



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO

DE LA ANOREXIA

BULIMIA

VIGOREXIA



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA

Med. Johana Elizabeth Sosa Jurado

Med. Diana Janneth Sánchez Chicaiza

Med. Olmedo Xavier Ruiz Lara

Med. Tatiana Elizabeth Zurita Moreno

Med. Andrés Santiago Rueda Ruiz

Med. Yessenia Isabel Sarchi Gayasamin

Med. Johana Natali Montaluisa Pilatasig

Med. Paola Fernanda Mena Alencastro

Med. María Esther Abdo Rojas

Med. Gustavo Javier Acosta Tayo





PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA

AUTORES

Med. Johana Elizabeth Sosa Jurado

Médico General

Hospital General Docente de Calderón;
Medico Asistencial Pediatría

joha_so21@hotmail.com

Med. Yessenia Isabel Sarchi Gayasamin

Médico General

Hospital Marco Vinicio Iza Sucumbíos; Médico
Residente de Medicina Interna

yesseniasarchi30familia@gmail.com

Med. Diana Janneth Sánchez Chicaiza

Médico General

Hospital IESS Quito Sur;
Médico Residente en Pediatría

dianys-71989@hotmail.com

Med. Johana Natali Montaluisa Pilatasig

Médico General

Hospital General Latacunga;
Médico Residente de Traumatología

johimp18@hotmail.es

Med. Olmedo Xavier Ruiz Lara

Médico General

Hospital General Ibarra;
Médico Residente de Hospitalización Traumatología

olxarula@gmail.com

Med. Paola Fernanda Mena Alencastro

Médico General

Centro De Salud Chimbacalle Ministerio de
Salud Pública; Médico General de Servicio de
Emergencia y Centro Obstétrico

Med. Tatiana Elizabeth Zurita Moreno

Médico General

Hospital Básico Baeza Napo; Médico Residente en
Funciones Hospitalarias Emergencias y

Hospitalización

tato_536@hotmail.com

Med. María Esther Abdo Rojas

Médico General

Hospital General Ambato; Médico Residente de
Servicio de Ginecología y Obstetricia

sther_abdo@hotmail.es

Med. Andrés Santiago Rueda Ruiz

Médico General

Hospital General Ambato; Médico Residente

andres_rr17@hotmail.com

Med. Gustavo Javier Acosta Tayo

Médico General

Hospital Gustavo Domínguez Santo Domingo;

gusbarce@hotmail.es



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA

REVISORES

Zambrano Manzur Franklin Steven

Magister en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local;
Especialista en Cirugía General;
Doctor en Medicina y Cirugía;
Universidad de Guayaquil

Falcon Bonilla Kleber Xavier

Médico
Universidad de Guayaquil

DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES:

Med. Johana Elizabeth Sosa Jurado
Med. Diana Janneth Sánchez Chicaiza
Med. Olmedo Xavier Ruiz Lara
Med. Tatiana Elizabeth Zurita Moreno
Med. Andrés Santiago Rueda Ruiz
Med. Yessenia Isabel Sarchi Gayasamin
Med. Johana Natali Montaluisa Pilatasig
Med. Paola Fernanda Mena Alencastro
Med. María Esther Abdo Rojas
Med. Gustavo Javier Acosta Tayo

Título: Prevención y tratamiento holístico de la anorexia, bulimia y vigorexia

Descriptor: Ciencias médicas; Investigación médica; Medicina holística; Psicoterapia; Anorexia; Bulimia; Vigorexia.

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-787-80-4

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2019

Área: Educación Superior

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 130

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-787-80-4>



Texto para Docentes y Estudiantes Universitarios

El proyecto didáctico *Prevención y tratamiento holístico de la anorexia, bulimia y vigorexia*, es una obra colectiva creada por sus autores y publicada por *MAWIL*; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de *MAWIL* de New Jersey.

© **Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.**

*Director General: MBA. Vanessa Pamela Qhispe Morocho Ing.

*Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

*Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Aymara Galanton.

*Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores

INDICE

**PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO
DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA**



INTRODUCCIÓN 13

CAPÍTULO I

DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS 19

Anorexia: Definición y características 19

¿Qué es la anorexia? 19

Características de la anorexia..... 21

Bulimia: Definición y características 22

¿Qué es la bulimia?..... 22

Características de la bulimia. 24

Semejanzas y diferencias entre anorexia y bulimia 24

Vigorexia: Definición y características 25

¿Qué es la vigorexia? 25

Características de la vigorexia. 31

CAPÍTULO II

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA,
BULIMIA Y VIGOREXIA 35

Causas sociales: Arquetipos y estandarización de la belleza y
el cuerpo humano 35

El cuerpo como estudio de la medicina. 35

El cuerpo como objeto de arte. 36

El cuerpo como expresión cultural. 40

La percepción del cuerpo por parte de las personas que sufren
de anorexia, bulimia y vigorexia..... 42

Papel y rol de la familia y el hogar 44

Influencia del entorno (amigos, escuela y trabajo) 46

La influencia de los amigos..... 46

La influencia de la escuela. 48

La influencia de los lugares de trabajo..... 49

Influencia de los medios de comunicación y otras
instituciones culturales..... 50

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO 59

Indicios físicos, psicológicos y conductuales de la anorexia y bulimia	59
Causas y factores de la anorexia y bulimia.....	59
Síntomas de la anorexia y bulimia.....	60
Indicios físicos, psicológicos y conductuales de la vigorexia.....	62
Causas y factores de la vigorexia.....	62
Síntomas de la vigorexia.....	65
Diagnóstico médico	66
Diagnóstico médico de la anorexia.....	66
Diagnóstico médico de la bulimia.....	68
Diagnóstico médico de la vigorexia.....	69
Diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico.....	70
Criterios para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico de la anorexia.....	74
Criterios para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico de la bulimia	76
Criterios para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico de la vigorexia.....	76

CAPÍTULO IV

CONTROL Y TRATAMIENTO MÉDICO	81
Control y tratamiento médico de la anorexia y bulimia.....	81
Tratamiento médico de la anorexia.....	82
Tratamiento médico de la bulimia	84
Control y tratamiento médico de la vigorexia.....	84
Autocuidado del paciente.....	85
Autocuidado nutricional de los pacientes.....	85

CAPÍTULO V

CONTROL Y TRATAMIENTO PSIQUIATRICO Y/O PSICOLOGICO	89
Consideraciones psicológicas para el tratamiento del TCA.....	92
Consideraciones psiquiátricas para el tratamiento del TCA.....	96
Control y tratamiento psiquiátrico y/o psicológico de las personas vigoréxicas	97

○

Tratamiento psicológico de las personas vigoréticas	97
Tratamiento psiquiátrico de las personas vigoréticas.....	98
Interacción de la familia y amigos en el sistema de apoyo a anoréxicos, bulímicos y vigoréticos.....	99
 CAPÍTULO VI	
PREVENCIÓN	105
Campañas informativas y educativas.....	105
Cambios de estereotipos de belleza.	108
Educación emocional.	114
Políticas públicas: políticas de salud, educativas y culturales.	115
 BIBLIOGRAFÍA	121

INTRODUCCIÓN

Uno de los principales problemas que acarrea la sociedad actual son las enfermedades de tercer milenio producto de múltiples factores que han influido negativamente en el conducta y perspectiva de los niños, niñas y adolescentes del mundo.

Los paradigmas sociales que se han creado han formado una nueva conducta en las personas más vulnerables. La influencia del entorno social, pero sobre todo la de los medios de comunicación han formado nuevos ciudadanos en función de una cultura valorizado por la vanidad y el narcisismo.

Estas nuevas enfermedades son la anorexia, la bulimia y la vigorexia que están reinando dentro de nuestra sociedad. Existen múltiples síntomas para poder diagnosticar estas enfermedades, pero dentro de ella está el estrés, la ansiedad, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo como precipitadores de este problema social.

Las condiciones familiares y el entorno social juegan un importante papel como agentes catalizadores de este problema. Las burlas y el bullying por el peso y forma del cuerpo se convierten en estigma social y es allí donde los adolescentes pueden caer en este tobogán de problemas físicos y psicológicos.

Los medios de comunicación venden una figura estereotipada del hombre y la mujer que rinden culto al cuerpo y a la belleza por lo cual se ha ido transformando en un paradigma social tener una figura esbelta y atlética, donde reina la cirugía estética y los ejercicios en gimnasios como medios para lograr la forma deseada socialmente.

Este repercute en la mentalidad de los jóvenes transformándose en las enfermedades del trastorno de conducta alimentaria (TCA). La anorexia se fundamenta en un comportamiento psicológico de una persona que desea bajar de peso considerablemente, porque se considera que tiene sobrepeso y su forma del cuerpo no es la acorde a la cultura que la rodea. Esto lo logra a través de inanición de los alimentos y a la realización de ejercicios drásticos y extremos

logrando estar en un 85% por debajo del peso normal considerando un maltrato grave a su salud física y mental.

La bulimia es una enfermedad que al principio costa identificarla porque su peso oscila entre +/- 10kg del peso normal. El verdadero problema es la parte psicológica ya que la persona le da atracones de comida, es decir come desesperadamente sin medir la cantidad y la velocidad de ingerir los alimentos, por lo que al final conlleva a una depresión por esta situación y recurre a los vómitos voluntarios o laxantes para expulsar la comida.

La vigorexia es una enfermedad mucho más joven que las anteriores ya que afecta a los hombres, en su mayoría, que asisten a los gimnasios y se vuelven esclavos de la forma y peso de su cuerpo por lo que realizan ejercicios extremos para llegar a ese fin. Se consideran que son débiles y bajo peso, cuando en realidad tiene el peso ideal, por lo que desean aumentar la masa muscular que en algunos casos ayudados por esteroides y otros fármacos indebidos.

Estas tres enfermedades deben ser tomadas en cuenta por la sociedad por qué se debe trabajar en conjunto para obtener los resultados deseados, pero sobre todo para prevenir. Desde el hogar, los familiares tienen un papel fundamental en el educación nutricional y emocional de los adolescentes. Los medios de comunicación deben cambiar sus políticas para cambiar sus estereotipos de género en inclusión de todas las personas sin exclusión de figura, color, raza, religión, condición socioeconómica y posición política. Los entes gubernamentales aplicar las políticas necesarias para el respeto y el derecho al bienestar y calidad de vida de los más vulnerables a través de leyes y normas penalizables.

Es por ello, que el objetivo general de esta investigación es el análisis de la prevención y tratamiento holístico de la anorexia, bulimia y vigorexia. Para ello, se plantearon diferentes capítulos que describirán de manera progresiva el cumplimiento de este objetivo.

Capítulo I: Plantea las definiciones y características de estas enfermedades y las diferencias entre ellas; el Capítulo II: Describe las causas y consecuencias de la anorexia, bulimia y vigorexia; el Capítulo III: Trata sobre el diagnóstico mé-

dico, así como también del diagnóstico psicológico y/o psiquiátrico de estas enfermedades; el Capítulo IV: Se fundamenta en el control y tratamiento médico de los pacientes; el Capítulo V: Se basa en el control y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de las personas con estas patologías y el Capítulo VI: La prevención desde campañas informativas y educativas, cambios de estereotipos de belleza, educación emocional y las políticas públicas que debe aplicar el estado en contra de estas enfermedades que atacan a los adolescentes, en su mayoría. Por último, se describe la bibliografía utilizada como apoyo para el desarrollo de la investigación.

CAPITULO I

DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS





Anorexia: Definición y características

¿Qué es la anorexia?

Uno de los problemas más comunes en la adolescencia es la alteración de alimentos que sufren las personas a esa edad. Esto es debido al estereotipo inculcado por las masas en sus diferentes formas. Una de estas alteraciones alimentarias es la *anorexia*. Esto es producto de la insatisfacción que tienen el ser humano al cuerpo que posee por lo que recurre a medidas drásticas para bajar de peso.

Esta enfermedad proviene del griego “an” y “orexis” que significan “sin” y “apetito”. Esto contradice el diagnóstico de la enfermedad ya que realmente las personas que sufren esta enfermedad no pierden el apetito, sino que buscan no ingerir los mismos. En la Figura 1 se puede observar el ciclo de la anorexia en las personas que la padecen.

“Es un trastorno de tipo emocional, se trata de una enfermedad de origen síquico, con profundas implicaciones somáticas y sociales, que surge como consecuencia de una mala asimilación y distorsión severa de la imagen corporal. Entre el 90 y 95% son mujeres. El 5% de las pacientes diagnosticadas con el trastorno mueren por esta causa”. (León, 2012, pág. 6)

Esta enfermedad la sufre mujeres con más frecuencia que los hombres, por lo que intervienen factores psicológicos y físicos. Estos factores son la susceptibilidad, predisposición, característica genética y el estrés. Otros factores son los socioculturales y económicos impulsados por el desenfreno de las modas aplicadas por los diferentes medios de comunicación y la baja adquisición monetaria para poder realizar dietas bajo la óptica de un nutricionista.

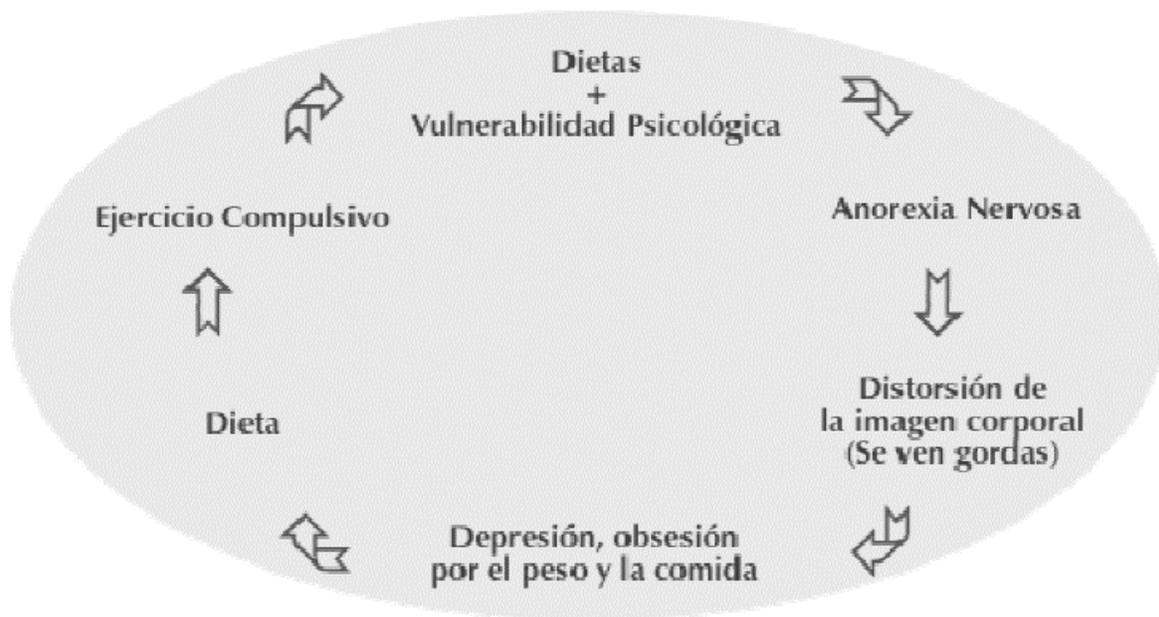


Figura 1. Ciclo de la anorexia. Fuente: (Lucio, 2008)

Esta enfermedad empezó a estudiarse en la década de 1940 cuando los psicoanalistas del momento empezaron a comprender y analizar casos de estudio en chicas adolescentes que tenían una delgadez extrema. Tiempo atrás se relacionaba a las mujeres que decidían tomar como practica de vida la religión y por ende se sometían a pruebas severas como el ayuno y el desinterés social. Ya en la década de 1970 se empezó a relacionar con la fobia a los alimentos y en los años de 1990 se relacionaban a conductas psicológicas productos de familias disfuncionales y con graves problemas psiquiátricos.

La *anorexia* comienza con una fuerte aplicación de una dieta rígida para bajar de peso, produciendo una pérdida del 25% del peso normal y desemboca en inanición para seguir en la búsqueda de lo que consideran el peso ideal. Indudablemente, produce un efecto bioconductual a los pacientes de esta enfermedad. Esto se puede analizar en la Figura 2.

“En el Ecuador no existen cifras exactas sobre esta enfermedad, sin embargo, los resultados son que en Cuenca existe un 15% de mujeres que padecen estos problemas alimenticios. Se estima que, de cada 5 personas, 3 tienen *anorexia*”. (León, 2012, pág. 9)



Figura 2. Modelo bioconductual de la *anorexia*. Fuente: (Solís, 2002)

Características de la anorexia.

La *anorexia* presente características que pueden identificar a las personas que las padecen. Estas se pueden visualizar de la siguiente manera:

- Pérdida drástica de peso, ubicándolo por debajo de 85% del peso ideal acorde a la talla y peso de la persona.
- Distorsión sobre la realidad del peso y la forma o tamaño del cuerpo.
- Es un trastorno obsesivo-convulsivo.
- Miedo intenso a subir de peso.
- Negación a padecer enfermedad.
- Restricción en la comida, por lo que la ingesta de calorías es baja en proteínas y carbohidratos.



- Las mujeres pueden sufrir de amenorrea, esto se refiere a la ausencia de la menstruación por más de tres meses.
- Puede producir estreñimiento o constipación.
- Aparecen períodos invariantes de atracones con ausencia de ingesta de alimentos, es decir aumento desmesurado de comida sin control y luego períodos de dieta estricta.
- Abuso de laxantes y diuréticos.
- Auto provocación de vómitos.
- Realización excesiva de ejercicios.
- Produce un desorden psicológico en la persona ya que es respuesta a los problemas emocionales.
- Puede traer como consecuencia, en las niñas, retraso en la menarquía.
- Desinterés en lo afectivo y sexual.

Bulimia: Definición y características

¿Qué es la bulimia?

Es una enfermedad que sufren en la mayoría de las ocasiones adolescentes que ingieren grandes cantidades de alimentos que oscilan entre las 10000 y 40000 calorías, y que al final por sentimiento de culpa deciden autoproducirse vomito para expulsarlos. Estas grandes ingestas de alimentos es lo que llaman arrancones esporádicos.

Las personas que padecen de *bulimia* no son capaces de controlar su acción a los alimentos y luego expulsarlos del cuerpo. La expulsión de los alimentos lo realizan a través de laxantes o diuréticos. Este constante mecanismo no hace mella en el físico de la persona por lo cual hace difícil poder diagnosticar una persona con esta enfermedad.

