

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**UNIDAD
IZTAPALAPA.**

**DIVISION
CSH.**

CARRERA

PSICOLOGÍA SOCIAL

*TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL*

**DESORDEN ALIMENTICIO: ANOREXIA,
UN ESTUDIO DE CASO.**

**M. DEL CARMEN CASTILLO VELASCO
97323776**

**ANA ALICIA JUÁREZ LÓPEZ
95326431**

Asesor.

Jaime Peña Sánchez

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA

**UNIDAD
IZTAPALAPA.**

**DIVISION
CSH.**

CARRERA

PSICOLOGÍA SOCIAL

*TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA SOCIAL*

**DESORDEN ALIMENTICIO: ANOREXIA,
UN ESTUDIO DE CASO.**

**M. DEL CARMEN CASTILLO VELASCO
97323776**

**ANA ALICIA JUÁREZ LÓPEZ
95326431**

ÍNDICE

Introducción	3
Capítulo I Evolución Histórica del Cuerpo Femenino	5
Capítulo II Desarrollo Cronológico de la Anorexia y Bulimia: Un breve Bosquejo	17
Capítulo III Anorexia Nerviosa	22
3.1 Concepto de Anorexia	22
3.2 Dimensión Biológica	24
3.3 Dimensión Psicológica,	29
3.4 Dimensión Social	31
Capítulo IV Esbeltez y Sobrepeso	40
Capítulo V Ceencias y valores sociales	44
Capítulo VI Estrategia Metodológica	50
5.1 Planteamiento del Problema	53
5.2 Objetivo General	53
5.3 Objetivo Específico	54
5.4 Tipo de Estudio	54
5.5 Estudio de Caso	55
5.6 Instrumento	55

Capítulo VII Análisis e Interpretación del Estudio de Caso	57
Alcances y Limitaciones	61
Conclusiones	63
Glosario	65
Anexo	68
Bibliografía	69

INTRODUCCIÓN

En la historia de la humanidad el cuerpo ha sido objeto de veneración, de idolatría, de culto a las formas, a la “carne”, a sus dimensiones , y de una insaciable búsqueda de “ideales estéticos” que, por medio de la mirada de diversas culturas, ha logrado forjar a través de abstracciones transformadas en IMAGEN Y REPRESENTACIÓN, un cúmulo de símbolos y significados, de prácticas y discursos, una constitución de la “figura” observada, imaginada, e incluso, deseada.

La representación que emerge en un principio de lo que el artista mira, el artista que otorga sentido a las proporciones corporales, observadores e imitadores de la naturaleza y, evidentemente, reproductores de estilos estéticos que conjugan la armonía de los cuerpos. Y a todo esto la pregunta surge: ¿Cómo suprimir esta abstracción a la cual está relegada el cuerpo? La visión que “uno” hace del “Otro” es el campo de la representación corporal; la presencia que se combina y distingue el juego de la interacción constante entre los ojos que miran y el cuerpo que es visto, nunca tan lejos y nunca tan cerca; la comparación de unos con respecto a otros; y la exaltación de las diferencias, aquello que desde el punto de vista estético es armonioso , pero también lo que no. Tal valoración suprime, sujeta y, ¿por qué no?, tacha al cuerpo crónicamente, de tal suerte que el “imaginario social” se vuelve “víctimario” de la sociedad. Y el tiempo marca sus pautas y sus procesos, el culto artístico, por ejemplo, que se le hacía al cuerpo queda condenado al oscurantismo material y cosificado, un “corpus” oprimido, castigado y deformado estructuralmente en mercancía. El cuerpo se ha convertido, así, en el “maniquí animado” que se oculta en los grandes escaparates de la moda, las ventas y la mercadotecnia.

Pero este constructo que se hace del cuerpo también a generado históricamente un espacio, reducido desafortunadamente, del cuerpo femenino (y en menor grado el cuerpo masculino), un espacio que tristemente ha permitido que las mujeres sean valoradas por su físico y no por su intelecto, un espacio que aísla a las mujeres a un submundo de la imagen, de la apariencia reducida a la mirada del escultor, del pintor, del poeta, del músico, apreciaciones masculinas, al fin y al cabo, de lo femenino, abstracciones y más abstracciones que gobiernan los cuerpos y los sentidos.

Es la degeneración y degradación de la libertad de las mujeres, de la libertad de sus cuerpos, de ser dueñas absolutas de estos, sometidas a lo

que dictan los medios de comunicación, la industria de la belleza, el gobierno de las dietas, en relación con el famoso “ideal estético”: La esbeltez, la “eterna juventud, lo que es atractivo. El sentido que se le está dando a este “ideal” deviene en conflictos psicológicos, biológicos y sociales en la mujer actual, sean niñas, jóvenes o adultas. La imagen corporal femenina es el valor de la era moderna, pero... ¿según quién?, ¿las empresas publicitarias, la televisión, el cine, LOS HOMBRES? ¿quién?. Tales cuestionamientos sólo pueden ser respondidos por las mujeres, su discurso, sus prácticas, la manera en que por medio de su cotidianeidad se las “arreglan” para superar el conflicto del “buen ver” versus cómo quiero ser. Ellas finalmente tienen la última palabra sobre el destino que quieren imprimir a sus cuerpos: Vivir bajo la “visión” del mundo masculino, o quitarse el velo de la dominación en aras de un mundo visto por ellas mismas, un mundo de lo femenino organizado por sus propios deseos y convicciones.

Partiendo de que la anorexia es un problema psico-social, en esta revisión del tema nos interesa sobretodo conocer el punto de vista social, es decir, que es lo que lleva a una persona a ser anoréxica. En este sentido nuestro objeto de estudio ha derivado en la indagación practico-discursiva que la mujer hace de su cuerpo en virtud de una problemática constante como lo es : La esbeltez y el sobrepeso, en un caso específico, que en sí mismo es interesante.

CAPITULO I.

EVOLUCION HISTORICA DEL CUERPO FEMENINO

A través de la historia, los ideales de belleza femeninos han variado casi constantemente. En franca oposición a dichos ideales, los modelos masculinos han permanecido mucho más homogéneos y constantes. Cumplir con el paradigma de belleza masculina requiere muy poco del varón: tener las espaldas anchas en comparación a la cintura es suficiente. Así, el soldado romano de la época antigua, el señor feudal de la Edad Media o Don Johnson, todos cumplen con el ideal. Estéticamente hablando, ninguno luce muy diferente al otro.

Por desgracia, la historia no ha tenido la misma benevolencia con nosotras, las mujeres. Los modelos femeninos han cambiado incontables veces entre la antigüedad y nuestros días.

Las sociedades primitivas: en estas, las mujeres gordas tenían más atractivo sexual que las delgadas. Una mujer gorda constituía una señal de status elevado, de prestigio.

En todas las culturas se han llevado a cabo procedimientos para cambiar alguna característica corporal para incrementar el atractivo sexual y social. Utilizando pinturas, cosméticos pero hasta la llegada del mundo moderno no se encuentran culturas donde se pretende tener más atractivo social aumentando o disminuyendo su cuerpo.

Un cuerpo de mujer abundante era signo de lujo, la delgadez era símbolo de muerte.

Los griegos, aunque aborrecían la glotonería y la gordura, también odiaban la delgadez. Su ideal estético no era la flacura. La belleza femenina que celebraban quedó plasmada en la estatua de Afrodita que, aunque insuperable como obra de arte, a nuestros ojos modernos, parece definitivamente regordeta.

La civilización griega fue importantísima. Su patrimonio cultural es un legado que aún nos influencia. Sigmund Freud, por ejemplo, tomó la mitología de esta civilización para elaborar partes de su teoría: el psicoanálisis. El deslumbrante esplendor de la cultura griega sobrevivió incluso, a la conquista de su pueblo. Este suceso es poco común.

En general, la historia nos demuestra que en la mayoría de los casos, los pueblos conquistados adoptan la cultura de quienes los dominan. Es así como los vencedores imponen sus usos, sus costumbres, sus normas e incluso sus ideales de belleza sobre quienes someten. Como resultado de esta imposición, la cultura de quienes han debido rendirse desaparece por asimilación o por decreto. Los griegos representan, en este sentido, una rareza. Veamos de que manera se erigen como excepción a una regla histórica general. Los romanos, a pesar de ser el pueblo victorioso, deciden preservar la cultura de sus enemigos debido al respeto que sienten hacia ellos. Así, las preferencias estéticas de los vencedores, en cuanto a tamaño corporal femenino se refiere, por ejemplo, son idénticas a las predilecciones de los griegos, el pueblo sometido. Veamos ahora, qué sabemos con respecto a los conquistadores romanos.

A pesar de que las romanas y los romanos preferían una figura de tamaño corporal mediana, existe cierta evidencia de que las mujeres hacían dieta para mantener su esbeltez y que las casas tenían designada un área en la que era costumbre vomitar después de comer en demasía; sin embargo, se sabe que el uso de dicho recinto existía con el único fin de aliviar el estómago de los invitados durante los banquetes que se brindaban. Una vez aliviada la pesadez, los comensales seguían comiendo. De esto se desprende que el vomitar no estaba ligado al control de ingesta de comida ni a la preferencia por un cuerpo delgado.

Pasemos ahora, a un periodo histórico posterior: la Edad Media.

La Edad Media es considerada la época teocéntrica por excelencia. Esto significa que el hombre y todas sus actividades giraban alrededor de Dios y de lo sagrado. En este período histórico se establecen ciertas dicotomías. Ellas responden a una época de gran fervor y creencia religiosa. Las dicotomías a las que nos referimos son las siguientes: tierra versus cielo, cuerpo versus alma y pecado versus salvación. Estas dicotomías dan lugar, a su vez, a dos ejes definidos y opuestos. Tierra, cuerpo y pecado forman un eje. Alma, cielo y salvación forman el otro. A juicio, estos ejes son instrumentales en la caída del cuerpo humano *en desgracia*... ¿Por qué? Porque ambos se polarizan, convirtiéndose una en representante de lo sacro y el otro de lo sacrílego. Ambos se oponen entre sí. Es debido a esta antítesis que al comenzar la Edad Media los cuerpos deben ser cubiertos y apenas mencionados. El cuerpo es causa y producto de pecado y perdición eterna. Esta ideología hace que sea necesario limpiar toda falta carnal. La forma de contrarrestar las culpas terrenales es blanqueando el alma. Dicha

purificación se lleva a cabo mediante ejercicios de tipo religioso y místico, por medio de la oración y gracias al arrepentimiento.

Desde el punto de vista médico y de la salud, la Edad Media es un momento histórico nada envidiable. Siempre y cuando el paciente no muriera, enfermedades como la viruela y la varicela dejaban sus huellas terribles e indelebles en los cuerpos de sus víctimas. La mayoría de las dolencias presentaban complicaciones debido a la falta de higiene y de recursos. Muchas eran plaga mortal. Las mujeres, por ejemplo, morían al parir; los hombres al ser heridos en disputas de honor o en las guerras. Tanto hombres como mujeres sucumbían al padecer de infecciones.

En un mundo tan sórdido de dolor y de enfermedad eran las mujeres las que conocían los secretos curativos de las hierbas. Ellas sabían cómo preparar ungüentos para aliviar y para calmar diferentes enfermedades y dolores. Eran ellas, en breve, las que lidiaban con aquello que era considerado sacrílego y fuente de toda perdición: el cuerpo humano. Ser las encargadas de curar aquello que es profano, cuando el mundo lo abomina, tiene un costo. No casualmente, durante este periodo histórico, cientos de miles de mujeres son quemadas en hogueras acusadas de ser brujas poseídas por Satanás. La acusación de ser bruja podía provenir de cualquier lado: tanto un marido cansado de estar casado con la misma mujer como una vecina envidiosa de la belleza de la inculpada, podían echar a rodar un rumor que terminaría con la vida de la recipiente de las habladurías. En una época en que el cuerpo físico era considerado impuro y pecaminoso, ser hermosa no era una ventaja sino que, muy por el contrario, era contraproducente y podía traer aparejada una muerte terrible.

Como conclusión, queremos hacer hincapié e insistir en que no todos los paradigmas de belleza que el ser humano emuló a través de los tiempos admiraban el ideal requerido en la actualidad. La gordura en los siglos XVI y XVII era bienvenida. ¿Por qué? Porque se la consideraba erótica. Pechos y piernas que, actualmente consideramos dignas de masajes intensivos y ¿por qué no? de cirugía estética eran sinónimo de belleza. Durante parte de la Edad Media y durante los siglos XVI y XVII los conceptos de mujer, de maternidad y de gordura eran homologados con fecundidad y con femineidad; el corolario de esta homologación era la belleza.

Así como los ideales de otros siglos difieren con los actuales, así también se modifica la interacción de la gente con su propio cuerpo. La cualidad interaccional de la conexión con el mismo cambia, porque lo que varía son las modas y las circunstancias en las que nos desempeñamos.

Otro ejemplo que explicita la diferencia en la relación que la gente del siglo XVI y XVII mantenía con sus cuerpos y la que nosotras sostenemos con el nuestro, es la del trato de las funciones biológicas. Cumplir con las demandas anatómicas era en aquellos siglos, un trámite mucho más libre. Esto se debe a que, hasta alrededor de los años 1600, no había un código de modales sociales. La gente evacuaba sus necesidades en las calles, sin que esta liberalidad fuera considerada inoportuna. Como ya vimos es únicamente al acercarnos al siglo XVIII, que las actitudes con respecto al cuerpo comienzan a parecerse a las nuestras contemporáneas. Esto es así, tanto en lo que atañe a lo biológico como en la que respecta a los roles y a las expectativas sociales.

Veamos por ejemplo, la situación de la mujer y su rol femenino en las distintas épocas. Hasta entrado el siglo XVIII, la mujer no era considerada una figura casta y virginal. Por el contrario, era un ser pasional de puro instinto. La creencia popular dictaminaba que ella (y nunca el hombre) era quien instigaba a la actividad sexual sin saciarse jamás. Es recién a partir del siglo XVIII que mujer, castidad y pureza se homologan. Es entonces, cuando los roles sociales cambian fundamentalmente: el hombre pasa a ser el instigador de las apetencias sexuales. La mujer, un objeto puro, casto y virginal. Los roles sociales, a pesar de invertirse siguen siendo, sin embargo, rígidos y fijos. La mujer del siglo XVIII, convertida en la sede de la virtud y despojada de sus impulsos sexuales básicos debe seguir procreando sin problemas en el siglo XIX. ¿Cómo lograrlo? Si bien la mujer no necesita pasión para procrear, si necesita salud. Las complicadas fuerzas culturales del momento dictaminan, como hemos visto, los ideales estéticos. No es sorprendente por lo tanto que una de las modelos de belleza femeninos del siglo XIX nos muestre a una mujer rozagante y fuerte.

Si bien la delgadez del siglo XVIII nada tiene que ver con la actual, la imagen de la mujer de dicho siglo es, en comparación con la imagen de su hermana de siglos anteriores, mucho más delgada. *¿Será que en cada momento histórico hay una correlación directa entre volumen corporal preferido y actitudes generales con respecto al cuerpo femenino?* Una mirada analítica de las normas socio-culturales, de los valores religioso-humanísticos y de los tamaños corporales propuestos como ideales femeninos hace pensar que la respuesta es definitivamente afirmativa. Con esta hipótesis en mente veamos lo que sucede en el siglo XIX y en el XX. El siglo XIX tiene dos modelos femeninos opuestos: uno es el de la damisela frágil pero admirada por su moral y por su estatus social. El otro es un mujer voluptuosa de anchas caderas, la que debe procrear. La damisela frágil estuvo en boga entre 1830 y 1850 como correlato del romanticismo. La mujer

del 1800 que quería emular el modelo de la damisela frágil anhelaba si, una cintura pequeñísima; sin embargo, no deseaba poseer un cuerpo flaco, saludable y energético equivalente a nuestro modelo de belleza actual. Si bien la cintura que intentaba poseer era pequeñísima, deseaba al mismo tiempo, un cuerpo mullido, blanquísimo y blando (atributos corporales que cualquier mujer moderna consideraría una pesadilla y un castigo del Señor). En la maravillosa película costumbrista "La Edad de la Inocencia" dirigida por Scorsese vemos claramente retratada en la esposa del protagonista principal a la dama de estatus social elevado cuya fragilidad increíble y cintura ínfima son modelo moral a la vez que ideal estético del siglo. Estas damas de cintura de avispa debían sin embargo, contar con el resto de una anatomía bien acolchada. ¿Por qué? Porque la gordura en aquel entonces, era sinónimo de holgura económica. En los años 1880, eran de uso común, por ejemplo -créase o no- almohadillas y rellenos cuya función era la de redondear y aumentar el tamaño y las formas femeninas. Además de comer mucho, las mujeres, se pesaban frecuentemente para asegurarse de que no estaban demasiado flacas. Un apetito sólido era considerado señal de buena salud. Enfermedades que en ese momento eran letales (como la tuberculosis), hacían que el enfermo que las padezca adelgazara casi sin esperanza de recuperación. Por lo tanto, verse rozagante y con formas abundantes era sinónimo de estar rebosante de salud. Además, la nueva enfermedad de la época, la neurastenia podía ser atacada únicamente, con mucho descanso y con -por supuesto- muchísima comida.

Llega el siglo XX. Este es un siglo que trae aparejado inmensos cambios. Los primeros veinte años del siglo XX nos sumergen en un progreso tecnológico inimaginable por la mayoría de los seres humanos. En la esfera doméstica, la mujer tiene acceso a accesorios e instrumentos desconocidos por su madre y por su abuela. El progreso de las máquinas debe ser imitado, o igualado por la funcionalidad humana. Hay una fascinación con las líneas escuetas. Instrumentos y cuerpos humanos deben tener un diseño lineal. La cintura pequeña no es más sinónimo de belleza. Los cuerpos en forma de "guitarrita" ya no son moda. La nueva boga son los cuerpos estilizados y rectilíneos. La esencial, lo escueto, lo lineal y lo funcional es lo único que importa. Esto es así, tanto a nivel tecnológico como a nivel corporal. Es en este mismo momento histórico que la profesión médica apoya una campaña en contra de la gordura. Este fenómeno es el mismo que vimos acontecer entre los años 1880 y 1890 cuando Tanner inicia su ayuno y el doctor Rogers de la New York Life Insurance Company hace sus famosos estudios que correlacionan sobrepeso con mortalidad temprana (Rogers no dio importancia a los estudios que correlacionaban mayor índice de mortalidad con menor peso corporal). En la nueva campaña en contra de

la gordura, que empieza con el siglo, la adiposidad es descripta como un tejido poco grato e inservible. Siguiendo con el modelo rectilíneo y esencial, la mujer debe ser flaca y no tener nada de busto. Las mujeres bien dotadas recurren a vendarse los pechos para generar la ilusión óptica de tener casi nada de busto. El culto hacia la delgadez y la juventud se aúnan durante los años 20. Es la época del charleston. Veamos el proceso por el cual esto sucede. Volvamos al pasado por un momento.

