sala de estudio	Ayuno total	¡La libré! No me pusieron en la lista negra, pero lo que le paso a B fue realmente espantoso. ¡Sólo fue media libra! ¿Dos horas de ejercicio más por eso? ¡No, qué horror! Eso no me va a pasar a mí!
Sábado	1:30 pm. Después del almuerzo, dormitorio	Dos manzanas y dos peras Un sándwich	¡Soy una tarada! Todo el esfuerzo del viernes tirado por la borda. Quizá sí debí haber desayunado, sentía desmayarme durante el entrenamiento. Para la otra no iré en ayuno total al entrenamiento de sábado. Casi me rompo un tobillo en la salida de barras. ¡Qué susto me llevé!
	6:40. Dormitorio		Me chocan los sábados por la tarde. No hago más que pensar en comer y preocuparme por tener todo el día siguiente libre. ¿Y si no me puedo controlar? No, qué horror, tengo que hacerlo. Mañana hablaré a casa, me sentiré mejor.
Domingo	4:30 pm. Centro de compras	Atracón en el mall	¡Me odio, me odio! La llamada a casa fue mala, no podía hablar, había ruido. ¿Qué hice? Salí disparada y comí hasta reventar. Ya no me sorprenden las colas para usar el baño. Aunque todas se dicen unas a otras que L es la más vomitona, quién sabe, yo siempre me encuentro a las mismas. M está usando el jardín. La pelea a golpes de B con L me dio miedo, nunca le había visto ese lado a ninguna de las dos. Quizá M tenga razón y el jardín no es tan malo.

Deja de haber una actitud "relajada" alrededor de la comida; todo se vuelve una especie de ritual. Existe una aprehensión, una preocupación, un callado nerviosismo siempre presente... Hay una forma particular de jugar con la comida en el plato...

van dando a la palabra disciplina y autocontrol un nuevo significado. Dado que la sociedad en la que vivimos aplauden estas conductas, para cuando el daño es notorio la enfermedad ya está en fases avanzadas; y en cuanto las consecuencias físicas son ya detectables, la persona se viste con diversos tipos de ropa para disfrazar el problema.

Pequeñas sutilezas a observar

Uno de los síntomas que debemos identificar (tanto para bulimia como para anorexia) es que deja de haber una actitud "relajada" con respecto a la comida; lo espontáneo y suelto se convierte en vergüenza y culpa. El acto de comer se lleva a cabo a escondidas. En la mesa habrá una especie de rechazo al alimento que va más allá de ser melindroso; algo en la actitud podrá ser (si observamos) notorio. Una aprehensión, una preocupación, un callado nerviosismo siempre presente. Una patrón repetido que he encontrado en la anorexia es el temor a siquiera tocar el tenedor con los labios. Hay una forma particular de jugar con la comida en el plato...

Detrás de la forma de mover el tenedor de un lado a otro del plato, va una continua ecuación matemática y la planeación de una rutina posterior. Todo lo que gira en torno a la comida es una especie de ritual. La comida es empujada de un lado a otro de una forma sistemática o acomodada de una forma en particular. Son indicadores muy sutiles. En el desempeño académico habrá una notoria necesidad de ser la mejor, se exhibirá una clara tendencia a la estética y a los ejercicios de precisión y una baja tolerancia al error. Hay un orden y autodisciplina

acentuada, compulsiva y obsesiva. Se negará cualquier impulso instintivo por considerar sucio todo lo relacionado con él.

Dado que la anorexia es el profundo deseo irracional de permanecer en el estado de infancia, todo lo relacionado y asociado con la adolescencia es literalmente repudiado.

Dentro del los síntomas sutiles está el claro temor de tocar el tenedor con los labios, por ser éstos de naturaleza sensual. Debido a que la anorexia es la negación y supresión del instinto en todo momento y a toda hora, éste tiende a hacerse presente y resurgir de forma más obsesiva, como en el caso del tenedor.

En mi plática con una chica con anorexia infantil, le hice mención a su -casi imperceptible- peculiar forma de comer. "Tus labios nunca tocan el tenedor", le comenté, "es como si estuviera sucio. ¿Lo estaba?", le pregunté. "No", me dijo ella de mala gana. "Ah", continué, "porque me dio la impresión de que tu expresión, al introducirlo en la boca, era de asco y horror". La chica me volteó a ver con un odio implacable: "Yo no pienso en esas cochinas... Meterme el tenedor a la boca no es lo que tú estás pensando". Y salió corriendo.

Lo irresistible de lo prohibido

*Haz algo prohibido y lo volverás
objeto de tu deseo...*

Mientras más tipos de comida anotes en la lista de alimentos prohibidos, con mayor fuerza regresarán tus instintos a pedirte como un animal hambriento.

Por este motivo, el comportamiento irracional de la anoréxica de comer comida del basurero teniendo a su alcance un refrigerador repleto no es tan sorprendente.

Cuando el instinto ha sido tratado como un animal hambriento, como tal se comportará. Esta vertiente se manifiesta en casos extremos y después de periodos prolongados de enfermedad profunda, por lo general cuando el paciente ya tiene más de 30% por debajo de un peso sano.

Anorexia en edades infantiles

Las edades cada vez menores en las que la anorexia se ha infiltrado es alarmante... Estudios preliminares apuntan como factores:

El medio socio-cultural: globalización de medios de comunicación, mal uso de campañas publicitarias.

El entorno familiar: presencia de ambos padres en extremo perfeccionistas; madre con algún tipo de obsesión por la delgadez, ya sea siéndolo o alabándolo (probablemente con un desorden alimenticio propio aún sin reconocer), con tendencias alcohólicas o cualquier otro tipo de adicción; énfasis de ambos padres en la vida ideal y preocupación continua por la "aparición perfecta". Inexistente tolerancia de ambos padres ante lo imperfecto, ambiente social rígido y superficial. Padre ausente o intermitente.

Quizá la enfermedad se desarrolle y los síntomas corporales no se registren de inmediato, pero la etapa crítica ocurre al sentir que la llegada de la pubertad. Dado que

toda la valía reside en "la niña perfecta", la niña querrá serlo para siempre; entrar a la fase de confusión de la adolescencia es un paso aterrizante; la anorexia es una forma de aferrarse a un estado de falsa seguridad que la condición de niña proporciona, y salir del estado de infantilismo es en sí tan temido como la muerte misma.

Un caso hipotético

La hija de Barbie y Kent

Tomemos este ejemplo. Una mujer sufrió anorexia ligera en su adolescencia, la cual se transformó en bulimia al entrar a la edad adulta con la enfermedad "controlada" (quizá aún en el closet) al tener la adicción repartida en tabaquismo y alcoholismo "social". Quizá haya tomado tratamiento (no por convencimiento, sino porque alguno de los síntomas salió de proporción; por un susto, que una vez aliviado, le permitió regresar a su ilusión de "todo está bajo control") o quizá no, pero el meollo del asunto sigue siendo una cuestión sin atender. Muy probablemente, esta chica se case con el mejor partido que perpetúe su ilusión de perfección; el hombre de mayor estatus social, con los logros más destacados... Un multi-logros, justo como ella, uno que seguro la mantendrá en cintura, pues ella es su trofeo. Él tiene el mismo delirio de perfección que ella, sólo que lo manifiesta de forma diferente. Ambos guardan sus oscuros secretos en las profundidades más recónditas de sus respectivas sombras*, porque el suyo es un matrimonio de una careta de perfección con otra.

Ante los ojos de la sociedad son la pareja perfecta, ambos atractivos y en forma; él es un exitoso ejecutivo, ella siempre al último grito de la moda. La casa, los viajes, todo es de "ensueño". Se creen y de hecho a menudo son la

Lista comparativa entre Ana y Ana 1

Anorexia	Anorexia 1
Anorexia sin atracón-purga (bulimia) como síntoma de apoyo	Anorexia con atracón-purga (bulimia) como síntoma de apoyo
1. Origen de la enfermedad a edad más temprana	1. Origen de la enfermedad a edad más tardía
2. Autodisciplina fanática	2. Dominio de los impulsos <ul style="list-style-type: none"> • Uso de alcohol • Suicidio y automutilación • Recurrencia frecuente al vómito • Uso de laxantes y diuréticos
3. Depresión casi imperceptible	3. Depresión acentuada, culpa y ansiedad
4. Poco sociable	4. De sociable a muy sociable
5. Sexualmente desinteresados	5. A menudo sexualmente activos
6. Hiperactividad (hasta que la enfermedad esté ya muy avanzada)	6. Presencia de fatiga moderada
7. A menudo con frío, presión baja y pulso vascular bajo	7. Calor físico (después del atracón)
8. Fase de sueño reducida pero estable	8. Alternancia acentuada de patrones de sueño
9. Negación del hambre	9. Apetito desmedido en ocasiones sin la presencia de hambre
10. Sobreconscientización de cada bocado que entra a la boca	10. Ingestión de alimento a gran velocidad
11. Baja existencia de obesidad por lado materno	11. Mayor existencia de obesidad por lado materno
12. Bajo peso antes de la enfermedad	12. Peso normal o incluso sobre peso antes de la enfermedad
13. Negación de conflicto alrededor del tema comida	13. Conciencia de que los patrones de alimento son anormales

Anorexia	Anorexia 1
14. Continua, progresiva y paulatina pérdida de peso	14. Fluctuaciones de peso acentuadas
15. Despreocupación por ser atractivo	15. Gran énfasis en apariencia física y preocupación por tener éxito con el sexo opuesto
16. Curso de la enfermedad puede ser un solo capítulo, pero prolongado	16. Curso de la enfermedad casi siempre crónico e intermitente por un lapso de varios años, incluso décadas.
17. Quejas somáticas bajas	17. Quejas somáticas altas (dolores de cabeza, problemas estomacales y mareos)
18. Mejor relación con el padre	18. Mala relación con el padre como norma
19. Renuencia a tratamiento	19. Más apertura a tratamiento (debido a la severa fluctuación de estados de ánimo)
20. Ingestión sólo de alimentos bajos en grasa y en calorías	20. Ingestión de comida con alto contenido calorífico durante atracones ⁶

Síntomas físicos

1. Amenorrea (detención del ciclo menstrual)
2. Constipación y molestias abdominales frecuentes
3. Anormalidades dermatológicas:
 - Lanugo, un pelo fino, tipo pelusa que comienza a aparecer en el cuerpo;
 - decoloración anaranjada debido a la presencia de carotina en la sangre

⁶ *Idem*, p.18.

4. Pérdida del pelo y piezas dentales

5. Paro cardíaco y renal

Enfermedades derivadas:

- Cáncer en el esófago
- Candidiasis⁷

Causas

Hasta la fecha nadie sabe a ciencia cierta la etiología exacta de la anorexia, pero los estudios apuntalan a la combinación de los siguientes factores:

- Situaciones de vida estresante y presionantes: los expertos afirman que la anorexia se gesta dentro de un cultivo de alteraciones en la vida con las cuales el sujeto no puede y le causan dificultades para acoplarse.
- Falta de autoestima
- Adolescencia: la anorexia es, en la mayoría de los casos, un asunto de la adolescencia que surge ante la falta de habilidad para responder a los intensos cambios de la misma.
- Ambiente socio-cultural: la enfermedad se presenta como reacción al síndrome "súper-mujer" de nuestra era contemporánea y como reacción a la influencia

⁷ *Idem*, p. 17 Weitzner, A., *El ABC de los desórdenes alimenticios*

de un ambiente con altas expectativas. La moda, que claramente erradica las curvas en la mujer desde los 20 años, también es un factor cultural preponderante

- Predisposición biológica.
- Asuntos familiares: los estudios apuntan hacia la presencia de una figura materna rígida, poco afectiva inflexible y con fuerte voluntad de imponer sus expectativas y una figura paterna ausente o intermitente. En ocasiones hay la presencia de diabetes materna, alcoholismo, depresión y obesidad, aunque no hay resultados concluyentes establecidos.⁸

Criterio de diagnóstico

Según el Manual de Diagnóstico y Estadística de Desórdenes Mentales (DSM-IV), estos son los puntos de diagnóstico:

- Miedo intenso a ser obesa, que no detiene el proceso de pérdida de peso.
- Distorsión de la imagen propia.
- Estar por debajo del peso sano en 20%.
- Renuencia a mantener un peso normal.
- Inexistencia de una enfermedad física a la cual atribuirle la pérdida de peso.