Las personas con Bulimia son generalmente obesas antes de presentar dicho trastorno, posteriormente consiguen perder los kilos demás y lucir una figura esbelta, sin embargo, siguen pareciéndose a las personas obesas por sus conflictos no resueltos y expectativas exageradas. La diferencia se marca en la menor cantidad de tejido adiposo de las personas con BN, pero su ansiedad no resuel-

ta, la baja autoestima y confusión en relación al cauce de su vida se mantienen presentes”. (Proaño Coellar, 2010, pág. 51)

La bulimia viene del término griego “bou” que significa “buey” y “limos” que significa “hambre” lo que se interpretaría como hambre extrema. En la antigüedad el vómito inducido era una especie de purgatorio en vida que debían realizar las mujeres. los egipcios y romanos los utilizaban después de grandes banquetes ya que las reuniones festivas duraban varios días.

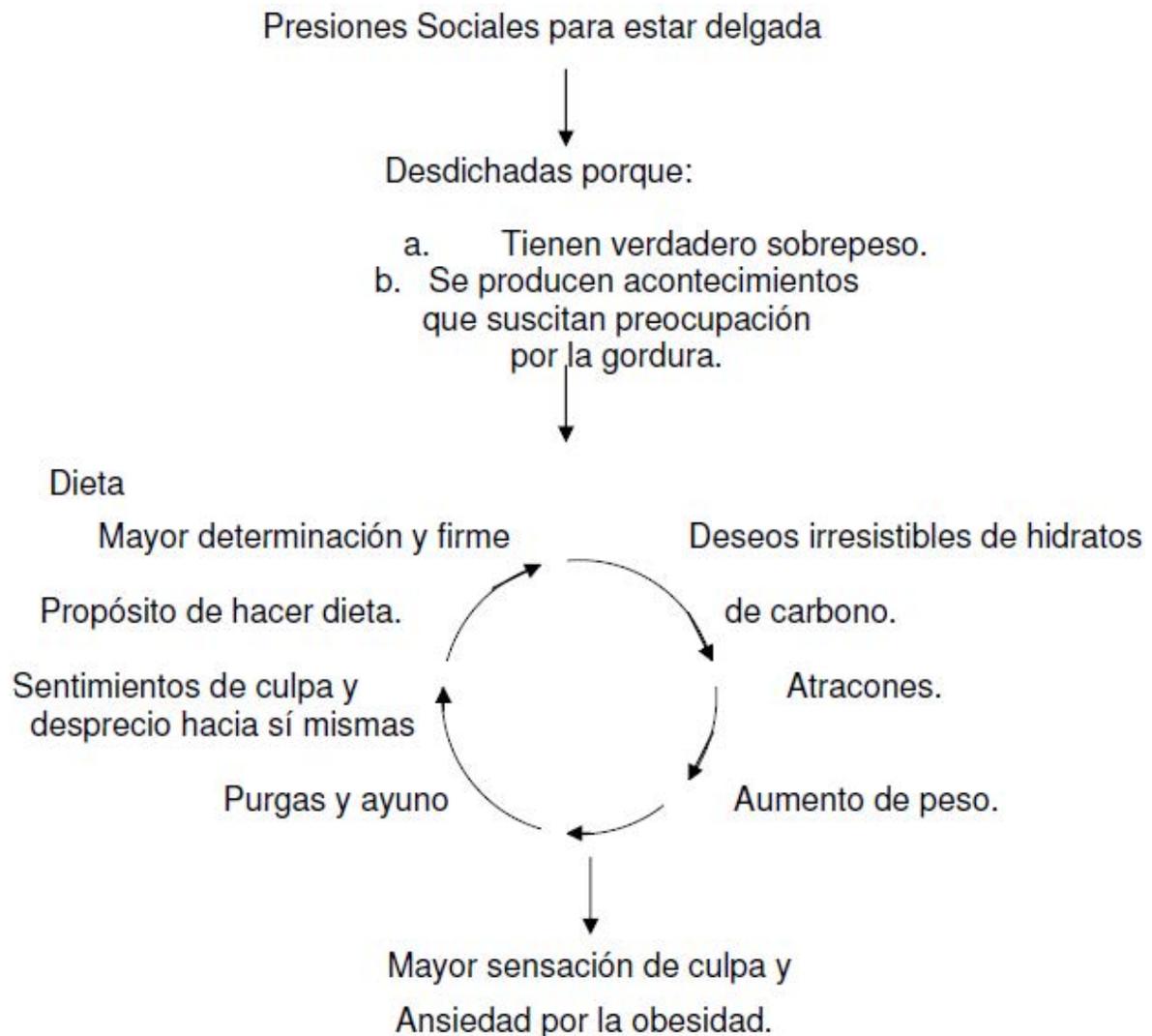


Figura 3. Ciclo de la bulimia. Fuente: (Proaño Coellar, 2010)



Características de la bulimia.

La *bulimia* presenta una serie de características las cuales pueden determinarse a través de un estudio físico y patológico de la enfermedad. Estas son:

- Ingesta de alimento en cortos espacios de tiempo y en grandes cantidades.
- Auto provocación de vómitos.
- Usos excesivos de laxantes y diuréticos.
- Se producen mayormente en mujeres en edad fértil, entre los 16 y 45 años. La edad más habitual es entre los 20 y 25 años.
- Distorsión sobre la realidad de lo que es un peso normal y forma del cuerpo humano.
- Dietas exageradas sin control médico.
- Sufrimiento de ansiedad.
- Disfuncionalidad familiar produce desequilibrio emocional.
- Se produce por bajo equilibrio psicológico por situaciones cercanas (perdida familiar, rompimiento de una relación, estigma social).
- Dolor de cabeza y pérdida del cabello.
- Problemas odontológicos e hinchazón del rostro por pérdida de las glándulas salivales.
- Síntomas de cleptomanía, alcoholismo y promiscuidad sexual.
- Se le puede diagnosticar arritmias, colon irritable, perforación esofágica, roturas gástricas y pancreatitis.
- Deshidratación severa producto de los vómitos.
- Alteración del ciclo menstrual.
- Acopios de alimentos en distintos lugares de la casa.
- La personalidad es extrovertida, expresiva, se relaciona socialmente y experta en el ámbito sexual.
- Sentimiento de repugnancia y culpa por no tener suficiente autocontrol.

Semejanzas y diferencias entre anorexia y bulimia

La *anorexia* y la *bulimia* tienen algo en común y es la distorsión de la ingesta de alimentos y un problema psicológico en los pacientes que las padecen.



“La *anorexia* junto con la *bulimia* pertenecerían a la categoría de “trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos” pues en ella están todas aquellas alteraciones que tienen relación con el acto de comer que generan dificultades en la consumición o absorción del alimento, dañando tanto la salud como el funcionamiento psicosocial de la persona que lo padece”. (González Pita, 2017)

Las semejanzas y diferencias entre estas dos terribles enfermedades que atacan a las adolescentes se pueden ver en la Tabla 1.

Vigorexia: Definición y características

¿Qué es la vigorexia?

Una de las características que tiene esta sociedad es la influencia en estereotipos que hace que los individuos busquen esa perfección anhelada e inculcada por diferentes medios. Uno de estos estereotipos inculcados en la psiquis de la sociedad es la de tener un cuerpo bien definido. Es hacer de un culto al cuerpo y a la belleza.

Al contrario de las enfermedades como las *anorexias* y la *bulimia*, la *vigorexia* es una enfermedad psicológica la cual busca obtener un cuerpo bien definido y musculoso donde los pacientes al tenerlo sienten que no es suficiente o no sienten que estén logran el fin planteado. Muchos consideran a esta enfermedad inversamente proporcional a la *anorexia nerviosa*. En la Tabla 2 se puede observar las diferencias entre vigorexia y anorexia.



Tabla 1.

Semejanzas y diferencias entre la *anorexia* y *bulimia*.

TOPICOS	ANOREXIA	BULIMIA
Noción de la enfermedad	Baja conciencia de la enfermedad	Si, sienten vergüenza al tener conciencia de la enfermedad
Edad de inicio	Precoz	Tardía
Nivel de peso	Menor al 15% del peso normal	Normal, 10% por encima/debajo del peso normal
Método de control de peso	Ayuno extremo	Laxantes
Concepción de la imagen corporal	Preocupación por su peso y forma del cuerpo entendiendo que ser delgada refleja la belleza	El cuerpo debe ser controlados con laxantes y conductas purgativas. El cuerpo es percibido como objeto de burlas y maltratos
Percepción de autoimagen	Buscan ser perfeccionista y exigentes con su cuerpo para buscar la belleza	Incapacidad de controlar el peso ideal y la búsqueda de la perfección de la belleza
Relación con los alimentos	Tortura que causa angustia	Puede ser placentero en algunos momentos y en otros sirve para aplacar ansiedad o tristeza
Ingesta de alimentos prohibidos	No	Si, durante el atracón
Comorbilidad	Depresión, patología obsesiva	Trastorno de personalidad, cleptomanía
Ansiedad	Si	Si
Relación entre estado de ánimo/ atracones	Si	Si
Psicopatología	Dependencia parental, aislamiento socio-sexual, déficit sexual y de pensamiento abstracto.	Baja autoestima, insatisfacción con su imagen corporal, larga historia de control de peso, sexualmente activa, distorsión familiar.
Amenorrea	Si	Ocasional
Hiperactividad	Si	Ocasional

Fuente: (Autor)

Tabla 2.

Diferencias entre *vigorexia* y *anorexia*

VIGOREXIA	ANOREXIA
Se ve delgado y débil (pequeño)	Se ve gorda
Intenta ganar peso	Intenta perder peso
Gusto por la ingesta de proteínas	Rechazo a la ingesta de proteínas
Más prevalente en hombres	Más prevalente en mujeres
Fármacos para ganar peso	Fármacos para perder peso
No antecedentes de agresión sexual	A veces antecedentes de agresión sexual



La conducta fundamental es el exceso de ejercicio	La conducta fundamental es el rechazo a los alimentos (no comer, vomitar,)
Siempre se hace mucho ejercicio	No siempre se hace mucho ejercicio

Fuente: (Castro-López, 2013)

“El psiquiatra Harrison Pope, de la Facultad de Medicina de Harvard, es el primero que reconoce la Vigorexia en el año 1993 como una nueva enfermedad de base mental con alteración de la imagen corporal. Uno de sus estudios publicado en la revista “Psychosomatic Medicine” concluía en que un 10 por ciento de las personas que regularmente asistían a un gimnasio estarían enfermas de Vigorexia o estarían en riesgo de caer en el trastorno. Los ejemplos que utilizaba referían a hombres jóvenes, que se pesaban varias veces por día, se miraban al espejo una docena de veces y hacían ejercicios de forma obsesiva para aumentar sus músculos en un gimnasio todo el tiempo que les era posible, aún a costa del trabajo y la vida social”. (Mazzeo, 2009, pág. 24)

El culto al cuerpo ha sido una de las características de nuestra historia. Desde la era antigua, especialmente Miguelangel, realizaba esculturas de cuerpos bien definidos hasta pasar por los griegos o espartanos donde hacían culto de sus cuerpos cuando se iban a las batallas o guerras. Posteriormente en la década de 1940 se hace más énfasis en la búsqueda de un cuerpo perfecto con el nacimiento de la técnica del fisicoculturismo.

La *vigorexia* es considerada como un trastorno dismórfico corporal (TDC) ya que los individuos sienten que su cuerpo es delgado y débil cuando realmente no lo es. Es tipo de trastorno somatomorfos debido a que refiere algún defecto imaginario del cuerpo humano. En la Figura 4 se visualiza esta característica a través de un dibujo impreso.



Figura 4. Vigorexia, la forma como percibe el individuo su cuerpo. Fuente: (Mazzeo, 2009)

Esta enfermedad es obsesiva ya que los individuos desean ganar mucha masa muscular indistintamente de los medios utilizados, sean ejercicios drásticos y fuertes a utilización de fármacos. La *vigorexia* afecta es a los hombres en su gran mayoría. Al no tener satisfacción de su cuerpo acuden constantemente al gimnasio a realizar ejercicios de grandes proporciones, son narcisista ya que viven viéndose en el espejo y tienen control estricto del peso y de la talla de sus músculos. En la Figura 5 se detalla la secuencia de conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivos.

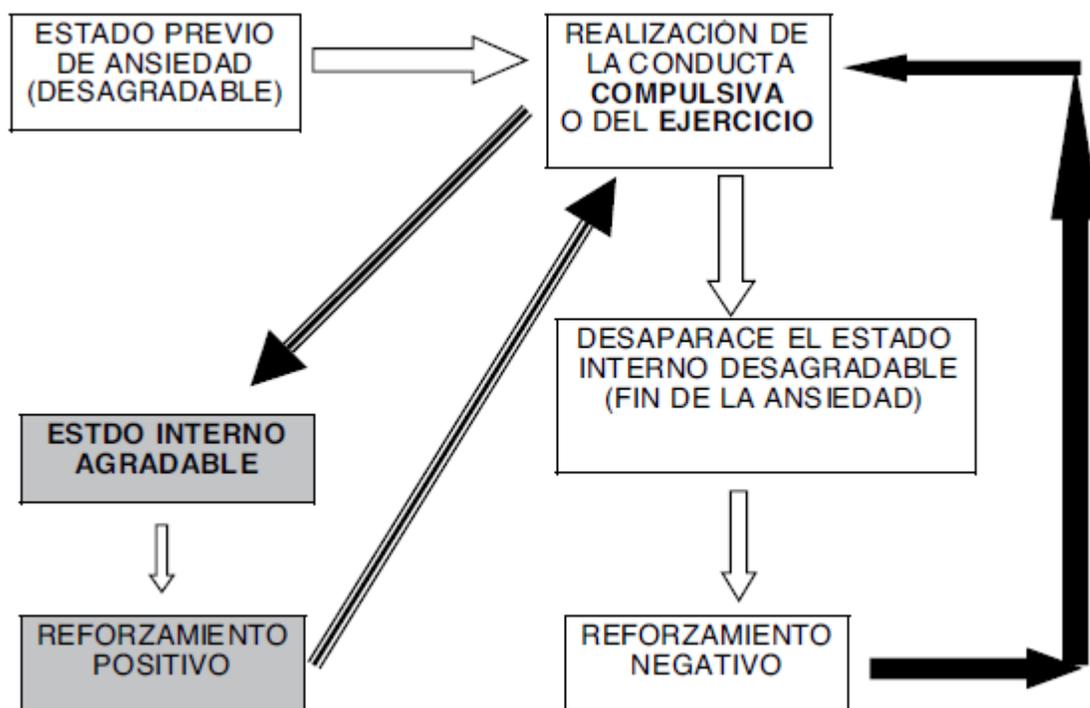


Figura 5. Secuencia de conducta de adicción al ejercicio, con reforzamientos negativo y positivos. Fuente: (Molina, 2007)

“La *vigorexia* se puede definir de forma genérica como una psicopatología somática que se caracteriza, principalmente, por una percepción alterada de la propia constitución física, unida a una sobreestimación de los beneficios psicológicos y sociales de tener un cuerpo musculado. Los afectados son en su mayoría hombres, entre 18 y 35 años, con baja autoestima, muy exigentes consigo mismos y que piensan que tienen escaso atractivo debido a su aspecto físico. Cuando la patología ya es manifiesta, presentan un cuerpo con un exagerado desarrollo muscular, pero su distorsión de la imagen corporal hace que ellos se sigan viendo pequeños, delgados y débiles”. (Peyró, 2008, pág. 7)

Existen muchas percepciones de la *vigorexia* y eso depende de los análisis realizados por los diferentes especialistas por lo que se referencian como modelos. En la Figura 6 y Figura 7 se detallan los modelos de dismorfia muscular y modelo de Baile, respectivamente.

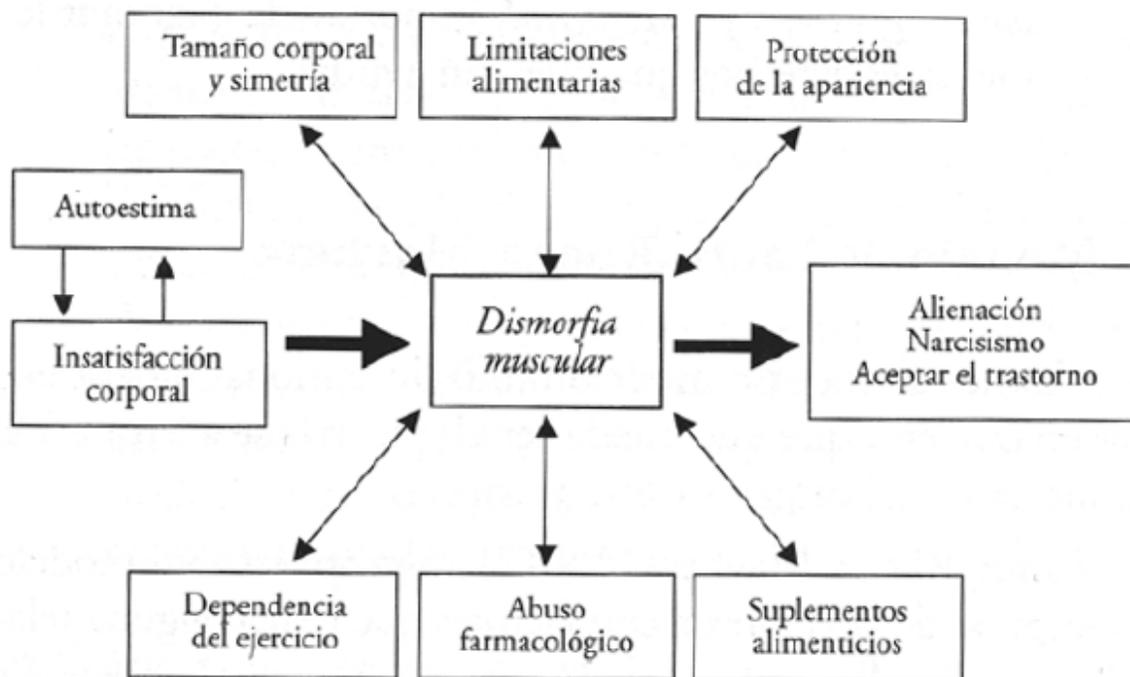


Figura 6. Modelo de dismorfia muscular. Fuente: (Molina, 2007)

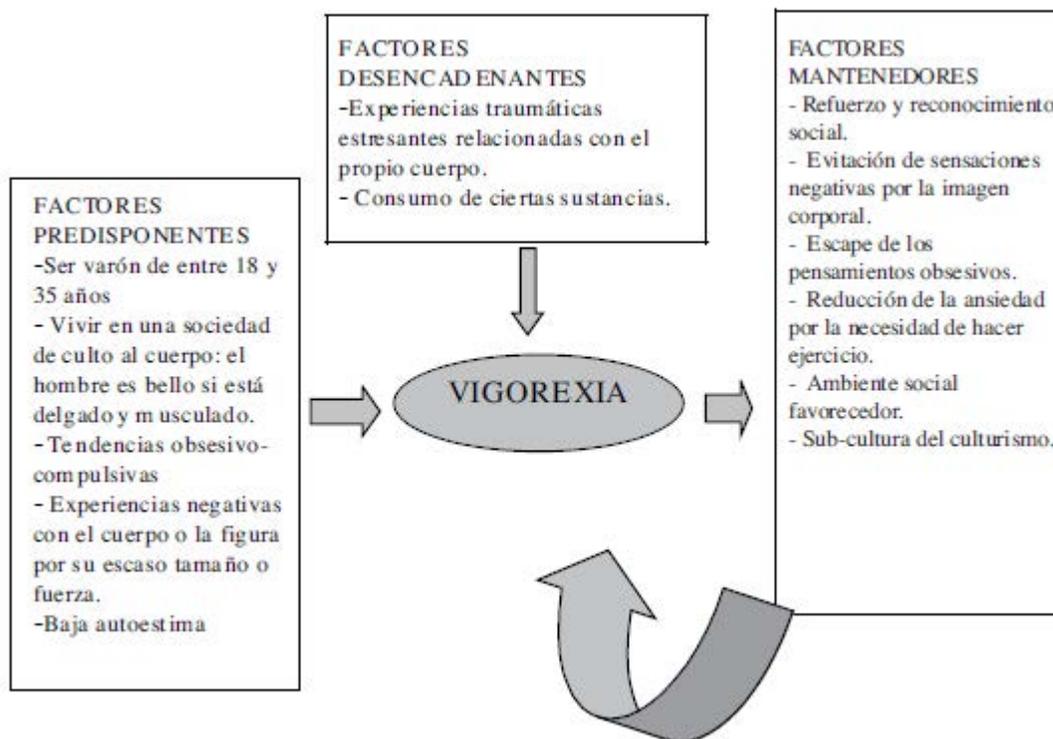


Figura 7. Modelo de vigorexia de Baile. Fuente: (Molina, 2007)



Características de la vigorexia.