Hasta donde llegan nuestros conocimientos, es recién en el año 1863 que William Banting, un noble inglés que había sufrido de extrema obesidad durante su vida, publica una carta (la primera de este tipo), dirigida al público. En la carta, Banting habla de su corpulencia y de la dieta que debe seguir: es un régimen alimentario bajo en carbohidratos y en harinas. El médico cirujano que lo atendía, William Harvey, es quien lo aconseja. En Estados Unidos, la carta del noble inglés agota doce ediciones consecutivas entre los años 1863 y 1902. El régimen alimentario que sigue se hace tan popular que por mucho tiempo hacer dieta se conoce como Banting.

Con todo, una nueva catástrofe irrumpe: la depresión del 30's trae la quiebra económica de muchos, suicidios, incertidumbre, dolor. Para cuando acaba la crisis de los años 30's, la moda se ha olvidado de su pasada prescripción de delgadez. ¿Por qué? Suponemos que es porque durante los años críticos de la depresión, la comida era un elemento que escaseaba. La posibilidad de no contar con el o la realidad de su falta era un fantasma perpetuo (cuando no una presencia tangible). Estar gordo durante los años 30's era casi una imposibilidad. Sólo muy pocos de los pertenecientes a la clase acomodada podían tener acceso no restringido a comestibles. En este contexto histórico, el sobrepeso se convierte en un problema casi ridículo de considerar. Con este panorama socio-cultural en mente, no es demasiado sorprendente, que el ideal de mujer de los años 30's fuera -otra vez- una mujer de figura curvilínea. Cuando la comida no fluye, tener formas abundantes es, desde el punto de vista de la moda, lo adecuado. ¿Por qué? Porque comida y poderío económico son homologados, como lo fueron en épocas pasadas. Pasemos a la década siguiente.

Los años 40's se avecinan. Están cargados de dolor y de dificultades para unos y de riqueza y prosperidad para otros. Estalla la Segunda Guerra Mundial. La mujer ocupa las líneas de trabajo de las fábricas y está al mando, tanto de negocios como de empresas. Los hombres están en los frentes de batalla. En el mundo de la moda se impone una novedad: las medias de nylon. Con esta nueva boga las piernas recientemente descubiertas, se convierten ahora en el foco de atención. Nos preguntamos

si las piernas (que no son uno de los atributos femeninos considerados necesarios para la maternidad) se impusieron como foco de atención de la figura femenina, en el momento en que lo hicieron como un reconocimiento velado-colectivo e inconsciente hacia quienes en ese momento, estaban desarrollando una labor excelente al frente de tareas tradicionalmente consideradas masculinas. Para cuando acaba la guerra, a mediados de década, la mujer vuelve a la esfera de lo privado. Las tareas que ella había emprendido fuera del hogar son nuevamente dominio del varón que vuelve de los campos de batalla. Es la post-guerra. La comida, tanto en los Estados Unidos como en Europa deja de racionarse. Aparece una nueva invención: la nevera. Ella permite almacenar alimentos en casa por varios días. La mujer que ha vuelto de los puestos de trabajo a la esfera doméstica queda aislada y sola en el hogar, con su nueva y única amiga, la heladera, rebosante de comida.

Llegan los años 50's. Durante los mismos hay una explosión de nacimientos de bebés. Se cree que este fenómeno es una respuesta humana de tipo instintiva, y también sociológica, a la destrucción causada por la guerra. Con este alto índice de natalidad, la mujer de dicha década, se queda en casa a criar a sus hijos. No casualmente, Marilyn Monroe de caderas y busto amplio y fértil es el exponente del ideal de belleza de la época. El show que mejor describe la vida de aquel momento es el show de Lucille Ball "Yo quiero a Lucy".

Durante dichos años la mujer está sola en su casa con la heladera, su nueva amiga. Es durante esa misma década que aparece una novedad en el mercado de consumo: la comida dietética. ¿Será casualidad?. Al mismo tiempo, las pastillas para suprimir el apetito hacen su triunfante aparición. Las anfetaminas se prescriben sin cesar. Se desencadena una verdadera obsesión colectiva. La condena a la gordura es una vez más apoyada por los médicos. La fiebre de progreso Y de consumo hace que el cuerpo sea visto nuevamente, como un instrumento que debe ser útil y funcional. Veamos la situación femenina. En su casa, la mujer está, como dijimos, aislada y sola durante todo el día. Ya no trabaja fuera del hogar. El mundo de sus intereses se contrajo. A la vez que pura y casta, la mujer en cuestión debe ser un objeto sexual apetecible. ¿Qué hacer? Y sobre todo, ¿cómo pasar los largos días de soledad de la década de los 50's? Escudriñar el cuerpo es la respuesta. ¿Por qué? Porque cuidar de nuestro físico nos permitirá mantener nuestro nuevo y más importante trabajo: el matrimonio. El estar y permanecer casadas es una tarea full-time a la que la mujer de la década de los 50 debe avocarse plenamente. La vanidad femenina es una necesidad. La teoría popular afirma que lucir hermosas es un *must* para conservar al

marido. Cualquier película de la época (desde las de Marilyn Monroe hasta las de Doris Day) lo confirma. El recuerdo todavía demasiado fresco y aún doloroso de las muertes de la Segunda Guerra Mundial hace que los hombres sean un bien a venerar y a conservar. Las mujeres obedecemos, venerando.

Los avances científicos de la década traen, sin embargo, una sorpresa. Investigaciones del momento claman que muy poca gente que sufre de sobrepeso tiene malfunciones glandulares. Todo aquel cuyo peso exceda al establecido por las tablas de pesos y medidas es inculcado, sin perdón. La existencia de conflictos psicológicos inconscientes es el enemigo que se encuentra detrás y (que es responsable) por cualquier exceso de peso. Kilos de más y conflictos psicológicos van, de acuerdo a la nueva interpretación de la realidad, de la mano.

Sin embargo, las tablas que se usaban para determinar cuánto se debe pesar, durante los años 50's, eran las que la Metropolitan Life Insurance había desarrollado en los años 1942 y 1943 para hombres y para mujeres respectivamente. Estas tablas, a diferencia de las tablas desarrolladas por otras compañías que habían correlacionado óptima salud con un determinado peso corporal durante el año 23, aclara la Metropolitan Life Insurance, son ideales -no muestran pesos existentes ni pesos promedio-. El nuevo ideal sugerido por la Metropolitan adquiere desgraciadamente, una vida propia. Se inicia una carrera en la que pesos ideales intentan convertirse en realidad. Las tablas modernas proponen pesos más bajos que las que el común de la gente pesa y el común de la gente intenta conformar las nuevas medidas. Por otro lado, las anfetaminas inundan el mercado y hacen furor. Cuando su capacidad adictiva se hace aparente, el sentir popular dictamina unánime: mejor flaca y adicta que gorda y conflictuada.

Las prescripciones médicas tanto de anfetaminas como de ansiolíticos son cuantiosas. Las mujeres sucumben a la magia de la pastilla ante el aburrimiento y la soledad.

La presión por tener un determinado tipo físico no termina en los 50's. En los años 60's, la presión aumenta. Los 60's son los años de la liberación para la mujer. Ella sale a trabajar fuera del hogar. Esta vez, trabajar es una elección y no una imposición circunstancial como lo fue en los años 40's, durante la Segunda Guerra Mundial. La mujer de la década del 60's adquiere una Voz propia. Con la expansión de la mujer en el mundo social aparece un modelo estético opuesto al de la década pasada. Las curvas de los años 50's

están definitivamente *demodée*. Hay que ser flaca. El cuerpo femenino debe adelgazar, sin más ni más.

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

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

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

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

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

Pareciera que las fuerzas socioculturales nos dieran un mensaje doloroso pero claro: si nos expandimos en el mundo de lo social, si somos activas fuera de la esfera de lo doméstico, entonces, debemos achicarnos en lo personal, concretamente en nuestra anatomía. Marilyn Monroe da paso a Twiggy. Twiggy, la modelo inglesa que en la cumbre de su fama está esquelética y enferma sufriendo de anorexia nerviosa, se transforma en el paradigma de belleza de toda una generación de mujeres. Los años 60 representan una rebelión en contra de la década anterior. Todo lo que fuera reminisciente de la década precedente es homologado con el *establishment*. En consecuencia, no sirve y debe ser tirado por la borda. La rigidez de los 50 está *out*. Estos remiten a un mundo adulto de tradición y de ¡horror! gordura. El único estadio válido y posible de la vida que la década de los 60's permite es la juventud. Juventud y delgadez están nuevamente unidas. La flacura se convierte en la nueva manera de pertenecer a la elite. Los 60's son para las

Estados Unidos y para Europa años de gran afluencia económica. En un mundo de abundancia, la exuberancia ya no sirve como símbolo de pertenecer a una clase acomodada. ¿Por qué? Porque abundancia y poder no son sinónimos. En este nuevo orden, para ser parte de la clase acomodada hay que desplegar poder restringiéndose. Restricción es sinónimo de dieta. Restricción es sinónimo de poder. Jackeline Kennedy adelgaza diez kilos. Juventud y delgadez están nuevamente, inseparablemente unidas, igual que en la época del charleston. La unión es tan perfecta que las barreras entre delgadez y anorexia se borran.

Pasan diez años. Las 70's traen una nueva imposición: hacer gimnasia. Hacer dieta ya no es suficiente ni alcanza. La gimnasia se convierte en un agregado necesario para tener el cuerpo que deseamos. Hay una nueva conciencia: la necesidad de una vida saludable; la gente comienza a hacer *footing* y ejercicios aeróbicos. ¿A qué se debe este agregado de actividad física? Hacer gimnasia, en el nuevo orden social, es otra manera de decirle que no al *establishment* y a la sociedad capitalista que abrumba con sus demandas de producción y con sus requerimientos de una vida inerte y sedentaria. Nos lanzamos, en contra del *establishment*, a hacer *jogging*. Comer sanamente, hacer gimnasia, meditar, no fumar es la antítesis del estereotipo de un mundo en el que producir es lo único y lo más importante. Y así pasan diez años más. Los 80's traen consigo los mismos valores morales y sociales que los 60's repudiaron con tanta fuerza. La plata dulce y el consumismo son parte integral de la vida en Estado Unidos y en Argentina, también. Con todo, nuevamente, una tragedia aflige a la humanidad entera. El sida trae preguntas acerca de la vida y de la muerte que son incontestables. La monogamia que fue criticada durante los años 60 como una obligación hipócrita, ya no es, en la década de las 80, una elección personal: es una necesidad.

Sin embargo, sea cual fuere nuestro dolor o frustración ante las tragedias del mundo en que vivimos, el gimnasio está siempre a nuestro total servicio. Hacer gimnasia nos hará felices porque nos dará un cuerpo fantástico. Esta verdad es endosada por Jane Fonda que despliega un cuerpo trabajadísimo y una sonrisa feliz. Es durante esta misma década que la mujer entra definitivamente en el mundo, hasta ahora, de los hombres. Pisa fuerte, tanto en las empresas como en los negocios. Sin embargo, pareciera que ahora, que finalmente llegó a un mundo tradicionalmente masculino, debe metamorfosear su cuerpo otra vez. En el gimnasio lucha por tener músculos que, biológica y naturalmente no tiene. Su cuerpo, en un mundo de hombres debe, pareciera, masculinizarse. Debemos ser

musculosas si queremos ser fuertes. Debemos ser musculosas si queremos trabajar a la par de los hombres.

Los años 90's nos sorprenden. Esta vez, las mujeres decidimos tenerlo todo: carrera, hogar, hijos, trabajo, amor, mando y dinero. Calvin Klein también nos sorprende ¿o no? con su nueva modelo Kate Moss. Kate nos trae (sobre todo a las veteranas de los años 60 y 70), reminiscencias de Twiggy, la modelo inglesa anoréxica. El mundo de los profesionales, de los trastornos alimentarios en Estados Unidos se levanta preocupado, cuando ve que las revistas femeninas están tapizadas con la cara y el cuerpo de Kate Moss. Nuevamente la literatura dirigida a la mujer invade el mercado y nuestras mentes con figuras esqueléticas. Muchas Kate Moss están desgraciadamente, en cada hoja de cada revista *Cosmopolitan*, *Glamour*, *Bazaar* y *Elle*. Desde sus páginas miran a las adolescentes y a las mujeres maduras, que, perplejas, intentarán conformar una vez más con este nuevo ideal. Un ideal que parece haber salido de Somalía. Este nuevo modelo de belleza hace que nosotras, y muchas mujeres, nos preguntemos con tristeza si realmente podemos tenerlo todo.

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

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

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

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

Como ornamento, la belleza femenina respondió a los diferentes ideales estéticos según las épocas y las culturas, una presión sociocultural que se acepta como propia, aunque incluya muchas veces la tortura física. En la China, hasta avanzado el siglo XX, el ideal estético y símbolo de *status* era el

pie pequeño de las mujeres, por lo que se vendaban fuertemente los pies de las niñas hasta la deformación. El equivalente en occidente de esa práctica bárbara fue la moda interminable del uso del corsé, a lo largo de casi todo el siglo XIX. La famosa "cintura de avispa" como canon de belleza, a fuerza de soportes de acero, causaba estragos en la salud y afectaba hasta la sexualidad de las mujeres. Un trabajo reciente del semiólogo Oscar Traversa, que investiga la figuración del cuerpo en los medios de prensa argentinos, muestra en principio que las mujeres argentinas siempre fueron muy exageradas en seguir las reglas de la moda. Cuando ya en 1906 los modistos franceses imponen el abandono de la tortura del corsé, cita una publicidad de la revista Fray Mocho de 1914, (¡casi una década más tarde!) acerca de que las muchachas modernas no usan más corsé por los daños que causan las varillas en el estómago, el vientre, etc.

La forma misma del cuerpo femenino ha variado con las épocas. El arte occidental ilustra que al menos desde el renacimiento en adelante, sobre todo en los siglos XVII y XVIII, los cuerpos opulentos, voluminosos, rebosantes de carne, eran símbolo de belleza, salud y *status* social. Desde el siglo XX el ideal pasó a ser progresivamente la delgadez. Las mujeres comenzaron a practicar deportes, a vestir de otra manera con vestidos "tubo" que tendían a mostrar cuerpos esbeltos y delgados. Pero no demasiado, Marilyn Monroe no era flaca, precisamente. A partir de los 60s la delgadez comenzó a acentuarse aunque todavía como excepción. Hacia fines de esa década la modelo inglesa *Twiggy* (que significa "astilla", precisamente) asombraba al mundo con un tipo físico de flacura inédita por entonces. Nació junto con la minifalda. El cuerpo femenino se descubría como nunca antes y a la vez se desexualizaba. Hay factores complejos, pero quizás se pueda simplificar describiendo esto como la imposición definitiva de la tiranía de la imagen. Y como complemento imprescindible, la de la mirada.

*La respuesta es un rotundo sí. No es fácil. Debemos comenzar por no metamorfosear nuestro cuerpo (como si este fuera de arcilla y no de carne y hueso) cada vez que el ideal estético cambia. Es cuestión de no caer en las garras de la Voz de la Obsesión.**

CAPITULO II

* Agradecemos a la Lic. Irene Celcer por la autorización de algunos fragmentos de su publicación. La voz de la obsesión.

HISTORIA DE LA ANOREXIA

En este capítulo se presenta la historia o cronograma de la anorexia, desde las ciencias médicas y psicológicas, y como se viene desarrollando en los últimos siglos. Sin lugar a dudas todos estos estudios devienen desde siempre de la teoría psicoanalítica para explicar el por qué de los desordenes alimenticios. Sin embargo, nuestra formación nos impide mantener o sostener esta posición, por lo que, se considera y contempla su aportación para encaminar nuestra investigación hacia un visión social ahondando en los significados y creencias hechos por la mujer.

La neurosis alimentaria paralela a la melancolía es la anorexia. La tan conocida anorexia nerviosa de las adolescentes me parece representar, tras detenida observación, una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria. La paciente asevera no haber comido simplemente porque no tenía apetito, y nada más. Pérdida de apetito equivale, en términos sexuales, a pérdida de la libido.

Sigmund Freud

- 1941 FENICHEL (O.), significado dinámico de la anorexia mental en los conflictos propios de cada tipo de estructura psicopatológica: neurosis obsesiva, represión, fobia, esquizofrenia, etc.
- 1942 LIHERMITTE (J.) y SIGWALD (J.), crítica de las concepciones endocrinológicas.
- 1942 CRÉMIEUX (A.), la anorexia mental vuelve a hallar su autonomía y su origen psicogéotico
- 1943 EISSLE R (K.R.), la anorexia mental no es más que un aspecto de la perturbación de la relación de objeto en el caso de fijación oral.
- 1943 LORAND (S.), la anorexia mental es una malformación del Yo.
- 1943 ROSE (J. A.), resistencia al recurso del desarrollo humano.
- 1943 DUBOIS (F.S.), estudio de los efectos biológicos y psíquicos de la iniciación. Neurosis compulsiva con caquexia.
- 1945 FENICHEL (O.), diagnósticos diferenciales de acuerdo con los estudios de casos clínicos, desplazamiento de los deseos sexuales a la alimentación; la oralidad, desplazamiento del placer anal

(analidad).

- 1947 COURCHET (J.), toma la posición resueltamente psicoanalítica en cuanto a etiopatogenia y tratamiento.
- 1948 BOUTONIER (J), y LEBOVICI (S.), importancia del papel de la madre en la génesis de la anorexia.
- 1949 SOULAIRAC (M.), estudio de las nociones de hambre y apetito.
- 1949 DELAY (J.), anorexia mental: enfermedad psicósomática por excelencia.
- 1949 DECOURT (J.), preponderancia del papel de los procesos psíquicos sobre el de la subalimentación.
- 1950 BARGUÉS (R.), y NEUVEGLISE (D.), anorexia nerviosa del niño.
- 1951 BERLIN y col., sadismo oral y formaciones reactivas contra la incorporación .
- 1951 DEBRE (R.), MOZZICONACCI (P.) y DOUMIC (A.), anorexia mental del lactante.
- 1951 LAPLANE (D.) y LAPLANE (R.), Congreso de Argel: perspectivas psicósomáticas en pediatría.
- 1951 HEUYER (G.)y LEBOVICI (S.), perspectivas psicósomáticas en pido-psiquiatría.
- 1951 BARUK (H.), papel favorecedor de la <morfología en miniatura>.
- 1952 KAY (D. W.) y LEIGH (D.), no hay neurosis específica en la anorexia mental.
- 1954 KLOZT y LOMBROSO, noción de <abiorexia>.
- 1954 ALBEAUX-FERNET (M.), y col., distinción entre adelgazadores funcionales y anorexia mental propiamente dicha.
- 1954 CRÉMIUX (A.), posición psiquiátrica tradicional.
- 1954 KAUFMANN y EIMANN, la fantasía de embarazo oral es la tesis más

fecunda, pero el problema psicossomático sigue en pié.