⁸ *Idem*, pp. 24-29

ANEXO 4

Editorial Gedisa ofrece
los siguientes títulos sobre

DIVULGACION Y AUTOAYUDA

pertenecientes a sus diferentes
colecciones y series
(Grupo "Psicología")

- | | |
|--|---|
| ROSINA CRISPO, EDUARDO FIGUEROA Y DIANA GUELAR | <i>Anorexia y bulimia: lo que hay que saber</i> |
| GERLINDE ORTNER | <i>La modestia no es ninguna virtud</i> |
| ELEONORE HÖFNER | <i>Instrucciones para estropear el matrimonio</i> |
| WENDY BLUMFIELD | <i>Después de nacer. La guía para las mujeres durante el año en que aprenden a ser madres</i> |
| LEWIS B. SMEDES | <i>Un ideal posible: Cómo llegar a ser una buena persona</i> |
| LINDA HUNT ANTON | <i>La decisión de ser madre para la mujer de hoy</i> |
| JEAN LUC AUBERT Y CHRISTIANE DOUBOVY | <i>¡Mamá, tengo miedo! Guía para madres ansiosas</i> |
| LUCY FREEMAN | <i>La ira, la furia, la rabia. Cómo comprender y transformar los sentimientos destructivos reprimidos</i> |
| Gael LINDENFIELD | <i>Ten confianza en ti misma</i> |
| GEORGE WEINBERG Y DIANNE ROWE | <i>Cómo somos y cómo nos ven los otros</i> |
| ARLENE MODICA MATTHEWS | <i>No pienses tanto en el dinero... Resuélvelo</i> |
| D. HUNT Y P. HAIT | <i>El Tao del tiempo</i> |
| PATRICIA CASTET | <i>Cómo conocer al hombre de mi vida</i> |

(sigue en pág. 215)

ANOREXIA Y BULIMIA: LO QUE HAY QUE SABER

Un mapa para recorrer un territorio trastornado

por

Rosina Crispo, Eduardo Figueroa
y Diana Guelar



gedisa
editorial

simplemente como consecuencia del caos alimenticio que altera el funcionamiento del sistema endócrino.

Manos:

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

Respiración **Consecuencias "físicas" de la anorexia nerviosa**

Del mismo modo que con la bulimia, también pasan cosas en el cuerpo cuando una joven desarrolla una anorexia. Para este caso también vale lo que afirmábamos al comienzo del capítulo:

"Esto explica que se vuelva tan difícil lograr una mejora anímica de la persona 'afectada' si no se empieza por sacar al cuerpo del campo minado. Una vez repuesto 'mínimamente', es más factible encontrar los vericuetos psicológicos que llevan a ese 'camino sin salida'. Pero con un cuerpo desorganizado hasta el caos, ¿qué mente puede restablecerse?"

Algunas de las consecuencias físicas de la anorexia nerviosa son semejantes a las descriptas antes. Otras son específicas:

Gasto energético:

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

Temperatura:

Se encuentra disminuida como resultado de la disminución del gasto energético. El cuerpo, en el intento de economizar las pocas energías que le quedan, disminuye también la *tempe-*

ratura corporal porque ésta disipa la energía en forma de calor. Por este mecanismo de adaptación del organismo es que muchas jóvenes con anorexia se quejan de sentir frío.

Aparato cardiovascular:

Como consecuencia de la disminución del gasto energético, es muy frecuente la disminución de:

- a) las pulsaciones cardíacas: se denomina *bradicardia*;
- b) la presión arterial: se conoce como *hipotensión* (o *baja presión*).

Este es uno de los elementos que provoca esas descomposturas repentinas de las que hablan las jóvenes, cuando relatan que se levantan de golpe de una silla, como lo haría cualquier joven a su edad, o estando acostadas intentan incorporarse y "se les pone todo negro".

Las paredes del corazón disminuyen su grosor, en especial el ventrículo izquierdo (se debe a la disminución del músculo cardíaco) y es posible que aparezcan *arritmias cardíacas* provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio y magnesio. Como lo explicábamos para el caso de la bulimia nerviosa, estos déficit de nutrientes en ocasiones son causa de muerte por paro cardíaco consecuencia de una arritmia.

Piel:

Se encuentra *seca, áspera y quebradiza*, también como consecuencia de los déficit nutricionales, y *fría* como efecto de la disminución del gasto energético que describíamos más arriba.

Las extremidades —manos y pies— suelen estar bastante *frías* y con frecuencia de un *color violáceo*, debido a las alteraciones circulatorias. También puede hallarse un color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies —se denomina *hipercarotinemia*—, debido a la ingesta excesiva de calabaza y/o zanahoria, propia de la dieta que llevan este tipo de pacientes. También es posible observar en zonas que nor-

malmente no tienen vello —espalda, brazos, mejillas— la aparición de un vello finito y largo, tipo pelusa, llamado *lanugo*.

Aparato digestivo:

Estómago:

Es frecuente el retardo en la evacuación gástrica por dificultades en la contracción normal del tubo digestivo, ocasionada por el déficit de nutrientes que describíamos anteriormente (magnesio, calcio y potasio). La consecuencia lógica es que aparece una sensación de saciedad precoz: "me lleno enseguida, no me entra nada", que favorece aun más la perpetuación del cuadro anoréxico. Esta situación se revierte mediante la realimentación progresiva y pautada.

Intestino:

La motilidad intestinal también está disminuida como consecuencia del déficit de calcio, potasio y magnesio. Esto, junto con la baja ingestión de alimentos, favorece la aparición de *constipación pertinaz*, que en ocasiones puede requerir la utilización de enemas evacuantes.

Aparato genital:

Uno de los síntomas distintivos de la anorexia nerviosa es la ausencia de menstruación o *amenorrea*, por un período de tres meses o más, con niveles bajos de estrógenos. La amenorrea se debe no sólo a la pérdida de peso, sino también al estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso, típico de esta clase de pacientes.

Fertilidad:

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

Sistema óseo:

Es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de *fracturas espontáneas*. Esto se llama

osteoporosis, porque los huesos se visualizan como agujereados. Se debe a una ingesta de calcio disminuida por la mala alimentación y agravada por la *dificultad de fijación del calcio* en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos. La osteoporosis es común en las mujeres menopáusicas justamente por la baja producción de estrógenos propia de esa etapa vital, y es irreversible. Lo que estamos describiendo significa que una niña de 14 o 15 años tendrá un sistema óseo con las características de una mujer de más de 50.

Tejido celular subcutáneo:

Es factible encontrar *edemas* en determinadas partes del cuerpo, generalmente en piernas y pies, sobre todo cuando la paciente comienza a realimentarse. El edema es una retención de líquido en el tejido celular subcutáneo. Se produce por un aumento en la retención de sodio, debido al aumento de la sensibilidad renal a la aldosterona y a la acción de la insulina en los túbulos renales durante la realimentación.

Esta suerte de "hinchazón" es casi inevitable en el período de recuperación por los ajustes que debe hacer el organismo. A menudo, las pacientes la toman como "gordura", con la consiguiente angustia que eso desencadena. Es importante saber que es algo transitorio, pero que desaparecerá si el organismo funciona normalmente por suficiente tiempo.

Sangre:

Es frecuente la aparición de *anemias* por déficit de hierro, lo cual aumenta la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerzas. También es frecuente el aumento del colesterol: *hipercolesterolemia*.

ANEXO 5

VIVIR MEJOR • Guías de Crecimiento Personal

Hablemos sobre la bulimia

Dra. Joan Gomez



INTRODUCCIÓN

superar los peligros y las angustias de la bulimia o tener a raya a su pequeña hermana, el atracón de comida. Te ayudará a reconocer las señales de alarma y a saber qué hacer. Mejor todavía, puedes aprender a eludir los problemas a tiempo. ¿Por qué no te haces un autoexamen con el test de la página 119?

I

¿Qué es la bulimia?

«Debo perder algún kilo»

¿Cuántas personas lo han dicho más de una vez? Alrededor de un 85 por ciento si somos mujeres, y también un buen número de hombres. Sucede especialmente en primavera, cuando se empieza a llevar ropa más ligera y se va a la playa, a la piscina o a las pistas de tenis. Esta preocupación por el peso y la figura, así como por las calorías, es tan común que se considera normal en nuestra cultura. Quizá no sea bulimia, pero es la puerta para entrar en ella.

Estás deslizándote hacia el peligro si la preocupación por tu comida y tu figura comienza a interferir en tu vida. Quizá estés evitando hacer ejercicio, que es bueno para ti, dado que implica llevar shorts, un traje de baño o un leotardo. Quizá evites acudir a reuniones sociales hasta que puedas utilizar una talla 36, aunque necesites desesperadamente amigos y alguna distracción. Quizá aplaces la compra de nuevos vestidos a pesar de saber que los necesitas, y, lo peor de todo, eludes cualquier acto sexual porque te avergüenzas de tu cuerpo.

Si entonces empiezas a utilizar la comida para compensar todas estas necesidades que te estás negando, y tienes ataques de comer en exceso, generalmente en secreto, te estás convirtiendo en una persona propensa al atracón de comida. Esto no es una enfermedad, pero te sitúa en la pendiente deslizante que conduce a la bulimia.

Hay mucho que hablar sobre esto

Las cifras han crecido enormemente desde la década de 1980, pero incluso hace diez años se calculaba que la bulimia afectaba a una cuarta parte de las mujeres entre 18 y 40 años en el Reino Unido, con los Estados Unidos por delante. Aunque el límite de edad se establece entre los 35 y los 40 años según diversas encuestas, al igual que sucede con la anorexia nerviosa, de hecho hay una versión de bulimia que afecta a las mujeres entre 40 y 60 años.

¿Cómo puede ser que un trastorno que empeora la vida de tantas mujeres ni siquiera tuviera nombre hasta 1979? Fue entonces cuando el profesor Gerald Russell, un psiquiatra que ha dedicado su vida a los trastornos alimenticios, lo describió por primera vez, llamándola «Bulimia nerviosa: una

variedad inquietante de la anorexia nerviosa». Había observado que algunas de sus pacientes anoréxicas obsesionadas por el peso y la figura no seguían la pauta anoréxica clásica: no pasaban hambre para mantener bajo su peso, y esto requiere un autocontrol férreo y continuo de cara al hambre y a la fácil disponibilidad de alimentos.

No es sorprendente que algunas de ellas descubrieran que podían controlar más o menos su peso provocándose el vómito después de una comida, y que esto era más fácil con el estómago lleno. No les bastaba comer solamente unos cuantos bocados magros. No todo el mundo puede adquirir la destreza de provocarse el vómito, pero se podían desembarazar de la comida de otra manera, tomando montones de laxantes.

Cuando la atención profesional se centró en este comportamiento de vómitos y purgas, se observó pronto que algunas chicas y mujeres jóvenes que habían desarrollado esta estrategia para el control de la figura no lo habían hecho partiendo de la anorexia nerviosa. Esto amplió enormemente el campo. Las bulímicas aparecían por todas partes, incluso entre aquellas que nunca habían sido delgadas. Sin embargo, nadie, hasta el profesor Russell, había identificado la afección. Hay varias razones para ello.

No es posible pasar por alto la anorexia nerviosa. Las víctimas parecen tremendamente extenuadas y persisten en rechazar la comida a la hora de comer, especialmente en los cumpleaños y en Navidad. La anorexia ya fue reconocida como enfermedad en el siglo XVII, cuando la hija adolescente de un pastor anglicano presentó todos los síntomas. Las bulímicas no llaman la atención sobre sí mismas en las comidas, ya que comen normalmente. Tampoco es probable que estén muy por debajo del peso normal, ni siquiera que estén faltas de peso.