Es necesario poder controlar la vigorexia y para ellos se debe comprender las características de esta enfermedad. Estas se presentan a continuación:

- La vigorexia asocia belleza con musculatura y es un trastorno a problemas de personalidad.
- La persona no busca hacer ejercicio sino poder aumentar la masa muscular.
- No conlleva reforzamiento positivo a diferencia de las adicciones.
- Son pocos rígidos en sus conductas por lo que siempre andan en busca de nuevos métodos o técnicas para mejorar.
- No existen rituales sino buscan que el ejercicio o la técnica busquen el fin de aumentar la masa muscular.
- La cantidad de tiempo invertido en ejercicios hace que no tenga vida social y entorpece hasta la vida laboral y familiar.
- Cuando se realizan ejercicios fuera del alcance del individuo es producir, en cualquier momento, una lesión o fractura. Busca minimizar estos riesgos, pero no escapa a ser propensos a sufrirlas.
- Incapacidad de ser objetivo ante la definición de un cuerpo normal o saludable.
- Sufrimiento de ansiedad y depresión.
- Alimentación inadecuada. Dieta rica en hidratos de carbono y proteína. Bajo en grasas al extremo de no consumirlas.
- Excesivo control de dieta.
- Consumo de fármacos peligrosos para la salud. Consumos de hormonas muchísimo mayor a de una persona sin trastorno de *vigorexia*.
- Se pesa y miden su cuerpo frecuentemente en alusión a su autoevaluación.
- Se relacionan en una sociedad competitiva donde practican el culto al cuerpo.
- Inmadurez, problemas de integración, inseguridad y baja autoestima.
- Se sienten pocos atractivos para el sexo opuesto.
- Autoobservación para determinar la forma del cuerpo.

CAPITULO II

CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA





Causas sociales: Arquetipos y estandarización de la belleza y el cuerpo humano

El cuerpo como estudio de la medicina.

Una de las facetas más importantes para el estudio de la medicina es la comprensión de la anatomía humana. El cuerpo refleja una serie de características que de por sí puede conllevar a determinar la salud de la persona, es por ello la importancia del cuerpo humano en la medicina.

“El cuerpo del hombre es un conjunto de células, líquidos intercelulares, tejidos y órganos, dotado de invariancia específica y unidad funcional, consecuencia, una, de la especificidad bioquímica del genoma humano y de la invariabilidad de este de generación en generación, y resultante, la otra, de la actividad biofísica y bioquímica y la ordenada interrelación de las moléculas que lo componen”. (Laín Entralgo, 1989, pág. 108)

Poder determinar todas esas características radica en la necesidad de que los profesionales con experiencia se formen en esta materia. Los médicos se forman a través del estudio y análisis del cuerpo humano con el fin de alcanzar conocimientos, habilidades y actitudes en relación a la estructura macroscópica del cuerpo humano.

El cuerpo no solo comprende la parte biológica sino también radica su importancia en la parte motora, en su movimiento. Esta parte mecánica conjugada con la parte biológica de la anatomía puede contribuir a la salud del individuo. La primera otorga los movimientos que permiten desarrollar la parte musculo-esquelética con la funcionabilidad a tope de los principales organismos como el corazón y el cerebro, y la segunda que involucra la parte biológica al permitir las diversas reacciones químicas que ocurren en los microorganismos producto de la ingesta de los diversos alimentos.



Por lo cual, el cuerpo es una manifestación de comportamiento. En cualquiera de esas dos funcionalidades se puede determinar la salud y bienestar de un individuo. Lo más recomendable que ambas partes tengan un equilibrio, al no existir produciría las enfermedades que por ende atacan al ser humano.

No solo es compromiso de la persona en entablar el equilibrio entre la movilización y la ingesta de los buenos alimentos. Este compromiso radica también en la sociedad y para ello, se han determinado diversas políticas que permitan una mejor calidad de vida en los ciudadanos. Se deben aplicar diversos mecanismos que permitan un mejor desarrollo de la vida diaria.

Estas políticas deben involucrar a todas las personas indistintas de su raza, color, etnia o situación socioeconómica. Debe involucrarse en los medios culturales que permitan llegar a todos los espacios de la sociedad. Es importante poder inculcar en las personas una alimentación sana conjuntamente con la realización de ejercicios físicos.

Un aspecto importante en el desarrollo y fortalecimiento del cuerpo humano es la alimentación donde el hambre juega un papel fundamental para tal fin. Hay que saber diferenciar el hambre necesaria del hambre psicológica. La primera es la exigencia del cuerpo en poder tener los nutrientes necesarios para el desarrollo de las actividades, y el segundo puede producir alteraciones psicológicas a través de trastornos alimenticios y es más grave si se evita la ingesta de alimentos.

El cuerpo como objeto de arte.

Durante muchos siglos, el arte a reflejado la historia evolutiva del ser humano a través de diversas técnicas que permiten arropar la forma, vivencia y culturas de otrora sociedades. El arte buscaba el reflejo de la belleza y es por medio del cuerpo humano su mayor exponente. Desde pinturas y esculturas, se han reflejado la belleza del cuerpo humano. Estigmatizado a través de cuerpos bien formados y de características caucásicas, reflejando una especie de exclusión social en esa época.



“Desde la antigüedad, el cuerpo humano ha sido visto y entendido con fascinación, con curiosidad, con declarada admiración, por ello no sorprende, en repetidas ocasiones, se haya ensayado su proyección particular sobre el campo de la arquitectura, aportando visiones que, en cualquier caso, exponen con especial atención el conocimiento de él y la sensibilidad frente a él, que tan magnífica y ejemplarmente han logrado, a lo largo de la historia, tanto los médicos y filósofos como los teóricos y prácticos del arte”. (Ramírez, 2018, pág. 15)

Una de los factores que han tenido importancia en que el cuerpo tenga un lugar importante e el arte es el artista quien lo realiza ya que su finalidad era demostrar no solo la anatomía sino que también quería poner en la imaginación de la persona que la viera, los sentimientos y emociones que tuviera la figura como arte. Era esa complejidad la que buscaba dar explicación el artista.

Siempre ha sido el cuerpo humano reflejo de los pensamientos del artista o autor. Buscaba no solo la belleza externa sino que también reflejara la belleza interna a través de sus gestos o posiciones. También representaba el poder, la estabilidad, el dominio, la fuerza que podría ejercer en otras personas, la misma gloria en batallas y se involucraba en la ciencia y el desarrollo del conocimiento. La finalidad del cuerpo humano como reflejo de la sociedad fue evolucionando a medida que avanzaba la historia.

Uno de los primeros acercamientos a la anatomía humana en la historia fue a través de las esculturas la baja alejandría en Egipto. Aquí se tomaba en consideración esculturas de gran tamaño que implicaban el poder de los faraones o sacerdotes, como se ilustra en la Figura 8(A). El reflejo es otra característica en la obra donde es casi suprimido por el artista. En la era griega y romana, el cuerpo reflejaba la belleza de la persona el cual demostraba el bien y la grandeza, lo cual determinaba el orden y la armonía, como se muestra en la Figura 8 (B) y (C).

En la edad media, el cuerpo humano era reflejado a través de la religión donde se caracterizaba por ser de tez blanca y demostraba miedo y la creencia en dios, tal como se detalla en la Figura 8(D).



En el renacimiento, el cuerpo toma otro aspecto y bajo la tutela de grandes artistas como Leonardo Da Vinci como de Miguelangel. En la Figura 8(E) se puede observar al Hombre de Vitrubio de Leonado da Vinci donde expresa que el ombligo del hombre extendido representa el centro del cuadrado y circulo y por ende es la parte de la belleza divina. En la Figura 8(F) expresa lo que para Miguel Angel era la belleza del cuerpo humano, la anatomía total era su principal característica.

La era barroca, el avance de la ciecia y la filosofia era abrumadora por lo que el cuerpo solo refleja un estado de materia pequeño fente al gran universo que lo cobija. Representaba un arte más superficial y más decorativo permitiendo que el ambiente sea parte de la figura humana. La naturaleza es reflejo del ambiente de estas obras, tal cual se puede observar en la Figura 8(G).

Para la actualidad, el cuerpo humano ha sido reflejado como una objeto que refleja la crítica ante una sociedad más simple. La era globalizada ha hecho que se crearan nuevas formas de cultura basado en la superficialidad. La estetica es tomada en cuenta como factor de belleza sobre los valores internos de los individuos. Muchos artistas de la epoca toman el cuerpo humano como objeto de denuncia ante esta nueva forma de percibir el cuerpo. La Figura 8(H) refleja una denuncia a la estetica y cirugias plásticas en el rostro por parte de la artista francesa Orlan.

Esto refleja que la figura humana ha tenido un papel importante en la evolución de los conceptos y en la generación del conocimiento. Desde la relevancia del poder hasta la belleza de su físico, tomando en cuenta las expresiones y el significado que tiene que dar el artista su obra. Es el cuerpo humano es un estudio a través de la educación corporal y como tal no tiene un fin determinado sino más bien depende de la visión y objetivo que tenga el artista al tomarlo en cuenta.

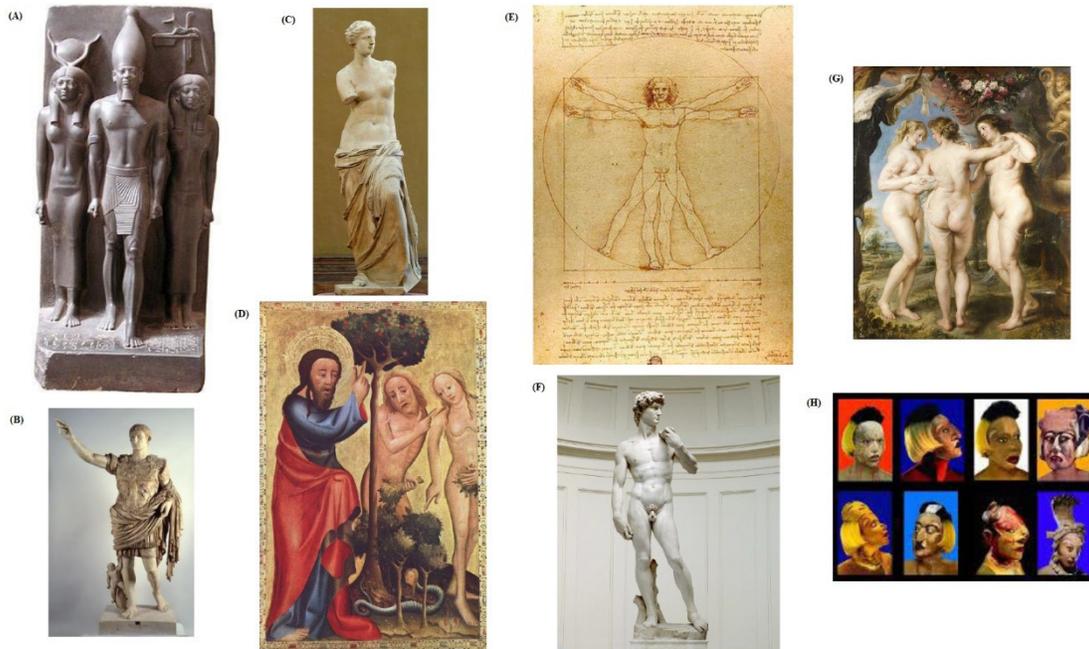


Figura 8. La evolución del cuerpo humano en las artes. Fuente: (Arranz Raso & Rodríguez, 2016)

Desde los niños cuando reflejan tareas en sus escuelas y demuestran al cuerpo como un valor sagrado, donde expresan el valor de la persona y de la familia. Estas expresiones pueden determinar cuán importante es el niño en el núcleo familiar y por ende cuanto amor recibe dentro de él. Esto demuestra su nivel emocional y social.

“La concepción del cuerpo, su lugar en la sociedad, su presencia en el imaginario social y su representación en la filosofía tiene una historia. Y va siendo hora de escribirla, trazando su compleja genealogía. El cuerpo, sin duda, ilustra la lentitud con la que avanza la historia de las mentalidades y de las instituciones. El cuerpo cambia, sufre alteraciones, ve modificada su realidad física y, de manera indefectible, forma parte de un orden simbólico. No obstante, la historia se empeña en reducir el cuerpo a la naturaleza, se resiste a estudiar sus manifestaciones, reprime sus deseos, anula el placer, asimila sus comportamientos a la animalidad, considerándolos indignos de una cultura occidental que se vanagloria de sus éxitos culturales, políticos, militares y económicos. Tal vez es una de las razones por las que la historia del cuerpo haya tardado tanto en aparecer”.



(Adrián Escudero, 2007, pág. 142)

El cuerpo como expresión cultural.

El arte sin duda alguna ha formado parte del crecimiento y evolución del individuo por medio de sus obras, y es el cuerpo quien lo ha demostrado. Estas obras no reflejan lo que verdaderamente importa y es el carácter social que involucra a la anatomía del hombre dentro de los espacios que lo rodea. No denota cuan involucrado está dentro de la sociedad, no muestra sus sentimientos y carencias.

Obviamente, que esta perspectiva es diferente en cada cultura. No es lo mismo el reflejo de la cultura oriental que la occidental. Hay muchos factores que dividen estas circunstancias. En occidente buscan más el reflejo de la apariencia más que el reflejo de su interior, es decir el valor del alma.

En la actualidad, ha aparecido nuevas teorías o ciencias que permiten el estudio del cuerpo o de su entorno con respecto a la percepción de la sociedad, esta se llama a sociobiología. Este estudio se apoya en que las teorías conductivista y positivista son totalmente irrelevantes en los comportamientos sociales, no sin antes considerar que el cuerpo ha sido baluarte de la evaluaciones radicales y críticas de la sociedad.

La sociedad, actualmente, percibe el cuerpo como una entidad que representa la salud física del individuo. Un cuerpo bien formado representa la buena salud y un cuerpo desproporcionado equivale a un problema en la salud física y mental.

“En la actualidad, el cuerpo está sujeto a fuerzas sociales de una índole bastante distinta al modo en que se experimenta en las comunidades tradicionales. Por una parte, los discursos contemporáneos sobre la salud y la imagen vinculan al cuerpo y a la identidad y sirven para promover ciertas prácticas de cuidados corporales típicas de la sociedad contemporánea. Por otra parte, el cuerpo se ve fragmentado por los avances de la ciencia y de la tecnología y la creciente «socialización de la naturaleza y de la reproducción»”. (Barreiro, 2004, pág. 148)



Los diferentes sectores de la sociedad han hecho de que el cuerpo humano sea estandarizado a unos valores que extraponen la superficialidad como principal valor. El valor del valor físico y sobretodo la imagen física sobresalen en los últimos tiempos, pero no en búsqueda de la salud sino en búsqueda de la estética y belleza.

Desde los diferentes productos comerciales hasta la fabricación de juguetes, la forma y figura corporal ha tomado gran auge. Desde las muñecas más famosas son tomadas en cuenta como el valor a reflejar en la sociedad y en especial en las niñas en vías de desarrollo. Han existido miradas sobre estas situaciones y han existido un desarrollo de estudios sobre como contrarrestar estos efectos culturales equívocos. Cuerpos delgados, cuerpos plenos y cuerpos mórbidos son el estándar de la cultura globalizada.

Esto permite la recurrencia frecuente ante la nueva sociedad de estereotipos que deben alcanzar. Lograr este fenómeno hace que las personas puedan ejecutar ciertas situaciones que pueden poner en peligro la salud, bienestar y calidad de vida de sí mismo y de su entorno. Es la búsqueda ciega de la belleza corporal ofertada por las grandes masas sociales globalizadas.