- 1954 CORNILLE Y THIEBAUT, teorías endocrinas.
- 1956 FALSTEIN, en el hombre: identificación femenina, pero con deseo de suprimir la corpulencia asociada a las formas femeninas.
- 1956 ROLLA (N.H.), y GRINBERG (L.), anorexia mental como supresión de nociones interior-exterior, bloque entre la posición esquizoparanoide y la posición depresiva.
- 1956 MICHAUX (L.) y JANET (G.), factores psíquicos intelectuales y afectivos de la anorexia mental.
- 1957 MEYER (B.C.) y WEINROTH (L.A.), tentativa para restablecer la unidad con la madre.
- 1958 BINSWANGER (L.), análisis existencial de un caso de anorexia nerviosa:
papel de la sombra y del misterio.
- 1959 BOOS (M.), temor a la maduración femenina del cuerpo, horro al cuerpo del adulto, horror a la obesidad asociada a un sentimiento de pecado: <...La actitud de huelga hacia la vida corporal y terrestre se rebela únicamente contra un deber ser en un medio determinado... A veces, por el contrario. La rebelión se dirige contra el deber-vivir físico entero.
- 1960 BLISS (E.) Y BRANC (C), el criterio de la pérdida de veinticinco libras por motivos Psicológicos es patognomónica de la anorexia mental.
- 1960 LESSER(L. S.), y col., la anorexia mental no es una enfermedad, sino una constelación de síntomas.
- 1960 JESSNER y ABSE, estudio de las formas progresivas de la anorexia nerviosa.
- 1961 THOMA (H.), trastornos de conducta por ambivalencia oral, que traduce una falta en el proceso de desarrollo; papel de las experiencias traumáticas infantiles.
- 1962 BRUCH (H.), la anorexia reposa sobre desórdenes perceptivos y conceptuales, y sobre una negación del cuerpo y sus necesidades.

- 1963 SELVINI (M.), psicosis monosintomática.
- 1963 KING, diagnóstico diferencial a partir de la noción de <placer> relativo al rechazo del alimento: criterio esencial de la anorexia nerviosa; la anorexia primaria como entidad nosológica distinta.
- 1964 KHATTAR, relación con la melancolía, mecanismo patogénicos corticales.
- 1965 Simposio de Gotting, investigaciones multidisciplinarias sobre la anorexia nerviosa. Tres conclusiones.
- 1) La anorexia mental esencial expresa una incapacidad de asumir el papel sexual y asimilar las transformaciones de la pubertad.
 - 2) El conflicto principal se sitúa a nivel del cuerpo y no a nivel de la función alimenticia.
 - 3) La estructura de la anorexia mental esencial es diferente de la neurosis clásica.
- 1964 RUSSEL y col., lesión hipotalámica.
- 1965 CRISP, respuesta de evitación a los conflictos emocionales pospubertales; terapéutica por régimen alimenticio.
- 1965 DECOURT (J.), RICHARD(J.-P.), MAUVAIS JARVIS (P.) y GLINASSIA (J.-P.), <caquexia oligofágica psiconeurótica>
- 1966 SOURS (J.-A.), estudio pluridimensional de los diferentes aspectos del problema de la anorexia mental.
- 1966 KREEISLER (F.), FAIN (M.) y SOULÉ (M.), trastornos funcionales del lactante.
- 1967 MARCO (J.), aspectos de la sobreactividad, del éxito escolar y del ascetismo en la anorexia.
- 1967 VALLABREGA (J.-P.), la anorexia mental como conversación histérica, papel del traumatismo y de los beneficios secundarios.
- 1969 RISER (M.), GAYRAL (L.), BACIOCHI (M.) y BASTIE (Y.), relación de las patogenias endocrinas y psicogenéticas en las delgadeces funcionales.

- 1970 LABOUCARIE (J.) y BARRÉS (P.), factores a la vez afectivos ,
situacionales y neurológicos.
- 1970 AJURUIAGUERRA (J. de), balance de las investigaciones relativas
a la anorexia mental.
- 1970 KREISLER (L.), solución de continuidad entre la anorexia del
lactante y la anorexia del adolescente¹.

CAPITULO III

¹ Esta información se puede consultar con más detalles en el siguiente libro Kestemberg
Eveline, Kestemberg Jean y De corbet Simone. El hambre y el Cuerpo. Espasa-
Calpe, S. A. Madrid. 1976

LA ANOREXIA

Aparecen muchos casos de anorexia en las religiosas de la edad media. El ayuno era un medio para que el espíritu triunfara y no la carne. Estar sin comer era considerado como un signo de santidad. A esta anorexia sufrida por el seguimiento a Dios se llamó " Anorexia santa"

La palabra anorexia era utilizada por los médicos como sinónimo de falta de apetito, inapetencia y ciertos trastornos del estómago.

Richard Morton fue el primero que hizo una descripción del cuadro de anorexia. Describió a una paciente de 18 años que presentaba los síntomas propios de la anorexia nerviosa: adelgazamiento, dedicación obsesiva al estudio, pérdida de apetito...

Morton se refiere siempre a la enfermedad como un trastorno nervioso y es curioso saber que curó a esta chica alejándola de su familia y de los estudios.

Finalmente, con la intervención sobre la familia de una paciente y su alejamiento como medio para curar, se consiguió que el concepto de anorexia nerviosa quedara dentro de la medicina científica.

En el siglo XX se conoce la anorexia nerviosa como un miedo a engordar, pero antes del siglo XX no se tenía muy claro si las muchachas que la padecían tenían miedo a engordar o no. Esto se cuestionaba ya que muchas motivaciones eran religiosas o espirituales.

Ya en este siglo, la opinión de Freud era que todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulsos sexuales por lo que asoció comer o no comer a la presencia o ausencia de impulsos sexuales básicos. El ayuno suponía a Freud la repugnancia o el malestar provocado por el alimento. Pero Freud no dio ninguna importancia a los factores socioculturales en la anorexia nerviosa.

3.1 CONCEPTO

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos,

especialmente "los que engordan" y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anoréxicos, diuréticos...

El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio.

El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye cada vez más y de una manera alarmante. Se produce una distorsión de la imagen corporal, lo que obliga a mantener la dieta.

El hecho de la pérdida de peso es negado prácticamente siempre por el enfermo y no suele tener conciencia de la enfermedad. Esta malnutrición produce alteraciones, síntomas y trastornos: hipotensión, alteraciones de la piel, caída de cabello, trastornos gastrointestinales, etc. También se dan síntomas de ansiedad, depresión y obsesivos. Esta malnutrición también provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social e incluso ideas de muerte y suicidio.

Las preocupaciones por el alimento se hacen auténticamente obsesivas. Los pensamientos y actitudes relacionados con el cuerpo, el peso y la alimentación, y la evolución de la enfermedad indican que después del diagnóstico, un 25% de las pacientes siguen siendo anoréxicas, un 40 % tiene síntomas depresivos y un 25% obsesivos. La mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10% pero cuando la enfermedad dura más de 30 años este dato se eleva al 18%.

Tras doce años de evolución de la enfermedad en una persona la curación se considera prácticamente imposible.

Frente al ideal de delgadez propuesto en la actualidad por la sociedad, muchos adolescentes inician una dieta estricta. Sintiendo admirados por su entorno, dejan de alimentarse, adelgazando cada día más. Un alto porcentaje de adolescentes son anoréxicas y el número se eleva constantemente. Debido a que el trastorno puede ser fatal, las anoréxicas necesitan ayuda profesional para recuperarse. Son los familiares quienes deben estimular a estas adolescentes a empezar un tratamiento.

Aproximadamente la mitad de las pacientes anoréxicas experimentan episodios bulímicos, esto es también un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios en los que el enfermo

ingiere cantidades de alimento superiores a lo normal, aunque en principio el bulímico no desea en absoluto ese atracón. Después de estos atracones, siguen vómitos, laxantes, diuréticos...

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

Se cree pertinente crear dimensiones para ir estudiando el problema a investigar. Cada una de las dimensiones muestra los efectos más notorios que sufren las mujeres y hombres que padecen anorexia, ya que el problema se presenta como biopsicosocial.

3.2 DIMENSIÓN BIOLÓGICA.

Esta dimensión describe los **Cambios biológicos*** a los cuales se exponen las anoréxicas.

- ◆ Vomito, Insomnio e hiperactividad.
- ◆ Anormalidades hormonales: Cese de la menstruación, así como, la ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos o postergación de su iniciación,
- ◆ Piel seca y fría (algunas veces con tonalidad azulada), con vello en brazos, cara y espalda.
- ◆ Experimenta vértigos, desmayos, pérdida de conocimiento y dificultad para concentrarse.

*No siempre el problema de la pérdida de peso es el que lleva a los familiares de las anoréxicas a la consulta médica sino manifestaciones clínicas consecuencias de la anorexia nerviosa: estreñimiento, insomnio, aparición de intensa debilidad muscular, calambres...

En las mujeres, Presencia de al menos 2 **síntomas fisiológicos** asociados a la anorexia nerviosa. Éstos son:

- Abuso de laxantes, diuréticos o píldoras de dieta.
- Hacer ejercicio de manera excesiva. Puede que hasta 5 o 6 horas al día.
- Osteoporosis. Los huesos se vuelven más frágiles.

◆ Síntomas físicos de inanición

- ◆ Dolor al sentarse.
- ◆ Desarrollo de vello muy fino por todo el cuerpo.
- ◆ Hipotensión, o presión anormalmente baja.
- ◆ Corazón debilitado.
- ◆ Indigestión después de la escasa comida que consume.
- ◆ Sensación de debilidad o cansancio.
- ◆ Anemia debido a la falta de hierro y proteínas.
- ◆ La utilización de diuréticos: disminuyen así la retención líquida y, por tanto, de peso.
- ◆ Físicamente, la piel aparece seca e incluso agrietada y tiene un aumento de la pigmentación (elevación de las concentraciones séricas de carótenos) de la piel. Las palmas de las manos y las plantas de los pies presentan una coloración amarillenta y fríos produciendo que las uñas se vuelvan más quebradizas y no es raro que se produzca una caída de cabello. Aún así se atenúan las proporciones femeninas normales características, manteniéndose el desarrollo mamario o encontrándose a lo sumo una cierta reducción de tamaño.
- ◆ Se puede encontrar en la exploración de alteraciones dentarias, la descomposición del esmalte y la caries provocados por los repetidos episodios de vómitos.

Manifestaciones cardiovasculares: suelen producirse braquicardias e hipotensión. En el corazón se describe el adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades y disminución del trabajo cardíaco. Al igual que sucede en otros casos de malnutrición, hay una alteración en los mecanismos aeróbicos y se produciría una menor contracción cardíaca, que se consiguen con la normalización del estado nutricional.

La mayoría de los estudios dinámicos cardiovasculares realizados en la anorexia nerviosa muestran una disminución del volumen sanguíneo y del volumen cardíaco proporcionales a la pérdida de peso.

Según las estadísticas, la mortalidad de las anoréxicas varía entre un 4 y un 30%, y en un cierto número de estos casos representan muertes súbitas y no esperadas atribuibles por algunos a arritmias secundarias, a alteraciones electrolíticas debido a vómitos o abuso de laxantes. Sin embargo, muchas de estas muertes podían relacionarse mejor con cuadros de desgaste o lesión miocárdica y su riesgo de aparición aumentaría mucho cuando el peso de estas pacientes disminuye más del 35 al 40% inicial.

Manifestaciones gastrointestinales: las enfermas anoréxicas presentan un vaciado gástrico retardado y una disminución del movimiento intestinal que produce sensación molesta de hinchazón y flatulencia que en muchos casos se acompañan de dolor abdominal y estreñimiento. Éste y la sensación de hinchazón son lo que suele inducir a la toma de laxantes. Incluso algunas pacientes se producen diarreas porque creen que les ayuda a perder peso y de esta manera facilitan su acostumbramiento.

Manifestaciones hematológicas: la anemia es relativamente frecuente. En la mayoría de las pacientes, la anemia es normocrómica, pero en algunas es ferropénica (ingesta deficiente de hierro).

En algunas anorexias se han hecho descripciones de descensos en las concentraciones plasmáticas de ácido fólico, de disminución de los depósitos medulares de hierro y de la capacidad de su fijación en relación con grupos controles.

También la médula ósea aparece hipoclásica en ciertos casos, con un aumento exagerado de mucopolisacáridos, desaparición de grasas y aparición de un material gelatinoso.

También pueden observarse cifras moderadamente bajas de HDL-colesterol. Sin embargo, en más de la mitad de las pacientes con anorexia nerviosa se observan hipercolesterolemias, con elevación de LDL-colesterol y con niveles normales de triglicéidos.

Trastornos hipotalámicos y endocrinos: en la anorexia nerviosa existe una distorsión de los mecanismos reguladores centrales que controlan el equilibrio físico y emocional, con la aparición de un trastorno psico-neuroendocrino-metabólico en el que la pérdida de peso y la desnutrición que la acompañan serían responsables de la manifestación reversible con la recuperación del estado nutricional.

Las diferentes alteraciones neuroendocrinas y metabólicas que se pueden presentar en la anorexia nerviosa son:

Eje hipotalámico-hipófiso-gonadal: una de las manifestaciones es la aparición de la amenorrea secundaria que sigue a la pérdida de peso que llevan a la conducta anoréxica.

Se ha comprobado que con estos cambios dietéticos se producen cambios hormonales que llegan a modificar el ciclo menstrual normal. Pero con la recuperación del peso corporal dentro de los valores normales generalmente aparecen los ciclos menstruales de nuevo.

El ejercicio físico intenso se asocia a retrasos en la edad de aparición de la menstruación y a una mayor incidencia de trastorno menstrual.

Los ovarios de las pacientes son mucho más pequeños que los de las mujeres hormonales. Con la recuperación del peso, el tamaño ovárico se normaliza y su estructura llega a ser quística, sin cambios en el estroma, y de una forma semejante a lo que ocurre en el curso del desarrollo puberal normal.

Eje hipotalámico-hipófiso-tiroideo: algunos de los síntomas y signos de la anorexia nerviosa semejan muchas de las manifestaciones que acompañan al hipotiroidismo tales como: piel seca, estreñimiento, hipotermia y sensibilidad aumentada al frío.

Eje hipotalámico-hipófiso-suprarenal: se describen en la anorexia nerviosa cambios en los niveles de hormonas glucocorticoides y concretamente aumentos de variables de cortisol. La producción neta de cortisol está aumentada en estas pacientes y las concentraciones de cortisol libre en la orina también son altas.

Se cree que el **hipercorticismo** que presentan estas enfermas sería la consecuencia de un aumento de secreción de CRF **hipotalámico**; la ausencia **hipercorticismo** se explicaría por una reducción del número de receptores celulares al **cortisol**. Con la recuperación de peso desaparece la alteración, aún cuando la respuesta de CRF pueda persistir alterada durante meses e incluso años.

Hormona de crecimiento: en la anorexia nerviosa las concentraciones de esta hormona son variables estando elevadas en el 50 % de los casos.

Aún cuando las cifras de esta hormona son altas, no aparecen los característicos efectos anabólicos y de estimulación de crecimiento. En la anorexia nerviosa el aumento de secreción de la hormona de crecimiento podría servir para obtener energía, al estimular la movilización de los depósitos de grasa y favorecer la liposis.

Existe una fuerte correlación directa positiva entre la elevación de esta hormona y la cantidad de ingesta calórica. No hay relación en cambio con el grado de pérdida de peso. Al iniciar la realimentación, en pocos días los valores basales de la hormona retornan a la normalidad.

Hormona antidiurética: Muchas de las pacientes no pueden concentrar su orina cuando son sometidas a una situación de privación de agua. Casi la mitad de los pacientes anoréxicos presentan un cuadro que podría diagnosticarse de diabetes insípida parcial.

La hormona antidiurética es segregada al plasma, pero también al líquido cefalorraquídeo; por tanto atendiendo a algunas de las funciones descritas de esta hormona por el sistema nervioso central, que su secreción podría influenciar funciones conductuales o cognitivas que pudieran tener relación con las alteraciones que presentan estas pacientes.

Termorregulación: en los trastornos hipotalámicos se describen fallos en la adaptación del organismo a estados agudos de hipotermia o hipertermia. En general, en los individuos que presentan pérdidas importantes de peso les aparecen también defectos en la regulación de la temperatura.

En la anorexia nerviosa ante un clima frío aparece una caída rápida de la temperatura corporal: sin presentarse escalofríos. En un ambiente caluroso la elevación de la temperatura corporal se produce de una forma más rápida que en sujetos normales, existiendo un significativo retraso en la aparición de la vasodilatación.

Estos defectos se asocian a la disfunción hipotalámica, pero también tiene que ver la pérdida de la grasa corporal, así como posibles alteraciones en la regulación vasomotora.

Metabolismo hidrocarbonado: en la anorexia mental, la insulina y los niveles de glucosa se encuentran más bajos de lo normal además de presentar una intolerancia a la sobrecarga de glucosa.

3.3 DIMENSIÓN PSICOLÓGICA.

Estos puntos son canalizados como una **señal de alarma**:

Las anoréxicas usan frecuentemente ropas grandes para ocultar su extrema delgadez.

- ◆ Depresión. Se las ve retraídas y su máxima preocupación gira en torno a la comida.
- ◆ Extrema dependencia a pautas impuestas por otros.
- ◆ Exceso de amor a su propio cuerpo haciéndolas olvidar el amor a la vida de relación llevándolas al aislamiento.