Las anoréxicas hacen gala de su delgadez y atormentan a su familia con su modo caprichoso de comer, pero las bulímicas ocultan su comportamiento, así como su sufrimiento. Las anoréxicas están tercamente orgullosas de su condición, mientras que las bulímicas están avergonzadas de la suya. Sin embargo, la motivación subyacente es la misma para ambas. Las anoréxicas no necesitan pedir ayuda: son otras personas las que insisten en que la reciban, y en caso necesario se las traslada a un hospital. Los amigos y los familiares de las bulímicas sólo observan, si es que notan algo, que algunas veces están de mal humor y deprimidas. La propia víctima está frecuentemente demasiado desconcertada para pedir ayuda, quizá durante años.

No todos los doctores, especialmente los hombres, están alerta ante la aflicción y el riesgo físico para su paciente si ésta padece bulimia. Incluso para un profesional puede ser difícil darse cuenta de que una chica de peso casi normal pueda haber trastornado su química corporal tan gravemente que esté en riesgo de un súbito ataque cardíaco fatal o de un episodio epiléptico y de numerosas enfermedades menores. Los aspectos psicológicos también

son peligrosos. La depresión incurable y un sentimiento de inutilidad pueden llegar a ser tan intensas que la paciente tome una sobredosis y muera.

La anorexia atrae atención y simpatía, pero la bulimia implica los mayores riesgos para la salud, tanto físicos como emocionales. Las bulímicas tienen una deuda con la princesa Diana de Gales por divulgar la importancia del trastorno y conferir cierta dignidad a las pacientes al admitir que había sido una de ellas.

¿Cómo saber si padeces bulimia?

Éstas son las características básicas:

- El atracón: un impulso irresistible de comer sin restricción alguna, en episodios repetidos, provocado por mal humor o acontecimientos o circunstancias particulares.
- Esfuerzos drásticos para contrarrestar el efecto engordador de los atracones. Los métodos típicamente empleados son el vómito provocado, los laxantes en cantidades progresivamente mayores, otras medicinas y periodos de ayuno. Estas respuestas pueden llegar a seguir a todas las comidas y todos los alimentos.
- Lo más importante de todo, un temor obsesivo por la gordura, tan agobiante que las consideraciones de salud y relación personal se ignoran o se soslayan. Una tristeza continua y una desesperación ansiosa embarga los pensamientos de la bulímica, junto con intentos fatigosos de llevar una vida aparentemente normal.

Nadie habría adivinado lo que estaba pasando Gill. Ella y Guy se habían casado hacía seis meses, y él pensaba obviamente que ella era maravillosa, con su esbelta figura y su burbujeante personalidad. Sus amigos les enviaban y no habían observado las veces que Gill parecía exhausta sin razón alguna.

Naturalmente, en un trastorno tan predominante hay enormes variaciones individuales en la bulimia, y también hay tres tipos distintos.

La **bulimia nerviosa**, tal como se describió inicialmente, viene después de la anorexia. Esto puede suceder inmediatamente, pero aparece con más frecuencia meses después de la recuperación aparente, y algunas veces hasta años más tarde. Los síntomas claves de la anorexia —sería y persistente pérdida de peso y ausencia de periodos menstruales— se han calmado. Lo que continúa sosegadamente es la preocupación por las calorías y la gordura.

— o —

Sophy tenía 16 años cuando cayó en la anorexia y llegó a pesar 38,2 kilogramos (con una altura de 1,63 metros). Con amenazas y promesas de sus padres, y con terapia individual, comenzó a comer de nuevo e incluso a disfrutar con ello. Después de seis meses volvió a tener el periodo, y a todos los efectos regresó a la normalidad. Entonces conoció a Alex. Ella estaba llena de poesía y romanticismo. Él era muy aficionado al sexo. Para complacerle, ella accedió a sus deseos, pero lo encontró burdo y desagradable, incluso asqueroso. Poco después de esto cayó en la bulimia. Sophy se hartaba con todos los alimentos que antes evitaba y ello le hizo sentirse culpable. Entonces la dominó el pánico, pero descubrió que era fácil vomitar. Había desarrollado un modelo de comportamiento.

— o —

Algunas veces la fase original de la anorexia quizá no se reconozca: la chica puede ser una persona particularmente reservada que ni siquiera habla sobre sus periodos menstruales, y que lleva múltiples capas de vestidos sin forma. También puede ser que los síntomas se achaquen a una recuperación lenta de una enfermedad, tal como una fiebre glandular o una operación de apéndice. Tales casos se denominan criptoanorexia —«anorexia oculta»—. No tienen importancia si se calman completamente, pero algunas veces la inseguridad subyacente sobre la comida y el peso y la vida persiste, y con ella el peligro de recaer en una franca anorexia o bulimia, ante el estrés emocional.

La bulimia como parte de la anorexia nerviosa. Alrededor del 50 por ciento de las anoréxicas declaradas, que permanecen bajas de peso y sin periodos, no pueden abstenerse de un atracón de vez en cuando. Quizá lo que coman no sea excesivo, pero es mucho más que las hojas de lechuga con las que habían intentado tener bastante. Se añaden medidas urgentes, tales como vómitos o purgas, al esfuerzo constante por mantener la dieta, y los atracones pueden ser mayores. Esto se llama «bulimarexia».

La bulimia de peso normal, o meramente «bulimia», surge sin anorexia previa. Comprende el síndrome bulímico en una mujer o una muchacha de peso casi normal o ligeramente por encima. Es muy común.

— o —

Emma tenía 22 años. Trabajaba como ayudante de un ejecutivo de publicidad y vivía con otras dos mujeres en un piso en Fulham. Las otras eran

Angie, una modelo prodigiosamente delgada, y Kate, que era bien proporcionada pero bajita, pues medía sólo 1,53 metros. Emma se sentía enorme con su peso perfectamente normal de 57,2 kilogramos, y estaba alarmada al ver que su apetito parecía aumentar cuando fumaban en una reunión ocasional los fines de semana. Cuando su relación con Barry fracasó, Emma estaba convencida de que eso se había debido a los dos kilogramos que había aumentado por Navidad.

Emma decidió pasar a la acción, con el resultado de que las píldoras para adelgazar y un estado de casi inanición la empujaron a comidas abundantes y a remordimientos desesperados. Su peso tan pronto se disparaba espectacularmente hacia arriba como hacia abajo, en un régimen alternativo de atracones y de ayuno, con la adición de laxantes de chocolate en dosis diez veces superiores a la normal. Angie, que había tenido experiencia con los desastres de adelgazamiento en el mundo de las modelos, adivinó lo que pasaba con Emma, y la persuadió para que solicitara ayuda antes de llegar a enfermar realmente.

— o —

Además de estos tres tipos comunes de bulimia, hay dos síndromes parciales. Se informó de ellos por primera vez en 1994 como trastornos nuevos, pero en realidad se trata de desórdenes a medio camino de la bulimia completa. Las pacientes pueden permanecer en su fase a medio camino indefinidamente o bien progresar hacia la bulimia, o incluso recuperarse sin ayuda. Esto último es insólito.

El desorden de atracón de comida implica los episodios compulsivos de comer sin restricciones que caracterizan a la bulimia, sin sucumbir a la culpabilidad y al pánico posteriores. La persona que se harta no se apresura a realizar actividades radicales para eliminar la comida. Mientras los atracones se produzcan esporádicamente no habrá un gran aumento de peso. Los muchachos adolescentes y los hombres tienen más probabilidades de llegar a hartarse de comida que de caer en la bulimia completa. El atracón de comida puede compararse a la juerga de una noche: por lo general puedes actuar impunemente sin salir muy perjudicado. Sin embargo, si se convierte en un hábito, indica que subyacen problemas emocionales y de relación, que probablemente interferirán con tus actividades laborales y sociales. Algunas veces puede estar involucrado el abuso de alcohol y drogas. Excepto por la ausencia de vómitos o de purga, el atracón de comida es tan semejante a la bulimia que parece ser parte del mismo trastorno. Se convierte en bulimia al cien por ciento cuando la víctima «descubre» la inmediata, aunque falsa, sensación de alivio por medio del vómito o de otras maniobras bulímicas.

El **síndrome de control de peso anormal** es otro problema alimenticio descrito recientemente que no alcanza a ser bulimia, pero se confunde con ella. El 93 por ciento de quienes lo padecen son mujeres. La esencia del trastorno es sentirse gorda aunque tu peso sea normal. Es lo contrario del atracón de comida: empiezas a tomar medidas por pánico, tales como pasar hambre o vomitar o purgarte, aunque no te hayas hartado previamente. Por supuesto, eso te deja rabiosamente hambrienta, por lo cual se inicia el atracón de comida y llegas al estilo caótico de comida de la bulimia. El periodo se vuelve irregular y pronto aumentan los estados de mal humor. Eres una persona bulímica.

¿Cuál es la diferencia entre anorexia y bulimia?

La anorexia tiene cierto sello distintivo. Se considera que afecta sólo a chicas con alto nivel de inteligencia, buena apariencia y ambiente de clase superior. Por tal razón, las bulímicas se refieren a menudo a su problema, si es que lo hacen, como anorexia. Hay semejanzas entre ambos trastornos, y algunas personas tienen periodos alternativos de anorexia y de bulimia.

Los dos trastornos se caracterizan por una preocupación desesperada por el peso, la figura y los alimentos. Estos pensamientos, en ambas, tienen prioridad sobre los temas de salud, profesionales y de relación. En ambas, se alteran los periodos menstruales: están ausentes en la anorexia, y con frecuencia son intensos e irregulares en la bulimia.

La edad más frecuente para el inicio de la anorexia es a los 16 o 17 años, mientras que la bulimia no suele aparecer antes de los 18 años, y corrientemente se presenta a partir de los 20 años. Una diferencia importante es que mientras la mayoría de anoréxicas, en parte debido a su edad, no han tenido todavía una experiencia sexual completa, la mayoría de bulímicas sí la han tenido y un buen porcentaje de ellas están casadas cuando se presenta el problema.

Hay también diferencias de personalidad. Mientras que las anoréxicas tienden a ser reservadas, con autocontrol y perfeccionistas, las bulímicas son frecuentemente sociables, simpáticas, impulsivas y caóticas. Mientras que las relaciones de las anoréxicas son todas cordiales, aparte de batallas apasionadas por la comida, las relaciones de las bulímicas son tormentosas con periodos brillantes, o se afanan en un pretendido intento de concordia. Intellectualmente, las anoréxicas y las bulímicas son del mismo nivel por lo general, pero es probable que las anoréxicas se desenvuelvan mejor en los exámenes, debido a que están bien organizadas y trabajan obsesivamente duro. Además, sus padres son partidarios de la ética en el trabajo, y proporcionan a sus hijas «la mejor» educación académica posible. Los padres de las

bulímicas pueden interesarse por ellas, pero son imprevisibles, y sus propias relaciones son fluctuantes.

¿Quién sufre bulimia?

El 90 por ciento de las víctimas son mujeres, a menudo en el decenio de los 20 años, pero pueden ser de cualquier edad entre 12 y 60 años. Los hombres constituyen el 10 por ciento restante y figuran en el mismo margen de edad. En general, las pacientes de bulimia reflejan la mezcla corriente de la población. Sin embargo, es relativamente rara entre las personas afrocaribeñas o las asiáticas.

La mayoría de bulímicas no suelen estar en el punto más alto de su árbol particular. Son demasiado distraídas para una concentración total en su carrera, a pesar de su ambición. Las bulímicas hacen amigos fácilmente. Son cordiales, consideradas y buenas conversadoras. También son emocionales, proclives a la culpa y a la depresión, y algunas veces no confiables. El aburrimiento les afecta, especialmente si no cuentan con compañía adulta, y ésa es la situación que tienen frecuentemente las mujeres que cuidan niños en casa.

Por supuesto, las pacientes de bulimia están obsesionadas con los alimentos y las grasas, y con librarse de ellos sin que nadie lo sepa. Se acostumbran a encontrar excusas para tener una sesión privada en el excusado después de una comida, tanto en un restaurante elegante como en casa. Las personas que abusan de laxantes recurren a comprarlos en media docena de farmacias, para que nadie sospeche por qué quieren tantos.