“La vitalidad, la juventud y la belleza del cuerpo propio son la asociación subrayada que sirve como discurso repetido de los medios y la publicidad en las sociedades de la moda. La moda siempre ha desplegado todo su encanto en proponer casi como un dictamen un cuerpo ideal encarnado, se ha denominado *maniquí, modelo o cover girl* desde sus inicios, por medio de ilustraciones de moda, fotografías o medios audio visuales. La publicidad nos ha presentado siempre este cuerpo en dos perspectivas, como capital y como fetiche, ambas desde la visión del consumo, que en vez de omitirlo o disimularlo, nos persuade psicológicamente a invertir económica, temporal y anímicamente en él”. (Molina A. E., 2014, pág. 1)

Una de las características para por enarbolar esta bandera de los estereotipos es la cirugía cosmética. La aplicación Botox e implantes en los senos y glúteos ha sido la forma más deseable de las mujeres en edad fértil para esta época. Se han incrementado en valores exponenciales estos procesos en los centros hos-



pitalarios. No es en búsqueda de solventar algún problema de salud, es en búsqueda de la belleza implantada por la sociedad. La cirugía cosmética produce cuerpos reales provenientes de las fantasías de las mujeres y hombres los cuales fueron inculcados por los medios de comunicación.

La estandarización de lo bello está reflejada por un cuerpo en buena forma estética y con una alimentación sana y balanceada. Estos son los parámetros estéticos de la cultura actual. Sufrir algún desequilibrio en esta ecuación produce inestabilidad psicológica ya que las personas sufren de señalamientos que permiten el auge de diversos trastornos.

Esto enmarcado al culto a la delgadez y a la ingesta de ciertos alimentos o suplementos alimenticios o vitamínicos que pueden tener su objeción dentro de los parámetros médicos. La búsqueda de estos cuerpos perfectos se vuelve frenética en algunos individuos y permiten que se destruya el bienestar y calidad de vida de sí mismo y de su entorno familiar, laboral y educativo.

“De esta manera, el cuerpo, como referente de la identidad personal, está siendo avasallado por la presión social. La imagen corporal de los jóvenes de nuestra época pareciera no estar constituida hoy día a partir de sus propias vivencias, sino que tiene como referencia al yo, el espacio interior. Cada vez más, tal imagen tiene como eje de referencia el mundo exterior, el mundo de las convenciones sociales”. (Croce, 2012, pág. 211)

La percepción del cuerpo por parte de las personas que sufren de anorexia, bulimia y vigorexia.

La estandarización de la sociedad actual se basa en la forma del cuerpo, tanto en hombres como en mujeres. da indicios de obtener los mejores resultados en los planteamientos que esté buscando individuos. Se pueden obtener los mejores trabajos, relaciones estables, buena disposición con la sociedad, entre otras cosas. Son estándares creados por una sociedad consumible.

Todos estos factores engloban las situaciones o personas que están alrededor del individuo. Desde la familia, amigos, compañeros de trabajo o escuela, personas en la calle, centros comerciales, plazas, parques y en cualquier punto



geográfico engloban esta estandarización e influyen directamente a la mentalidad de las personas. Individuos psicológicamente débiles caen en esta espiral de aprobación social y son capaces de recurrir a las diversas técnicas o métodos para obtener el cuerpo ideal.

La misma sociedad ha estandarizado el comportamiento de los adolescentes. Los varones son los chicos malos rebeldes, bien portados físicamente. Son los que llaman la atención a las personas de sexo opuesto por ser irreverentes, únicos, hermosos. Las chicas están estandarizadas al poseer cuerpo y una belleza inigualable. Ambos patrones hacen influir directamente en la mente de los adolescentes.

En los países en desarrollo, hay cierta complejidad ya que los sectores económicamente más favorables existen más problemas de desorden o trastornos alimenticios donde las chicas buscan no comer para lograr su cuerpo ideal. En los estratos más vulnerables, los varones hacen de tripas corazón para poder obtener los complejos vitamínicos y demás fármacos prohibidos para aumentar su masa muscular y poder llamar la atención de las mujeres. Por supuesto más grave es la prohibición de los alimentos para evitar obtener un cuerpo deforme, un cuerpo obeso.

Esta auto prohibición de los alimentos, por parte de los adolescentes, también es una medida de protesta por la difícil situación económica que tienen y por no poder cumplir con los estándares inculcados en los diferentes medios de comunicación o vida social que anhela. Muchos de estos problemas socioculturales son tomados en cuenta por las diferentes investigaciones científicas las cuales presentan relaciones con los problemas conductuales de las personas.

Este es respuesta al mecanismo social que percibe los jóvenes ante un creciente consumismo sin límites. Esto crea los trastornos de conducta alimentaria (TCA) que a su vez son trastornos cognitivos, donde los mismos protagonistas no saben que sufre o padecen de esta enfermedad y la consideran un acto normal que el mismo entorno le exige.

“La autoimagen varía según el TCA. En las anoréxicas destacan rasgos de personalidad asociados a exigencia, necesidad de control y anhelo de perfec-



ción. Paralelamente, describen actitudes de sumisión y sentimientos de inseguridad, especialmente en las relaciones interpersonales. En las entrevistadas bulímicas, se enfatiza la percepción de incapacidad para controlar el peso corporal, y el logro de perfección, establecieron que la tendencia al perfeccionismo sería un factor de riesgo para individuos portadores de algún grado de insatisfacción general, que en el caso de los TCA se focaliza esencialmente en la figura corporal”. (Cruzat Mandich, y otros, 2014, pág. 76)

Papel y rol de la familia y el hogar

Las familias son el centro de la ciudadanía, de aquí nacen las buenas costumbres conjuntamente con la moral y la ética individual de las personas. Es importante la importancia familiar en el individuo y esto es inculcado de generación en generación de forma sistemática o de involuntaria. El pensamiento familiar siempre es tomado en cuenta cuando se debe tomar una decisión trascendental en la vida de la persona.

Cuando existe algún problema de salud, los pacientes tienden a refugiarse en la familia buscando el apoyo, el calor y las palabras de aliento para poder salir adelante. Es por ello, que el ambiente familiar es necesario y analizado por los especialistas para poder determinar una evolución a un tratamiento en específico que deba someterse el individuo.

Como existen problemas de trastornos de conducta alimentaria (TCA), la familia juega un papel importante a la hora de tomar las decisiones, pero también puede convertirse en un causante de acentuar el desequilibrio emocional del paciente. en este tipo de enfermedades, en ocasiones la madre juega un papel determinante ya que se ha comprobado que es de carácter dominante y controladora contrario al padre donde es cariñoso, cálido y pasivo. En otras es una madre protectora, devota y cariñosa y el padre distante y frío.

Esto quiere decir que es muy difícil poder entablar una causa precisa en la influencia del núcleo familiar como catalizador del TCA. Las familias pueden estar en los extremos de la relación con el paciente, o muy cercanas y preocupadas o alejadas y despreocupadas. Ambos extremos no ejercen la presión necesaria para que la persona supere la enfermedad.



También están las familias que no son tradicionales, las cuales se guían por la globalización. Esas que desarrollan ideas de no procrear hijos durante la juventud sin antes poder obtener algún título profesional, vivienda y un trabajo acorde a las necesidades inherentes como a la profesión estudiada. Estas características pueden ser catalizadoras de los TCA. Son estas personas que pueden sufrir de estos trastornos y cuando tengan hijos inculcaran, voluntaria o involuntariamente, estas mismas perspectivas de vida.

Aunado a esto también hay características biológicas dentro de estas enfermedades. Según estudios, pueden ser hereditarios, trasladándose a través de la genética humana o sino influyendo directamente en la toma de decisión de los hijos en sufrir dicha enfermedad.

Es por ello, que las familias también son tomadas en cuenta en el tratamiento de las personas anoréxicas, bulímicas o vigoréxicas. Desde el punto de vista del psicoanalista es importante relacionar a la familia en el tratamiento a seguir para poder superar la etapa de crisis. Se convierten en los garantes de la evolución del tratamiento a través de las diferentes técnicas y métodos sugeridos por los médicos tratantes.

Sin duda alguna la familia debe involucrarse en el tema a través de talleres, programas o buscando información por medio de internet. Es importante el compromiso familiar para poder sobrepasar esta enfermedad. Tendrán una mayor percepción de que sus hijos sufran estas enfermedades. Deben estar dispuestos a colaborar y a cumplir al pie de la letra las indicaciones de los especialistas en busca de la mejora, calidad y bienestar de vida de sus familiares. Sin duda, se involucra el termino salud familiar como se detalla en la Figura 9.

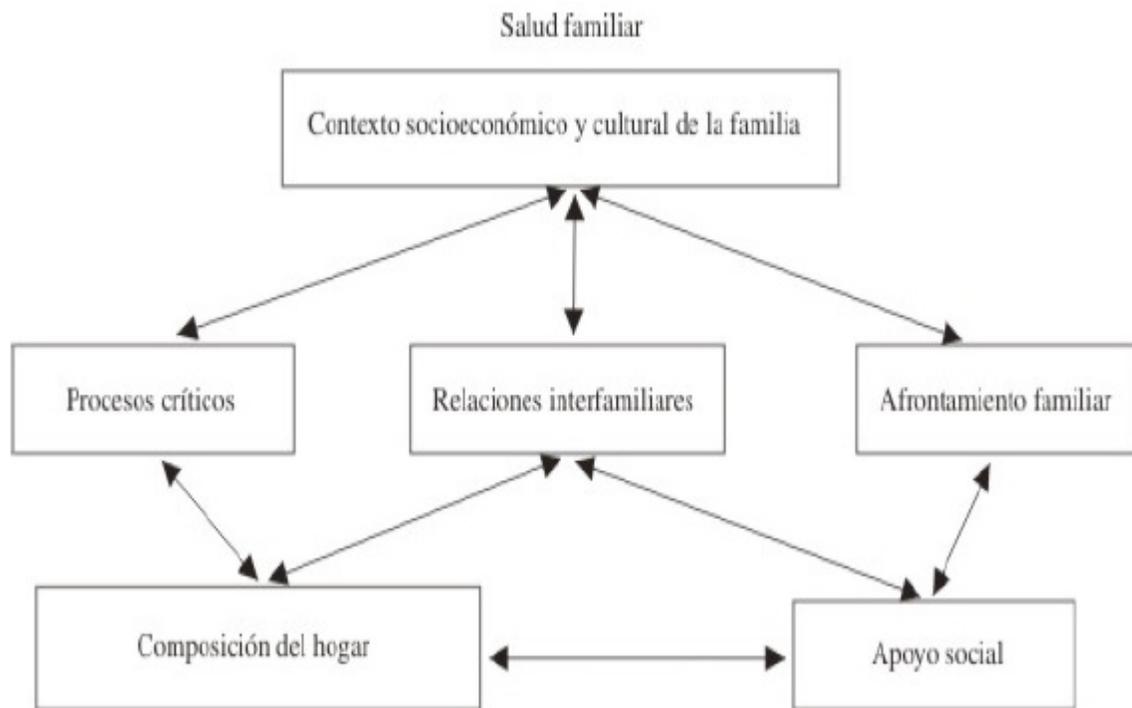


Figura 9. Esquema de la salud familiar. Fuente: (Coronel Peñaherrera, 2007)

“La familia potenciadora del desarrollo crea en el hogar un clima de armonía, comunicación, afectos, unión, respeto y solidaridad que se traduce en bienestar y satisfacción de sus integrantes. Este tipo de familia enfrenta problemas y toma decisiones sin adoptar mecanismos destructivos, asumiendo cambios en las reglas, los roles y jerarquías para adaptarse en forma transformadora a las exigencias de los procesos críticos de vida, y es capaz de recurrir a recursos externos y asimilar nuevas experiencias cuando lo necesite”. (Coronel Peñaherrera, 2007, pág. 29)

Influencia del entorno (amigos, escuela y trabajo)

La influencia de los amigos.

La presión ejercida es mucho mayor en las niñas que los niños, ya que las nuevas tendencias culturales celebran la buena figura de la anatomía femenina. Esta presión es ejecutada en el entorno más cercano de la persona. Son los amigos quienes influyen directamente en la siquis de los adolescentes mucho mayor que la influencia de la familia en algunos casos.



Esta presión cercana hace sentir en las mujeres una realidad distorsionada sobre el peso y la forma. Las hace sentir con sobrepeso y de allí genera la catalización del trastorno. La influencia de los amigos es de gran peso porque influye no solo en el consumo de alimentos sino en otros parámetros como la vestimenta, música, deporte, entre otras.

Uno de los factores que permite que estos trastornos aparezcan es el bullying. Esto surge a través de las burlas y malos comentarios. Al final se obtiene una persona insegura y débil. Esto desencadena en un desequilibrio emocional que produce, al final, el desequilibrio biológico y físico debido a que no se producen las reacciones químicas necesarias ya que no hay la energía suficiente proveniente de los alimentos.

Después de someterse a estos juicios y después de asumir los comentarios del entorno, procede a excluirse socialmente ya que no se considera lo suficientemente acta para poder socializar con los demás. Del mismo modo, pasa con los hombres cuando no tienen los estándares físicos que su entorno lo exige, es allí donde comienza su búsqueda de la masa corporal ideal para sentirse en armonía, pero sobre todo poder llenar los espacios y gustos de las personas de sexo opuesto.

Es por ello, que siempre hay que estar pendiente del círculo social donde convive los adolescentes y es el núcleo familiar quien debe velar porque sea sano, que se fomente las buenas relaciones y las buenas amistades. Muchos de los especialistas sugieren que estos grupos cercanos de amigos se involucren en el tratamiento de los TCA.

“Es interesante observar cómo, el entorno inmediato de muchas de ellas alabó sus primeras decisiones de ponerse a dieta. Familiares y gente cercana alentaron a las jóvenes a trabajar en su figura e, incluso, algunos fueron duramente críticos con el cuerpo que tenían antes de vivir con el trastorno. Por tanto, se concluye que el ser “niña buena” parece ir de la mano con la adquisición de un régimen alimentario y con un rígido control corporal para moldear la figura”. (Gutiérrez, 2015, pág. 147)



La influencia de la escuela.

Las escuelas, colegios e institutos de educación superior se germinan las amistades que tienen ser las más duraderas y de mayor importancia para los adolescentes. Son estas las que pueden ejecutar la presión social o las que puedan brindar la ayuda necesaria para poder salir de la enfermedad.

Son los diferentes espacios de estas instituciones educativas donde suceden los actos más horribles de señalización y burlas por no cumplir los estándares de la belleza, así como también brindar los espacios para fomentar las técnicas y métodos de autoayuda o ayuda profesional necesarios para enfrentar estos trastornos.

Es de vital importancia considerar esto último, que sean espacios de integración y respeto donde se desarrolle las ideas y se generen los conocimientos que los adolescentes necesitan. Deben cumplir con las exigencias de los estándares de la Organización Mundial de la Salud con el fin de brindar el apoyo médico y psicológico a aquellos jóvenes que necesiten de dicha ayuda.

Los muchachos deben sentir afinidad con estos centros educativos, que sientan que no solo son espacios para generar conocimientos académicos, sino que también se les brinda apoyo en actividades extracurriculares como las deportivas y culturales. Deben sentir que en verdad es una segunda casa donde puedan desarrollar sus actitudes y aptitudes más internas.

Los profesores juegan un papel importante, no solo debe ser docente sino también debe ser amigo en aquellos momentos donde la vulnerabilidad pueda estar a flor de piel. Debe implementar las técnicas que permitan una integración grupal y sobre todo un respeto entre los semejantes.

“Un profesor que modela buenos hábitos de salud proporciona una lección de salud mucho más valiosa que la que puede ofrecer cualquier libro de texto. El profesor que con sus propias actitudes y comportamientos muestra sentirse a gusto con su peso y no hace discriminaciones respecto al cuerpo de sus alumnos asegura que el alumno no centre su atención en temas relacionados con el peso”. (TOLEDO-MORALES & SÁNCHEZ-GARCÍA, 2006, pág. 98)



La influencia de los lugares de trabajo.

“El culto a la delgadez como sinónimo de autocontrol y de éxito es un fenómeno omnipresente y desencadenante de la realización de dietas restrictivas, que, como sabemos, constituye en sí un factor de riesgo para el desarrollo de patologías alimentarias”. (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009, pág. 404)

Al igual que en las instituciones de educación, los lugares de trabajo se convierten en sitios donde el culto al cuerpo predomina sobre muchos factores. A diferencia, estos sitios propician la competencia por lo que cualquier medio que sirva para que unos individuos prevalezcan más que otros es el común denominador.

En estos lugares prevalece estándares que no solo involucra la belleza del cuerpo sino en la forma de vestir, en los modales y en la capacidad de conocimientos. Son espacios que pueden generar discordias, más si son trabajos que involucran a muchas mujeres donde la vanidad, la estética y el fitness son parámetros considerados por algunas de ellas.

No es solo la lucha entre los conocimientos sino también una lucha en la búsqueda de la satisfacción laboral. La influencia de los lugares de trabajo impulsa a un desarrollo de competencias que van más allá de los conocimientos sino de niveles de estética y belleza entre las mujeres.

Si una trabajadora no cuenta con una alta autoestima puede caer en una espiral descendente donde no solo afecte su trabajo sino su salud emocional y física. Estos pueden producir trastornos psicológicos dentro de los empleados. La búsqueda de un mejor puesto puede contribuir a comentarios mal sanos que puedan desembocar en una enfermedad que poco a poco crecerá en el individuo.

El clima organizacional y el ambiente laboral es fundamental en el desarrollo profesional de los trabajadores de una organización, por lo que estos factores deben ser tomados en cuenta a través de talleres donde se involucre aspectos como el compañerismo, ética y moral ciudadana, respeto y comprensión hacia sus semejantes. Debe manejarse dentro de la misión y visión de las empresas el bienestar de los trabajadores no solo en el aspecto médico sino también en el



aspecto psicológico.

Influencia de los medios de comunicación y otras instituciones culturales

El entorno y las actividades socioculturales influyen directamente en la manera de pensar y decidir en las personas más vulnerables por lo que es necesario poder controlar estos parámetros a través de la influencia positiva de los núcleos familiares, de las escuelas y de los lugares de trabajo. Es importante que los diferentes medios también sean controlados por los entes gubernamentales. Todos estos factores pueden ayudar a mermar el consumo excesivo y además disminuir los trastornos que puedan sufrir las personas. En la Figura 10, se detalla los factores determinantes de los hábitos alimenticios en la sociedad.