- ◆ La autoestima pasa por la balanza.
- ◆ Distorsión de la imagen corporal: se ven gordas frente al espejo y se sienten gordas, sin hacer caso de lo escuálido que está su aspecto.
- ◆ Extremada rigidez en su rutina de ejercicios.
- ◆ Estrictas reglas de alimentación como no tomar líquidos o no comer sin haber hecho ejercicios antes.
- ◆ Lento desarrollo físico y social
- ◆ Comer como si estuviera a dieta, a pesar de que ya está muy delgada.
- ◆ Estar preocupadas por el peso, por conseguir dietas y por la figura.
- ◆ Experimenta cambios de personalidad.
- ◆ Temor a aumentar de peso o engordar.
- ◆ Ausencia de otro trastorno físico o psiquiátrico que pudiera justificar la pérdida de peso o la negativa de comer.
- ◆ Satisface varias necesidades conflictivas: la libera de parte del estrés de entrar en la adultez y lograr la independencia, mientras que atrae la atención de los padres y ofrece una medida de control de su propia existencia.
- ◆ Un historial de ligero sobrepeso: estas chicas comienzan teniendo un ligero sobrepeso por lo que comienzan con dietas estrictas y luego no se detienen cuando llegan al peso buscado sino que, se agradan, y continúan perdiendo peso.
- ◆ Un excesivo deseo de agradar a los demás y evitar situaciones estresantes: intentan agradar a los demás a expensas de su propia felicidad por lo que desarrollan una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás. Intentan mantener el control sobre su entorno porque no tienen

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

- ◆ Casos de anorexia nerviosa en la familia y trastornos anémicos en familiares cercanos: la mayoría de los casos suelen darse porque algún familiar haya ya padecido anorexia o algún trastorno emocional como depresión o manía.
- ◆ Insistencia exagerada en el aspecto y los logros por parte de uno o ambos padres: muchas veces se someten a dietas para agradar a uno de sus padres lo que la lleva a abarcar sentimientos negativos como la cólera.
- ◆ Una relación excesivamente estrecha con los padres, excesivo control: los padres llevan un excesivo control sobre ellas llegando a tomar sus propias decisiones y gobernando su propia vida porque tienen puestas muchas expectativas en ellas. Ellas intentan satisfacer completamente los deseos, necesidades y sus expectativas, y al hacerlo dejan de expresar sus propios deseos produciendo una falta de reconocimiento de sí misma como un individuo con derecho propio.
- ◆ Las conductas que realizan son extravagantes, raras e incluso compulsivas con la comida como desmenuzarla, la reparte en el plato, la esconde en los bolsillos, la almacena en la boca para escupirla después, toma alimentos del plato de los demás que luego abandona sin probar...
- ◆ Se informa de todo lo relacionado con las mil y una dietas posibles, el uso de cremas, colecciona libros, recetas... Suele incluso preocuparse hasta de lo que se comen en su casa.
- ◆ A partir de ahora realizará rituales **Hiperactividad**: es la práctica de la actividad física de manera obsesiva. Así camina varios kilómetros al día, estudia paseando o de pie, hace abdominales para realizar un mayor gasto calórico*. Todo ello supone la posibilidad de que la anoréxica incremente sus actividades físicas en dos mecanismos. El primero de ellos es el **cognitivo - conductual** en las que sus ideas acerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento. El segundo es el **psicofisiológico** en donde la disminución de la ingesta comportaría más actividad física.

* Se han hecho varios experimentos de Meyer y Cols (1956), Routtenberg y Kuznesou (1967), Eplings y Cols (1981 y 1983) en los que han visto que cuanto más ejercicio hagas, menos hambre tienes.

- ◆ La alteración del sueño se encuentra entre lo conductual y lo fisiológico. La anoréxica decide dormir menos porque así, al estar despierta, hace más gasto calórico.
- ◆ El interés sexual de la anoréxica está disminuido o acumulado. Ellas suelen darse cuenta de que serían más atractivas si tuvieran más peso. A pesar de ello, desean perder más kilos. Las cosas suceden como si su apariencia le permitiera evitar muchas de las expectativas asociadas a la madurez y el desarrollo físico.
- ◆ Trastornos afectivos: existe una relación entre la anorexia nerviosa y los trastornos afectivos ya que las anoréxicas suelen manifestar síntomas depresivos: tristeza, llanto frecuente, insomnio... Todo ello relacionado con la pérdida de peso.
- ◆ El tratamiento se inicia antes de los 25 años de edad*

3.4 DIMENSIÓN SOCIAL.

En la aparición de la anorexia intervienen **factores socioculturales**, es la presión por parte de la sociedad, de los medios de comunicación, el anhelo de delgadez.

Intervienen también **factores individuales**, como son los cambios corporales que obligan a fijar la atención sobre el propio cuerpo. Es este el momento en que el adolescente compara su imagen corporal con el modelo estético corporal presente en su medio social.

Se habla también de la familia como factor importante en la aparición de la anorexia aunque no es algo específico en la enfermedad. Se ha observado que hay un predominio de estilo educativo sobreprotector y también excesos de trastornos alimentarios, afectivos y de ansiedad en los familiares de anoréxicos.

Pero estos elementos no pueden considerarse factores importantes de esta enfermedad, es decir, se asocian a otras enfermedades que no tienen nada que ver con el alimento. De todas formas una vez que la anorexia está en marcha, los conflictos familiares cobran gran importancia.

* “ Cuando una persona viene a consulta no hay que decirle qué debe de comer sino cómo debe de empezar a comer”. Esto nos comentó la Lic. en Nutriología Socorro, como parte de un tratamiento integral

UN ACONTECIMIENTO CRUCIAL: éste se refiere a la inmediata adultez de la joven y la independencia que la sociedad espera que ella logre. A medida que se vuelve más delgada y más débil, la anoréxica requiere más atención de quienes la rodean, y ya no tiene que preocuparse por salir sola ya que sino, supondría un mayor control sobre su vida propia.

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

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

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

Otros problemas de la familia: muchos trastornos que puedan haber dentro de ella como el alcoholismo lo que lleva a la niña a que se centren en ella y descuiden sus problemas.

PRESIÓN SOCIAL Y ESTEREOTIPOS SOCIALES.

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

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

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

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

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

En las sociedades más desarrolladas, hay una relación inversa entre clase social y obesidad. Huenemann (1969) verificó que el 11.6 % de la población adolescente femenina de clase baja eran obesas mientras que las de clase alta sólo había un 5.4 %.

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

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

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

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

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

En relación con los grupos de jóvenes más afectados por la anorexia, Garnel y Garfinkel realizaron algunos estudios concluyéndolos con la afirmación de que toda la presión sociocultural todavía es mayor en determinados grupos homogeneizados que están en función de ciertos intereses y actividades. Éste es el caso del estudiante de música y danza o en modelos de alta costura.

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

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

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

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

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

Conducta social y sexual: el sentimiento de ser diferente, de no poder ser comprendida por los demás, la ocultación de su problema, la evitación de situaciones donde la comida se plantea como obligación o como tentación. Todos éstos y muchos otros factores contribuyen a la irregularidad y/o inestabilidad de los intercambios sociales.

Concesión de una gran importancia emocional a la comida, el comer, el peso y el aspecto: este caso puede ocurrir cuando los padres están relacionados con algún tipo de relación estrecha con la comida: restaurantes, trabajan en la industria alimentaria...

Todos estos problemas están entrelazados. Los trastornos vienen por pasar toda la vida en un entorno social y familiar particular. Los miembros de una familia casi nunca se dan cuenta del impacto de su conducta en la futura paciente.

Los Cambios conductuales: Los pensamientos de las anoréxicas suelen preceder a la acción. Así se manifiestan los distintos comportamientos que vamos a ver:

Comportamiento ingestivo: los primeros cambios son el inicio de una dieta restrictiva. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono mediante la reducción o supresión de grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica.

Comportamiento familiar: es el primer sitio donde la anoréxica ataca porque es el lugar en el que se realizan las comidas, ya que la alimentación cuenta con un importante componente emocional. Las madres son las que imponen su papel de "alimentadores" ya que la alimentación es igual a salud y no alimentarse es enfermedad. En consecuencia, la disminución de la ingesta alimenticia por parte de la anoréxica, desencadena la ansiedad familiar.

Una vez en marcha la ansiedad, se producirá el consiguiente repertorio de intervenciones con finalidad correctiva. Cuando una palabra o un gesto consiguen resultados positivos en la ingesta, son considerados como comportamientos que resultan reforzados positiva o negativamente. Así aumenta el intervencionismo familiar, es decir, un conjunto de estímulos de distinto orden que forzosamente va a influir sobre el comportamiento de la anoréxica.

La interacción familiar incrementa y codetermina, *los comportamientos desadaptados y desadaptadores* de la anoréxica. La familia no tiene por qué ser la causante de la anorexia, pero la familia afectada evoluciona y actúa de modo paralelo a como evoluciona y actúa la anoréxica.

También es una realidad la disminución del interés, de la práctica y del placer sexual por parte de las anoréxicas, aunque esto se ha estudiado de manera diversa porque no es lo mismo una niña de 13 años que una mujer casada de 35, ya que no se puede esperar la misma respuesta sexual de una niña, sin casi experiencia, a otra ya con experiencia.

Trastornos culturales: ha habido múltiples hechos históricos, sociales y culturales que aparecen asociados a los trastornos alimenticios. Así se pasa por las santas anoréxicas, doncellas ayunadoras, deportistas y bailarinas.

Durante siglos, los sacrificios y mortificaciones transcendían al individuo y todo se realizaba a través de motivaciones religiosas, pocas veces sin ellas, o el estar ayudando a los demás. Buscaban la "perfección moral" y ahora hemos pasado a la persecución de la "perfección corporal".

Otras sociedades, otras culturas, también han manipulado su cuerpo decorándolo, perforándolo... pero se trata de modelos heredados, transmitidos de generación en generación y por lo general dependiendo de rituales. La manipulación que se hace ahora es más a conciencia porque cuando la persona cree en la realización de un deseo no para hasta conseguirlo.

En nuestro tiempo las mujeres, pero sobre todo las adolescentes, están preocupadas por su cuerpo y distorsionan su imagen corporal practicando fuertes deportes y dietas estrictas. No se aspira al ser sino al parecer es como un "narcicismo" en el que en última instancia depende la aprobación real o supuesta de los demás y que solo importa la silueta.

Aquí llegamos al "mercado de adelgazar" donde la moda y sus creadores desempeñan en este juego psicosocial un papel destacado al igual que los medios de comunicación y la publicidad que les sirve para aumentar sus fortunas. Todo esto se suele encerrar en la mujer para que logre prestigio social y una autoestima personal a la delgadez. Las características y valores que encierran la delgadez universal son que para muchos es el medio por el que se van a lograr todos los valores, los modelos sociales, los halagos de quien te rodea que aportan y sirven de reforzadores para conseguir el propósito.

Los trastornos del comportamiento alimentario en la sociedad actual se han convertido en un valor central de nuestra cultura constituyendo una serie de riesgos sobre todo para la salud. Se está viviendo y compartiendo con el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia, de algún modo de belleza, elegancia, prestigio, juventud, aceptación social... y esto ha sido todo aprendido porque no hemos nacido con estos sentimientos, actitudes y creencias.

En esta época es cuanto más importancia se da a la apariencia corporal. El deseo de adelgazar actual supone a las personas un anhelo por destacar y ser valorado de modo particular, sino sólo por ser aceptado y no rechazado.

Es muy frecuente hallar **tablas de peso ideal** en libros y revistas, pero los pesos que allí se indican son sólo promedios estadísticos.

Ciertos especialistas definen al controvertido peso ideal como "aquel con el cual un individuo se encuentra a gusto, permitiendo que se desarrollen normalmente todas las funciones biológicas".

Cabe señalar que con la misma altura, ciertas personas se mantienen espontáneamente bien a 60 kg, mientras que otras lo hacen a 50 ó 55 kg, por ejemplo. Este concepto se fundamenta en ciertas bases fisiológicas: todos los individuos son diferentes; hay diferencias en la relación masa muscular/masa grasa, secreciones hormonales, inervación muscular, etc. La altura, entonces, no es más que uno de los tantos parámetros para estimar el peso teórico óptimo.

La gran mayoría de los especialistas en nutrición consideran a la "complexión" como parámetro fundamental: el diámetro de los hombros, muy variable según cada persona, indica si es pequeña, mediana o grande. Dentro de cada complexión se establece una gama, basada en el perímetro de la muñeca; débil: por debajo de 16 cm, mediana: 16 a 18 cm, ancha: 18 a 20 cm, maciza: por encima de 20 cm

El perímetro de la muñeca -que está cubierta por escasa grasa y músculo- indica el espesor del esqueleto en general (esqueleto ligero, mediano o pesado). En cuanto a la edad, se debe conservar el mismo peso a partir de los 25 años aproximadamente, con ligeros aumentos luego de la cuarta década. Es natural que la mujer experimente un incremento de peso a partir de la menopausia, con una redistribución de la grasa corporal. Por otro lado, las mujeres en edad fértil aumentan de peso los días previos a la menstruación, hecho que se considera normal mientras no sobrepase los 2 kg.

El sexo es otro factor determinante del peso: el hombre tiene mayor desarrollo de masa ósea y muscular, y el músculo es mucho más pesado que el tejido graso. Es por ello que se han diseñado tablas de pesos teóricos para hombres y tablas para mujeres.

Lo anterior puede verse en la siguiente una tabla en donde se indica de manera cuantitativa los parámetros para el hombre y la mujer .

Tabla indicadora del peso ideal para personas de más de 25 años de acuerdo a la estatura *

Altura (m)	Sexo masculino	Sexo femenino	Altura (m)	Sexo masculino	Sexo femenino
1,50		44,5-50kg	1,72	63,1-68,3	57,5-64,3
1,51		45,1-50,5	1,73	63,8-69,1	58,3-65,1
1,52		45,6-51	1,74	64,5-69,8	59-65,8
1,53		46,1-54,4	1,75	65,2-70,6	59,7-66,5
1,54		46,7-52,1	1,76	65,6-71,3	60,4-67,2
1,55		47,2-52,6	1,77	66,7-72	61,1-67,8
1,56		47,7-53,2	1,78	67,4-72,8	61,7-68,6
1,57	54,3-58,1kg	48,2-53,7	1,79	68,1-73,6	62,5-69,3
1,58	54,8-58,9	48,6-54,3	1,80	68,8-74,4	63,3-70,1
1,59	53,3-59,6	49,3-54,8	1,81	69,5-75,4	64-70,7
1,60	55,8-60,3	49,9-55,3	1,82	70,2-76,3	64,7-71,5
1,61	56,4-60,9	50,4-55,4	1,83	70,9-77,2	65,4-72,2
1,62	56,9-61,4	51-56,6	1,84	71,7-78,1	66,1-72,9
1,63	57,5-61,8	51,5-57,5	1,85	72,4-79	66,6-73,6
1,64	58-62,5	52-58,2	1,86	73,1-79,7	
1,65	58,6-63	52,6-58,9	1,87	73,8-80,8	
1,66	59,1-63,7	53,3-59,6	1,88	74,5-81,7	
1,67	59,6-64,4	54-60,7	1,89	75,4-82,6	
1,68	60,2-65,1	54,7-61,5	1,90	76,3-83,5	
1,69	60,9-65,6	55,4-62,2	1,91	77,2-84,4	

* Altura sin zapatos, peso matinal en ayunas, sin ropa.
Esta tabla está basada en la población promedio y puede no ser la ideal para algunos
Enciclopedia de la Salud, Ed. Salvat, 1995.

1,70	61,7-66,6	56,1-62,8	1,92	78,1-85,3	
1,71	62,4-67,4	56,8-63,6	1,93	79-86	

IMC (Índice de masa corporal-cálculo). Para medir el nivel de delgadez o sobrepeso algunos especialistas utilizan una fórmula que establece un **índice de masa corporal (IMC)**:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso}}{\text{Altura}^2}$$

Peso en kilogramos
Altura en metros

Según el valor obtenido mediante este cálculo, surge la siguiente clasificación:

	HOMBRE	MUJER
Delgadez pronunciada	hasta 15	hasta 13
Delgadez	15/20	13/18
Normalidad	20/25	18/23
Gordura	25/30	23/28
Obesidad	arriba de 30	arriba de 28

Estos datos son simplemente orientadores. Por ejemplo, un fisicoculturista - debido al gran desarrollo de su musculatura- puede tener un IMC que podría confundirse con obesidad. Recordemos que el tejido muscular pesa mucho más que el tejido graso.

CAPITULO IV

ESBELTEZ Y SOBREPESO.

La problemática del cuerpo ha sido objeto de históricas controversias filosóficas, morales, religiosas, políticas, médicas; que siempre fueron más allá de los intereses de indagación propios del campo en que se desplegaban.

Los cuerpos a lo largo de la historia de Occidente han sostenido complejas cuestiones en medio de las cuales se han instituido treguas, alianzas, pactos, etc. Se han cambiado las significaciones imaginarias que en cada época se a construido en relación con los cuerpos. La significaciones imaginarias que del cuerpo se han sufrido un proceso de transformación en cada época de la historia de la humanidad, todo de acuerdo a las prescripciones de cada clase social, género sexual, clase etária, etc. En cuanto a lo permitido, lo prohibido, lo bello, lo sano, lo enfermo. Cada cuerpo se construye o de destruye, produce o reproduce según su contexto social.

Según Deleuze los cuerpos como procesos maquínicos son “vomitados por fuera del lenguaje en tanto borde de estructura”. Este autor nos dice que no puede reducirse el problema a un número limitado de articulaciones posibles entre significantes. En la dimensión política de los cuerpos las mujeres solo se piensan como cuerpo-madre y el hombre se piensa como cuerpo-trabajo.

De la belleza: lo **bello** y lo **feo** ¿según quién?.

Según el diccionario Larrouse, belleza significa: armonía física o artística que inspira placer y admiración (libraire Larrouse, Paris, 1972).

Al hacer un somero examen de la anterior definición podemos establecer varios supuestos, no visibles, contiene las siguientes exigencias cognitivas, que apuntan a significaciones más profundas de lo que es la bellaza.

En primer termino tenemos que la armonía de la que se habla se refiere a ese momento “arreglado o quizá “conciliado” de las cosas que se pueden ser significados como bellos. Si atendemos, claro está, a la raíz etimológica griega de la armonía, es decir HARMONIA que no significa más que arreglo y tal arreglo queda instaurado en la disyuntiva de la proposición

“armonía física o artística” ..., cuyo contenido refiere la alternativa, la “equivalencia” e incluso la “diferencia” entre la armonía artística y la física.

Pero esta definición queda insustentable sin el nexo “que inspira placer y admiración “ acciones concretas que develan más que una simple definición de diccionario. Expresan la intencionalidad del que habla, del que a través del dicho “arreglo” califica y cualifica lo que tiene belleza. Así se advierte que esta conciliación presume el supuesto de quienes designan lo que es bello y que es lo que motiva a estos a inspirar su placer y admiración. En tal caso la belleza queda definida a razón de una subjetividad implícita en aquellas que marcan la pauta para establecer lo que es bello y lo que no. Todo tiene un principio, y el principio de tal cuestión nos hace pensar en la mirada de los artistas, cuya armonía o arreglo no deja de ser también una abstracción subjetiva de ese mundo- invento, llamado belleza.

Esto nos induce a pensar que la mirada de cada civilización en cuanto a lo bello, era primordialmente un cúmulo de subjetividad cultural. Y si no, basta con echar un vistazo a las representaciones artísticas de cada una de estas culturas, basta con ver el arreglo o la conciliación que ellas tenían a favor de lo que les daba placer y les causaba admiración.