¿Se ajusta esta descripción de alguna manera a tu caso? ¿Podrías estar en un camino peligroso? Al igual que el alcoholismo, la bulimia te asalta antes de que te des cuenta. Eso es lo que le ocurrió a Janet.

ANEXO 6

Editorial Gedisa ofrece
los siguientes títulos sobre

DIVULGACION Y AUTOAYUDA

pertenecientes a sus diferentes
colecciones y series
(Grupo "Psicología")

- | | |
|--|---|
| ROSINA CRISPO, EDUARDO FIGUEROA Y DIANA GUELAR | <i>Anorexia y bulimia: lo que hay que saber</i> |
| GERLINDE ORTNER | <i>La modestia no es ninguna virtud</i> |
| ELEONORE HÖFNER | <i>Instrucciones para estropear el matrimonio</i> |
| WENDY BLUMFIELD | <i>Después de nacer. La guía para las mujeres durante el año en que aprenden a ser madres</i> |
| LEWIS B. SMEDES | <i>Un ideal posible: Cómo llegar a ser una buena persona</i> |
| LINDA HUNT ANTON | <i>La decisión de ser madre para la mujer de hoy</i> |
| JEAN LUC AUBERT Y CHRISTIANE DOBOVY | <i>¡Mamá, tengo miedo! Guía para madres ansiosas</i> |
| LUCY FREEMAN | <i>La ira, la furia, la rabia. Cómo comprender y transformar los sentimientos destructivos reprimidos</i> |
| GÆL LINDENFIELD | <i>Ten confianza en ti misma</i> |
| GEORGE WEINBERG Y DIANNE ROWE | <i>Cómo somos y cómo nos ven los otros</i> |
| ARLENE MODICA MATTHEWS | <i>No pienses tanto en el dinero... Resuélvelo</i> |
| D. HUNT Y P. HAIT | <i>El Tao del tiempo</i> |
| PATRICIA CASTET | <i>Cómo conocer al hombre de mi vida</i> |

(sigue en pág. 215)

ANOREXIA Y BULIMIA: LO QUE HAY QUE SABER

Un mapa para recorrer un territorio trastornado

por

Rosina Crispo, Eduardo Figueroa
y Diana Guelar



gedisa
editorial

cada tanto.) Como tampoco es igual el caso de quien hace poco que comenzó con esta conducta, y quien hace años que viene viajando por el territorio trastornado.

Consecuencias "físicas" de la bulimia nerviosa

Estar inmerso en el circuito bulímico (ayunos, atracones, purgas diversas —vómitos, laxantes, diuréticos, exceso de ejercicio, etc.— y nuevamente ayuno) afecta enormemente a nivel anímico o psicológico. Sin embargo, es imprescindible considerar que el circuito descrito consiste en *acciones concretas, que involucran al organismo* y, por lo mismo, el "físico" también sufre de variadas formas.

Esto explica que se vuelva tan difícil lograr una mejoría anímica de la persona afectada si no se empieza por sacar al cuerpo del campo minado. Una vez repuesto mínimamente, es más factible encontrar los vericuetos psicológicos que llevaron a ese camino sin salida. Pero con un cuerpo desorganizado hasta el caos, ¿qué mente puede restablecerse?

Entonces, es muy importante conocer las consecuencias a nivel físico y subsanarlas cuanto antes, para empezar a sentirse mejor. A continuación vamos a ir mostrando *parte por parte* de qué modo se encuentra afectado el cuerpo de una joven que está con un trastorno de la conducta alimentaria *de tipo bulímico*.

Boca:

Cuando uno vomita, vuelve a la boca toda la comida que sale del estómago y junto con eso también viene *ácido clorhídrico*. Ese ácido se encuentra en el estómago para ayudar a digerir lo que uno ingiere. El estómago está preparado para que un elemento tan corrosivo esté en contacto con sus paredes. Sin embargo, en la boca, este ácido puede:

a) producir la *pérdida del esmalte dentario* en la cara interna de los dientes. Es fácil imaginarse de qué modo facilita el aumento en la producción de caries. Además, el daño es irre-

versible: el esmalte no vuelve a salirles a los dientes. Se ve mucho en las jóvenes que han tenido estos episodios por tiempo suficientemente prolongado. Tienen los dientes en pésimo estado o arreglados con fundas que suplen el diente original.

b) *dañar las encías, el paladar y la garganta*, produciendo inflamación de los mismos. Las manos u otros elementos introducidos en la boca para estimular el vómito pueden provocar heridas en la garganta y el paladar, que en ocasiones llegan al sangrado.

El odontólogo entrenado puede reconocer que una joven vomita frecuentemente por esas señales.

Glándulas salivales:

Suelen aumentar de tamaño, en especial las parótidas, como consecuencia de la acción de vomitar. El resultado es un rostro de aspecto regordete. Esto se revierte cuando cesan los vómitos. Muchas jóvenes comienzan a vomitar porque se ven gordas. Sobre todo porque suelen mirarse el rostro, que tal vez es del tipo redondeado aunque el cuerpo esté en buen peso. Lo paradójico es que terminan reforzando esta característica facial por la inflamación que se produce en las glándulas salivales a raíz de los vómitos.

Alteraciones hidroelectrolíticas:

Potasio:

Una de las complicaciones más graves de la bulimia nerviosa es la reducción del potasio en sangre. La pérdida del mismo se produce:

a) a través de los vómitos, porque el jugo gástrico que se pierde al vomitar es muy rico en potasio;

b) al tomar diuréticos, que también producen una disminución de potasio en sangre por exceso de eliminación de líquidos;

c) por la combinación de ambos métodos. Esta última situación es de *altísimo riesgo*.

La disminución del potasio en la sangre afecta el funcionamiento del corazón, ocasionando arritmias cardíacas que pueden llevar a la muerte por paro cardíaco.

Sodio:

También como consecuencia de los vómitos y/o del uso de laxantes suele disminuir el sodio en sangre. Como la alimentación suele ser tan desordenada, en general la ingesta de sodio es de por sí reducida.

La reducción de sodio en sangre produce disminución de la presión arterial y mareos.

Magnesio:

Puede disminuir en sangre y en los tejidos en general, como consecuencia de la utilización de laxantes y diuréticos, solos o combinados. También se pierde magnesio al vomitar.

La pérdida de magnesio en sangre ocasiona debilidad muscular, hormigueos y calambres.

Agua:

Suele haber pérdida de agua y electrolitos a través de los vómitos y como consecuencia del uso de laxantes y diuréticos, solos o combinados. Se hace evidente especialmente cuando, además, la ingesta de líquidos es reducida.

La pérdida de agua y electrolitos genera deshidratación.

Aparato digestivo:

Esófago:

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

más que un preaviso de la gravedad que está adquiriendo la situación.

También como consecuencia de los vómitos reiterados, es frecuente la aparición de *reflujo gastro-esofágico*, lo que significa el pasaje espontáneo del contenido gástrico hacia el esófago. Es decir, cuando el cuerpo se acostumbra a vomitar, puede ocurrir que lo que está en el estómago vuelva espontáneamente a la boca, aun sin tener que hacer ningún esfuerzo, lo cual trae las consecuencias descriptas.

Estómago:

Es bastante común en una persona vomitadora la aparición de *gastritis*, debido a la pérdida a través del vómito del moco que protege la mucosa gástrica del ácido clorhídrico. Como consecuencia, en ocasiones pueden producirse *vómitos de sangre*.

También es frecuente que, como consecuencia de los vómitos reiterados, el *vaciamiento gástrico* se haga más lentamente. Como si el estómago se volviera “perezoso” y generara una sensación de “estar lleno” que dificulta la regulación de la ingesta. Aunque con menor frecuencia, ocurre la *dilatación gástrica aguda* y la *ruptura gástrica*, cuadro de suma gravedad.

Intestino:

Como efecto inmediato del uso de laxantes, pueden aparecer *diarreas* y *dolores abdominales*, llamados *cólicos*.

Pero lo más frecuente es la aparición de *constipación grave*, como consecuencia del uso *prolongado* de laxantes, ya que éstos acostumbran al intestino a funcionar bajo su estímulo y luego el intestino no responde a los estímulos normales. Si a eso le sumamos el desorden alimentario, que en general implica un pobre equilibrio de los diferentes nutrientes necesarios para que la digestión haga su ciclo naturalmente, no es difícil imaginar por qué tantas jóvenes se quejan de que “no van al baño”. Con el agravante de que esa constipación se traduce como

ANEXO 7

“gordura” en la percepción de las jóvenes y dispara nuevos ciclos de ayunos y purgas.

Aparato cardiovascular:

Las consecuencias cardíacas más frecuentes ya fueron mencionadas en los párrafos anteriores, pero conviene repasarlas:

- *disminución de la presión arterial* por la pérdida de líquido y sodio,
- aumento de las pulsaciones cardíacas o *taquicardia*,
- aparición de *arritmias cardíacas* como consecuencia de la pérdida de potasio, de calcio y de magnesio, que puede producir arritmias graves que ocasionen paro cardíaco y muerte.

Aparato respiratorio:

No es frecuente pero, en ocasiones, se produce el pasaje hacia las vías aéreas de pequeños contenidos gástricos que suben del estómago al autoinducir el vómito. Esto produce cuadros de *bronquitis* (por microaspiración) o de *neumonías aspirativas*, especialmente si el vómito se provoca en un estado de alteración de la conciencia (por ejemplo, por alcohol).

Aparato urinario:

No es difícil que se produzcan daños—de leves a moderados— en el funcionamiento de los *riñones* como consecuencia de la deshidratación y del abuso de diuréticos. Cuando se abusa de los diuréticos por tiempo muy prolongado, puede producirse una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón. También son frecuentes las *infecciones urinarias* y la producción de *litiasis urinaria* (cálculos o arenilla).

Aparato genital:

Es muy frecuente la aparición de *irregularidades menstruales*, debido a la mala alimentación. La ausencia de menstruación o *amenorrea secundaria* no es privativa de las anoréxicas o las personas que están muy delgadas. La menstruación puede retirarse, aun en pacientes con bulimia nerviosa y peso normal,

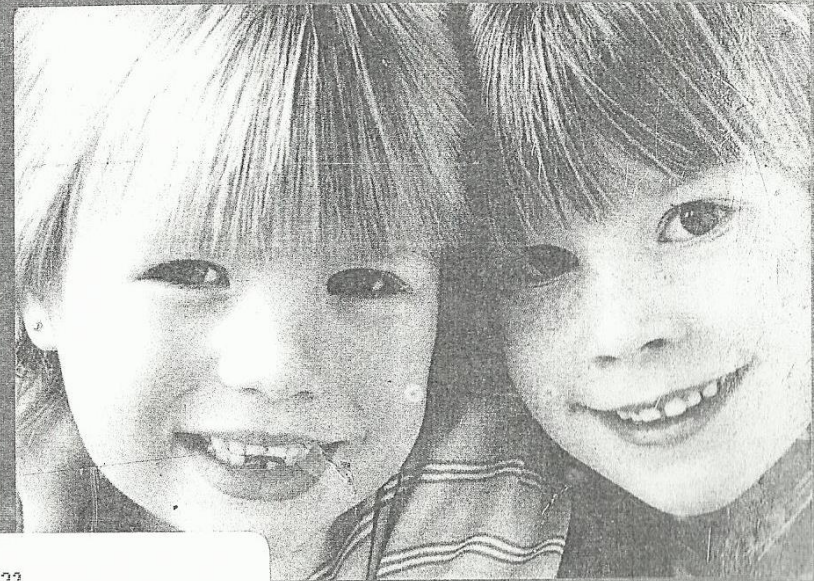
ANEXO 7

Los padres tienen un concepto de los hijos de cómo son y cuál es su comportamiento habitual para ¿cuál es el concepto que ellos tienen sobre sí mismos -el autoconcepto-? ¿Conocen bien los padres qué y cómo piensan y sienten sus emociones los propios hijos? ¿Conocemos, acaso, si se valoran suficientemente como personas, autoestima?