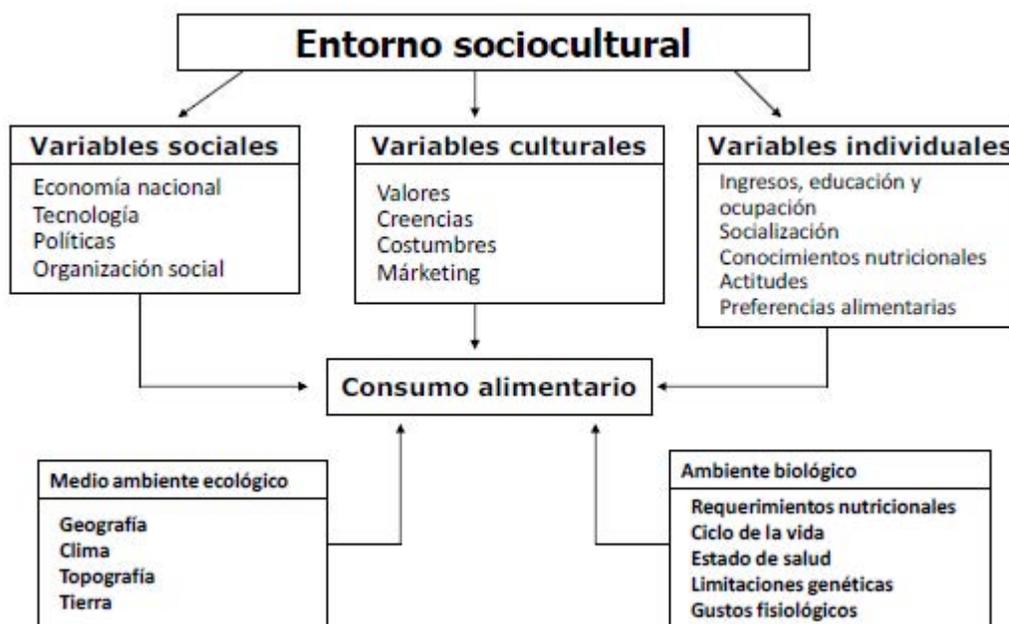


Figura 10. Factores determinantes de los hábitos alimenticios. Fuente: (Aranceta Bartrina, 2016)

Una de las características principales que poseen los medios de comunicación es la influencia que tiene sobre los consumidores ya que el mensaje que emite es cargado de productos que influyen en la psiquis de las personas para que realicen el consumo desenfrenado. Es por ello, que se debe tomar en cuenta todos los aspectos que influyen en la comunicación para así poder comprender el mensaje del producto que se está ofertando en la publicidad. En la Figura 11,

se visualiza el modelo relacional de la comunicación.

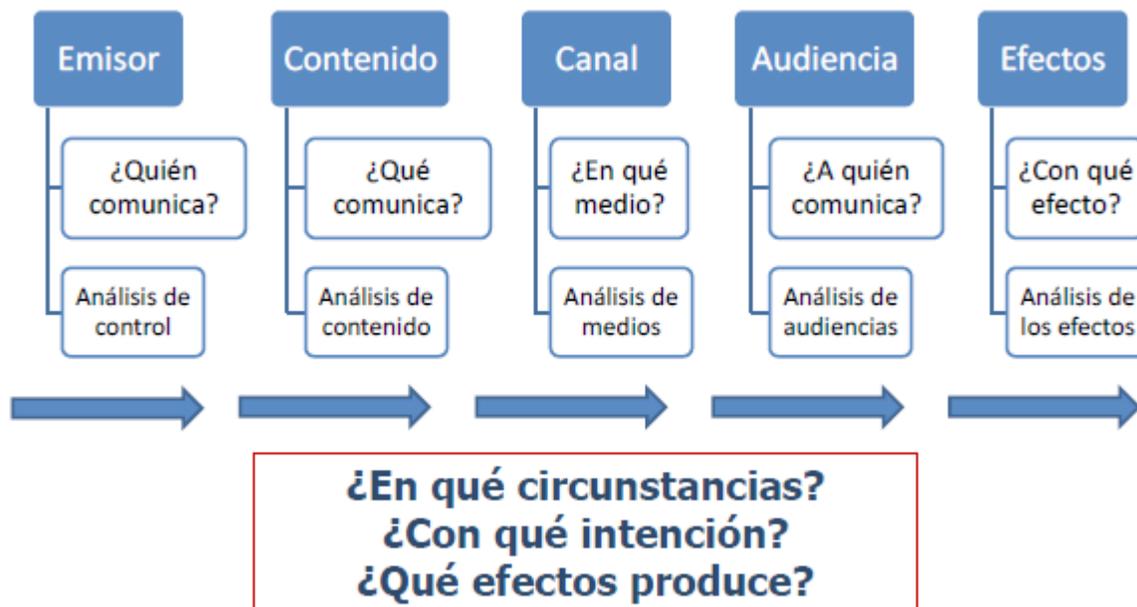


Figura 11. Modelo relacional de la comunicación. Fuente: (Aranceta Bartrina, 2016)

Ahora, indudablemente que los medios de comunicación han proporcionado mensajes inequívocos de una cultura que promueve el consumo. Desde el punto de vista estético, ha desarrollado el culto a la delgadez, al cuerpo atlético, a la belleza superior y al fitness. Este mensaje va directo a las personas que sienten necesidades emocionales porque no se sienten conformes con su cuerpo por lo que estos son catalizadores de los TCA.

“Los medios de comunicación recogen y transmiten distintas imágenes de la mujer, haciendo especial incidencia en la «perfección» en todas sus facetas. Como consecuencia a la mujer se le exige y se le hace sentir en la obligación de parecer joven, ser buena ama de casa, buena madre y cuidadora, buena compañera y buena profesional, y además de todos estos roles, la mujer debe estar siempre delgada y bella”. (Ruiz García & Castillo Algarra, 2004, pág. 106)

Estos medios de comunicación han producido influencia negativa dentro de la sociedad. Se han creado estereotipos que no desarrollan ejemplos positivos en los adolescentes y que se suman a la presión social que se ejerce en las escuelas



y en los trabajos. Estos productos expresados en los medios de comunicación van directo a esta población porque son los más vulnerables para poder vender los productos, es decir lo que busca es la mercantilización de los mismos a cuesta de los valores sociales y ciudadanos que tenga la población. En la Figura 12, se detalla un diagrama de bloque que expresa los medios de comunicación, información, publicidad, necesidades sentidas, decisión de compra y modelo alimentario relacionado.

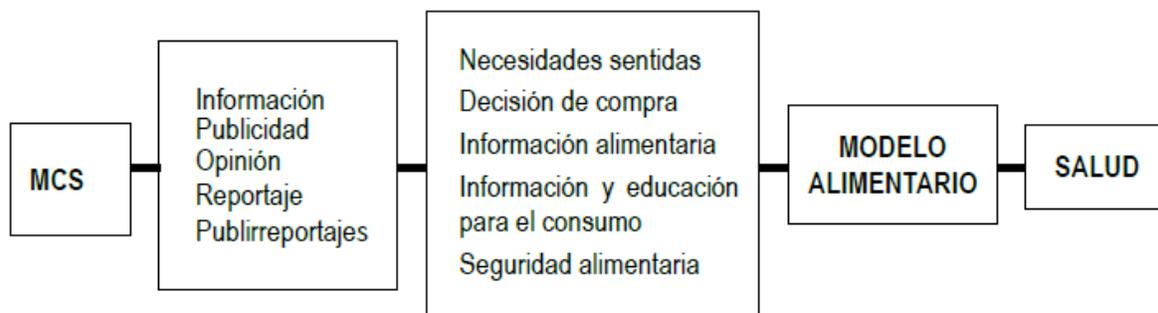


Figura 12. Medios de comunicación, información, publicidad, necesidades sentidas, decisión de compra y modelo alimentario relacionado. Fuente: (Aran-ceta Bartrina, 2016)

Dentro de estos medios el principal protagonista es la televisión. No solo son las publicidades de los productos sino también los programas que hacen vida dentro de estos canales. Las personas que los moderan son reflejo de este tipo de cultura. Presentan delgadez, buena forma del cuerpo, altas, con belleza bastante definida. También promueven, indirectamente, el culto a la cirugía cosmética, ya que muchas de las mujeres que presentan los diversos programas televisivos presentan diversas cirugías estéticas, produciendo así una influencia en los consumidores.

Las revistas también influyen directamente en el comportamiento de los adolescentes. En estas se reflejan las informaciones sobre dietas, imagen, belleza, moda y chismes, temas que gustan y siembran en la mente de las muchachas un fuerte cambio de vida. Los modelos presentados allí presentan una figura fitness por lo que indirectamente influye en la forma de padecer el TCA.



Actualmente, las redes sociales también juegan un papel importante para el desarrollo de este tipo de padecimiento. No solo muestran las figuras delgadas y bellas, sino que también dan la posibilidad de que entre los usuarios se comuniquen si se produce la influencia de los más cercanos. También estas herramientas digitales pueden llegar a los adolescentes en cualquier espacio y tiempo por lo que su influencia va en aumento.

Los medios de comunicación no influyen solo a las mujeres para que tengan el cuerpo ideal basado en el culto a la delgadez, también influye en los hombres cuando ofrece el culto al cuerpo bien definido. La publicidad y mensajes buscan informar que los hombres deben poseer la masa muscular acorde a los estereotipos formados. Se vuelve cultural este tipo de manifestación que para ambos es casi religioso poder transformarse en el sujeto que socialmente es aprobado.

“La publicidad de estética difunde el modelo *fitness* (fuerte y atlético) como prototipo de salud y éxito, lo cual puede causar una obsesión por el culto al cuerpo y una frustración en hombres cuya complexión no se adapte a estos cánones. La insatisfacción se refleja en la discrepancia entre los atributos físicos auto percibidos y los estándares sociales que el sujeto ha ido interiorizando. El atractivo físico es fuente de influencias sociales y casi siempre opera a favor de la persona que cumple los cánones de belleza establecidos. Compararse con ideales elevados puede ser devastador, al conducir a sentimientos de poca valía personal, insatisfacción, cuadros obsesivos y desarrollo de psicopatologías somáticas como la vigorexia”. (Peyró, 2008, pág. 11)

Los medios de comunicación tienen la responsabilidad de comunicar mensajes positivos sobre cuidados de la salud. Deben influir positivamente ya que son los principales medios de información por la cual pueden tener interacción los adolescentes. Las nuevas tecnologías deben enfocarse en transmitir información que busque cuidar la salud sin tomar en cuenta los estereotipos formados por esta cultura consumista. Debe existir un nuevo compromiso por parte de los profesionales de los medios en búsqueda de información que sea de importancia para el bienestar y calidad de vida de las personas más vulnerables. Los medios influyen directamente en la percepción de la enfermedad por lo que no se descarta su importancia dentro de las mismas. Esto se puede observar en la Figura

13, la cual refleja el modelo de creencias en salud por parte de los individuos.



Figura 13. Modelo de creencias en salud. Fuente: (Aranceta Bartrina, 2016)

Predisposición psicológica

Indistintamente de las factoras que se presentaron anteriormente y la influencia que puedan tener, es la predisposición de los individuos en dejar permitir que estas influencias alteren el comportamiento emocional y físico. La conducta emocional es muy importante a la hora de poder sufrir alguna enfermedad y más si esta es consecuencia de un trastorno. Es la autoestima el principal parámetro que influye directamente en la valorización de la persona a padecer alguna enfermedad o trastorno. En la Figura 14 se muestra como es la influencia de la génesis de los TCA y como la autoestima juega un papel importante.

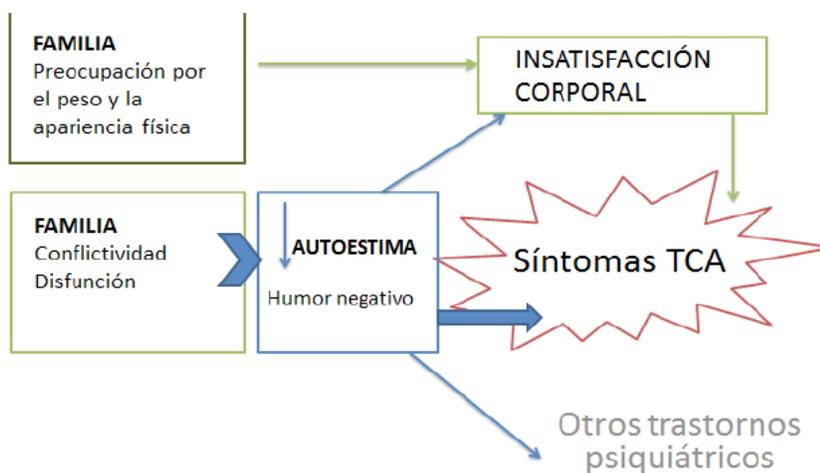


Figura 14. Influencia de la génesis de los TCA. Fuente: (Nájera-Fernández, 2017)

“La autoestima se puede considerar como un factor previo, predisponente y como síntoma posterior de este tipo de trastornos; quiere decir que, a pesar de ser un factor muy conexo con la aparición del trastorno (a menor autoestima = mayor probabilidad de desarrollar el trastorno), también se puede considerar una variable influyente en el transcurso de la enfermedad (a menor autoestima= mayor gravedad de la enfermedad)”. (Nájera-Fernández, 2017, pág. 24)

La autoestima está relacionada con el bienestar y este a su vez se divide en dos el bienestar psicológico y el bienestar subjetivo. El primero se basa en la forma de percibir la vida y en los sueños y metas que se plantean las personas y que se relacionan con el contexto social, y el segundo se basa en la felicidad y bienestar que pueda lograr el individuo.

A parte de este problema de autoestima, esta también problemas de confianza, de poca relación social, miedo a enfrentar los problemas, falta de autonomía y la falta de percibir su entorno con objetividad. Todos estos contribuyen a que se deteriore la calidad y bienestar de vida de las personas que la padecen como de la familia y el entorno.

Existen muchos factores que ejercen la presión en la predisposición de las personas en sufrir estos trastornos. Uno de ello es la condición física, tanto el peso, la edad y el sexo son factores vulnerables para este tipo de enfermedad. El exceso de peso en las mujeres en la adolescencia es catarsis de sufrir estas enfermedades. Los hombres en edad fértil pueden sufrir estos trastornos ya que la percepción de falta de masa muscular es uno de los síntomas.

Existen muchos instrumentos de medición de las conductas psicopatológicas o trastornos psiquiátricos las cuales pueden reflejar el comportamiento y la conducta del individuo frente a su entorno y como socializa o enfrenta estos trastornos. El miedo a enfrentar los problemas, a aumentar de peso y el miedo a la ingesta de los alimentos son algunos de los factores que miden estos instrumentos. También se consideran la medición de la delgadez, el abuso de laxantes,



comer a escondidas, la presión social percibida, baja autoestima, desconfianza, entre otras mediciones son tomadas en cuenta.

“Los psicólogos cognitivistas creen que lo que se ve y lo que se va aprendiendo poco a poco de la experiencia forma unos esquemas en la mente y que, dependiendo de ellos, se toman decisiones y se actúa. Cuanto más arraigados estén en la conciencia, con más fuerza motivarán la conducta. Existen muchos aspectos que influyen en la formación de estos esquemas (amigos, familia, escuela), aunque actualmente son los medios de comunicación y la publicidad los que tienen un papel principal en su configuración. Casi todo lo que sabemos lo aprendemos a través de imágenes y no en contacto directo con la realidad”. (Peyró, 2008, pág. 11)

CAPITULO III

DIAGNÓSTICO





Indicios físicos, psicológicos y conductuales de la anorexia y bulimia.

Causas y factores de la anorexia y bulimia.

Existen muchas causas que pueden determinar si una persona sufre de algún trastorno, y en especial los TCA, por lo que es necesario poder identificar las causas para así ofrecer un diagnóstico y posteriormente un tratamiento que alivie este trauma, no solo para el paciente, sino para su círculo familiar y amigos. Estas causas están diferenciadas en tres grupos: factores de riesgo, factores biológicos y factores psicológicos.

Los factores de riesgo tienen que ver con la preocupación por el peso y la forma de la figura, dieta, complicaciones durante el embarazo y la presión sociocultural.

En los factores biológicos se encuentran las causas genéticas y bioquímicas. Las primeras han reflejado que el padecimiento de algún familiar y de que sea de sexo femenino incide directamente en la presencia de estos trastornos. Esto refleja comportamientos depresivos, neurosis obsesiva, alcoholismo y aumento del consumo de cigarrillos. Las segundas reflejan un mal funcionamiento en los sistemas neurotransmisores, neuroendocrinos y las áreas cerebrales que trabajan el área del apetito en el individuo.

“Existe consenso generalizado de la disfunción serotoninérgica en esta patología, sin embargo, la búsqueda de otros marcadores biológicos específicos de esta enfermedad en relación con los mecanismos biológicos implicados en la ingesta no aporta resultados concluyentes, dado que las anomalías encontradas a todos los niveles son comunes a los estados de desnutrición severa de otra naturaleza y se interpretan como respuestas adaptativas del organismo a la inanición. Por otra parte, las alteraciones electrolíticas autoinducidas alteran en sí mismas los sistemas de neurotransmisión cerebral”. (Hernando, 2000, pág. 46)



Dentro de los TCA predominan la anorexia y bulimia. Las causas de la anorexia se pueden derivar en tres aspectos: uno de carácter biológico, que depende de la genética de la persona, otro de carácter psicológicos que influye la familia y amigos, y por último de carácter social donde se refleja los estándares sociales del entorno. La insatisfacción corporal es uno de las principales causas de la *bulimia*, ya que algunos perciben una imagen alterada de lo que es un cuerpo o peso normal lo cual es parecida a las personas que sufren de *anorexia*. En la Figura 3 se mostrar el curso de esta patología.

Una de las características de la bulimia son los atracones que producen un gran impulso en comer sin medida para después expulsar los alimentos a través de vómitos debido a síntomas de culpa. Estos atracones aparecen porque efectos adversos en el aspecto emocional del individuo, es decir por baja autoestima, frustraciones y criticas destructivas. Aparecen en los momentos más oportunos ya que se realizan a escondidas de su círculo familiar y por ende la ingesta se hace en grandes cantidades y grandes velocidades de consumo.

“a.- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1) Ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo). b.- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo. c.- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses”. (Rava & Silber, 2004, pág. 354)

Síntomas de la anorexia y bulimia.

En la anorexia, el comienzo es repentino, pero a medida que pasa el tiempo aumenta de manera progresiva ya que es evidente la pérdida de peso drástica por lo que causa alarma en su entorno y es allí donde se recurre a la consulta del médico. En la bulimia esta enfermedad es recurrente ya que aumenta y baja de



peso constantemente.

Las mujeres que sufren de estas enfermedades empiezan a sufrir de amenorrea e infertilidad.