El cuerpo ha quedado oscurecido en un cúmulo de construcciones y de signos y de sofisticados sistemas de significación. De la complejidad del cuerpo. Patricia Magli, escribe: “tenemos, en realidad, varios cuerpo,. El cuerpo es plural. Este objeto de aire tan simple, objetivo, familiar, es de hecho un fenómeno heteróclito, extremadamente complejo, que numerosos disciplinas científicas intentan confrontar con grandes dificultades de comunicación incluso entre ellas. Existe un cuerpo biológico, un cuerpo anatómico, un cuerpo antropológico, un cuerpo histórico. Y cada uno de estos cuerpos a su vez no s un objeto estático, inteligible de una vez para siempre. Incluso, el cuerpo biológico ha cambiado a lo largo de la historia (...)

Así se ve el cuerpo como un poderoso instrumento de localización de las coordenadas espacio, temporales. Desde los griegos nos llega una línea de desprecio por el cuerpo junto con la idealización de un alma metafísica que se considera perteneciente al mundo de las esencias. La idea de que le cuerpo es una prisión del alma tuvo fuertes resonancias en aquellas sociedades durante la edad media, con la escolástica como sistema de ideas, aparece la “oposición” entre un alma inmortal de origen divino y un cuerpo indeseable, animal, proclive a todo tipo de tentaciones y excesos. Posteriormente, Descartés, concibe al cuerpo como una máquina en funcionamiento y a la razón como su esencia. Esta idea marca un hito en la idea de concebir al cuerpo. Así vemos que en la sociedad actual la forma de

entender al cuerpo como divino y supeditado a la mente provienen en gran medida a las concepciones griegas, cristianas y cartesianas del cuerpo, y que permean nuestra manera de sanarlo , estudiarlo e incluso vivirlo. Históricamente la fórmula varón- dominante- .mujer-dependiente ha transitado durante épocas, incluso hasta nuestra sociedad actual, lo cual habla de condiciones culturales, asimétricas que marcan las diferencias sexuales en un negro ejercicio del poder, donde la mujer ha sido oprimida.

Uno se plantea si detrás de comer o no hacerlo compulsivamente están operando los mismos mecanismos psicológicos y sociales que son puramente compensatorios, necesidades afectivas de reclamo, reparación de emociones y sentimientos de conflictos no resueltos no solo con la familia o con uno mismo sino con el exterior es decir con nuestra sociedad que nos vende y nos reclama un cuerpo perfecto.

El carácter de la presión de grupo es un factor esencial ya que entre los 14 y los 20 años se está en el periodo de formación de la personalidad, las jóvenes son más vulnerables a transmitir valores, actitudes y conductas que son inadecuadas ante una sociedad moralina e hipócrita ya que ella misma propone dichos valores.

El control de la comida levanta muchas expectativas a nivel fantasía sobre el éxito, la belleza, principalmente en la mujer adolescente que siente como se transporta el cuerpo hacia la madurez femenina, claro con las expectativas sociales que esto conlleva, el hecho de transformarse es ya de por sí difícil y se vuelve aun más cuando se piensa en una transformación no aceptada a los ojos de la sociedad, llega el pánico al pensar en un cuerpo gordo y flácido el cual no deseamos que sea el nuestro.

La falta de control sobre la alimentación, según esta perspectiva, es también la falta de autocontrol del individuo consigo mismo y con los demás. Y debemos tener conocimiento de lo que nos ocurre para que podamos controlarlo.

Pero la imagen corporal es mucho más que eso, tiene que ver con el afecto (amor o desprecio) que ponemos sobre lo que creemos ser como ente corporal vivo, nos importa nuestra imagen corporal en relación a los que los demás sienten y piensan sobre nuestra realidad corporal.

La imagen que tenemos de nosotros como cuerpo es de tal naturaleza psicológica o mental o incluso social que podemos estar viéndola subjetivamente de modo irreal[▼]

[▼] ocurre en ocasiones que los trastornos de alimento son únicamente el disfraz y el canal de salida a otros problemas de la personalidad surgida de la imposibilidad para expresar las emociones positivas y negativas dice Pilar Ortega “para comunicar lo bien o mal que uno se siente para compartir las inseguridades y los miedos los temores y las ideas irracionales que con frecuencia se apoderan del pensamiento de la mayoría de las personas y sobre todo de los adolescentes”

CAPITULO V

CREENCIAS Y VALORES SOCIALES.

El motor emocional, esa fuerza que nos impulsa a hacer cosas, con la confianza de saber poder, que nos queremos a nosotros mismos y a otros, nos da la humildad para respetarnos y ser respetados.

Como distinguimos entre lo que somos y lo que creemos ser ?, tal vez esta es la pregunta clave. Sin embargo, uno puede hacer un examen de conciencia y determinar lo que exactamente somos a partir de lo que sabemos que podemos lograr. Todo aquello que no podemos (o sentimos que no podemos) es un espacio de posibilidades de crecimiento, y aceptar conscientemente que lo que creemos que no podemos hacer o lograr es parte de lo que somos.

Otro aspecto importante a considerar para el guerrero del ser, es distinguir el porqué hago lo que hago, cual es mi motivador para hacer. ¿Hago lo que hago porque quiero hacerlo o porque alguien espera eso de mi?. Dicho de otra forma; La referencia o motivo para hacer lo que hago es interna a mi o externa a mi.

Creencias, actitudes, decisiones o intenciones y h{hábitos conforman diferentes estructuras cognitivas para representar el conocimiento que la persona tiene de la conducta. Las creencias son las estructuras que contienen la información más detallada sobre la acción.

Existen diferentes tipos de creencias.

- Normativas. Se multiplica por la motivación a obedecer o seguir esa opinión , la norma social subjetiva es el resultado final de sumar todos esos productos.
- Inferenciales. Se logran por medio de relaciones previamente aprendidas o mediante el uso de sistemas formales de codificación.

- Informativas. Procede durante los primeros años de vida, básicamente de la familia y durante las etapas sucesivas, de otras instancias y grupos sociales o medios de comunicación.
- Descriptivas. Es una certeza subjetiva que puede o no coincidir con la realidad objetiva²

Una creencia no es una estrategia, no es una forma de hacer, no es un tipo de comportamiento. Una creencia es una generalización sobre cierta relación existente entre experiencias. Así, las creencias no están basadas en la realidad, ninguna evidencia ambiental o conductual cambiará una creencia, a si sea sobre si mismo.

Es de extrema importancia nuestra autoestima porque influencia creencias sobre nuestra forma de actuar, y nuestra forma de actuar influencia nuestra autoestima. Tenemos así una profecía autocumplida, en la forma como construimos nuestro mundo interior es como lo exteriorizamos

Las actitudes de un individuo se van formando con el transcurso del tiempo, comenzando en su infancia. Con frecuencia, están ligadas a la personalidad e influyen en su comportamiento. Entender el carácter y el impacto de las actitudes de los individuos en la sociedad, puede ayudar a entender ciertas situaciones, para mejor diagnosticarlas y para ofrecer recomendaciones que permitan conservarlas o mejorarlas a fin de garantizar un mejor desenvolvimiento.

Una actitud, es la predisposición a responder, de manera consistente a diversos aspectos de las personas, las situaciones o los objetos. Inferimos la actitud de una persona, a partir de la forma en que ésta expresa sus creencias, sentimientos o intenciones de comportamiento ante un objeto, persona o una situación, a partir de las reacciones fisiológicas y de origen perceptivo o a partir de comportamientos evidentes.

Cuanto más diversa sea la población, tanto mayor es la probabilidad que las personas tengan una amplia gama de actitudes. Sus creencias, formadas principalmente en razón de sus antecedentes socioeconómicos y otras experiencias, podrían variar significativamente y en consecuencia producir diferentes actitudes.

² 1985, en Ajzan 1987.

Psicología social, actitudes en J. Francisco Morales et all. Mac Graw Hill.

Lo **cognoscitivo** incluye las **creencias** - postulados dados como verdaderos y basados en los valores y en la experiencia del individuo - respecto a cierta persona, objeto, situación o si mismos. Son creencias aprendidas, por ejemplo: "debo esforzarme mucho para salir adelante en la vida", que conducen a actitudes específicas. Aún cuando tenemos muchas creencias, sólo algunas conducen a actitudes que afectan nuestro comportamiento, ya sean de manera positiva o negativa.

Los **sentimientos** de las personas, que se derivan de sus formas de pensar respecto a otras personas, objetos o situaciones conforman el elemento **afectivo**. La persona que cree que el trabajo arduo le permite ascensos en su carrera, sentirá sin dudas frustración o ira cuando luego de mucho trabajar no recibe ascenso alguno. Este elemento afectivo adquiere fuerza conforme la persona adquiere experiencia más frecuente y directa con el objeto, la persona o la situación de la que se trate.

Las creencias y valores se representa en forma de prototipo en la memoria de la persona, lo que permite describir cómo se desarrollan y manifiestan las actitudes como representación de la interacción de la persona y su entorno social. La persona usa la actitud como esquema para evaluar un objeto, persona o situación. A éstos, los puede calificar como buenos, malos, positivos, negativos, preferidos o no, por lo que luego, determinará la estrategia que adoptará ante los mismos.

Las personas también experimentan **disonancias cognoscitivas**, que se refieren a situaciones en las cuáles los conocimientos, la información, las actitudes o las creencias de una persona se contraponen. La disonancia cognoscitiva afectará la relación entre las actitudes y los comportamientos de la persona. Por ejemplo, una persona puede considerar que determinada situación es desastrosa. Esta actitud podría estar en contradicción con indicadores objetivos de esa. Para "reducir" la disonancia cognoscitiva, la persona tal vez no "observe" dichos indicadores o tal vez los observe, pero no les conceda gran valor y por consiguiente seguirá pensando que todo es desastroso.³

La propia *identidad personal*, objetivo primordial de la adolescencia, no podrá conseguirse nunca si no es sobre la base de una escala de valores personal. El individuo sólo puede responder a la pregunta '¿quién soy?' si conoce el objeto de sus preferencias y decisiones, si es capaz de definir con claridad los fines que se propone en la vida.

³ El nacimiento del conductismo suele centrarse en J.B Watson (1913). Desde sus inicios esta corriente estuvo muy relacionada con la psicología experimental

La solución de los problemas la elección de los objetivos sólo es posible cuando existe un sistema de valores que sirve de referencia. Son ellos los que deciden por ejemplo, si un muchacho va a optar por el riesgo de una vida sacrificada o va a huir de ella a lomos del caballo infernal de la droga; si va a aceptar críticamente el orden de una disciplina o va a rebelarse contra ella; si va a ser capaz de soportar la sonrisa irónica y fanfarrona de turno o a echarse en brazos de la opinión ajena; si va a ser libre guiándose por lo que el considera valioso o a depender siempre de los demás...

El hombre aprende a estimarse en la medida en que respeta y realiza los valores en los que cree. Detrás de cada conducta existe un trasfondo que nos dice si una cosa vale la pena o no la vale, si algo importa o no importa. Es una predisposición que nos inclina a obrar de una manera o de otra, justificando o legitimando nuestras acciones.

Continuamente estamos valorando las cosas, hechos, personas... '¿Qué piensas de eso?' '¿Qué opinas de mí?', '¡Eso es estupendo!' , '¡Qué disparate!'... Con estos juicios de valor no hacemos más que manifestar nuestras preferencias. El orden moral es precisamente ese orden de preferencias, que yo establezco entre el valor de las cosas. En virtud de ese orden, puedo estimar que unas valen más que otras, que algunas no tienen más razón de ser que la de ser sacrificadas en aras de otras más importantes...

Ese 'trasfondo moral', esa escala de valores que legitima mi conducta se convierte en fuerte exigencia que marca a cada individuo *el camino del DEBER.*⁴

Lo mismo que se aprende a comer, andar, leer o escribir, también se aprenden las pautas de conducta y los comportamientos morales. Si a un niño no se le enseña a distinguir el bien del mal, si no se le corrige ni se le señalan las normas para que sepa a qué atenerse, nunca aprenderá a comportarse como hombre. Pero el niño tiene una prodigiosa capacidad para desarrollarse como persona: la imitación, Gracias a ella aprende a ser hombre haciendo suyas las pautas y los valores que guían a los demás hombres. Esta tendencia le impulsa a buscar los siguientes modelos:

- ◆ **Modelos humanos:** aquellas personas significativas cuya estima va buscando: padres, amigos, educadores...

⁴ VALORES Y PAUTAS DE CONDUCTA. Por B. Tierno y A. Escaja, tomado de la prensa.

- ◆ **Modelos ideales:** aquellos valores cuya importancia reconoce como consecuencia de lo que los demás esperan de él: que sea leal, que se esfuerce, que sea veraz... ideas o ideales que van a guiar su conducta.
- ◆ **Modelos prácticos:** los que la experiencia le enseña a respetar y hacer valer.

AUSENCIA DE VALORES (CARENCIAS AXIOLÓGICAS)

La persona carente de pautas de conducta claras suele ser alguien 'desorientado', disperso en su atención, solicitado por muchas cosas, pero sin real interés por ninguna. Desorganizado, sin orden en sus ideas y en sus acciones, se siente incapaz de decidir moralmente. Falto de una escala de valores, es incapaz de escoger entre las diversas opciones que se le presentan: bueno-malo, verdadero-falso, justo-injusto... Como no sabe distinguir entre lo esencial y lo accidental, se embarulla dejando que se acumulen las tareas que debe hacer y no sabe por donde empezar, ya que le resulta difícil establecer un orden de prioridades.

Ya que las actitudes son predisposiciones estables o formas habituales de pensar, sentir y actuar en consonancia con nuestros valores. Son, por tanto, consecuencia de nuestras convicciones o creencias más firmes y razonadas de que algo «vale» y da sentido y contenido a nuestra vida. Constituyen el sistema fundamental por el que orientamos y definimos nuestras relaciones y conductas con el medio en que vivimos.

Se identifica el rasgo con la *actitud*, si por rasgo se entiende «disposición generalizada y estable que mueve el sujeto a determinadas respuestas o conductas». En realidad, toda actitud es rasgo pero no ti. la inversa, porque el rasgo tiene un carácter estático mientras que toda actitud es dinámica, operativa y flexible y, por tanto, admite cambios.

En la educación para los valores humanos es imprescindible hablar de cómo se educan las actitudes, pues básicamente se han de dar los mismos pasos.

1º Ilusionar, animar y despertar el deseo y el interés por repetir la conducta deseada. En síntesis no es otra cosa que saber motivar, reforzando, alabando y alentando todo acto positivo con el fin de despertar en el sujeto el deseo de repetirlo.

2º Facilitar la imitación de modelos positivos. Ya decía Menandro que «las costumbres del que habla nos persuaden más que sus razones». En la

formación de las actitudes el contar con modelos positivos es determinante. «Las palabras mueven; los ejemplos, arrastran.»

3º Pasar a la acción. Es la acción la que transforma a las personas, y las actitudes se generan por la cantidad y calidad de acciones repetidas por el sujeto.

4º Control y evaluación de la propia conducta.

5º Comprometerse voluntaria y públicamente en la formación de hábitos que lleven a la adquisición de la actitud deseada.

6º Proporcionar el ambiente más adecuado y las circunstancias más facilitadoras para la formación de actitudes.⁵

CARACTERÍSTICAS DE ALTOS Y BAJOS EN AUTOOBSERVACIÓN DE LAS ACTITUDES. TABLA DE ZINDER Y DE BONO 1989.⁶

CARATERISTICA	BAJOS	ALTOS
PREOCUPACIÓN	Ajustarse a lo que internamente consideran correcto.	Adecuarse a la situación en la que se encuentran.
CONDUCTA	Reflejo de sus disposiciones, valores y sentimientos. Por tanto basada o fundada internamente.	Reflejo de las consideraciones sociales e interpersonales que facilitan el ajuste situacional.
ACTITUDES	Se forman solo aquellas que reflejan, expresan y comunican adecuadamente los valores fundamentales.	Se forman solo aquellas que responden de manera adecuada a las estipulaciones de los grupos de referencia relevantes para cada situación.
FUNCIÓN ACTITUDINAL	Expresiva de valores	Ajuste social.

⁵ ACTITUDES Y VALORES. Por B. Tierno en Educación pedagógica. 2001.

⁶ Psicología social, actitudes en J. Francisco Morales et all. Mac Graw Hill. PP 511.

CAPITULO VI

ESTRATEGIA METODOLOGICA

- Los procesos son interpretaciones en términos de significados que los individuos elabora sobre ellos. Por lo que acceder a la información proviene del conocimiento del sentido común de los informantes sin partir de categorías predefinidas por el investigador.
- Reconociendo la imposibilidad de acceder directamente a la experiencia vivida del sujeto de investigación, se reconoce la importancia del lenguaje, el poder del discurso, las narrativas y de los textos, como constructores de la realidad.
- La interpretación de los fenómenos y del fenómeno de la esbeltez y sobrepeso, es multivocal y dialógica ya que se realiza sobre los significados de los actores incluidas las investigadoras.
- Es subjetiva, porque reconoce el sesgo de la propia historia de las investigadoras en su aproximación del objeto de estudio y a la interpretación de las narrativas de la literatura investigada, así como, del estudio de caso.
- El lenguaje designa acerca de la realidad pero no puede ser imaginado como reflejo de la realidad. Por esta razón, nuestro habla acerca de una realidad no denota esta misma, sino nuestra forma de ser ante al realidad, la realidad que aprendemos y la que soslayamos; en la palabra de la que interesa hablar y de la que interesa no hablar. Al hablar de la realidad hablamos de nosotros mismos, lo separamos o no.⁷
- Esta compuesto por todos los procesos culturales en los cuales se da un proceso de comunicación; es decir, por todas aquellas manifestaciones en las que están en juego agentes humanos que se

⁷ Castilla del Pino, C. (1972). Introducción a la hermenéutica del lenguaje, Barcelona, Peninsula, pp 51.

ponen en contacto unos con otros sirviéndose de convenciones sociales

- Desde la perspectiva semiótica, toda cultura se ha de estudiar como un fenómeno de comunicación.
- La semiótica pretende demostrar que, bajo los diversos procesos culturales hay sistemas constantes que pertenecen ocultos.

El análisis del discurso tiene definiciones muy variadas. Una definición muy amplia es aquella que plantea que es el análisis de la lengua en su uso puesto que investiga el para qué se utiliza la lengua (Brown & Yule, 1993).