Poseer una sana autoestima es fundamental en la educación de los hijos, para que vivan felices consigo mismos y con los demás, aprendiendo a solucionar sus dificultades, valorándose adecuadamente sus capacidades personales, y aprendiendo a mejorar ellas. Este libro ofrece, de una manera clara y didáctica, respuestas a todas estas preguntas, y presenta algunos consejos prácticos al lector para que pueda aplicarlos de manera efectiva en las relaciones familiares padre-hijo.



CÓMO DESARROLLAR LA AUTOESTIMA DE LOS HIJOS



DESARROLLAR LA AUTOESTIMA DE LOS HIJOS

BF723
S3
V3.2



EOS
REINA VICTORIA, 8
TEL 915 941 204
28003 MADRID



Antonio Vallés Anandiga



1. ¿QUÉ ES LA AUTOESTIMA?

La autoestima está formada por diferentes conceptos, todos juntos constituyen lo que denominamos la **autoestima personal** o la evaluación que hacemos de nosotros mismos.

La autoestima está formada por tres componentes básicos, al igual que cualquier comportamiento de las personas, es decir, por la dimensión **cognitiva**: pensamientos, ideas, creencias, valores, atribuciones, etc.; por la dimensión **conductual**: lo que decimos y hacemos y la dimensión **afectiva**: lo que sentimos. En este último caso, lo que sentimos es el valor que damos a las situaciones, cosas y personas que nos rodean y el valor que nos damos a nosotros mismos.

1.1. El autoconcepto.

Es la parte cognitiva de la autoestima. Todas las personas tenemos un concepto de las cosas y de la gente que nos rodea. Opinamos sobre los demás, tenemos formada una "idea" sobre cómo es cada uno, pero, ¿tenemos una idea sobre nosotros mismos?, ¿nos hemos formado una opinión sobre nosotros mismos?, ¿qué pensamos de nosotros mismos? Indudablemente algo pensamos sobre quiénes somos, qué hacemos, cómo lo hacemos y para qué. La respuesta a todas estas preguntas da lugar al **autoconcepto**, es decir, *lo que pensamos de nosotros mismos como personas*. También se ha definido el autoconcepto como: *"La opinión que tenemos de nuestra propia personalidad y sobre nuestro comportamiento"*. El autoconcepto respondería a la pregunta: *¿Qué clase de personas somos?*

De igual modo, los niños tienen sus propias ideas acerca de cómo se ven ellos haciendo las cosas que se le dan bien, sobre sus preferencias e intereses, sobre las relaciones con los demás y sobre lo que piensan que son capaces de conseguir. Esas

ideas propias forman su autoconcepto. Cuando esas ideas son satisfactorias el niño se forma un autoconcepto positivo de sí mismo, se valora favorablemente y da lugar a lo que llamamos una sana **autoestima**.

Sin embargo, el desarrollo del autoconcepto es escasamente observable en los niños pequeños de los 4 a los 8 ó 9 años aproximadamente, dado que no poseen una suficiente conciencia de cómo son, aunque sí de qué hacen; pero es a partir de los 10 u 11 años cuando en el inicio de la prepubertad los niños y niñas ya adquieren una mayor conciencia de quiénes son, cómo son y que pretenden conseguir. Alcanzan poco a poco el concepto de sí mismos.

1.2. La autoimagen.

Es otro concepto que tiene que ver con la autoestima. Se le define como: *"La representación mental que hacemos de nosotros mismos"*. Respondería a la pregunta *¿Cómo te ves?* Cada uno de nosotros nos vemos de determinada manera. En lo referido a nuestro **modo de ser**, nos vemos simpáticos o menos simpáticos, alegres o menos alegres, felices o menos felices, dicharacheros o callados, colaboradores o individualistas....

En lo referido a nuestra **imagen personal**, nos vemos atractivos o menos atractivos, altos o bajos, rubios, castaños, morenos o de otro color, con "buena pinta" o con peor aspecto.... Y así podríamos ir poniendo ejemplos de cómo nos vemos a nosotros mismos, y también cómo creemos que los demás nos ven a nosotros.

1.3. La autoestima.

Después de saber quiénes somos y la idea que tenemos sobre nosotros mismos somos capaces de valorarnos, de estimarnos, de querernos en mayor o en menor medida. Eso es, pues, la **autoestima**, la valoración o agrado que se tiene de uno/a mismo/a. Diríamos que es la dimensión afectiva de nuestro comportamiento en la medida en que nos estamos gustando o no, agradando o no, valorando positiva o negativamente nuestro autoconcepto y nuestra autoimagen.

Las personas con una autoestima suficiente, buena, adecuada... se sienten bien y a gusto consigo mismas. Están de acuerdo con su manera de sentir, de pensar y de actuar en relación consigo misma y con los demás. Se diría que es capaz de "ponerse una buena nota" ella misma como persona, porque cuanto hace, piensa y siente le produce la suficiente felicidad y bienestar. Hacemos juicios sobre los demás y les atribuimos un determinado valor. ¿Nos hacemos a nosotros mismos ese juicio y nos concedemos el valor que nos corresponde, ¿Nos ponemos la nota adecuada a nuestra manera de ser? Si somos capaces de calificarnos adecuadamente, dándonos la puntuación correcta: buena, mala o regular de acuerdo con las distintas facetas de nuestra vida, entonces estaremos realizando una valoración adecuada. La sana autoestima es el reconocimiento de lo positivo que tenemos en nosotros mismos y el reconocimiento de aquellas otras cosas o aspectos menos positivos que también tenemos y que no funcionan tan bien como deseáramos. Si somos conscientes de qué aspectos de nuestro com-

portamiento son los que debemos cambiar, estaremos en el camino de aumentar, mejorar y desarrollar la autoestima.

En los niños, la autoestima puede tener un buen nivel de desarrollo en algunos aspectos, como por ejemplo, valorarse mucho como un buen deportista o un buen amigo, sin embargo, cuando se tiene un bajo autoconcepto en lo referido a la escuela o a las relaciones con los amigos, o incluso en las relaciones con los demás miembros de la familia puede tenerse una baja autoestima en estos aspectos. Se diría, pues, que el desarrollo de la autoestima no está equilibrado en todas sus facetas. Las personas que saben valorar adecuadamente sus cualidades y capacidades tienen mayores posibilidades de realizar diferentes tareas personales y sociales con más éxito.

Por el contrario, las personas con una baja autoestima se sienten a disgusto consigo mismas y proyectan en los demás ese estado de insatisfacción personal que les provoca el no valorarse adecuadamente. Cuando se realiza una autovaloración negativa (baja autoestima) se evitan las situaciones en las que hay que poner en juego las capacidades; como consecuencia de ello se reducen las oportunidades de desarrollarnos personal y socialmente.

Así pues, la **buena autoestima** es...



Sentirse importante para uno mismo y para los demás.

Sentirse especial, distinto, diferente, único...

Sentirse satisfecho, contento, feliz, complacido...

1.4. Más cosas sobre la autoestima:

- ↘ - Es un sentimiento de capacidad personal.
- Es un sentimiento de valía personal
- La autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo.
- La autoestima refleja el juicio de valor que nos hacemos a nosotros mismos.
- La autoestima es necesaria para enfrentarse a los problemas de la vida y superarlos.
- Tener una buena autoestima es sentirse confiado para superar los problemas.

También es importante reflejar lo que NO es autoestima o una FALSA autoestima:

- Creer que uno lo puede todo. Intentar salirse con la suya aún a costa de transgredir el derecho de los demás. Actuar agresivamente no es autoestima.
- Creerse el mejor, el único, el importante. Lo que habitualmente se le suele llamar el engreimiento, soberbia o cualquier actitud prepotente sobre los demás. La autoestima sana requiere de una medida y sentido común, respetando el derecho de los demás.
- Defender los derechos propios infringiendo los de los demás. Los derechos propios deben defenderse pero deben respetarse los que poseen los demás.
- La hipervaloración o valoración excesiva de las capacidades propias. Confiar en exceso en la inteligencia, el saber

hacer, las destrezas o habilidades propias, ignorando las limitaciones que también se tienen. En definitiva, la ausencia de moderación y de sentido común en la valoración de las propias cualidades.

1.5. Resumiendo cada cosa.

Después de ver qué significa cada término expresado en las líneas anteriores, resumamos cómo se integran el autoconcepto, la autoimagen y la autoestima en la persona.



El autoconcepto es lo que pensamos de nosotros mismos como personas.

La autoimagen es cómo nos vemos.

La autoestima es el valor que nos damos a nosotros mismos.

Los tres términos van necesariamente vinculados. Si pensamos que somos una buena persona (*autoconcepto*), nos podemos ver bien a nosotros mismos (*autoimagen*) y como consecuencia nos valoraremos como importantes por lo que pensamos, decimos y hacemos (*autoestima*).


Estas distinciones entre los términos es un poco arbitraria, es decir, se realiza para comprender mejor cómo funciona la autoestima. En la vida diaria se emplea la expresión **autoestima** para referirnos al funcionamiento de la persona atribuyéndose un valor por su forma de sentir y de actuar.

ANEXO 8

autoimagen?


ASÍ SOY YO

◆ Dibújate a ti mismo/a y escribe algunas frases sobre tus características físicas.



ASÍ SOY YO

Describe. Explica tu imagen.



◆ Contesta.

¿Cómo vas vestido/a?

.....

.....

¿Cómo es la camisa que llevas?

.....

.....

¿Y los pantalones/falda?

.....

.....

¿Y tu jersey?

.....

.....

¿Y tus zapatos?

.....

.....

¿Cómo vas peinado/a?

.....

.....

Fijarte en tu aspecto físico te ayudará a mejorar tu imagen, tu estilo, tu manera de presentarte a los demás.

Todas las partes de tu cuerpo son bonitas, es tu propio cuerpo y resulta agradable cuidarlo. Con él te relacionas con tus compañeros y compañeras, con los adultos y con todas las personas que te rodean. ¡Cúidalo!

yo

ASÍ SOY YO

◆ Mírate al espejo y contesta.

¿Cómo es tu cara?

¿Cómo son tus ojos?

¿Cuánto mides?

¿Estás delgado/a, gordito/a ...?

¿Cómo es tu cabello?

¿Cómo vas peinado//a?

◆ Escribe una frase que contenga al menos dos palabras de las siguientes:

limpio/a aseado/a saludable peinado lozano/a

ASÍ SOY YO

¿Qué te dices a ti mismo/a?

Hablarle a sí mismo/a ayuda a saber cómo hemos de actuar en muchas ocasiones. Nos ayuda también a darnos ánimo cuando estamos tristes por algún motivo y nos ayuda a

... estimarnos más.

◆ Escribe algún comentario que te harías a ti mismo/a cuando ...

Debo tranquilizarme un poco y estar más relajado. No pasa nada. Es mejor que sonría y ya está.

Estás enfadado con alguien.

Estás nervioso/a porque el/la que te gusta te ha dicho algún

Estás disgustado por las notas que has sacado en esta evaluación.



ASÍ SOY YO

◆ Sigue escribiendo comentarios **positivos** ante cada una de estas situaciones.

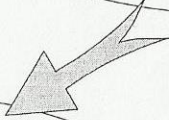
.....
.....
.....
.....

Estás de mal humor porque las cosas no te están saliendo bien.



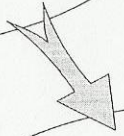
.....
.....
.....
.....

Estás contento/a por haber hecho bien una evaluación de Matemáticas.



.....
.....
.....
.....

Estás sorprendido de que tu compañero de mesa te haya dicho que no quiere prestarte una cosa que le pediste.



.....
.....
.....
.....

Es muy difícil el tema de Ciencias Sociales que debes estudiar y estás muy desanimado.

ANEXO 9

Los padres tienen un concepto de los hijos de cómo son y cuál es su comportamiento habitual pero ¿cuál es el concepto que ellos tienen sobre sí mismos -el autoconcepto-? ¿Conocen bien los padres qué y cómo piensan y sienten sus emociones los propios hijos? ¿Conocemos, acaso, si se valoran suficientemente como personas, autoestima?