En las personas que sufren de anorexia, la malnutrición produce que las extremidades del cuerpo estén frías y azuladas y es consecuencia de la hipotensión. También, se produce una disminución del corazón y de las paredes ventriculares. Para el sistema respiratorio, las anoréxicas podrían sufrir de neumonía y tuberculosis por las defensas bajas debido a la no ingesta de alimentos. Puede aparecer la diabetes mellitus, problemas con la vista, estreñimientos, disfagia, cólicos nefríticos y cálculos renales. En las manifestaciones hematológicas se ha percibido la presencia de anemia normocromática, pero en algunas ocasiones puede ser ferropénica.

“Físicamente, la piel aparece seca e incluso agrietada y tiene un aumento de la pigmentación 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. Aun así, se atenúan las proporciones femeninas normales características, manteniéndose el desarrollo mamario o encontrándose a lo sumo una cierta reducción de tamaño”. (Lucio, 2008, pág. 10)

En la bulimia existen síntomas que pueden determinar esta enfermedad. Estas son: dolores de cabeza, hinchazón del rostro por la inflamación de las glándulas salivales, problemas odontológicos, problemas en el aparato digestivo como reflujo gastrointestinal, perforación esofágica, rupturas gástricas y pancreatitis por los constantes vómitos, mareos, pérdida del cabello. Existe un factor muy peligroso y es la tendencia de sustancia químicas peligrosas que puedan desencadenar en efectos colaterales en otros organismos del cuerpo.

Desde el punto de vista psicológicos y conductual, las personas que sufren estos trastornos presentan unos comportamientos definidos. Hay posición de evitar contacto en la anorexia y necesidad de afecto en la bulimia. Hay pérdida del interés sexual en las anoréxicas y gran actividad sexual en las bulímicas.



Personas que sufren de anorexia pueden sufrir de irritabilidad y depresión y ansiedad en las que sufren de bulimia. Para ambas enfermedades existe un síntoma que es el perfeccionismo clínico, es decir aplican estándares bastante drásticos y complejos en el control del peso y forma del cuerpo. También tienen un estilo cognitivo de sí mismo y de lo que lo rodea por lo que se suele asociar al perfeccionismo excesivo.

Indicios físicos, psicológicos y conductuales de la vigorexia

Causas y factores de la vigorexia.

“La vigorexia se trata de una combinación de aspectos genéticos, psicológicos y culturales, en donde el autoconcepto en los hombres, la predisposición sintomatológica obsesiva compulsiva relacionada con el narcisismo, son factores predisponentes que sumados a una presión social por adquirir un cuerpo musculoso, llevan a que determinados individuos apuesten la valoración de sí mismos y el sentimiento de sí al cumplimiento del ideal dispuesto culturalmente, de manera similar a lo que ocurre en los trastornos alimentarios”. (Molina J. M., 2007, pág. 35)

El problema de la vigorexia tiene factores multicausales que depende de la condición biológica, psicológica y sociocultural del individuo, al igual que las personas que sufren de anorexia y bulimia. Estos son factores que producen un efecto negativo si las condiciones emocionales del individuo están en desequilibrio.

Este problema nace de que las personas se perciben delgadas, cuando en realidad no lo son, y es allí donde comienza una rutina fuerte de ejercicios. La vigorexia la sufren en su mayoría hombres en edad fértil, el cual buscan obtener el cuerpo perfecto. En la Figura 15 se puede observar los múltiples factores que pueden causar vigorexia.

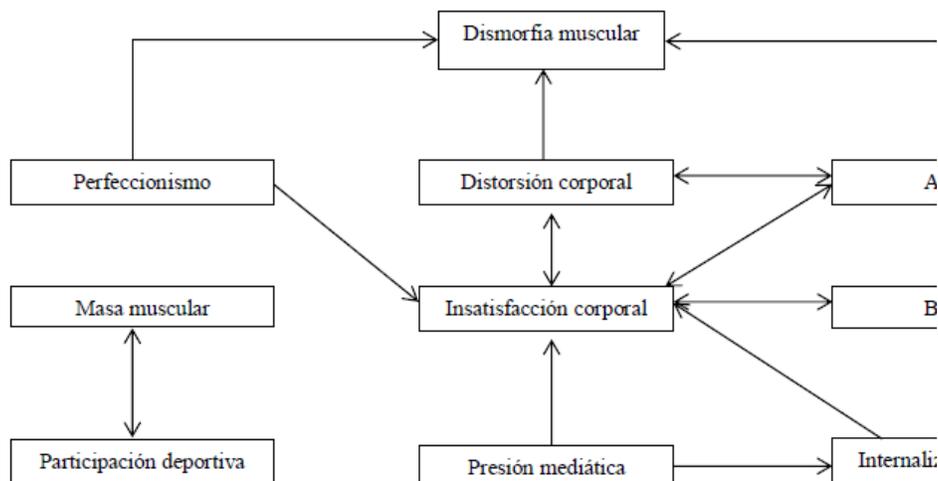


Figura 15. Factores que contribuyen al desarrollo de la vigorexia. Fuente: (Ruiz Lao, 2016)

Los factores bioquímicos para esta enfermedad están ligados por las endorfinas, encefalinas y las dinorfinas. Estas son capaces de inducir cambios en la morfología de los músculos, produciendo efectos analgésicos, relajación, cardiovasculares y metabólicos. Estas pueden disminuir el dolor por el levantamiento de peso o por la realización de ejercicios drásticos o extremos. En la Figura 16 se detalla el ciclo de las causas bioquímicas del trastorno, este también es asociado a la práctica excesiva del ejercicio.



Figura 16. Ciclo de las causas bioquímicas del trastorno de vigorexia. Fuente: (Mazzeo, 2009)



La sobre realización de ejercicios puede acarrear lesiones en algunos de ellos músculos o articulaciones ya que se somete esa parte del cuerpo a mucho esfuerzo en repetidas ocasiones por lo que muchos de los que padecen de vigorexia recurren a la ingesta de fármacos cargados con endorfinas que ayudan liberar el dolor. A pesar de obtener el resultado deseado, el musculo sigue sufriendo provocando una fractura más grave. En la Tabla 3 se puede muestra las causas más comunes en lesiones deportivas.

Tabla 3.

Causas más comunes en lesiones deportivas

CAUSAS MÁS COMUNES DE LESIONES EN DEPORTISTAS
<ul style="list-style-type: none">• Sobre entrenamiento• Trabajar el cuerpo en contra de su constitución• Mala técnica sobre todo en ejercicios de fuerza• Ignorar normas de seguridad• No comer adecuadamente• Adicciones: tabaquismo, alcoholismo o uso de drogas• Calentamiento previo insuficiente• No realizar estiramientos antes y después del ejercicio

Fuente: (Castro & Ferreira, 2007)

Otro factor bioquímico es el consumo de esteroides anabolizados con la finalidad de ganar masa muscular. Es utilizado cuando ya los ejercicios extremos o drásticos no logran aumentar más allá de lo normal el musculo.

Entre las causas socioculturales esta la constante comparación entre los que sufren esta enfermedad o con los estereotipos inculcados en los medios de comunicación como la televisión, revistas y redes sociales en internet. Por supues-



to, esto asociado a los factores psicológicos que dependen del carácter emocional de las personas. Es la necesidad de alcanzar los estándares estéticos de la sociedad

“La imagen produce un sentimiento, y el sentimiento, una valoración, un juicio y una forma de actuar. La ideología de la buena forma física combinada con la apariencia «sexy» se muestra de forma explícita a través de la publicidad de estética, erotizando al cuerpo y presentándolo como un objeto sexual accesible. Son imágenes que sirven, más que como catalizadores de cambios sociales, como catalizadores para nuevos negocios y su explotación comercial; estereotipos confeccionados de forma interesada por parte de quien los produce y que, en muchos casos, están destinados a manipular la conciencia del espectador”. (Peyró, 2008, pág. 11)

Síntomas de la vigorexia.

Existen manifestaciones clínicas considerables en lo que respecta a esta enfermedad. Desde el punto de vista físico, pasando por lo social y familiar hasta síntomas por sobre entrenamiento.

“Las manifestaciones son la preocupación por ser débil o poco musculoso, la incapacidad de ver con objetividad el propio cuerpo, junto a la permanente auto observación en el espejo para comprobar el tamaño de sus músculos. Los pensamientos obsesivos sobre no ser suficientemente grande, sentirse demasiado pequeño y la mejora de su aspecto físico conllevan a una ansiedad y depresión afectando fuertemente su autoestima”. (Mariño Vives & Castro, 2018, pág. 27)

La persona dedica más de 30 minutos pensando en cómo poder ganar más masa muscular por lo que esto le produce un trastorno de poder evitar contacto social con las demás personas por miedo a ser juzgado por su apariencia débil. Esto acarrea mucho más tiempo en gimnasios por lo que el tiempo para la familia y las labores disminuyen produciendo inconvenientes en su entorno.

Tiene incapacidad de tener objetividad sobre su propio cuerpo y el de los demás, pensamientos obsesivos y compulsivos, ansiedad y depresión, cambios en el humor, dolores musculares y abusos de sustancias para eliminar dolor e



incrementar la masa muscular.

En la Figura 17, se detalla los síntomas del trastorno de vigorexia a través de factores emocionales, psíquicos, físicos y estéticos.

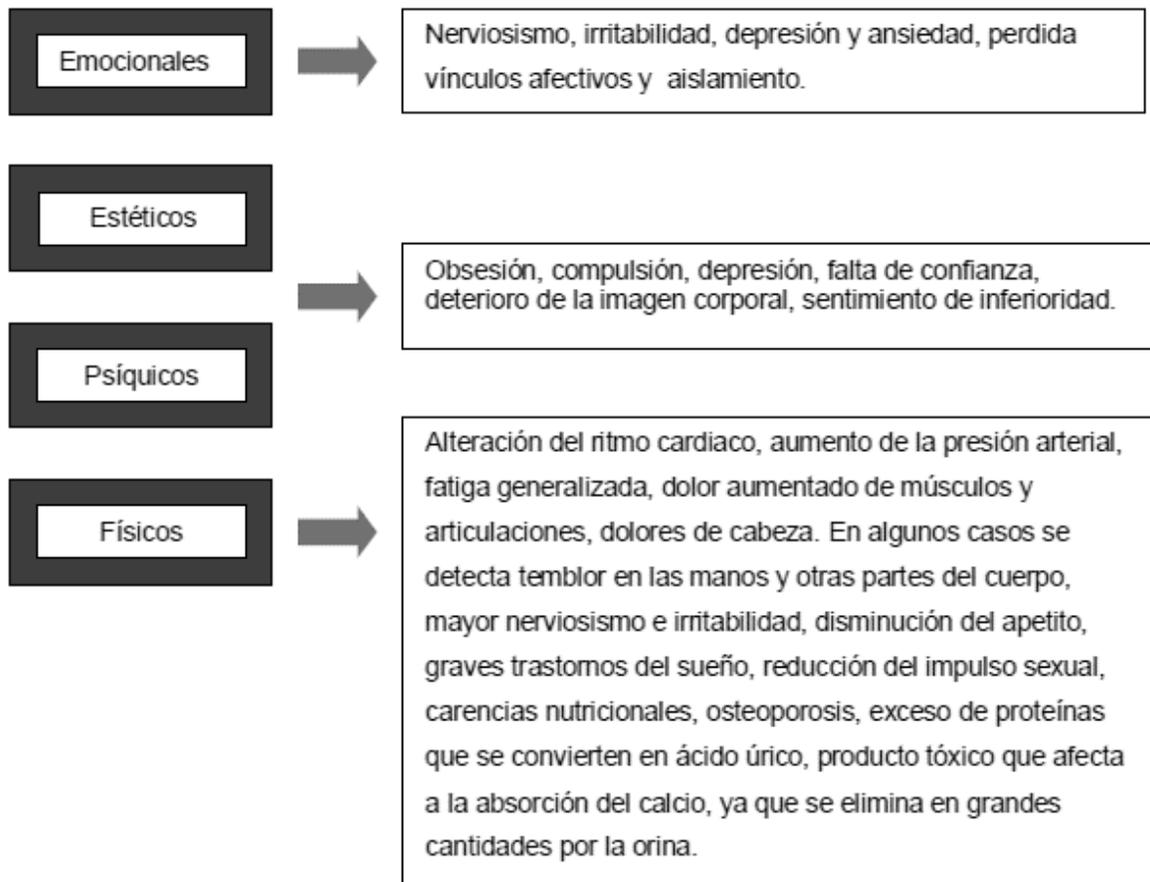


Figura 17. Síntomas del trastorno de vigorexia. Fuente: (Mazzeo, 2009)

Diagnóstico médico

Para poder encontrar un tratamiento que sea factible en la mejora de la calidad de vida de las personas que sufren estos tipos de trastornos alimenticios es necesario aplicar una serie de métodos a través de lo que se denomina diagnóstico médico.

Diagnóstico médico de la anorexia.

En la Tabla 3 se puede detallar tres tipos de diagnósticos importantes en la

anorexia. Estos son el diagnóstico de la Academy for Eating Disorders (AED) y un diagnóstico diferencial.

Tabla 3.

Diagnóstico médico de la anorexia.

DIAGNOSTICO DE LA AED	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
Medición de estatura, peso y determinación de índice de masa corporal (IMC); que incluye, registro de peso, talla e IMC en gráficas de crecimiento para niños y adolescentes, evidenciando los cambios de mediciones previas.	La antropometría, por su parte, es esencial y debe incluir el peso, la estatura, el cálculo del índice de masa corporal ($\text{kg}/\text{estatura}^2$ [m]) y la pliometría.
Presión arterial y frecuencia cardiaca en posición supina y de pie.	Se deben descartarse otras enfermedades médicas que cursan con disminución ponderal acentuada, entre las que se encuentran la diabetes tipo I, el hipertiroidismo primario o secundario, las neoplasias, el síndrome de la arteria mesentérica superior y la propia desnutrición carencial
Frecuencia respiratoria	
Temperatura corporal, buscando hipotermia (temperatura menor de 35.6°C)	
Historia menstrual en mujeres (terapia de reemplazo hormonal, incluyendo medicación anticonceptiva)	Los estudios paraclínicos más útiles son: biometría hemática completa, electrolitos séricos, glucemia en ayunas, perfil básico de hormonas tiroideas, y electrocardiograma.
Historia familiar, incluyendo síntomas o diagnóstico de anorexia o bulimia, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, trastornos de uso y abuso del alcohol y otras sustancias.	La evaluación inicial comprende una historia clínica médico-psiquiátrica completa, haciendo énfasis en la conducta alimentaria previa, la historia ponderal, la presencia de episodios previos de amenorrea en relación con el peso corporal y la esfera neurológica para descartar condiciones que puedan estar asociadas o ser las causantes de la sintomatología alimentaria
	Casos aislados de Fabia como el del llamado “ <i>globus hystericus</i> ” caracterizado por una sensación de cuerpo extraño en la faringe que le impide a la persona deglutir naturalmente sus alimentos.



	Es conveniente medir las concentraciones de fosfato en sangre y solicitar densitometría ósea de columna lumbar y cadera, para evaluar la densidad mineral ósea, ya que frecuentemente estas pacientes cursan con osteopenia u osteoporosis
	La morfología cerebral debe evaluarse con una tomografía axial computada o un estudio de resonancia magnética, ya que se conoce que estas pacientes con desnutrición crónica pueden presentar pseudoatrofia cerebral.

Fuente: (Asensio Aller, 2014; del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009)

Diagnóstico médico de la bulimia.

Para el diagnóstico de la bulimia se realizó un diagnóstico diferencial, como se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4.

Diagnóstico médico de la bulimia.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
El diagnóstico diferencial de este padecimiento debe tomar en cuenta cualquier condición de origen gastrointestinal o sistémico que curse con vómitos repetidos o con la presencia de poliuria o diarrea.
Hacer un interrogatorio a los familiares de ésta en relación a las conductas periféricas a los vómitos (pararse al baño después de comer, poner música o hacer ruidos mientras se está en el baño, etc.) o si han descubierto diuréticos o laxantes en poder de la enferma sin tener una indicación médica para ellos.
Se pueden observar estigmas físicos como el signo de Russell (excoriación o cicatriz en el dorso de la mano con la que se provocan usualmente el vómito, causado por el roce frecuente con los incisivos superiores), la hipertrofia de parótidas por el vómito crónico, el desgaste del esmalte dental y la presencia de Petequias periorbitarias observables recién provocado el vómito.
La antropometría, por su parte, es esencial y debe incluir el peso, la estatura, el cálculo del índice de masa corporal ($\text{kg}/\text{estatura}^2$ [m]) y la plicometría.
Los estudios paraclínicos más útiles son: biometría hemática completa, electrolitos séricos, glucemia en ayunas, perfil básico de hormonas tiroideas, y electrocardiograma.

Fuente: (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009)

Diagnóstico médico de la vigorexia.

Como la vigorexia es una enfermedad que tiene pocos años de estudio comparada con la anorexia y bulimia, sus diagnósticos han variado desde su descubrimiento por Pope y col en 1997 hasta la actualidad. En la Tabla 5 se determinan los criterios diagnósticos entre el propuesto actualmente por el Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-5] y el descubierto en 1997.

Tabla 5.