Sobre el análisis de discurso Van Dijk, por su parte, asevera que es "el estudio del uso real del lenguaje por locutores reales en situaciones reales" (1985). En algunos países anglosajones el análisis del discurso está identificado al análisis de conversaciones, puesto que consideran que el discurso es una actividad interactiva. Otras acepciones consideran que el análisis del discurso es una disciplina que en vez de proceder a un análisis lingüístico del texto, o a un análisis sociológico o psicológico de su contexto, tiene como objetivo articular su enunciación con un determinado lugar social (géneros discursivos). ***Por lo tanto, el análisis del discurso es un punto de encuentro en las ciencias humanas, lo que produce que sea inestable en cuanto a su definición. Algunos apuntan a lo sociológico, a lo psicológico, a lo lingüístico, a lo antropológico, a lo psicoanalítico, etc.***

La estructura semántica del discurso está dada por el tema o el asunto del discurso. Esta perspectiva es una importante apreciación para las áreas disciplinares de ciencias sociales puesto que el tópico textual es lo que está estrictamente conectado con la interpretación que el lector está inducido a dar al texto. Es decir, la estructura semántica remite a la coherencia global o nivel pragmático en donde, el que interpreta reconstruye el texto en dos direcciones: por un lado en la acción de recuperar información semántica que el texto posee, pero además de transferir todos los elementos propios como los supuestos socio culturales e ideológicos, los sistemas de creencias, etc.

Kristeva, por su parte, plantea que el texto o discurso puede ser entendido como "un aparato translingüístico y que supone un tipo de producción significativa que ocupa un lugar preciso en la historia (1970)".

Es el paso de la lengua a la palabra y al discurso, es decir, el desplazamiento del sistema al proceso lo que permite la definición del discurso como proceso semiótico.

Para Hendriks, el discurso no debe ser considerado sólo como perteneciente a la palabra, o como formando parte del uso de la lengua sino como posible unidad formal del sistema lingüístico (1976)

El discurso puede identificarse con el enunciado o, más concretamente, con lo que es enunciado. La enunciación da cuenta del conjunto de procedimientos formales que generan y organizan el discurso. El enunciado es el resultado de la enunciación.

Desde la perspectiva de Gonzalo Abril, Jorge Lozano y Cristina Peña Marín el estudio del discurso enunciado debe realizarse conjuntamente con el estudio de la enunciación que en un sentido constituirá su contexto (1997)

El discurso, como las oraciones, puede mostrar estructuras de naturaleza sistemática, con propiedades individuales determinadas por el contexto. Al respecto, existe una diferencia entre el texto como objeto formal y el discurso. Van Dijk plantea que el principal objetivo del análisis del discurso es producir descripciones explícitas y sistemáticas, tanto textuales como contextuales, de unidades del uso del lenguaje al que se denomina discurso (1990). Las dimensiones textuales se refieren a las estructuras del discurso en diferentes niveles de descripción, mientras que las contextuales relacionan a éstas con las propiedades del contexto.

El análisis del discurso contempla, por lo menos, dos niveles lingüísticos relevantes: el sintáctico y el semántico. El primer nivel es el sintáctico estructural de los enunciados, en donde se profundiza en la caracterización formal que adquiere la estructura gramatical. El segundo nivel del análisis es el semántico en el cual se profundizan las características de las respuestas y se incluyen el sentido, en el nivel de las unidades significativas elementales y no en el nivel de los elementos (signos). Estos dos niveles permiten reducir la multidimensionalidad del fenómeno discursivo observado, posibilitando de esta manera, dar un paso más en esta lógica de la reducción cualitativa. Pero también, la acción discursiva y la acción enunciativa son ámbitos que se completan con un análisis de los niveles semánticos y sintácticos del texto porque son, a su vez, complementarios.

5.1 Planteamiento del problema

Considerando a la Anorexia Nerviosa como un problema actual que desde siempre se viene estudiando a través de diferentes perspectivas y miradas científicas, las cuales han dado aportaciones muy valiosas para esta problemática, haciéndola reversible siempre y cuando sea atendida y tratada a tiempo.

Sin embargo, estas valoraciones han sido insuficientes para sensibilizar a los individuos y sobre todo a la mujer, la cual ha dado muestras tangibles de padecerlo en un alto porcentaje, comparándolo, con el que se presenta en los hombres. Por lo que, se llegó a la conclusión de ser abordado desde la Psicología Social, debido a lo anteriormente mencionado y por la revisión literaria realizada, se revaloró la posibilidad de develar nuevas aportaciones.

Desde dos temas específicos se hablará de la anorexia (ver Anexo): la esbeltez y el sobrepeso, pues, ambos llevan implícito la frase "*cuerpo femenino*", y cómo éste es visto por la sociedad antes que por ella, es decir, la mujer. En este caso por medio de una mujer que lo ha padecido, y la cual, representa el problema a tratar y también aprehender la magnitud con que sea valorado el cuerpo femenino.

La pregunta que guiará nuestra investigación, y a su vez, ampliar nuestra curiosidad científica acerca de este fenómeno social, es la siguiente ¿Cuales son los significados, valores o creencias que inciden en la mujer para determinar qué su cuerpo no esta contemplado como esbelto, y el cual flagela día con día por considerarlo no deseable ante ella misma, por ende, ante su núcleo social en que se desarrolla?.

5.2 Objetivo General:

Por medio de la oralidad (Discurso) nos acercaremos a la subjetividad de la mujer para tratar de enlazar los significados hechos al cuerpo femenino sin tener contemplado la idea de generalizar a través de un sólo caso, y sí, se pretende exponer los factores determinantes para dañarse a sí misma (la mujer.)

5.3 Objetivos Específicos

- Mediante el discurso reconocer si la mujer coincide con los significados creados alrededor de ella sobre el cuerpo.
- Ubicar la diversidad de creencias dadas al cuerpo femenino por medio de la mujer
- Ubicar que creencias o valores se reproducen.
- Reconocer que es lo estético, lo bello, la delgadez y el sobrepeso para la mujer.
- Identificar que valor le da a los alimentos.
- Reconocer que valor le da a sus relaciones afectivas.
- Identificar si la problemática de la anorexia proviene de un mundo globalizado (medios de comunicación).

5.4 Tipo de estudio

Debido a que el fenómeno a investigar se construye y reconstruye continuamente dentro de las prácticas sociales en donde se hallan la mujer inmersa en un discurso extenso y complejo, y el poder de la palabra da diferentes significados al cuerpo femenino, se cree pertinente apoyarse en la pregunta ¿Cuales son los significados, valores o creencias que inciden en la mujer para determinar qué su cuerpo no esta contemplado como esbelto, y el cual flagela día con día por considerarlo no deseable ante ella misma, por ende, ante su núcleo social en que se desarrolla?, para llevar a cabo dicha investigación se aprehenderá a través de una metodología de corte cualitativo, ya que dará pauta para llegar a intersubjetividad de la mujer por medio de un estudio de caso, del tipo intrínseco, ya que es una mera exploración de la investigación realizada.

Por lo que, se contempla la flexibilidad de la metodología de corte cualitativo, se estudiará por del estudio de caso para comprender el fenómeno social de la anorexia. Pues, en la práctica social hay una serie hábitos, costumbres, ritos, rutinas... que en la interacción se comunican a partir del lenguaje hablado o expresado, es decir, por movimientos hechos a

través del cuerpo humano en este caso; pueden hablar de un momento preciso, o bien, de un significado dado en un cierto momento reproducido por el lenguaje

5.5 Estudio de Caso

"No es rara que los investigadores del caso cualitativo le llamen "contando nuestra historia"(+propia)" (Carter, 1993; col,1989)"

Un estudio de caso es como el proceso de aprendizaje a cerca del caso como producto de nuestro aprendizaje. (Lawrence Stenhouse(1984).

Se encuentran tres tipos de estudio de caso de acuerdo a Robert E. Stake.

- q Estudio de caso intrínseco: el estudio se realiza por que uno quiere un mayor entendimiento de este caso particular. este no es realizado primordialmente porque el caso represente otros casos, o porque sea particular en todo y un problema, este caso es en sí mismo de interés.
- q Estudio de caso instrumental: un caso particular es examinado para proveer perspectivas dentro de un área o para perfeccionar la teoría . el caso es de interés secundario. este juega un rol de apoyo, facilitando el entendimiento de algo más.
- q Estudio de caso colectivo: con aún menos interés en un caso particular los investigadores pueden estudiar conjuntamente un número de casos y de esta manera estudiar el fenómeno, población o condición general.

5.6 Instrumento.

Se han realizado numerosos estudios de los cuales en su gran mayoría están orientados hacia una perspectiva psicoanalítica sobre la el tema a tratar. El abordarlo desde los significados, valores y creencias, no se ha hallado nada aún, por lo que se cree que podría ser nuevo o relativamente nuevo.

Debido a que el estudio es complejo, se planteó la necesidad de hacer una entrevista a profundidad, pero previamente se realizó una serie de preguntas referentes al tema de la anorexia y bulimia. Esta técnica bien vinculada directamente con la metodología cualitativa.

Por medio de la entrevista a profundidad se puede ventilar la subjetividad de la mujer, así mismo, expresar su sentir a través del lenguaje indispensable y fundamental para la investigación. La conversación, por tanto permitirá una mayor fluidez y espontaneidad en el discurso.

CAPITULO VII

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DEL ESTUDIO DE CASO

“El aquí y el ahora” (Buda)

ENTREVISTA A LA SEÑORITA ISABEL ORTIZ R. (PACHUCA HGO.)

Edad. 19 años

Peso actual. 39 k.

Estatura. 1.54. cm

Tez. Moreno-clara

Residencia. Colonia Cubitos en la Cd. de Pachuca.

Todo es por imitación fumaba y bebía porque mis amigas de la preparatoria lo hacían, da ahí que **una de mis mejores amigas comenzó a subir de peso y como en el grupo le hacíamos mucha burla por ser la gorda, ella empezó a hacer dieta y a bajar de una manera considerable ya que por un momento estaba hasta 19k más de los que pesaba cuando la conocimos, de repente ella era la más delgada de todas, fue cuando las demás incluyéndome no quisimos ser las gordas ya que en el salón los chavos empezaban a hacerle más caso a ella que a nosotras y empezamos a hacer dieta, primero la de las ensaladas, luego la del yogurth y así un sin fin de dietas**, pero a mi se me paso la mano y lo que hacía era no comer en la mesa con la familia para que mi mamá no se diera cuenta de que no estaba comiendo bien y cuando me hacían comer con ellos siempre estaba súper agresiva peleaba con mi hermano o empezaba a gritar un buen de tonterías como que me habían servido demasiada comida que si querían que fuera un cerdo o que, total que me hacía la loca y no comía.

A veces para que mi mamá no se enojara **hacíamos tratos como si no comes tortillas entonces comete la pasta o cosas así, además todo lo que consumía era lighth**, porque mis amigas también lo hacían lo malo es que yo soy alérgica a la fenilalanina y si me tomaba un refresco lighth era como si me tomara dos, o sea que me hacía el doble de efecto. Con el tiempo hablamos de **2 meses había bajado un poco más de 10 k**. De mi peso normal y todos en mi casa me decían que estaba mucho muy delgada, pero **como mis amigas y yo estábamos casi igual de delgadas yo pensaba que casi no había bajado de peso**, en la casa ayudaba a cocinar pero era mas bien como para llenarme la vista pero no comía, de repente

pellizcaba lo que preparábamos pero **me empezó a dar una especie de cargo de conciencia que en ocasiones vomitaba y a la hora de comer ocultaba los bocados en servilletas**, una vez mi mamá encontró hasta 8 servilletas con comida en una chamarra, pero eso si en la noche me daba tanta hambre que metía a escondidas comida a mi cuarto y me daba unos atracones que al rato el cargo de conciencia estaba cañón y a vomitar hasta quedarme vacía, aparte me empezaron a dar unos dolores de estomago que según yo era porque estaba comiendo mucho, en esos días nos invitaron a una fiesta y fuimos pero me dio tanto pánico cuando sirvieron la comida, de pensar que me iban a hacer comer y lo peor era la comida porque era taquiza de carnitas y esas cosas y a mi me daba un buen de asco la grasa entonces me puse a llorar como loca y ahí tienes a mi familia preguntándome qué te pasa qué tienes y así me la pase total que logre lo que quería que era no comer, **y por el poco alimento que comía estaba muy estreñida así que empecé a tomar laxantes de todo tipo desde metamucil hasta té de sen que es súper fuerte y pasaba de estreñida a una diarrea continua**, me dolía la cabeza, el estomago, estaba pálida, pero eso si cuando me querían llevar al doctor o me preguntaban si me sentía mal yo les contestaba que para nada que me sentía súper bien incluso mejor que nunca, casi no dormía y pues traía un ojeras pero a veces según yo para que me diera sueño hacía abdominales con dos objetivos bajar la panza y cansarme y así me la pasaba hasta 2 o 3 horas hasta que me cansaba, entonces obtuve lo que **de alguna manera buscaba y era que mis amigas y amigos me dijeran “que delgadísima estás apoco, éstas haciendo otra cosa a parte de la dieta”** y yo no sé porque les decía que no, que para nada que al contrario había subido de peso, que estaba muy gorda, un **día fuimos a una pasarela por parte de la escuela y las chavas que salieron ahí eran en verdad delgadas y ya sabes de ahí se nos metió la idea de un cuerpo ideal y todo el día estábamos con eso** hasta mi novio me decía que ya le caía gorda con mi plástica y yo para no caerle gorda pues más quería adelgazar, para entonces **ya habían pasado 4 meses de que estaba bajando de peso** y pienso que tanto bajar de jalón me estaba afectando a los nervios porque de repente me daba por comer muchos dulces y cuando me daba cuenta me ponía a vomitar y ya no sabía si era por que me dolía el estomago o porque en verdad estaba enferma, por que de alguna manera si me daba cuenta de que me sentía mal pero no quería aceptarlo sobre todo porque estaba consiguiendo lo que quería que era ser delgada, pero aun así me sentía muy pasada de peso, una vez un tío me dijo que fuera al doctor que este bajón de peso no era normal y que si me sentía mal el me llevaba con un nutriólogo, pero ya sabes uno de aferrada que no y ante la gente y ante mi familia me sentía súper bien, **el día del cumpleaños de mi mamá cuando le di su abrazo me dijo que estaba muy flaca y que ya hasta me veía fea como esqueleto y hasta me hizo sentir mal porque yo pensé**

que o me quería o que le daba asco tocarme porque así lo sentí pero yo tonta pensé que tendría que estar mas delgada para que mi mamá no se avergonzara de mi ante sus amigas o no sé ahora sé que era por llamar su atención pero ella como que no me obligaba a comer o nada de eso, entonces yo creía que no le importaba mucho y de ahí me agarró una depre en donde me quise recargar en mi novio pero también se me paso la mano porque todo el día estaba pensando si le gustaba o no o si me quería o no y siempre que estábamos junto se lo preguntaba y yo creo que lo harté lo peor es que me daba de todo preocupación, inseguridad, miedo pensamientos negativos de morirme, agresión, inferioridad ante mis amigas y ante mi familia ya no me concentraba en la escuela y hasta baje de calificaciones.

Finalmente después de casi 6 meses de mal comer, mal dormir y todo mal, pesaba 21 k. Debajo de mi peso normal es decir, que si de por si era delgada con esto llegue a pesar 29 k. Y ahora al revés de cuando empecé a bajar de peso dormía en exceso una vez estuve dormida por 3 días seguidos y fue la primer vez que me internaron fue entonces que se dieron cuenta de lo que tenía y de que mi estomago a no aceptaba casi sólidos porque todo lo vomitaba, claro a escondidas, cuando salí a las 5 semanas de estar internada era porque ya empezaba a comer hasta dos veces al día pero eso yo lo hacía para darle gusto a mi familia, porque a mi me daba demasiado asco eso de comer y así estuve como 2 semanas, pero como según yo estaba comiendo en exceso pues a escondidas vomitaba todo lo que me daban y regrese otra vez a noctambular y a hacer ejercicio de noche y a no comer, pero otra vez me dieron desmayos ya que mi peso para entonces era de 22 k. O sea que en vez de subir con la supuesta buena alimentación que estaba recibiendo pues baje 7 k. En muy poco tiempo y yo decía que era muy poco que tenía que bajar más, entonces mi estomago otra vez ya no aceptaba sólido puros líquidos y tenía una especie de diarrea continua y lo peor es que ya parecía calavera, al segundo desmayo me volvieron a internar y fue cuando me trajeron a este hospital y me dieron todo tipo de terapias, es como si fueras un bebé y te están enseñando a comer desde papillas hasta carnes y lácteos, además **me dieron mucha ayuda psicológica y a mi familia también nos enseñaron a dar una solución rápida a todos los problemas de la vida como el de poner un gran valor a la estética y el de cambiar la propia imagen por querer agradar a los demás y también que toda la inseguridad que tenía y la falta de autoestima son causas de una multitud de problemas que vienen no solo de fuera sino desde la familia, la mamá y los hermanos** y a parte esta enfermedad promete un cuerpo cuya imagen es ideal de nuestra cultura, y es todo un refuerzo para fantasear sobre el éxito.

Todo esto ya hace casi un año que me paso, **ahorita tengo 19 años y peso casi 39k.** Se escucha poco, pero así es la recuperación es lenta frente a lo que uno hace con su cuerpo en tan poquito tiempo, lo mejor es que no solo se recupera mi cuerpo, sino también mi mente y la de mi familia, ahorita ya puedo platicar de esto, pero todavía hace unos meses lo negaba y de repente lo sigo negando.

*Agradecemos las facilidades otorgadas al hospital general de Pachuca Hgo. Y a las doctoras Pilar Ortega y Lucía Resendiz del Hospital General del Estado de Hidalgo, ubicado en Avenida Universidad, Pachuca Hidalgo. por su generosidad al permitirnos realizar la entrevista, así como a la Srita. Isabel por su confianza y ayuda.

Contexto de la entrevistada. La señorita Isabel como muchos jóvenes de la Cd. de Pachuca estudia en la Preparatoria no. 1 en el cuarto semestre, su padre el Ortiz trabaja en la empresa de Industrias Tecnológicas PET, ubicada en la salida a Sahagún y la señora Ortiz es un ama de casa normal con sus actividades en torno a sus hijos y esposo, su vida es prácticamente tranquila, sin sobresaltos, ya que los padres de familia siempre se han encargado de manera personal y muy cercana de sus hijos, la señora además de estar al pendiente de su casa da clases de cerámica en un local en su misma colonia, para aportar a la economía del hogar, su novio un chico al que conoció en la escuela, es un muchacho de la misma edad de nuestra entrevistada y de clase económica media.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Como en cualquier investigación surgen inconvenientes imprevistos algunas veces incalculables y sobre todo cuando se inicia en la ardua tarea del quehacer investigativo, como es nuestro caso, por lo que, estamos conscientes de incurrir en incongruencias dentro de la investigación.

Alcances.