Poseer una sana autoestima es fundamental en la educación de los hijos, para que vivan felices consigo mismo, y con los demás, aprendiendo a solucionar sus dificultades, valorándose adecuadamente, sus capacidades personales y aprendiendo a mejorar otras. Este libro ofrece, de una manera clara y didáctica, respuestas a todas estas preguntas, y presenta numerosos ejemplos prácticos al lector para que puedan aplicarse de manera efectiva en las relaciones familiares padre-hijos.

CÓMO DESARROLLAR LA AUTOESTIMA DE LOS HIJOS



CÓMO DESARROLLAR LA AUTOESTIMA DE LOS HIJOS



BF723
S3
V3.2



EOS
REINA VICTORIA,8
TEL 915 541 204
28003 MADRID



Antonio Vallés Arribas

CUESTIONARIO PARA AUTOEVALUAR LA AUTOESTIMA

1. MI ASPECTO FÍSICO.

1. Describe cómo es...

- Tu talla:
- Tu peso:
- El color de tus ojos.
- El color de tu piel.
- Cómo es tu peinado.
- La constitución física: (atlético, delgado, grueso....).
.....
- Otros rasgos corporales.
.....
.....

Mi opinión sobre todo ello es que

.....
.....
.....
.....

2. CÓMO ME RELACIONO CON LOS DEMÁS.

- ¿Cómo son tus relaciones con los amigos?
.....
- Tus compañeros o amigos..
 Sabén más cosas que yo
 Sabén menos cosas que yo
 Depende de qué tema
- ¿Tus amigos están a gusto contigo?¿Y tú con ellos?
- ¿Cómo te relacionas con los compañeros del colegio?
- ¿Cómo te relacionas con los profesores?
- A veces me critican mis amigos o compañeros porque
- Mi forma de ser le gusta mucho a
- Mi forma de ser no le gusta mucho a
- ¿Crees que tienes suficiente paciencia con tus amigos y compañeros? ¿Por qué?
.....

Mi opinión sobre cómo me relaciono con los demás es que

.....
.....
.....
.....

3. MI PERSONALIDAD.

- ¿Cómo crees que eres?
- ¿Qué rasgos positivos tienes?
- ¿Qué rasgos negativos tienes?
- ¿Cómo crees que te ven a ti los demás?
- ¿Qué comportamientos tuyos crees que deberías cambiar? ¿Por qué?

- De todos estos rasgos señala cuales podrían ser característicos de tu manera de ser y explica por qué.

- | | | |
|-----------|-----------|-------------|
| Afectuoso | Abierto | Feliz |
| Agradable | Simpático | Responsable |
| Divertido | Inquieto | |

(Puedes añadir más rasgos y comentarlos).

.....
.....

Lo que yo opino sobre mi manera de ser es que

.....

.....

.....

.....

4. MIS ACTIVIDADES.

- ¿Cuáles son tus actividades favoritas?
- ¿Por qué?
- ¿Cómo te sientes cuando las haces?
- ¿Qué actividades no haces y te gustaría hacer?
- ¿Por qué?

Mi opinión sobre las actividades que yo hago es que

.....

.....

.....

.....

5. LO QUE PIENSO.

- ¿Crees que tienes buenas ideas?
- ¿Por qué?
- Yo creo que mi familia me considera como.... (completa la frase).

- ¿Piensas que la gente te tiene manía? ¿Quiénes? ¿Por qué?
-
- Las demás personas pensarán de mí que yo soy
-
- ¿Te preocupas mucho por la cosas? ¿Por qué?
-
- ¿Crees que eres importante? ¿Por qué?
-
- ¿Crees que las cosas que tú **dices** son importantes para los demás? ¿Por qué?
-
- ¿Crees que las cosas que tú **haces** son importantes para los demás? ¿Por qué?
-

¿Cual es tu opinión sobre tu manera de pensar?

.....

.....

.....

.....

6. MI ESTADO DE ANIMO:

- ¿Cuándo te desanimas?
-

- ¿Por qué?
-
- ¿Cuándo te sientes muy nervioso/a?
-
- ¿Por qué?
-
- ¿Por qué cosas te preocupas mucho?
-
- ¿Por qué?
-
- Mi estado de ánimo más habitual es el de
-
- Yo me considero que soy una persona (alegre, triste, aburrida, ilusionada, cansada, animosa, feliz, pesada, sola, activa,..... -elige algunas opciones-) porque.....
-
-
-

¿Qué opinas tú sobre tu estado de ánimo?

.....

.....

.....

.....

ANEXO 10

Leticia Flores Viladroza

Licenciada en nutrición y ciencias de los alimentos egresada de la Universidad Iberoamericana y certificada por el Colegio Mexicano de Nutriólogos A.C. Ha colaborado con diversas instituciones como la Clínica de Día de Trastornos Alimentarios de Interdisciplinas Cognitivo Conductuales (ICC), la clínica Laureate, perteneciente al Saint Francis Hospital en Tulsa, Oklahoma, y el Sistema Educativo Asistencial de Estancias Infantiles en la Ciudad de México.

Su práctica profesional la ha llevado a especializarse en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos de la alimentación, educación nutricional, asesoría nutricional de familias y personas con problemas de control de peso y obesidad.

Interesada siempre en la educación en nutrición, diseña e imparte cursos y talleres sobre la "Alimentación correcta" a grupos de madres de familia, maestros e interesados en el tema de la alimentación y la nutrición familiar, lo cual le ha permitido acumular experiencia sobre los problemas más comunes que enfrentan las familias mexicanas con su dieta.

También imparte pláticas sobre alimentación en la edad preescolar a madres de familia en jardín de niños y ha ejercido la docencia como profesora adjunta en la Universidad Iberoamericana.

Ser madre de tres hijos, le ha dado la oportunidad de aprender y vivir, en primera persona, los problemas y satisfacciones que la alimentación de la familia puede brindar. Esta experiencia y su práctica profesional la han llevado a desarrollar el concepto de la "alimentación inteligente", un método con información objetiva y muy útil que puede cambiar nuestra vida.

alimentacioninteligente@gmail.com

Leticia Flores Viladroza

Alimentación inteligente

Manual de alimentación saludable para toda las edades



PA Producciones Educación Aplicada

**ALIMENTOS**

Son vehículos de los nutrimentos

CARACTERÍSTICAS

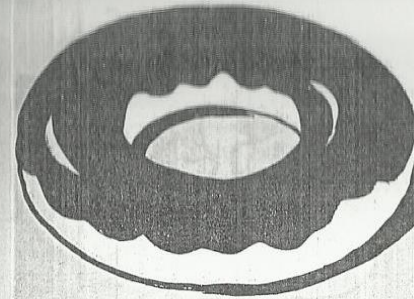
Contener nutrimentos.
Ser inocuos (que no hagan daño).
Ser accesibles.
Ser atractivos a los sentidos.
Ser aprobados por la cultura.

NO HAY ALIMENTOS BUENOS NI MALOS

Si existiera un solo alimento completo (que nos diera todos los nutrimentos), la dieta estaría formada de ese alimento y sería muy monótona.⁷ Imagina que el hombre fabricara un alimento que tuviera todos los nutrimentos en las cantidades necesarias para cada individuo, que lo vendiera como si fuera croquetas para perro o como píldoras. Comer sería aburrido. Nos privaríamos de los aromas, los sabores y las texturas que nos dan los alimentos. Comer seguramente carecería de importancia; lo haríamos en cualquier momento del día, mientras realizamos otras actividades, y perderíamos todo lo que la alimentación nos proporciona en los aspectos psicológico y social. Tal vez desaparecerían los restaurantes y las comidas de negocios. Los festejos ya no girarían alrededor de la comida. En otras palabras, nuestro mundo y la manera de relacionarnos con los otros cambiaría por completo. Imagina qué pasaría con la industria de los alimentos.

La alimentación es una actividad muy importante. Disfruta los alimentos y todo lo que nos dan. De hecho, no existe uno mejor que otro. No debes calificar a los alimentos como buenos o malos, sanos o no sanos; cada uno tiene propiedades especiales. Es más, no existen alimentos completos: la combinación hace que la dieta sea completa y variada.⁸

Es muy fácil caer en el error de calificar a los alimentos. Lo importante es que la dieta tenga una gran variedad de ellos en las proporciones adecuadas.



**NO EXISTEN
ALIMENTOS MALOS
SINO PROPORCIONES
INCORRECTAS**



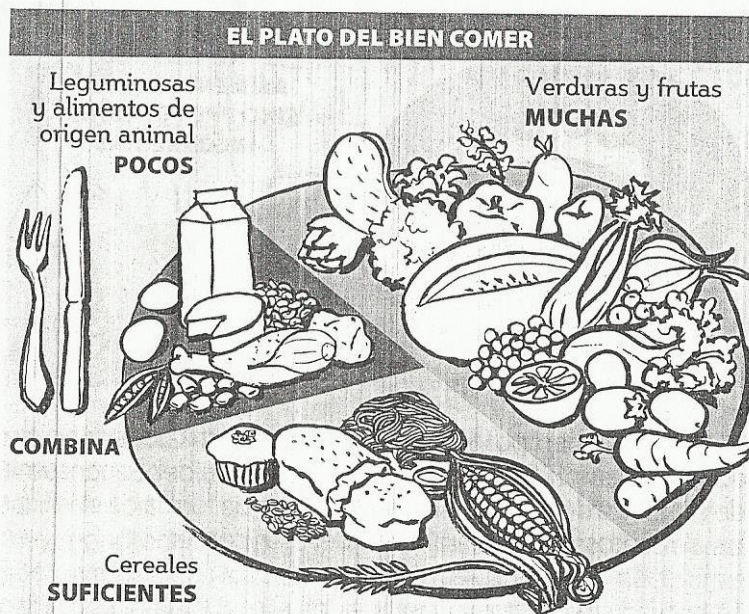
Desde hace tiempo los alimentos fueron clasificados de acuerdo a una pirámide que señala la cantidad que debes consumir de cada uno de ellos. México tiene su propia forma de clasificar los alimentos. Me refiero al plato del bien comer.

El plato del bien comer

Es una representación gráfica propuesta para México en el *Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY NOM-SSA2-043-1999. Servicios básicos de salud, promoción y educación para la salud en materia alimentaria*, que sirve como ayuda visual para las actividades de orientación alimentaria.

Este esquema fomenta la variación y la combinación de alimentos. Se recomienda que en cada comida se incluya por lo menos un alimento de cada uno de los tres grupos y que de una comida a otra, o de un día a otro, cambiemos los alimentos utilizados de cada grupo.⁹

El plato del bien comer evita transmitir la idea de mayor o menor importancia de alguno de los grupos y recomendar cantidades. Utiliza, en cambio, los términos "muchos, pocos y suficientes". Son imprecisos porque no quieren ofrecer recomendaciones cuantitativas pues las necesidades de nutrimento varían según la edad, el sexo y la actividad física. Si se recomendaran cantidades podría fomentarse el consumo excesivo en algunas personas y el consumo deficiente en otras.¹⁰



Adaptación del "Plato del bien comer", Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-SSA2-043-1999.

Estas son las recomendaciones más importantes para diseñar el plato del bien comer:

- Comer la mayor variedad posible de alimentos.
- Muchas verduras y frutas, en lo posible crudas y con cáscara; prefiere las de temporada, que son más baratas y de mejor calidad.
- Suficientes cereales (tortilla, pan integral, pastas y galletas, arroz o avena, incluyendo la papa y el elote) combinados con leguminosas (frijoles, lentejas, habas o garbanzos).
- Pocos alimentos de origen animal; prefiere el pescado o el pollo sin piel a las carnes de cerdo, borrego, cabrito o res.¹¹

Los nutrimentos

Nutrimento es toda sustancia que cumpla con una o más funciones en el metabolismo normal y tenga un origen externo al organismo.¹²

Los nutrimentos son: proteínas, vitaminas, carbohidratos, minerales, grasas y agua.