Criterios diagnósticos de la vigorexia entre el propuesto actualmente por el Diagnostic and statistical manual of mental disorders [DSM-5] y el descubierto en 1997

Trastorno dismórfico corporal (DSM-5)	Dismorfia muscular
<p>A. Preocupación por uno o más defectos percibidos o imperfecciones en la apariencia física que no son observables o parecen sin importancia a otras personas.</p> <p>B. En algún momento durante el curso del trastorno, la persona ha realizado comportamientos (p. ej., mirarse en el espejo, acicalarse excesivamente, pellizcarse la piel, querer asegurarse de las cosas) o actos mentales (p. ej., comparar la propia apariencia con la de los demás) repetitivos como respuesta a las preocupaciones sobre la apariencia.</p> <p>C. La preocupación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.</p> <p>D. La preocupación por la apariencia no se explica mejor por la preocupación por el tejido adiposo o el peso corporal de un individuo cuyos síntomas cumplen los criterios diagnósticos de un trastorno alimentario.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Con dismorfia muscular: El individuo está preocupado por la idea de que su estructura corporal es demasiado pequeña o no suficientemente musculosa. Este especificador se utiliza incluso si la persona está preocupada con otras áreas del cuerpo, lo cual es a menudo el caso.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p>Indicar el grado de introspección sobre las creencias del trastorno dismórfico corporal (p. ej., "estoy feo" o "estoy deforme").</p> <p>Con buena introspección: El individuo reconoce que las creencias del trastorno dismórfico corporal son claramente o probablemente falsas o que pueden ser ciertas o no.</p> <p>Con poca introspección: el individuo piensa que las creencias del trastorno dismórfico corporal son probablemente ciertas.</p> <p>Sin introspección/con creencias delirantes: El individuo está completamente convencido de que las creencias del trastorno dismórfico corporal son ciertas.</p>	<p>1. La persona tiene una preocupación con la idea de que su cuerpo no es lo suficientemente libre de grasas y musculoso.</p> <p>2. La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento, como lo demuestra al menos dos de los cuatro criterios siguientes:</p> <p>a) Con frecuencia el individuo renuncia a importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido a una necesidad compulsiva de mantener su entrenamiento y programa de dieta.</p> <p>b) El individuo evita situaciones en las que su cuerpo está expuesto a los demás, o sufre este tipo de situaciones con marcada angustia o ansiedad intensa.</p> <p>c) La preocupación por la insuficiencia de tamaño del cuerpo o de la musculatura provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.</p> <p>d) El individuo continúa con patrones rígidos de ejercicio y dieta, o utilizando sustancias para mejorar su rendimiento a pesar del conocimiento de las consecuencias físicas y psicológicas adversas.</p> <p>3. El foco principal de la preocupación y los comportamientos es el ser demasiado pequeño o inadecuadamente musculoso, y no sobre la gordura como en la anorexia nerviosa, u otros aspectos de la apariencia, como en otras formas de trastorno dismórfico corporal.</p>

Fuente: (Compte & Sepúlveda, 2014)

Diagnóstico psiquiátrico y/o psicológico

Existe un proceso evolutivo de los TCA desde el punto de vista psicológico. Este esquema puede verse en la Figura 18. Este avance de la enfermedad pasa por tres estados que van desde el nacimiento de TCA, pasando por el desarrollo de catalizadores conductuales y finalizando con el trastorno establecido crónico.

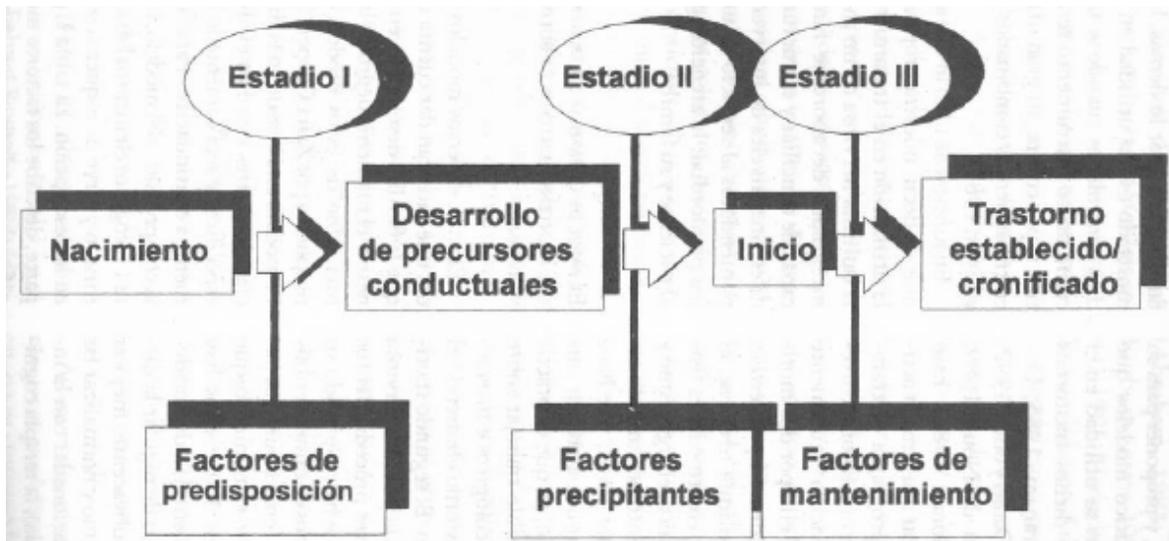


Figura 18. Esquema evolutivo de los TCA. Fuente: (Leal & Crespo, 1997)

Las tres enfermedades, anorexia, bulimia y vigorexia, tienen en común la preocupación por el estado físico del peso, de la forma de verse bien. Por supuesto, esto genera un trastorno de la imagen corporal. Tiene criterios que determinan un componente perceptual, componente subjetivo (cognitivo-afectivo) y componente conductual.

Es necesario poder hacer criterios diagnósticos al trastorno de la imagen corporal donde la Diagnostic and statistical manual of mental disorders, aporote esta evaluación a través de la DSM III R, DSM-IV y DSM-IV TR. En la Tabla 6 se puede observar dichos criterios.

Ahora, en los trastornos de conducta alimentaria, regidos principalmente por la anorexia y la bulimia, se tiene una serie de criterios que depende principalmente de factores psicológicos como la ansiedad y depresión.

Tabla 6.

Criterio diagnóstico del trastorno de la imagen corporal según la DSM III R, DSM-IV y DSM-IV TR.

Preocupación por algún defecto imaginado del aspecto físico en una persona aparentemente normal. Cuando hay leves anomalías físicas, la preocupación del individuo es excesiva.
La preocupación provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
La preocupación no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ej. Insatisfacción con el tamaño y la silueta corporales en la anorexia nerviosa)

Fuente: (Raich, 2004)

La ansiedad es un proceso de respuesta del cuerpo humano ante la inseguridad de lo que acontece a su alrededor. Es como un sistema de vigilancia que tienen o manifiesta el cuerpo humano. Esta ansiedad constante puede manifestarse externamente de diferentes maneras y con particularidades en cada individuo, tales como dificultad para concentrarse, inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión muscular, problemas para dormir, sobrealimentación, entre otras (Da Silva, 2015).

La depresión se puede caracterizar por la falta de interés o motivación a lograr un objetivo. En el trastorno de conducta alimentaria tiene gran importancia. El rasgo esencial en esta es la existencia de un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades (Da Silva, 2015).

Otro aspecto a considerar dentro de los problemas psicológicos y psiquiátricos es la conducta a la adicción por parte de los anoréxicos, bulímicos y vigoréxicos. La adicción es una patología que influye drásticamente en el crecimiento del trastorno, sea de la imagen corporal o de conducta alimentaria.

La adicción se basa en la búsqueda desenfrenada de respuestas a las inquietudes presentes en el individuo, esa búsqueda puede ser de cualquier tipo y sin control aparente donde su crecimiento es cada vez mayor. Existen cuatro características conductuales a la adicción las cuales se ven reflejadas en la Tabla 7.



Para los TCA se puede realizar métodos de evaluación psicológica, tal como se detalla en la Tabla 8.

Tabla 7.

Características conductuales a la adicción.

CARACTERÍSTICA	OBSERVACIÓN
Obsesión	La conducta adictiva es, por lo general, apremiante y desgastadora. La obsesión por algo (o por alguien), se refiere al hecho de que el objeto de obsesión ocupa buena parte de los pensamientos de la persona y esta tendera a organizar su vida de un modo que facilite su obtención. En este sentido, algunas personas con adicciones a ciertos alimentos procuran abastecerse de ellos para garantizar su acceso a ellos u organizar encuentros sociales donde estos alimentos estén presentes. Paradójicamente, encontramos algunas personas con conductas que en principio son positivas desde el punto de vista de la salud, pero que han desarrollado cierta obsesión al respecto como la práctica de actividad física (vigorexia) o la alimentación sana (ortorexia).
Consecuencia Negativas	Las conductas adictivas producen placer, alivio y otras compensaciones a corto plazo, pero provocan problemas a largo plazo. La adicción se vuelve en contra de la persona. Esta nocividad no se refiere exclusivamente al nivel físico, sino que también puede reflejarse en otros aspectos de la vida. La persona que tiene una adicción puede comenzar a restarle tiempo a su trabajo o a su familia para procurar el objeto de su adicción o para recuperarse del abuso del mismo, es posible que destine dinero a la compra de este y, además, suele experimentar sentimientos de culpa, fracaso, impotencia, depresión y desesperanza. La ganancia progresiva y constante de peso es un ejemplo claro de las consecuencias negativas que tiene el abuso en el consumo de ciertos alimentos.
Falta de Control	Pese a las consecuencias negativas, la persona con una adicción será incapaz de controlar o detener la conducta correspondiente. La sustancia o actividad en cuestión lo controla, en lugar de ser esta persona la que ejerza control sobre su uso. En algunos casos la persona con obesidad reconoce que ha perdido el control sobre su salud o que suele perder el control de la cantidad de alimentos que ingiere (descontrol alimentario o atracón).

Negación	Las personas con una adicción justifican un mecanismo de autodefensa, minimizan el problema, evitan hablar del mismo, culpan a otros, postergando así el abordaje terapéutico del problema. La distorsión de la imagen corporal que manifiestan algunas personas con obesidad o sobrepeso pudiera ser considerada una señal de negación que debe ser considerada para entender la forma como ellas perciben sus dimensiones corporales y su patología.
-----------------	---

Fuente: (Da Silva, 2015)

Tabla 8.

Métodos de evaluación psicológica para los TCA.

Utilizar la entrevista como método de evaluación y diagnóstico. Existen diversas entrevistas estructuradas muy apropiadas para una aplicación inicial (IDED, SEDC, EDE, CEDRI, SCID). Dado que la negación de la problemática es una constante en las personas que padecen TCA, es importante cuidar y establecer una buena relación terapéutica desde la primera toma de contacto con el paciente
Establecer una breve historia del peso corporal, esto es, preguntar desde cuándo se ha manifestado la variación de peso, durante cuánto tiempo se ha mantenido el estado actual, si estos cambios pueden estar debidos a algún acontecimiento vital estresante o cambios en la dieta/hábitos alimentarios, cuál ha sido el peso máximo y mínimo que ha tenido el sujeto y cuál es el peso ideal que desea tener.
Evaluar los hábitos y actitudes alimentarias, el seguimiento de dietas, los atracones y las conductas purgativas mediante: entrevistas estructuradas, entrevista conductual del tipo A-B-C (antecedentes-conducta-consecuentes), los autoinformes y cuestionarios generales o específicos y, además, también son muy útiles los métodos de observación directos (a través de test conductuales) o indirectos (mediante autorregistros realizados por el propio sujeto).
Aplicar métodos de evaluación de la imagen corporal mediante entrevistas, cuestionarios, autoinformes y medidas de estimación de la imagen corporal. Es necesario clarificar la representación mental y/o actitud que el paciente tiene respecto a la apariencia física de su cuerpo y de su silueta. La percepción corporal de las anoréxicas y bulímicas purgativas (no en bulímicas compulsivas) suele estar distorsionada.
También se debe evaluar el deseo de adelgazar (motivación exagerada por alcanzar un peso corporal bajo y una figura muy delgada) y la insatisfacción con el tamaño del cuerpo (desajuste entre el peso y silueta ideal deseada por el sujeto).

Fuente: (González Pita, 2017)

También existen trastorno de conducta alimentaria no especificado (TCA-NE) los cuales tienden a tener los mismos sistemas en la mayoría de las ocasiones pero que pueden tener alguna variante que pueda excluirla de ese grupo.



Esto se pueden ver en la Tabla 9.

Table 9.
Categoría diagnóstica TCANE.

Categoría diagnóstica TCANE Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (subtipos)

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares. (TCANE-R₍₁₎)
2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad. (TCANE-R₍₂₎)
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses. (TCANE-P₍₃₎)
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas). (TCANE-P₍₄₎)
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

(Carretero García, Sánchez Planell, Rusiñol Estragués, Raich Escursell, & Sánchez Carracedo, 2009)

Criterios para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico de la anorexia.

La DMS realizó un estudio y determinó que los criterios diagnósticos psiquiátrico y psicológico de la anorexia son los reflejados en la Tabla 10.

Tabla 10.

Criterios diagnósticos psiquiátrico y psicológico de la anorexia.

Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal, considerando la edad y la talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior a 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior a 85% del peso esperado).
Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
En las mujeres postpuberales, presencia de amenorrea; ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos (se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Fuente: (González Pita, 2017)

Para poder reflejar estos criterios diagnósticos se debe evaluar los efectos sociológicos de la anorexia. Estos se pueden detallar en la Tabla 11.

Tabla 11.
Efectos psicológicos de la anorexia.

EFEECTO	OBSERVACIÓN
Cambios intelectuales	<p>Se dice que el hambre deteriora el razonamiento en las personas, este daño progresa de acuerdo a la enfermedad. El pensamiento complejo se ve alterado por causa de la inanición, este detalle se puede ver evidenciado en la dificultad para realizar operaciones matemáticas, por la falta de abstracción en el pensamiento. Se deteriora y hasta llega a desaparecer la creatividad, la imaginación, la dedicación, y la facilidad para afrontar situaciones diversas. El pensamiento se centra cada vez más en las ideas sobre la comida y debido al hambre esta se convierte en su principal preocupación.</p> <p>Debido a la falta de concentración tienen dificultad en el trabajo o el estudio, la memoria y el control de movimientos corporales disminuyen, por la que se perciben torpes, se sienten desorientados y se aíslan más de la realidad. A medida que esta situación progresa, aumenta también la pérdida de sutilezas y cordialidades en su vida, no solo que ellas actúan así, sino que perciben al mundo de esta manera.</p> <p>La vida social de los anoréxicos se ve afectada en la manera en que para ellos es difícil y casi imposible entender las interacciones que se dan en los grupos, ya sean estos reducidos, se ven confundidos, no encuentran coherencia entre lo que pasa. De esta manera se desarrolla la necesidad de organizar y prever cada detalle, no son espontáneos y sienten frustración en acontecimientos inesperados, por lo que prefieren el aislamiento.</p>
Sexualidad	<p>Debido al cambio hormonal, el interés sexual disminuye y al presentarse la inhibición de hormonas reproductoras los individuos entran en un estado semejante al de la preadolescencia, por la que no perciben ningún estímulo sexual, ya sea de su pareja si es que la tienen. Se debe considerar que el papel socio-cultural es grande, pero llega a ser ignorado.</p> <p>Las personas se sienten confundidas y miedosas, lo que les conduce a una regresión psicológica a etapas preadolescentes. Como no existen deseos de establecer una relación sexual, entonces este es un método liberador de esta crisis de identidad.</p>
Estado de ánimo y los sentimientos	<p>Los individuos mal nutridos pierden fuerza en sus sentimientos, ya sea de ira, amor, tristeza, odio, placer o celos. Esto les vuelve indiferentes ante lo que pasa, se encuentran como anestesiados frente a la vida y les da una apariencia de indiferencia o distanciamiento ante las cosas. La inanición también conduce a un estado de euforia, a este estado se le conoce como "Elevación del Ayuno". Este es un cambio de humor que ocurre predeciblemente al reducir de manera considerable la cantidad de alimentos ingeridos, se sienten felices al percibir que flotan. Se presenta con prontitud, aun teniendo el peso adecuado. El ayuno provoca secreción de adrenalina, la misma que trae como consecuencias el sobresaltamiento de los ojos, ritmo cardíaco acelerado y respiración más profunda.</p> <p>Los sistemas metabólicos pueden crear la sensación de mareo. El ejercicio exagerado les brinda placer, pero también genera estrés. Al hallarse en inanición presentan hiperactividad, tienen sensibilidad a la luz, sonidos, colores y otros estímulos externos. "El canto de los pájaros, es más fuerte; el pasto, más verde; la luz, más intensa, demostrándose en esto la hiperactividad.</p> <p>Al ir los anoréxicos de un extremo a otro en su estado de ánimo, se puede observar que en diferentes situaciones son tan arrogantes que la gente los detesta, pero de un momento a otro se detestan y piensan que no sirven para nada, llegando a despreciarse a sí mismos y creen que no merecen vivir.</p>
Autoestima	<p>La baja autoestima puede ser disimulada, aunque aparezca de esta manera, su actitud psíquica está en relación con su manera de comer y el peso. Esta se manifieste o no, debe ser tratada, estimulando a la persona y ayudándole a recobrar la confianza en sí misma.</p> <p>Las anoréxicas se sienten sobre valoradas por el resto, piensan que son consideradas capaces y con gran desenvoltura social. En el momento del tratamiento, el terapeuta debe ser muy tímido en este aspecto, si él refuerza este pensamiento en la paciente, esta puede tener miedo de ser descubierta o se sentirá incómoda por esta falta de autenticidad en su persona, por lo que puede dejar de acudir a consulta. De igual manera si en algún momento siente que el médico se ríe o se burla de ella, suspenderá la terapia por sentirse agredida.</p>

Fuente: (Proaño Coellar, 2010)

Criterios para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico de la bulimia.



Existen varias formas para evaluar la bulimia desde el punto de vista psiquiátrico y psicológico. Estos se pueden observar en la Tabla 12.

Tabla 12.

Criterios diagnósticos psiquiátrico y psicológico de la bulimia.

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por: 1. Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias. 2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
Conductas compensatorias inapropiadas de manera repetida con el fin de no ganar peso, como son: provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses
La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa

Fuente: (González Pita, 2017)

Para la bulimia, existe efectos psicológicos que se deben considerar para poder ofrecer un diagnóstico efectivos. Estos efectos se encuentran visualizados en la Tabla 13.

Criterios para el diagnóstico psiquiátrico y psicológico de la vigorexia.

Poder hacer un diagnóstico psiquiátrico y psicológico en la vigorexia es bastante complejo porque esta enfermedad arropa a mucho de los trastornos. Este diagnóstico es más bien subjetivo y dependerá de la evaluación que se les dará a los pacientes. La discusión está en donde enmarcarla, debido a que cumple con diversos criterios entre los cuales está la dismorfia corporal, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo compulsivo, incluso tienen problemática conductual (Mazón Ávila, Atiencia Tapia, & Cabrera, 2018).

Tabla 13.

Efectos psicológicos de la bulimia.