- ⇒ Desmitificar que la Anorexia se da en extractos sociales de nivel económico alto.
- ⇒ Se logró ser facilitadoras-promotoras de una actitud de interés por parte de algunos actores sociales, pues surgió la necesidad de estar informados a cerca de la Anorexia y sus riesgos.
- ⇒ Aceptación y apoyo por el Hospital General del Estado de Hidalgo en Pachuca y de algunos actores que laboran dentro de esta institución para llegar a nuestro estudio de caso.
- ⇒ Apoyo por la Licenciada en Nutriología Socorro María del Socorro Santiago Sánchez[^] para difundir por radio[^] más información de anorexia y bulimia
- ⇒ Se realizará una obra de teatro en “Centro Cultural José Martí”[^] teniendo como base esta investigación
- ⇒ Se logró llegar a la subjetividad del actor social haciéndole participe de la investigación, de tal modo, que con su ayuda sé concluyó una parte de la investigación.

[^] Ubicación del consultorio Amsterdam #79 Col Condesa, Delegación Cuauhtémoc, Méx. D.F.

[^] Track 1320 A.M. (de 9:30-10:00 A.M. Únicamente el día Jueves)

[^] Ubicación del Centro Cultural José Martí. Entre Cuarta Avenida y Avenida Chimalhuacan. Col Estado de México, Cd Nezahualcóyotl, Estado de Méx. Cabe señalar que este centro cultural no esta afiliado a ningún partido político ni cuenta con ayuda del municipio y la entra es totalmente gratuita a cualquier persona que desee pasar un rato de ocio productivo.

⇒ Se contempla en tiempo y espacio realizar una entrevista con un equipo de personas vinculadas con el problema, para ser llevados a una radio comunitaria[^] de Cd. Nezahualcóyotl

Limitaciones

⇒ Descartar la posibilidad de abordar el estudio desde la antropología visual.

⇒ No lograr entablar comunicación con un varón, el cual padece de bulimia.

⇒ Lidar con prejuicios de actores e instituciones, es por ello, que en algunos momentos de la investigación faltarían experiencias de otros actores para el beneficio de otros sujetos que aún no la padecen o están a punto de padecer esta enfermedad.

⇒ La imposibilidad de contener un estudio de caso, ya que nuestra ética profesional nos lo impidió.

⇒ No contar con un presupuesto económico amplio

[^] En radio neza 104.5 F.M. en el programa de “Hechizo de Luna” (de 19:30- 20:00 Únicamente el día Sábado). La radio esta ubicada dentro del “Centro Regional de Cultura” . Entre Cuarta Avenida con Esq. Francisco Zarco. Col Virgencita, Cd. Nezahualcóyotl. Edo. de Méx.

CONCLUSIONES

Estamos ya bien entrados en el siglo XXI y aún nos cuesta trabajo analizar, aprehender y reflexionar a cerca de los hechos sociales que acontecen en la vida cotidiana, pues en plena era de las telecomunicaciones, de los avances tecnológicos, de la globalización, de la inseguridad, de la intolerancia, de la violencia, de la pobreza, del sida, del cáncer, etc., surgen más conflictos algunas veces vinculados unos con otros, o bien, raramente aislados, perdiéndose de esta manera la sensibilidad humana a través de las prácticas sociales y los discursos llenos de intenciones a satisfacer los deseos de otros, tal es el un tanto de lo que sé estudio aquí.

El estudiar la Anorexia Nerviosa, surgió de la necesidad social actual. Paulatinamente se vino engendrando la idea en la mujer de ser delgada, cada vez con mayor frecuencia, aunque no cabe la duda que un futuro próximo en nuestro país como en otros países emergerá un porcentaje igual en los varones. Pero por el momento esto, sé estudió mediante el discurso de una joven mujer, lo cual permitió aprehender el fenómeno social; ya que analizar su propio caso, da pauta a sacar las siguiente conclusiones generales.

Como parte de esas conclusiones, cabe señalar que desde siempre la mujer se ha visto menospreciada y estigmatizada por diversas culturas y épocas, incluyendo la nuestra. Por lo que, sus funciones están bien delimitadas en el ámbito social como: bestia de carga, objeto sexual, reproductora de la especie humana, madre, educadora de l@s hij@s, empleada doméstica, ornamenta o accesorio del hombre, cultivadora de su belleza física y tierra fértil en gran potencia de la mercadotecnia, por lo tanto, en un simple artefacto programado para cumplir la ley del poderoso, la cual no se debe pensar que siempre será así ya que para un buen porcentaje de mujeres su posición sexual es hoy día mucho más clara y más definida ante la sociedad machista que nos envuelve.

Como pudimos observar en la entrevista antes redactada versan las creencias, los valores y los significados que hace cada persona, en este caso cada mujer sobre su cuerpo, ya que como pudimos ver la Señorita Isabel representa el caso típico de la chica lighth, la cual llega a través de un proceso corto (seis meses) a tener incluso una complicidad y un competencia con sus amigas para llegar a tener un cuerpo ya no ideal sino en extremo delgado.

Concluimos que el cuerpo delgado y estético se toma ya como parte del valor social en cuanto a las relaciones que se establecen no solo con su

medio sino consigo misma, ya que como observamos para la señorita Isabel el hecho de ser delgada era ya una situación cotidiana, algo que hasta en la escuela le era enseñado.

Al paso del tiempo esta imagen ideal se convierte en algo infrahumano para la persona afectada ya que en sus relaciones más cercanas, como su madre y su novio, comienza a sufrir rechazos y más que eso comienza a producir miedos imaginarios por su misma estructura anatómica.

A través del discurso obtenido en Pachuca se puntualiza que ciertamente la mujer le da un significado inventado y reinventado a su propia persona por medio del entorno en el que se encuentra, entre estos se encuentra el ser delgada para una obtención de éxito y aceptación social, obtención de la felicidad perpetua con un cuerpo ideal (escuálido, con una palidez extrema).

Reconocen que lo estético y lo delgado es significado de belleza y el sobrepeso es como un castigo divino, un karma con el cual hay que cargar para toda la vida, con el cual es sumamente difícil relacionarse o bien atraer al sexo apuesto o incluso amistades tan rápido como si fueran delgadas.

Los alimentos para la anoréxicas no tienen ningún valor emocional, pero sí social el cual produce rechazo total a cualquier alimento alto en calorías por sabroso y apetecible que sea a su vista.

Sabemos bien que los medios de comunicación son un atenuante de la anorexia y otros problemas sociales pero podemos también concluir que los medios de comunicación no son un factor indicativo primordial para que se sufra de anorexia ya que no importa el status económico, ni la accesibilidad a tiendas de prestigio, ni espacios privados o de alta alcurnia, pues como se sabe es multifactorial, sin embargo en nuestro caso este no fue un factor determinante.

En esta tesis no votamos por dietas ni por cuerpos con sobrepeso ya que hay que comer para vivir y no vivir para comer, ya que si vivo para comer o para no comer, se rompe el equilibrio entre lo psicológico y lo corporal con el peligro que conlleva para la salud física: ¡Calidad!, ni mucha ni poca cantidad en la alimentación. Votamos por una educación alimenticia lúdica y permanente para mayor satisfacción del cuerpo, la mente y el entorno.

GLOSARIO

Esbeltez *f.* Calidad de esbelto. Elegancia, delicadeza de una cosa.

Esbelto, -ta (it. *svelto*; part. de *svèllere*, der. del lat. *evellere*) *adj.* Gallardo, de gentil y descollada altura.

Flaco, -ca (lat. *flaccu*) *adj.* [persona o animal] De pocas carnes: ~ *de piernas*. fig. Flojo, endeble, sin fuerza: *argumento* ~; *espíritu*. *m.* Defecto moral o pasión predominante de uno.

Sobrepeso (*sobre-* + *peso*) *m.* Lo que se añade a la carga. Peso que excede a lo necesario o recomendable. Excesiva acumulación de grasa en el cuerpo.

Gordo, -da (lat. hisp. *gurdu*) *adj.* De muchas carnes. Muy abultado y corpulento. Craso y mantecoso: *tocino* Más grueso que lo ordinario: *lienzo* Muy grande, fuera de lo normal: *le dio una paliza gorda*. **Caer** ~, fig., ser antipática, molesta o desagradable [una pers. o cosa]. - Sebo o manteca del animal. SIN. 1 y 3 **Craso**; **Grueso**

Obeso, -sa (lat. *su*) *adj.* [pers.] Excesivamente grueso. SIN. **Pesado**

Obesidad *f.* Calidad de obeso. SIN. **Polisarcia**

Obesidad, condición corporal caracterizada por el almacenamiento de una cantidad excesiva de grasa en el tejido adiposo bajo la piel y en el interior de ciertos órganos como el músculo. Todos los mamíferos almacenan grasa: esta constituye el 25% del peso corporal en mujeres normales, y el 15% en los varones.

El depósito de grasa, cuya capacidad energética es dos veces superior a la de proteínas o carbohidratos, es una forma de almacenamiento energético para necesidades futuras. Sin embargo, cuando estas reservas grasas son excesivas representan un problema de salud. Los datos de las compañías de seguros demuestran que las personas cuyo peso sobrepasa en un 30% el peso ideal tiene mayor riesgo de padecer enfermedades, y de manera especial **diabetes**, enfermedades de la vesícula, trastornos cardiovasculares y **artritis**; asimismo, las intervenciones quirúrgicas suponen un mayor riesgo en este grupo de pacientes.

La obesidad es consecuencia de trastornos del **sistema endocrino** sólo en contadas ocasiones. No es un trastorno congénito, y los bebés obesos no siempre lo son durante todo su desarrollo. La obesidad es la consecuencia de un aporte de energía a través de los alimentos que supera al consumo de energía a través de la actividad. Se ha demostrado que obesos y personas de peso normal pueden comer lo mismo, pero mientras las

personas no obesas reducen la ingesta más tarde para compensar este aporte excesivo, los obesos no lo hacen. La obesidad puede también deberse a la falta de actividad, como sucede en las personas sedentarias o postradas en cama.

Se han probado distintos métodos de adelgazamiento para combatir la obesidad, con pocos resultados en general. Las pastillas adelgazantes cuya composición se basa en el fármaco estimulante dextroanfetamina o alguno de sus derivados fueron muy empleadas en la década de los años cincuenta, pero resultaban eficaces y se observó que podían crear adicción, por lo que cayeron en desuso. Se han promocionado multitud de dietas adelgazantes, pero no existen pruebas científicas de que sean eficaces en casos graves de obesidad.

Ideal *adj.* Que constituye una idea, un prototipo perfecto que es excelente en su línea: *mujer de belleza* Que no tiene existencia física, sino sólo en la imaginación o en el pensamiento, en oposición a *real*: *los sólidos geométricos son ideales*. A que se aspira por considerarlo el mayor bien. *fís.* Que se ajusta a un concepto teórico, o a un conjunto de propiedades preestablecidas: *fluido*. Prototipo, modelo o ejemplar de perfección

Idealismo *m.* Doctrina epistemológica y ontológica que niega realidad al objeto del conocimiento, es decir, que niega la existencia de cosas independientes de la conciencia: ~ *psicológico u subjetivo*, el que afirma que las cosas no son nada más que contenidos de la conciencia, que todo su ser consiste en ser percibidas (*esse percipi*); lo real, pues, es lo percibido y deja de existir en cuanto deja de ser percibido; su principal representante es Berkeley (1685-1753). *Idealismo lógico u objetivo*, el que considera como realidad no lo inmanente en las conciencias individuales, sino el contenido lógico de una «conciencia general» tal como se expresa en las obras científicas; este contenido no es un complejo de procesos psicológicos, sino una suma de pensamientos, de juicios. En oposición al realismo y al idealismo psicológico, el idealismo lógico no considera los objetos del conocimiento ni como independientes del pensamiento ni como meros contenidos de la conciencia, sino como engendrados por el pensamiento. Es decir, los datos de la percepción han de definirse lógicamente para constituirse en objeto del conocimiento. Sus principales representantes son Fichte (1762-1814), Schelling (1775-1854), Hegel (1770-1831) y los neokantianos de la escuela de Marburgo, esp. Cohen (1842-1918). **Idealismo platónico**, teoría de las ideas de Platón (428-347 ó 348 a. C.). Tendencia a idealizar, a dejarse influir más por ideales que por consideraciones prácticas. Doctrina estética opuesta al realismo, que afirma la preeminencia de la imaginación sobre la copia fiel de la realidad

Idealista *adj.* Relativo al idealismo: *doctrina, filosofía, escuela idealista.* - *adj.-com.* Partidario del idealismo. Que idealiza, que se deja guiar más por ideales que por consideraciones prácticas.

Ideal estético. Muchas personas han adquirido una “mala” imagen de su cuerpo tan solo porque lo ven en comparación con una imagen idealizada de lo que debería ser. Las diferencias entre su cuerpo y ese ideal pueden ser mínimas.

Estético, -ca (gr. *aisthētikós* & larr; *aisthesis*, sensación) *adj.* Relativo a la estética. Relativo a la percepción o apreciación de la belleza: *emoción estética; juicio* ~ *m.* Persona que se dedica al estudio de la estética. *med. V.* cirugía estética.

Estética (v. *estético*) *f.* Disciplina filosófica que estudia las condiciones de lo bello en el arte y en la naturaleza. Los principales problemas estéticos son: la determinación y caracteres de la idea de belleza, y la naturaleza y fines del arte en general y de cada arte en particular. **Estética trascendental**, en Kant (1724-1804), doctrina de nuestra facultad de conocer, o sea, doctrina de las formas puras de la intuición: espacio y tiempo. Apariencia que tiene una persona o cosa según un punto de vista estético o artístico. **SIN. 1 Calología**, menos us

Esteta *com.* Persona que adopta una actitud esteticista o que cuida en grado sumo la belleza formal. Persona versada en Estética. *fam.* Hombre afeminado.

Esteticienne (fr. *esthéticienne*) *f.* Mujer especializada en el cuidado y embellecimiento del cuerpo humano, principalmente del rostro. **PRON.: estetisión**

Steticista *adj.* Perteneciente o relativo al esteticismo. *com.* Persona que en los institutos de belleza practica el arte cosmética y cuantos tratamientos conciernen al embellecimiento corporal). **Tratadista de estética**

ANEXO

FASES DE LA ANOREXIA.

FASE 1.

PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL, CON UN VALOR NEGATIVO DEL CUERPO Y DEL SI MISMO.

FASE 2.

DESEO DE PERDER MÁS Y MÁS PESO CO EL USO DE EJERCICIO EXCESIVO Y LAXANTES, COMIENZA LA REDUCCIÓN DE LA INGESTA DIARIA CADA VEZ MAS MARCADA.

FASE 3.

LA PERDIDA DE PESO A UN GRADO DE ESBELTEZ EXAGERADA, DESMAYOS Y DOLORS ABDOMINALES, DE CABEZA, PERDIDA DE VISTA, ETC. ESTO VENDRÍA A SER LA FASE DE LA BULIMIA

FASE 4.

PERDIDA DE PESO HASTA EN UN 85%, PERDIDA DE CONOCIMIENTO TOTAL, NO ACEPTACIÓN DE NINGUN ALIMENTO SÒLIDO Y LIQUIDO, DESAHUCIAMIENTO Y /O MUERTE. ESTO SERÍA LA FASE TERMINAL DE LA BULIMIA

BIBLIOGRAFÍA

KESTEMBERG EVELINE, KESTEMBERG JEAN Y DE CORBET SIMONE. El hambre y el Cuerpo. Espasa-Calpe, S. A. Madrid. 1976.

HÉCTOR PÉREZ-RINCÓN Imágenes del cuerpo.. Ed. FCE 1992, México D.F.

GEORGES DUBY Y MICHELLE. Historia de las mujeres. PERROT. Ed Taurus 1992 vol. 1,3,4,7. Madrid.

MICHEL FOUCAULT. Historia de la sexualidad vol. 3 . 1997 Ed. Siglo XXI, México.

NEWLORD. La mujer en el mundo moderno. Barcelona 1992.

FEHER MICHEL, NADAFF R. Y TAZ NADIA. Fragmentos para una historia del cuerpo humano.. Ed. Taurus Madrid 1990.

TORO, JOSEP: "El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad". Ed. Ariel, Barcelona 1996

TANNENTAUS, NORA: "Anorexia y bulimia". Ed. Plaza & Janés, Barcelona 1992.

TORO, JOSEP Y VILARDELL, ENRIC: "Anorexia nerviosa". Ed. Martínez Roca, Barcelona 1987.

Adicciones sin droga <alimento, sexo, compras, juego, trabajo y televisión> / <por el Sr. D.> Francisco Alonso Fernández Madrid : Real Academia Nacional de Medicina, 1995. - 32 p.
El discurso explica el concepto de adicción desde la perspectiva de la psiquiatría clínica. Tras analizar los factores que influyen en este fenómeno, se enumeran las características de diversas dependencias patológicas, fuera del ámbito de las toxicomanías.

ALIMENTACION y consumo / Concepción Fernández Guerrero... <et al.> Madrid : Anaya, D.L. 1995. - 287 p.

En las programaciones de primaria y secundaria obligatoria, la alimentación, desde la perspectiva de la educación para la salud y el consumo, adquiere una importancia singular en el desarrollo del adolescente. Este periodo se caracteriza por propiciar la adquisición de malos hábitos nutricionales y trastornos alimentarios, como la anorexia y la bulimia, que también son analizados.

Alimentación y nutrición / Francisco Grande Covián Barcelona : Salvat, D.L. 1981. - 64 p.

Con frecuencia los términos nutrición y alimentación son usados como sinónimos cuando, en realidad, son dos procesos íntimamente ligados pero diferentes en muchos aspectos. La ciencia de la nutrición estudia los procesos mediante los cuales nuestro organismo aprovecha o sufre las sustancias aportadas por los alimentos que ingerimos.

An eight-year follow-up : outcome from adolescent compared to adult onset anorexia nervosa / Regina C. Casper and Leslie N. Jabine
Journal of Youth and Adolescence.- n. 25, n. 4 (aug. 1996) ; p. 499-517
Estudio comparativo de las condiciones físicas, psíquicas y sociales de un grupo de mujeres adolescentes y jóvenes que padecieron trastornos alimentarios, especialmente anorexia nerviosa, y recibieron el tratamiento correspondiente.

Anorexia / Paloma Muñoz
Madrid : Tiempo, 1994. - Pag. Var.

En España, la voz de alarma es tan preocupante y las listas de espera tan interminables que, algunos hospitales de primer orden han creado unidades especiales para tratar la anorexia y la bulimia y se empiezan a realizar estudios epidemiológicos.

Anorexia : teoría y clínica psicoanalítica / Graziella Baravalle, Carlos H. Jorge y Laura E. Vaccarezza ; prólogo de Juan-David Nasio
Barcelona ; Buenos Aires ; México, D.F. : Paidós Ibérica, 1993. - 88 p.

Partiendo de un pensamiento riguroso, a partir del psicoanálisis, se elabora una teoría que nunca abandona el hilo de la práctica clínica y de la multiplicidad de los procesos psíquicos.