Todos los nutrimentos son importantes y, como señala Bourges, no deberíamos jerarquizarlos.¹³ "Basta con que un nutrimento falte para que la persona enferme y después muera. El concepto de alimento de 'alto valor nutritivo' es erróneo ya que todos los alimentos contienen nutrimentos."¹⁴

El organismo necesita de cada nutrimento en distintas cantidades y en diferente nivel de urgencia. Necesitamos el oxígeno (que se considera un nutrimento) de manera urgente ya que no podemos vivir sin él más de 3 o 4 minutos. Es más, necesitamos cerca de 500 litros de oxígeno diariamente. No podríamos vivir más de tres días sin agua; necesitamos tres litros de ella al día. Necesitamos cerca de 50 gramos de proteínas diariamente y sólo 1 o 1.5 miligramos de hierro.¹⁵

PROTEÍNAS

Las proteínas tienen la capacidad de construir, reparar y mantener los tejidos del organismo, incluyendo riñones, hígado y piel. Participan en la formación de enzimas y hormonas, y son necesarias para la formación de las células sanguíneas y los anticuerpos. Las proteínas son parte de la carpintería que ayuda a mantener el cuerpo erecto y del pegamento que mantiene a todas las células unidas.¹⁶ Proporcionan 4 kilocalorías (kcal) por gramo.

Existen millones de proteínas formadas por veinte sustancias llamados aminoácidos, que se clasifican en esenciales y no esenciales. Se han identificado 9 aminoácidos esenciales, es decir, que el cuerpo humano no puede fabricar, y sólo están disponibles a través de fuentes alimenticias.

Aminoácidos esenciales: fenilalanina, histidina, isoleucina, leucina, lisina, metionina, treonina, triptófano y valina.

Aminoácidos no esenciales: alanina, arginina, ácido aspártico, cistina, cistina, ácido glutámico, glutamina, glicina, prolina, serina y tirosina.

¿Dónde se encuentran? "Prácticamente todos los alimentos contienen proteínas, aunque no en la misma concentración."¹⁷

Las proteínas de origen animal son completas; es decir, contienen los aminoácidos esenciales. Las proteínas de origen vegetal que carecen de uno o más aminoácidos esenciales pueden complementarse uniendo o combinando varias fuentes vegetales, por lo que no es necesario que las principales fuentes de proteínas sean las de origen animal.

Las mezclas ideales para que obtengamos proteínas de mejor calidad son la combinación de cereales con leguminosas, pero el aprovechamiento de las proteínas no depende de su origen.

¿Cuánto necesito? Del 15 al 20 % de la energía de tu dieta debe provenir de las proteínas.

Las necesidades varían dependiendo de tres factores:

Crecimiento. Son necesarias principalmente en la niñez, en la adolescencia, en el embarazo, la lactancia; la construcción y reparación de tejidos aumentan las necesidades de proteínas.

Enfermedades. Las proteínas son necesarias para la reparación de tejidos.

Dieta. Si una dieta es rica en proteínas completas (animales y vegetales) se necesitará menos cantidad de proteínas totales que si se lleva una dieta rica en sólo proteínas de origen vegetal.

PROTEÍNAS

- Constituyen la estructura básica de todas las células vivas.
- Esenciales para la formación y el mantenimiento del organismo.
- Son componentes de enzimas, de hormonas y anticuerpos.

FUENTES:

Origen Vegetal

Leguminosas
frijol
garbanzo
haba
lenteja
soya
chícharo

Origen animal

Carne
leche
huevo



CARBOHIDRATOS O HIDRATOS DE CARBONO

Los carbohidratos son el combustible para el trabajo del cuerpo; proporcionan 4 kcal por gramo y contribuyen a mantener el equilibrio de la energía.

Algunos tejidos, como las células del sistema nervioso, no pueden usar la grasa como combustible y en condiciones normales emplean solamente glucosa (azúcar). Una vez ingeridos los carbohidratos, hay que digerirlos y transformarlos en monosacáridos para que el organismo los absorba.

Los carbohidratos pueden clasificarse en tres grupos: monosacáridos, disacáridos y polisacáridos. Los monosacáridos son los carbohidratos más simples (como la fructuosa y la glucosa) y llegan muy rápido al torrente sanguíneo. En cambio, los polisacáridos son carbohidratos complejos y tardan más tiempo.

¿Qué pasa cuando ingerimos más carbohidratos de los que el cuerpo aprovecha en la utilización de energía? Parte del excedente se deposita como glucógeno en el hígado y en los músculos; cuando se necesita, es liberado de nuevo hacia la corriente sanguínea. Sin embargo, es pequeña la cantidad que puede almacenarse en forma de glucógeno. Una vez que se llenan los sitios de almacenamiento, el cuerpo debe buscar otros depósitos y entonces lo convierte en grasa y lo guarda como tejido adiposo. De ese modo almacena grandes cantidades de energía, disponiendo así de una reserva para cuando no hay suficiente comida. Cuando se presenta ese caso, el individuo empieza a consumir sus reservas de grasa y a perder peso.¹⁸

Un ejemplo de polisacáridos es la fibra dietética, que es de origen vegetal y no nos proporciona energía debido a que no se digiere; puede ser soluble o no soluble y hace más lenta la absorción del colesterol, la glucosa y las sales biliares; retiene agua y aumenta el volumen fecal. Las dietas pobres en fibra se asocian al estreñimiento, la colitis, las hemorroides o la diverticulosis.

¿Dónde se encuentran? Sobre todo en los alimentos de origen vegetal; especialmente en el grupo de los cereales, granos, frutas y verduras, y también en las leguminosas y en la leche.

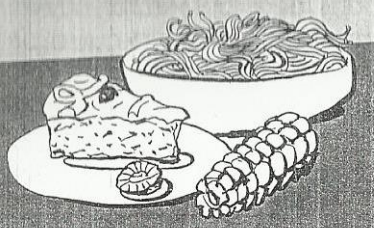
¿Cuánto necesito? Del 50 al 60 % de las calorías de la dieta deben provenir de los carbohidratos.

CARBOHIDRATOS

- Son combustible para el trabajo del organismo.
- Forman parte estructural de cartilago, piel, hueso y líquidos de articulaciones.

FUENTES

Pan, pastas, arroz, maíz, galletas, pasteles, papas, etc.



GRASAS

Las grasas son nutrimentos con mala reputación. Algunas personas no las consideran siquiera nutrimentos sino algo que no deben consumir; ignoran su importancia.

La grasa en los alimentos nos proporciona energía en forma concentrada (9 kcal por gramo). Es decir, en igual cantidad de grasa que de carbohidratos o proteínas encontramos más del doble de calorías. Por eso su consumo debe ser escaso.

La grasa en los alimentos:¹⁹

- Proporcionan ácidos grasos esenciales que el cuerpo necesita y que no puede fabricar por sí solo.
- La lentitud con la que se digiere la grasa en el estómago alarga el periodo de saciedad (después de una comida grasosa tardas más tiempo en sentir hambre de nuevo).
- Absorbe sabores (por eso, si dejas la mantequilla sin tapar en el refrigerador es probable que después de un tiempo tenga el sabor de los alimentos que estaban a su alrededor). En combinación con otros nutrientes provee texturas y hace que los alimentos sepan y huelan bien.
- Las vitaminas A, D, E y K son solubles en grasas o lípidos; por lo tanto, la grasa facilita la absorción de estas vitaminas.

La grasa corporal también actúa benéficamente.

- Ayuda a controlar la temperatura del cuerpo, como una capa térmica que nos protege del frío.
- La grasa en el cuerpo forma parte de hormonas, lípidos sanguíneos, membranas celulares, bilis y vitamina D.
- Forra órganos vitales como el corazón y los riñones, protegiéndolos contra daños físicos.
- Actúa como reserva de energía, en caso de no contar con el alimento suficiente en época de escasez, esto es un mecanismo de defensa que tenemos desde que existimos hace miles de años.²⁰

¿Dónde se encuentran? Tanto en productos animales como en vegetales. Las grasas animales son altas en grasas saturadas, son sólidas a temperatura ambiente y contienen colesterol. Ejemplos: leche entera, queso, carnes, pollo con piel, manteca de cerdo, mantequilla, crema de vaca...

Las grasas vegetales son altas en grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas, son líquidas a temperatura ambiente y bajas en grasa saturada. No contienen colesterol. Ejemplos: aceites de cártamo, oliva, girasol, maíz, soya, oleaginosas como la nuez, las almendras. El aguacate contiene grasas monoinsaturadas. La margarina es una grasa vegetal que ha sido procesada para solidificarse.

La grasa se encuentra en mayores cantidades en los alimentos de origen animal que en los de origen vegetal. La grasa, está escondida generalmente en la comida procesada y es visible en la carne, aceite y aderezos.

¿Cuánto necesitas? Se recomienda que cuando mucho un 30 % de las calorías de la dieta provengan de las grasas, y las grasas saturadas no constituyan más del 10%. Exceder los requerimientos de grasa en la dieta aumenta el riesgo de presentar aterosclerosis, infartos y accidentes cerebro-vasculares (derrames o infartos cerebrales).

GRASAS

- Proporcionan energía en forma concentrada.
- Necesarias para que las vitaminas liposolubles sean absorbidas.
- Proporcionan ácidos grasos esenciales.
- Proporcionan una sensación de saciedad.
- Incrementan el sabor.

FUENTES

Aceite, mantequilla, crema, aguacate, carne, etc.

**El colesterol**

El hígado produce colesterol para varias funciones importantes. El cuerpo usa el colesterol para fabricar hormonas sexuales y ácidos biliares que ayudan a digerir las grasas, para convertir la vitamina D en la forma en que pueda utilizarse y para formar las membranas de las células y mantener la estructura de ellas. Como puedes observar, el colesterol no es del todo dañino en cantidades moderadas.²¹

Demasiado colesterol sanguíneo es un peligro para la salud ya que puede contribuir a la formación de una placa en las arterias, un tapón que empieza con una lesión en la capa de la arteria, lo que puede llevar a una enfermedad coronaria (del corazón).

El colesterol no es soluble en agua. En la sangre el colesterol viaja en un recipiente llamado lipoproteínas. Las lipoproteínas de alta densidad (HDL) son altas en proteínas y llevan poco colesterol; las de baja densidad (LDL), comúnmente llamadas "colesterol malo", llevan el colesterol a las células y a las paredes de las arterias. Las HDL, "colesterol bueno", ayudan a remover el colesterol de las células para que puedan ser transportadas al hígado, donde se reestructuran en algo más. Una dieta baja en grasas y alta en fibra reduce las LDL (colesterol malo). El ejerci-

cio aeróbico y las grasas monoinsaturadas pueden aumentar las HDL (colesterol bueno).²²

El colesterol se esconde en los alimentos. El cuerpo produce su propio colesterol, por lo que requerimos muy poco de los alimentos. Sólo los animales fabrican colesterol; un alimento de origen vegetal nunca tendrá colesterol a menos que le sea agregado. El aceite de maíz o la crema de cacahuete no tienen colesterol ya que son de origen vegetal.

Si quieres saber si un alimento tiene colesterol solo fíjate si tiene grasa, si pudo caminar o nadar y alguna vez tuvo mamá.²³

VITAMINAS

Son un grupo de compuestos orgánicos diferentes a las proteínas, los carbohidratos y las grasas que el organismo humano no puede fabricar (sólo algunas parcialmente) y que se requieren en pequeñas cantidades para realizar funciones específicas.²⁴

Las vitaminas son una especie de ayudantes de los procesos orgánicos y no suministran energía (no nos dan calorías, por lo que no pueden subirnos de peso). Se clasifican en dos grupos:

Liposolubles: A, D, E, K; no se disuelven sino en grasa u otros solventes orgánicos. El cuerpo almacena vitaminas liposolubles en el hígado y en el tejido adiposo. En grandes cantidades pueden producir cierta toxicidad.