Anorexia nerviosa : causas, consecuencias, tratamiento y recuperación / Karen Way
Barcelona : Bellaterra, 1996. - 190 p.
Esta obra indaga en las causas que favorecen la aparición de la anorexia nerviosa, y en los diversos modos de combatirla. Lo hace a través de entrevistas con mujeres que acaban de padecer, o están padeciendo aún, esa enfermedad.

Anorexia nerviosa y bulimia : el peso de la cultura / Anne Guillemot, Michel Laxenaire ; <traducción Alfonso Rodríguez Martínez>
Barcelona <etc.> : Masson, D.L. 1994. - 150 p.
Partiendo de la idea de que en nuestra época se ha pasado casi sin transición del menosprecio al cuerpo impuesto por la religión, a un culto del mismo dominado por la moda del deporte y el fetichismo de la dietética, las mujeres de nuestro tiempo se refieren conscientemente o no, a un modelo físico que asumen o rechazan, pero que a menudo suele alterar profundamente su psiquismo

Anorexia y bulimia / <textos: Pilar Migallón Lopezosa y Beatriz Gálvez Ochoa; ilustraciones narrativas: Roser Capdevila i Vals>
Madrid : Instituto de la Mujer, <D.L. 1998>. - 47 p.

Los problemas de anorexia y bulimia han experimentado un considerable aumento afectando de manera directa a las mujeres jóvenes. Se ofrece información sobre estas patologías, sus posibles causas, qué factores influyen en su inicio y mantenimiento, además de sus consecuencias psicológicas y físicas. Se proponen estrategias de prevención, subrayando que las mujeres mismas son las que deben cambiar el ideal estético, buscando formas más saludables de vivir.

Anorexia y bulimia : desórdenes alimentarios / Suzanne Abraham y Derek Llewellyn-Jones ; <traductora, Diane Schofield>
Madrid : Alianza, D.L. 1994. - 213 p.

Anorexia y bulimia son dos tipos de desordenes alimentarios en los que tras una aparente oposición -el primero se caracteriza por un rechazo a la comida, mientras que en el segundo el móvil es una glotonería sin límites, seguida de un profundo sentido de culpa- se oculta un principio común: una enfermiza obsesión por la alimentación y una postura radical ante todo lo que con ella se relaciona

Anorexia y bulimia : la obsesión por el peso / Guillermo Cánovas, Marta Burgos
Hacer familia.- n. 57 (noviembre 1998) ; p. 39-46

La obsesión por el peso y la excesiva interiorización del canon de belleza actual hacen a cualquier joven susceptible de padecer anorexia y/o bulimia. Se analizan estas patologías, su expansión, su influencia mediática, los grupos de riesgo, las formas de detectar la enfermedad y las asociaciones y grupos de autoayuda.

Anorexia y bulimia : las presiones sociales sobre el ideal estético en la mujer son cada vez más fuertes / Pilar Gual
Entrejóvenes.- n. 52 (julio 1998); p. 23-24

Los cánones estéticos que ha impuesto esta sociedad basados en la delgadez extrema están provocando entre las niñas y adolescentes graves trastornos de la alimentación como la anorexia y la bulimia.

Anorexia y bulimia nerviosas / Alfonso Chinchilla Moreno
Madrid : Ergón, D.L. 1994. - 216 p.

Plasmación de veinticinco años de experiencia clínica e investigadora del autor en estos trastornos de conducta alimentaria de origen psíquico. Se trata de enfermedades relacionadas con el consumo, la competitividad, el valor del sexo, las luchas feministas y los ideales del yo

Anorexia y bulimia nerviosas / J.M. Velilla Picazo
La carpeta.- n. 45 (enero 1997) ; p. 8-9

El notable incremento del número de adolescentes y jóvenes que optan por rechazar voluntariamente la comida, en una búsqueda obsesiva del adelgazamiento o manifestando una voracidad compulsiva, esta causando preocupación en la sociedad occidental. Se tratan sus causas, así como el modo de prevenir y combatir estos trastornos de la conducta alimentaria.

Aprimar-se per viure / per Meritxell Viladevall
Debat juvenil.- n. 52 (estiu 1994); p. 34-36

La exagerada obsesión por adelgazar acaba dando como resultado una enfermedad

mental. Esta recibe el nombre de anorexia y su difusión está creciendo en Cataluña, donde ya hay un total de 1.700 casos, de los cuales 60 pueden acabar en muerte

BIOPSYCHOPATHOLOGIC risk profile of adolescents with eating disorder symptoms / Josepa Canals... <et al.> *Adolescence.*- n. 122 (summer 1996) ; p. 443-450

El objetivo de este estudio es determinar la acción de patrones psicológicos y somáticos en adolescentes con riesgo de padecer trastornos alimentarios. Se usa para ello una muestra de 515 jóvenes, entre 13 y 14 años. Los predictores psicológicos de estos trastornos son una baja autoestima y un alto nivel de ansiedad, sobre todo en el sexo femenino. En el campo somático destaca como varones y mujeres, de complexión corpulenta, forman un grupo de alto riesgo.

Bulimia nerviosa / Enrique Pallarés Molíns *Mensajero.*- n. 1274 (dic. 1997) ; p. 26-28
Trastorno definido a partir de 1980, la bulimia es lo contrario de anorexia, pero ambas guardan estrecha relación; en ambas está presente una gran preocupación por la imagen corporal y un miedo exagerado a engordar

BULIMIC Adolescent benefit from massage terapia / Tiffany Field ...<et al.> *Adolescence.*- vol. 33. n. 131 (Fall 1998) ; p. 555-563
Sometiendo a una terapia de masajes a 24 jóvenes bulímicas, las pacientes mostraron una reducción de la ansiedad y la depresión. Al final de la terapia todas las pacientes habían disminuido los índices de depresión y de estrés, subiendo los niveles de dopamina y mostrando una gran mejoría psicológica y de comportamiento.

Course and two-year outcome in anorexic and bulimic adolescents / M.M. Fichter and N. Quadflieg *Journal of Youth and Adolescence.*- vol. 25, n. 4 (aug. 1996) ; p. 545-562
Estudio cuyo objetivo es el análisis descriptivo de la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa en adolescentes que recibieron especial tratamiento psicológico intensivo.

De la anorexia a la bulimia / Elena F. L. Ochoa *Madrid :* Aguilar, D.L. 1996. - 187 p.
Los trastornos de la alimentación constituyen un grave problema, especialmente en la adolescencia. Se describen los motivos por los que suelen aparecer estos trastornos, se analizan los tratamientos idóneos, las técnicas de prevención y se aconseja a la familia sobre su actuación con este tipo de problemas.

Disordered eating precursors in pre- and early adolescents girls and boys / Pamela K. Kell, Jayne A. Fulkerson, and Gloria R. Leon *Journal of Youth and Adolescence.*- v. 26, n. 2 (April 1997) ; p. 203-216
Resultados de los dos primeros años de un estudio del desarrollo de disfunciones alimentarias en adolescentes. Se evalúan niveles de depresión, imagen física, autoestima, y comportamientos alimentarios, así como se toman datos acerca de su

altura, peso y desarrollo físico. El objetivo es identificar y prevenir conductas de riesgo para evitar desórdenes como la bulimia, anorexia, etc.

Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers / Rachel Benedik, Eleanor H. Wertheim, and Anthony Love *Journal of Youth and Adolescence*.- v. 27, n.1 (February 1998) ; p. 43-57
Las conductas alimentarias, su intención de perder peso, e insatisfacción con su cuerpo son valores que se transmiten de madres a hijas adolescentes. Las madres que utilizan valores que estimulan son las que animan a sus hijas a llevar dietas moderadas y asociadas con ejercicio físico. Por el contrario, otras madres llevan a cabo conductas extremas para perder peso, muestran una total insatisfacción con su físico y sus hijas siguen su modelo. El objetivo del estudio es elaborar una teoría destinada a la prevención de los riesgos de estas situaciones.

EDUCACION para la salud en adolescentes y jóvenes : monográfico / compilación Juan del Rey Calero
Tarbiya : Revista de Investigación e Innovación Educativa.- n. 20 (septiembre-diciembre 1998) ; 106 p.
Tras el curso para profesores de enseñanzas medias sobre "Factores de riesgo sobre la salud en los adolescentes" se realizó una encuesta en Madrid. La encuesta se realizó de forma anónima entre 3.000 estudiantes de enseñanzas medias y primeros cursos universitarios. Se analizaron los hábitos de salud de los jóvenes haciendo especial hincapié en la anorexia, el consumo de drogas, alcohol y tabaco, etc. El objetivo de este estudio era detectar sus estilos de vida de los adolescentes para poder llevar a cabo una educación preventiva adecuada en el ámbito de la salud.

Esclavas de las dietas : Campaña del Ayuntamiento de Badia del Vallès para prevenir la anorexia y la bulimia / Loli Martínez Rísquez *Entrejóvenes*.- n. 45 (septiembre 1996) ; p. 22-23
La Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Badia del Vallès ha puesto en marcha una campaña que informa y previene a los y las jóvenes sobre la anorexia y la bulimia. Con esta finalidad se ha elaborado una guía dirigida a los jóvenes y otra a las familias, además de organizar una serie de charlas y coloquios sobre estas enfermedades y sobre los riesgos del consumo de tabaco y alcohol, temas también incluidos en esta campaña.

Fashion's victims? / David Sandhu
Young people now.- issue 59 (mar. 1994); p.18-21
Educadores juveniles se aprestan a combatir desórdenes alimenticios en jóvenes a pesar de la fuerte influencia del mundo de la imagen. Con las famosas top-model en pleno auge, la controversia continúa aumentando, David Sandhu revela la verdad o la mentira: ¿Puede una chica estar demasiado delgada?

Guía práctica de la salud y psicología del adolescente / Paulino Castells y Tomás J. Silber; prologo Josep Cornellá i Canals
<Barcelona> : Planeta, 1998. - 379 p.
Se ofrecen las claves para profundizar en el conocimiento de la personalidad del

adolescente y una serie de nociones básicas para preservar su salud física y mental. Se trata de abarcar todos los temas fundamentales en esta etapa de desarrollo del individuo: crecimiento, familia, relaciones sociales, deporte, sexualidad, trastornos alimentarios, drogadicción, violencia, etc.

HABITOS de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid : Resultados del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a Enfermedades No Transmitibles en población juvenil <SIVFRENT-J> 1996 <Madrid> : *Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1996. - p. 3-16*
Detrás de las tres principales causas de muerte acaecidas en la Comunidad de Madrid: tumores, enfermedades del aparato circulatorio y causas externas, existen una serie de factores de riesgo que se inician y consolidan en la juventud. El informe analiza cuantitativamente siete factores: consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, actividad física, alimentación, relaciones sexuales, accidentes y seguridad vial.

La anorexia : una enfermedad de cuerpo y mente / Ana Roldán *Estudiantes universitarios.- n. 79 (marzo-abril 1999) ; p. 11-12*
Según ADANER, sólo en la Comunidad de Madrid hay más de 11.000 adolescentes y mujeres jóvenes que padecen trastornos del comportamiento alimentario (T.A.C.), del total de 450.000 que se contabilizan en toda España. Se describe la situación de la anorexia y bulimia nerviosa, así como los medios para combatirlas. El apoyo de la familia y amigos se revela fundamental para una total recuperación.

La edad del pavo : Consejos para lidiar con la rebeldía de los adolescentes / Alejandra Vallejo-Nágera *Madrid : Temas de Hoy, 1997. - 279 p.*
El exceso de publicaciones sobre jóvenes marginales ha podido dar una imagen distorsionada de la realidad del mundo adolescente. Según recientes investigaciones, nueve de cada diez adolescentes pasan esta etapa sin drogas, sexo irresponsable o ausencia de valores. Esta obra trata de dar una imagen mas real, atendiendo a las preocupaciones y sentimientos cotidianos de padres, hijos y educadores.

La SALUD es una buena opción : decide tú / Cruz Roja Juventud *Madrid : Cruz Roja Juventud, D.L. 1998. - 3 t.*
Materiales dedicados a orientar a los monitores y jóvenes sobre temas de Educación para la Salud. La intervención educativa se encamina en la prevención de hábitos nocivos y el fomento de estilos de vida saludables. Las áreas en las que se centran sus preocupaciones son: la toxicomanía, la anorexia, la bulimia y el SIDA.

La superación de los atracones de comida / Christopher Fairburn *Barcelona : Paidós, 1998. - 318 p.*
La obra presenta en primer lugar, los últimos hallazgos que la investigación científica ha aportado sobre el problema de la ingesta compulsiva. La segunda parte es un manual de autoayuda basado en el tratamiento más eficaz que existe en la actualidad para este problema.

Las adoradoras de la delgadez : anorexia nerviosa / Fernando García Rodríguez
Madrid : Díaz de Santos, D.L. 1993. - 118 p.
El autor, psiquiatra, describe los hechos insospechados que constituyen los síntomas de la enfermedad, y responde a las preguntas de porqué y cómo ocurren estos hechos. Por último se dan pautas para su tratamiento

Las otras drogas : Alimento, sexo, televisión, compras, juego y trabajo / Francisco Alonso-Fernández
Madrid : Temas de Hoy, 1996. - 291 p.
Los avances desmesurados que ha sufrido nuestra sociedad en los últimos 50 años han influido poderosamente en nuestra calidad de vida y en el comportamiento de los individuos. Estos cambios han creado hábitos que en algunos casos se pueden considerar como "adicción". Las adicciones no químicas, sin droga, que nos pueden afectar se desarrollan en el estudio presentado.

Las REPRESENTACIONES sociales sobre la salud de los jóvenes madrileños : Segunda monografía del "Sistema de Información de Indicadores de Salud de carácter Sociocultural" / <Diseño del estudio, dirección y realización CIMOP. Fernando Conde, Cristina Santamarina>
Madrid : Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1996. - 103 p.
Investigación de carácter cualitativo sobre el concepto y valor que los jóvenes madrileños otorgan a la salud. Utilizando técnicas de dinámica de grupo y teniendo en cuenta tres variables: género, edad y status social, se analizan las representaciones adolescentes y juveniles sobre las patologías más significativas en sus edades.

Los patrones estéticos en los albores del siglo XXI : Hacia una revisión de los estudios en torno a este tema / Carmen Bañuelos
Reis : Revista Española de Investigaciones Sociológicas.- n. 68 (1994); p. 119-140

El culto al cuerpo se ha convertido en nuestros días en un fenómeno social. Diversos grupos sociales están definiendo un modelo único y generalizable de patrón estético, legitimando determinadas prácticas sociales y estigmatizando a personas cuyo peso no es ni un riesgo para la salud, ni un obstáculo para su vida social.

NUEVAS dependencias
Misión Joven.- n. 245 (jun. 1997) ; p. 34
Muchos hábitos de conducta que impone la sociedad contemporánea tienen elementos en común con las dependencias de las drogas. Las enfermedades del deseo han desarrollado nuevas patologías en el comportamiento humano

Outcome of anorexia nervosa related to treatment utilizing an adolescent medicine approach / Richard E. Kreipe and Carolyn Piver Dukarm
Journal of Youth and Adolescence.- vol. 25, n. 4 (aug. 1996) ; p. 483-497
Estudio sobre la necesidad de nuevos métodos especializados y personalizados en

el tratamiento dirigido a los adolescentes que padecen trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa.

Outcome of early onset anorexia nervosa : what do we know? / L. K. George Hsu
Journal of Youth and Adolescence.- vol. 25, n. 4 (aug. 1996) ; p. 563-568
Análisis de los resultados de seis estudios sobre las primeras fases de la anorexia nerviosa en adolescentes.

OUTCOME, psychosocial functioning, and prognostic factors in adolescent anorexia nervosa as determined by prospective follow-up assesment / B. Herpertz-Dahlmann...
<et. al.>
Journal of Youth and Adolescence.- vol. 25, n. 4 (aug. 1996) ; p. 455-471
Estudio prospectivo sobre la anorexia nerviosa en un grupo de adolescentes analizando los factores psicosociales en torno a dicha enfermedad.

Píldoras de la...¿felicidad? / Carmen Martínez
INJUVE.- n. 14 (sep.-oct. 1996) ; p. 4-7
Apunte general sobre el problema del uso de los fármacos adelgazantes para acelerar el proceso de disminución de sobrepeso, especialmente entre los jóvenes.

PREVENCION de la anorexia y la bulimia en la adolescencia
<Madrid> : *Insalud, Comunidad de Madrid*, <D.L. 1999>. - <11> p.
Información sobre la anorexia y bulimia nerviosas, centrado en las causas y síntomas que caracterizan a estos trastornos con el objetivo de una prevención eficaz. Los adolescentes, principal grupo de riesgo, tienden a modificar su comportamiento a la vez que sus hábitos alimentarios.

TESTING the hypotesis of the multidimensional model of anorexia nervosa in adolescents / Maurenn Lyon...<et al.>
Adolescence.- v. 32, n. 125 (Spring 1997) ; p. 101-111
Estudio estadístico utilizando varias hipótesis de factores de riesgo del modelo de anorexia nerviosa. Tres hipótesis que provocan la enfermedad son confirmadas por el estudio: un historial familiar con depresiones, sentimientos de falta de afectividad y poca seguridad en sí mismo. Se añade al problema, que en el historial familiar de los anoréxicos aparezcan antecedentes de abuso de alcohol y drogas.

Trastornos del comportamiento alimentario / Carmina Saldaña García
Madrid : *Fundación Universidad-Empresa*, 1994. - 167 p.
Bajo la denominación de trastornos del comportamiento alimentario se agrupan la obesidad, la sobreingesta compulsiva, la anorexia y la bulimia. Estas patologías tienen en común que afectan principalmente a mujeres y van acompañadas de estados afectivos negativos, especialmente ansiedad y depresión, así como una baja autoestima

Enciclopedia Microsoft® Encarta® 99. VOX - Diccionario General de la Lengua Española, © 1997 Bibliograf, S.A., Barcelona.

Enciclopedia de psicología. Ed. Océano, tomos 2 y 4, año de edición 2001.

Psicología del niño y el adolescente tomo 2, ed. Océano, año de edición 2002.

González, José Francisco. Anorexia: ayuda para superarla. Ed. EDIMAT libros 1999.

REVISTAS

Morales, Victor. Año1, Revista de Pedagogía (Caracas). N1, 1de Mayo 1971, pp.51-59.

Psicología al día año 4 no. 42, junio 1994, pag. 6y7. Ed., Planeta/Origen.

El mundo de la pareja. ¿Cómo se ve a si mismo? Pp. 281-284. no. 15 Ed. Planeta

PAGINAS EN INTERNET.

<http://www.monografias.com/trabajos/buliano/buliano.shtml> Anorexia

<http://www.monografias.com/trabajos5/buli/buli.shtml> anorexia

<http://www.isanitas.com/websanitas/logs.redirect?site=tuotromedico.com&destino=1>

<http://www.acab.org/spa/anorexia/anor.htm>