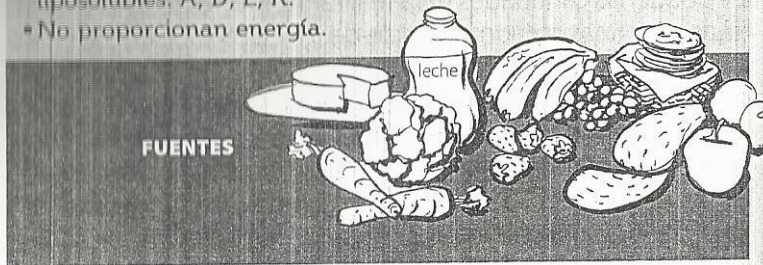
Hidrosolubles: el complejo B y la vitamina C son solubles en agua y pueden perderse en los alimentos que se remojan, hierven o que de alguna manera entran en contacto con abundante agua. El cuerpo no las almacena y suele excretar gran parte del exceso por la orina. De ahí la necesidad de obtener todos los días suficiente cantidad a partir de la dieta.

¿Y si faltaran las vitaminas? La deficiencia de alguna vitamina se debe a que cierta variedad de alimentos es excluida de la dieta, a un desorden en el metabolismo por el cual la vitamina no puede ser absorbida, o a una condición especial que ha incrementado la necesidad de alguna vitamina. Las deficiencias pueden corregirse si proporcionamos suficientes cantidades del alimento que contenga la vitamina faltante.

¿Cuánto necesitas? Cantidades muy pequeñas; basta con que comas de todos los grupos de alimentos y que tengas una variedad muy amplia para que cubras tus necesidades. Los suplementos vitamínicos sólo deben proporcionarse si el médico detecta algún padecimiento o desnutrición. Si la dieta de tu familia es inteligente entonces no necesitas ningún suplemento vitamínico.

VITAMINAS

- Son compuestos orgánicos, la mayoría no son fabricados por el organismo humano.
- Son requeridas en pequeñas cantidades para catalizar cientos de reacciones.
- Se clasifican en:
 - hidrosolubles: complejo B y vitamina C;
 - liposolubles: A, D, E, K.
- No proporcionan energía.



VITAMINA	FUNCIÓN	FUENTE
Liposoluble		
Vitamina A	Conservación del tejido de la piel. Es necesaria para la visión nocturna. Crecimiento de huesos. Reproducción.	Tejidos animales y leche. Tejidos vegetales verdes, rojos y anaranjados.
Vitamina E	Antioxidante, participa en el mantenimiento de la piel.	Aceites vegetales, oleaginosas (nueces), yema de huevo.
Vitamina D	Esencial para el crecimiento y desarrollo normal. Importante para la formación y el mantenimiento de huesos y dientes. Interviene	Tejidos animales, especialmente el hígado. Leche fortificada, cereales enriquecidos. En presencia de luz ultravioleta se sintetiza en la piel.

	del calcio, en la contracción muscular y la respuesta inmune.	
Vitamina K	Ayuda a la coagulación de la sangre y la calcificación ósea.	Hojas verdes, aceite de soya, hígado y flora intestinal.
Hidrosolubles		
Vitamina B1. Tiamina	Interviene en el metabolismo de los carbohidratos. Es esencial para el crecimiento, el apetito normal y la digestión.	Semillas maduras de cereales, salvado de arroz, chícharos frescos, frijoles, panes, germen de trigo y productos animales.
Vitamina B2. Riboflavina	Es esencial para el crecimiento. Participa en las reacciones de óxido reducción.	Tejidos animales como aves de corral, pescado, productos lácteos, huevo, brócoli, espárragos, espinaca y granos.
Vitamina B6 Piridoxina	Interviene en el metabolismo de aminoácidos, glucógeno y ácidos grasos esenciales. Necesario para el crecimiento normal.	Hígado, carne, leguminosas, cereales enteros, huevo y oleaginosas.
Vitamina B12. Cianocobalamina	Participa en el metabolismo de aminoácidos y del tejido nervioso. Se relaciona con el crecimiento.	Tejidos animales y leche.
Vitamina C	Interviene en el metabolismo de aminoácidos, del hierro. Importante en las respuestas inmunológicas, cicatrización de heridas y reacciones alérgicas.	Tejidos vegetales frescos, cítricos, fresas, verduras de hoja verde, tomates, brócoli, melón, kiwi, espárragos.
Niacina	Interviene en el metabolismo de los carbohidratos y aminoácidos. Participa en la síntesis de lípidos.	Pescado, hígado, aves, muchos granos, huevos, cacahuates, leche, leguminosas, granos enriquecidos.
Ácido fólico	Esencial para la maduración normal de los glóbulos rojos provenientes de la médula.	Verduras de hoja verde, vísceras, res, huevos, pescado, frijoles secos, lentejas, garbanzos, espárrago, brócoli, levadura.
Ácido pantoténico	Coenzima; interviene en la producción de energía.	Todos los alimentos.
Biotina	Coenzima; interviene en la síntesis de aminoácidos.	Huevos, vísceras y flora intestinal.

MINERALES

Los minerales son elementos inorgánicos (metales) esenciales para el organismo humano. Se clasifican en:

po en la producción de energía y en las actividades de construcción y mantenimiento del organismo.

Para que te des una idea de cómo funcionan, aquí tenemos unos ejemplos. El calcio cumple funciones en la contracción muscular, en la transmisión de impulsos nerviosos, en la coagulación y como mensajero entre las células. El yodo forma parte de las hormonas tiroideas que intervienen en la regulación del metabolismo de la energía. El zinc forma parte de la insulina, una hormona esencial para el transporte de la glucosa y los aminoácidos a través de las membranas celulares. El zinc también participa en la respuesta inmune y la cicatrización. El hierro es indispensable en la síntesis de hemoglobina (sustancia que forma la sangre). El cobre ayuda en la absorción intestinal del hierro y en su transporte.²⁵

Los minerales son obligados en muy pequeñas cantidades pero son tan importantes como otros nutrientes que necesitamos en mayor cantidad.

No necesitan digerirse y se absorben intactos en el intestino delgado. Cuando la ingestión de algunos minerales excede a las necesidades, éstos pueden almacenarse en el hígado, por lo que no hay que ingerir cantidades mayores a las que se establecen como seguras (ver cuadro de minerales).

MINERALES

- Son elementos inorgánicos (metales) esenciales para el hombre.
- Su función es controlar las actividades de construcción y mantenimiento del organismo.
- Se requieren en pequeñas cantidades.

NUTRIMENTOS	FUNCIÓN	FUENTE
Calcio	Estructura de huesos y dientes. Coagulación de la sangre. Neurotransmisión. Contracción muscular.	Tortilla de nixtamal, leche y sus derivados.

Zinc	Se requiere para el crecimiento y la reproducción, la cicatrización, la agudeza gustativa y la actividad de la insulina.	Tejidos animales, huevo, cereales integrales, germen de trigo, levadura, ostiones y oleaginosas.
Cloro	Equilibrio de líquidos y electrolitos. Equilibrio ácido-base. Componente del ácido gástrico.	Abundante en casi todos los alimentos.
Fósforo	Componente de huesos y dientes. Constituyente de otras sustancias corporales como fosfolípidos.	Lácteos, huevos, leguminosas, tejidos animales, cereales y oleaginosas.
Magnesio	Necesario en la síntesis de proteínas, en la actividad de nervios y músculos y en la estructura de los huesos.	Tejidos animales, leche, leguminosas, oleaginosas, cereales integrales, tejidos vegetales.
Potasio	Contracción del músculo esquelético y cardíaco. Equilibra el funcionamiento del cuerpo.	Abundante en casi todos los alimentos, en especial en leguminosas, oleaginosas y tejidos vegetales frescos.
Sodio	Participa en la contracción muscular y la actividad nerviosa. Actividad de nervios y músculos, absorción de glucosa y aminoácidos en el intestino.	Abundante en casi todos los alimentos, especialmente en leche, pan blanco, zanahoria, espinaca, productos en salmuera, embutidos y sal.
Fluor	Estructura de huesos y dientes.	Té, productos del mar, agua y sales fluoradas.
Hierro	Componente de la hemoglobina. Transporte de oxígeno en la sangre.	Tejidos animales, huevo, oleaginosas, leguminosas, cereales, algunos vegetales verdes.
Yodo	Constituyente de las hormonas tiroideas.	Productos del mar, leche, huevo, alimentos cultivados en tierras bajas y sal yodada.

AGUA

Nuestro organismo necesita más agua de la que suponemos. Sabemos que ningún ser vivo puede existir sin agua y que, al igual que el oxígeno, es indispensable para la vida.²⁶

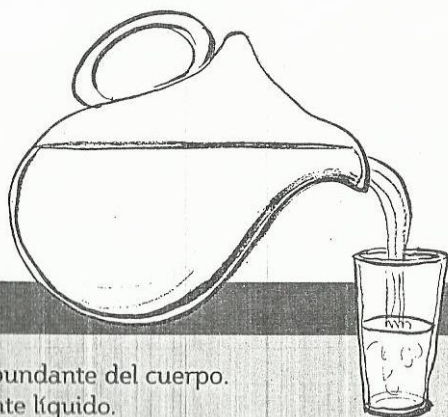
El agua es indispensable en nuestra dieta. Para mantener la vida, el agua es el segundo elemento más importante después del oxígeno.

Podríamos vivir 5 semanas sin fuentes de carbohidratos, proteínas o grasas, pero sin agua no podríamos vivir más de 5 días.

¿Cuánto necesitas? Bajo circunstancias normales deberíamos tomar entre 2 y 3 litros al día. Suena demasiado pero no es así cuando consideramos que los alimentos que consumimos proporcionan cerca de la mitad del agua que necesitamos. El pan tiene 5 % de agua; los vegetales y frutas tienen 75% o más de agua. Debemos, por lo tanto, tomar entre 6 y 8 tazas de fluidos durante el día (incluyendo café, jugos, leche).

En el caso de los adultos, por lo general se considera adecuado 1 mililitro por cada caloría ingerida mientras no haya sudoración.²⁷ Los niños tienen una necesidad más grande de agua: requieren de 50 a 60 mililitros por kilogramo de peso y los lactantes 150 mililitros por kilogramo de peso.

La pérdida del 20% del agua corporal puede causar la muerte, y la pérdida de sólo el 10% causa desordenes graves.²⁸



AGUA

- Elemento más abundante del cuerpo.
- Provee el ambiente líquido.
- Ayuda a la regulación de la temperatura.
- Transporta nutrientes y elimina productos de desecho.
- Contribuye a la estructura y forma del cuerpo.

Qué y cuánto le toca comer a cada quien

Las necesidades de nutrimentos cambian constantemente de acuerdo a la etapa de la vida en la que te encuentres y a las actividades que realices.

La dieta inteligente deberá cubrir las necesidades de energía y nutrimentos de cada uno de los miembros de tu familia aun cuando las edades y las actividades sean muy diferentes.

ALIMENTACIÓN DURANTE EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

Antiguamente se decía que durante el embarazo había que comer por dos. No hay que exagerar. Aun cuando en el embarazo y durante la lactancia la demanda de energía es mayor, no se trata de comer demasiado.

En los tres primeros meses de embarazo se recomienda aumentar las calorías a 150 kcal por día y a 300 kcal durante los meses posteriores (el equivalente a aumentar diariamente una taza de leche descremada y una ración de fruta en el primer trimestre y 2 tazas de leche descremada y 2 raciones de fruta en los meses posteriores).

En la lactancia hay que aumentar 500 kcal por día durante el tiempo que dure el amamantamiento,²⁹ ya que producir leche implica un esfuerzo enorme del organismo, que requiere mayor energía (sería como aumentar 2 tazas de leche descremada, 2 tortillas, 2 raciones de fruta y 30 gramos de queso Oaxaca por día).

La distribución de los nutrientes debe ser la misma que se utiliza en una dieta correcta normal. El consumo de proteínas debe ser de 60 gramos por día; no se recomiendan cantidades elevadas de proteína (60 gramos de proteína no significan 60 gramos de carne sino 2 tazas de leche, 90 gramos de carne pollo o pescado, 30 gramos de queso, un huevo y media taza de frijoles de la olla por día)

Si la dieta es variada, equilibrada y completa, prácticamente todas las demandas de nutrimentos inorgánicos y vitaminas se satisfacen al aumentar el consumo moderado de alimentos.