EFECTO	OBSERVACIÓN
Tendencia a la depresión o el uso de sustancias	Estudios clínicos realizados manifiestan que con frecuencia los enfermos proceden de familias en las que se identifica una elevada incidencia de uno de estos dos problemas, o de una combinación de los mismos. Una teoría sostiene que las víctimas aprendieron en la infancia a identificar el consumo de sustancias o alimentos como elementos que aliviaban la tensión. Algunos individuos depresivos recurren al uso de sustancias como “analgésico” mental, otros van hacia los atracones como paliativos emocionales.
Predisposición biológica a la obesidad	Se piensa que las personas con tendencia a la obesidad corren el riesgo de ser bulímicas a consecuencia de tener que ejercer un mayor control de lo normal sobre la ingesta de alimentos para poder estar delgadas y obtener una figura esbelta. La tendencia a la obesidad se desarrolla en los primeros meses de vida cuando las células adiposas se están formando y la sobrealimentación en este período puede alterar su metabolismo. Estudios demuestran que mientras más dietas se realice y más atención se dé al peso, se producirán ingestas desmesuradas por la ansiedad, con el tiempo esto es un factor de riesgo para desarrollar bulimia.
Abuso de estimulantes y de alcohol	Algunas personas utilizan las anfetaminas y el alcohol como medio para evadir las presiones de la vida cotidiana, estos afectan al sistema nervioso central, disminuyendo la elaboración de adrenalina, hormona que contribuye a la acción y a la huida. Los efectos de las anfetaminas son: aumento de energía, disminución de apetito y sueño, mejora el humor, falta de concentración, falta de coordinación física. El abuso del alcohol al igual que las anfetaminas te da una sensación pasajera de bienestar, pero al desaparecer el efecto estimulante la persona entra en depresión.
Depresión	Sensación de desesperación, fracaso, desesperanza y de no poder remediar las cosas, Falta de interés por las relaciones íntimas, familiares o de amistad, Falta de interés por las aficiones, Falta de concentración y memoria, Culpabilidad y baja autoestima e Indecisión y aislamiento.

Fuente: (Proaño Coellar, 2010)

“Esta discusión teórica hace que suela diagnosticarse como un trastorno de la conducta alimentaria no especificada, paradójico, debido a que tiene una sintomatología clara en diversos estudios, pero prima la autopercepción errónea de la imagen corporal, con este criterio, los otros diagnósticos de la conducta alimentaria (anorexia) deberá ser catalogados de la misma manera, como dismórficos corporales”. (Mazón Ávila, Atiencia Tapia, & Cabrera, 2018, pág. 141)

Indistintamente, el individuo sufre de una vulnerabilidad psicológica producto de que debe realizar ejercicios para poder ganar la aceptación de la sociedad. Este trastorno está asociado al TCA por lo que los parámetros de medición son iguales. En la Tabla 14, se detallan estos parámetros de vulnerabilidad psicológica.

Tabla 14.



Parámetros de vulnerabilidad psicológica.

VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA	OBSERVACIÓN
<i>Ineficacia</i>	Representa sentimientos de incapacidad general, inseguridad, vacío, auto desprecio y falta de control sobre la propia vida. Cuando la persona no se siente capaz de poder realizar algo y no se siente autorrealizado; es decir no se siente satisfecha con lo que viene haciendo, ya que busca completar espacios que se presentan en su vida. De esta manera se podría tornar más obsesiva por terminar o culminar hasta alcanzar lo que busca.
<i>Perfeccionismo</i>	Tendencia en que el sujeto considera que debería tener los mejores resultados personales posibles. La persona tiende a buscar la perfección, a alcanzar mayores niveles, a ser perfectos.
<i>Desconfianza interpersonal</i>	Este rasgo identifica a personas que muestran falta de confianza e indiferencia para establecer relaciones íntimas, déficit en la expresión de sus propios sentimientos y pensamientos. La persona no se encuentra cómoda respecto a su entorno social, le es más fácil realizar sus actividades en solitario y no confía en los demás.
<i>Conciencia introceptiva</i>	Esto indica el nivel de confusión o dificultad para reconocer y responder adecuadamente a los estados emocionales. Va relacionado a la inseguridad. Se da cuando el sujeto no es capaz de distinguir ciertos factores emocionales en su interior, no responde a ellos o no sabe responder a los mismos, volviéndose esta persona insegura.
<i>Ascetismo</i>	Tendencia a buscar la virtud por medio de ciertos ideales espirituales como la autodisciplina, el sacrificio, la auto superación y el control de las necesidades corporales. El sujeto necesita tener un control sobre su cuerpo, motivo por el cual lo educa o lo exige por medio de rituales como las rutinas de ejercicio, la alimentación y otras características más
<i>Impulsividad.</i>	Este rasgo identifica la dificultad en la persona para regular los impulsos y puede marcar una tendencia al abuso de drogas, la hostilidad, la agitación, la auto destrucción y la destrucción de las relaciones interpersonales. Las incapacidades de regular adecuadamente los propios impulsos llevan a la persona a obedecer compulsiones que muchas veces pueden ser radicales, ya que comprometen a la propia salud de su cuerpo por la búsqueda de sus ideales.
<i>Inseguridad social</i>	Este aspecto identifica a personas que ven las relaciones sociales como tensas, inseguras, incómodas, insatisfactorias y, generalmente de escasa calidad. La persona no encuentra comodidad en las relaciones con los demás, no encuentra seguridad en el acercamiento con la otra persona, por lo que no hallarán satisfacción y en modo contrario, buscarán alejarse y hacer actividades solitarias

Fuente: (Cuentas-Zavala Ponce, 2017)

CAPITULO IV

CONTROL Y TRATAMIENTO MÉDICO



Control y tratamiento médico de la anorexia y bulimia.

El tratamiento para poder contrarrestar los efectos de la anorexia y bulimia, como patologías de TCA, va a depender de las causas y factores que produjeron esta enfermedad, tales como familiares, sociales, económicos, biológicos, psicológicos y culturales. Dependiendo de las circunstancias se decidirá el tipo de tratamiento adecuado para cada paciente, estos pueden ser de tipo ambulatorio en los que pueden intervenir e interactuar diferentes terapias y de tipo hospitalario (Proaño Coellar, 2010).

El tratamiento también es de tipo multidisciplinar porque abarca tanto médico generales como psicólogos o psiquiatras. En la Figura 19 se detalla el tratamiento de conducta alimentaria.

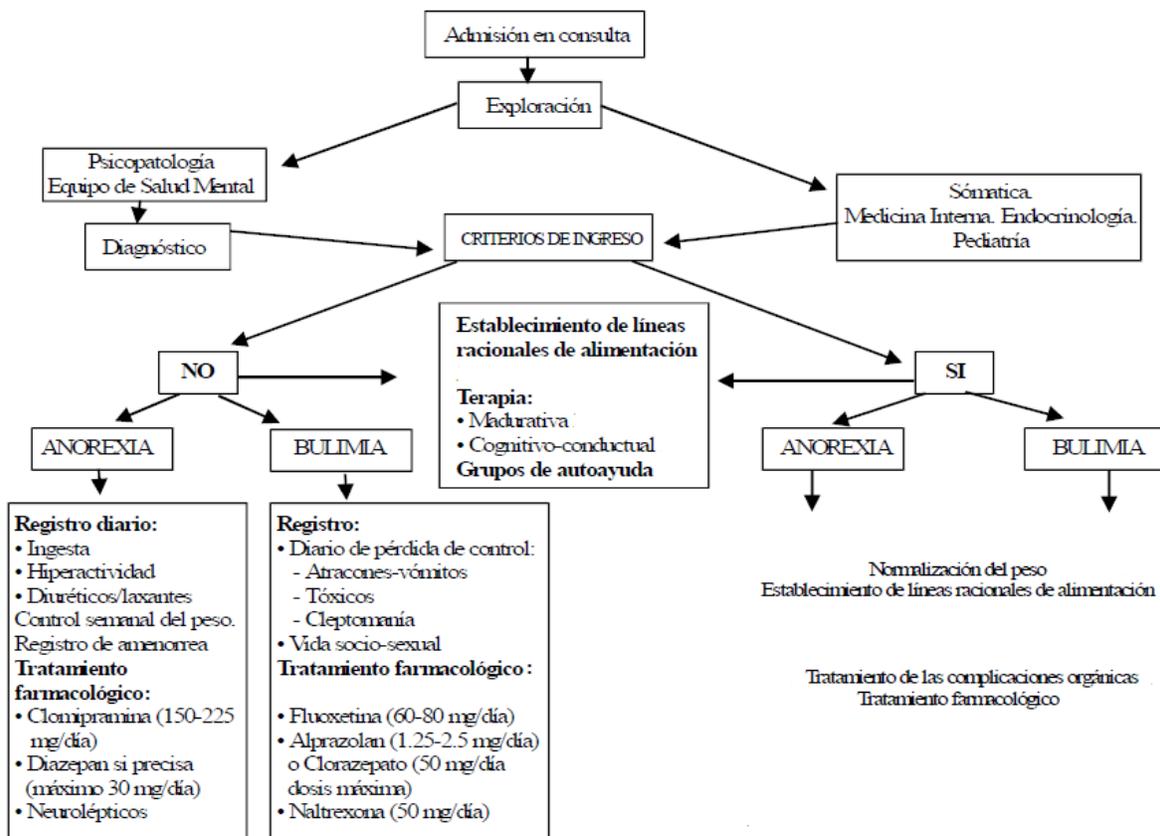


Figura 19. Tratamientos de los trastornos de conducta alimentaria (TCA). Fuente: (Hernando, 2000)



Cuando los resultados aportaron hospitalización, en el diagnóstico, se debe seguir las pautas sometidas, para el ingreso al centro de salud, en la Tabla 15.

Tabla 15.

Criterios de ingreso en los centros hospitalarios por TCA.

Fallo en el tratamiento ambulatorio.
Cronicidad.
Estado físico grave: desnutrición severa (pérdida del 30% del peso previo), graves desequilibrios electrolíticos, complicaciones orgánicas importantes. Vómitos repetidos.
Necesidad de aislamiento familiar en grandes disfunciones familiares que pueden complicar el cuadro.
Necesidad de medios asistenciales adecuados para garantizar el cumplimiento terapéutico y la aplicación de terapias conductistas, si la gravedad del cuadro lo requiere.
Si se precisa un tratamiento integral de la comorbilidad psiquiátrica.
Desnutrición severa (peso menor o igual al 75% del peso corporal promedio para la edad, sexo y talla)
Deshidratación
Alteraciones electrolíticas (hipocalemia, hiponatremia, hipofosfemia)
Arritmia cardíaca
Inestabilidad fisiológica: - Bradicardia severa - Hipotensión (<80/50 mm Hg) - Hipotermia (temperatura corporal <35.6°C) - Cambios ortostáticos en pulso (>20 latidos/minuto) o presión arterial (>10 mm Hg)
Detención del crecimiento y desarrollo
Fracaso en el tratamiento ambulatorio
Rechazo agudo a comer
Atracones y purgas incontrolables
Complicaciones médicas agudas de la desnutrición (por ej. síncope, convulsiones, insuficiencia cardíaca, pancreatitis, etc.)
Emergencias psiquiátricas (por ej. Ideación suicida, psicosis aguda)
Comorbilidad que interfiere con el tratamiento del TCA (por ej. Depresión severa, trastorno obsesivo-compulsivo, disfunción familiar severa)

Fuente: (Hernando, 2000; Marijuán Cuevas, 2016)

Tratamiento médico de la anorexia.

El tratamiento para restablecer la salud y el bienestar de vida para el paciente y su entorno debe cumplir objetivos que permitan volver a su peso normal, de acuerdo a la edad y estatura, regulación de la menstruación en las mujeres y normalización de las hormonas sexuales en los hombres.

“Debido a que, generalmente, las pacientes no desean cooperar con su tratamiento desde el principio, es necesario también proveer educación a ellas y a los familiares sobre las características y complicaciones del padecimiento, con el objetivo de estimular la aparición de conciencia de enfermedad y motivarlos al cambio. Es necesario asesorar a la familia y tratar la disfunción familiar que frecuentemente se presenta en estos casos”. (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009, pág. 407)

La recuperación del peso normal de la paciente debe estar liderada por las indicaciones de una nutricionista que deberá llevar el peso a través de las semanas del tratamiento. El objetivo de esta terapia es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo ella debe estar libre del temor a que todo lo que coma le hará engordar (Lucio, 2008).

Ahora, el tratamiento médico de la anorexia dependerá de cuan grave ese la paciente. En la Tabla 16, se detalla el tratamiento de la anorexia restrictiva a nivel hospitalario.

Tabla 16.

Tratamiento de la anorexia restrictiva a nivel hospitalario

TRATAMIENTO	OBSERVACIÓN
En caso de desnutrición severa (pérdida del 25-30% del peso) o rechazo a la alimentación normal se instaurará sonda nasogástrica con dietas de 1000 a 1500 calorías	El objetivo es ganar 200-400 g al día. En 10-12 días deben ingerir una dieta ya preparada por boca de 3000-4000 calorías bajo estrecha vigilancia para evitar los vómitos autoinducidos.
Realizarán reposo postprandial de una hora, si es necesario bajo contención mecánica. Se procederá a reposición electrolítica y vitamínica según la valoración orgánica-funcional previa. Se limitará la hiperactividad, si es preciso con altas dosis de benzodiazepinas o bajas dosis de neurolépticos.	Las ganancias ponderales se premiarán con visitas de familiares, lectura de revistas, horas de televisión, participación en actividades comunes o salidas según un contrato previo con la paciente. Es importante verificar periódicamente los electrolitos séricos, incluyendo al fósforo.
Se realizarán las comidas programadas con una dieta equilibrada (evitar que se salten alguna toma), deben vigilarse los atracones y los vómitos.	Si es necesario, se registrarán los armarios (suelen esconder comida, laxantes, diuréticos, otros fármacos etc.).
Un frotis vaginal nos dará hipoestrogenismo.	Puede haber alcalosis metabólica.
La actividad física debe estar limitada a reposo relativo en casa o en el hospital.	

Fuente: (Hernando, 2000; del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009)



Tratamiento médico de la bulimia

El tratamiento de la bulimia debe ser aplicado dependiendo de la situación del paciente a través de la evaluación del diagnóstico. El tratamiento recomendable debe ser combinado entre nutricional, psicoterapia y farmacológico. El objetivo principal del tratamiento es la reducción de los atracones y de las conductas compensatorias (vómitos, uso de laxantes, de diuréticos o de enemas, así como de los períodos prolongados de ayuno o el ejercicio físico compulsivo) (del Bosque-Garza & Caballero-Romo, 2009).

Los tratamientos más especializados y enfocados en la mejora de la calidad de vida del paciente bulímico son el área psicoterapéutica ya que incluye tratamientos cognitivos-conductual. Es importante también reducir la acidez gástrica con bloqueantes H2 para disminuir el riesgo de esofagitis y derivar a un odontólogo para asegurar la vigilancia y tratamiento odontológico (Rava & Silber, *Bulimia nerviosa (Parte 2). Desde la etiología hasta la prevención*, 2004).

Control y tratamiento médico de la vigorexia

Como la vigorexia no tiene síntomas drásticos sobre su cuerpo por lo que otras personas a su alrededor no pueden detectarlo, entonces es difícil poder determinar cuándo una persona padece de este trastorno. No existe un tratamiento establecido para ayudar a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

“El tratamiento debe ser multidisciplinario, con participación del nutricionista. La familia juega un papel fundamental, aunque la importancia de los medios de comunicación que ensalzan valores basados en la imagen y el culto a la belleza, hace también muy necesaria la intervención de los educadores con el fin de modificar la autoestima, la imagen corporal y la superación del miedo al fracaso”. (del Rey Ballesteros, 2010, pág. 7)

Uno de los objetivos principales del tratamiento a los vigoréxicos es ayudar a que puedan comprender lo difícil de su situación y esto se realiza a través de terapias psicológicas. Es decir, habrá que buscar que dichas personas reconozcan lo comprometidos que se encuentran al sostener un modelo de vida que lejos de satisfacerles, afectando su desarrollo social, académico y laboral (Compte, *Vigorexia. Aproximaciones teórico clínicas*, 2009)

A nivel farmacológico, se podría aplicar el uso de inhibidores de la recaptación de la serotonina (Ayensa, 2003). Asimismo, un reciente estudio de un caso clínico, describe la utilización de un modelo de tratamiento ampliamente aceptado para la anorexia nerviosa (Compte & Sepúlveda, 2014).

Autocuidado del paciente

Una de los principales focos de atención que deben seguir los pacientes con problemas de TCA es la relación a su estilo personal, dedicarse a realizar actividades en tiempos de ocio y conversar temas diferentes a lo que pueda estar afectan su salud. Además, para cuidar el propio cuerpo y liberar energía hacer deporte es crucial, así como respetarse a sí mismo es una tarea que implica darse horarios de descanso (Rodríguez & Arias, 2013).

“Practicar ejercicio de forma saludable: el ejercicio físico alarga y mejora la calidad de vida y ayuda mucho a mantenerse en forma. Es recomendable dejarse aconsejar por los profesionales y practicar la actividad física o deporte adecuado durante el tiempo indicado para cada persona”. (Fernández Moreno, 2008, pág. 52)

Autocuidado nutricional de los pacientes.

El paciente debe desarrollar un autocuidado en función de la nutrición, es decir de los alimentos que puede consumir para poder reestablecer los efectos de la enfermedad de TCA. La mejor manera de prevenir los problemas alimentarios es saber cómo alimentarse correctamente, y para eso lo mejor es consultar a un profesional (BAAMONDE, 2008). Los aspectos nutricionales se pueden observar en la Tabla 17.



Tabla 17.

Aspectos nutricionales que deben llevar los pacientes que sufren de TCA.

El fin de la educación nutricional es la modificación de la conducta alimentaria hacia patrones más saludables.
Aprender acerca de una buena nutrición. Conocer las porciones de los distintos alimentos que se deben consumir diariamente.
En la anorexia y la bulimia, la educación nutricional juega un papel fundamental ya que contribuye a que el paciente modifique sus actitudes hacia la comida, pierda miedos y recupere un patrón de alimentación normal.
El periodo de normalización del comportamiento alimentario alterado puede resultar más o menos largo dependiendo de dos factores: la motivación y la capacidad del paciente.
El periodo de normalización del comportamiento alimentario alterado puede resultar más o menos largo dependiendo de dos factores: la motivación y la capacidad del paciente
Establecer los hábitos alimenticios: come despacio y en un horario regular y escoge alimentos saludables y preferiblemente en compañía.
En el caso de la Bulimia Nerviosa, se establecerá una alimentación regular estructurada, pero no rígida para ayudar a reducir el deseo de restringir el consumo. Esto ayuda a reducir la posibilidad de que el atracón se dispare. Se debe aprender las diferencias que existen entre el hambre, el apetito y la saciedad para que puedan ser controlarlos cuando aparezcan.
Conocer el peso saludable, según tu estatura y edad, y como alcanzarlo y mantenerlo.
Se considera como patrón de normalidad la realización de 4 o más comidas al día.
La proporción de nutrientes recomendada en cada comida será: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Proteínas: dependiendo de las tablas de ingesta se recomienda un 7% de la energía total, pero los objetivos nutricionales permiten un 12-15%. ✓ Lípidos: entre un 30-35% (debido a que se cocina con aceite de oliva). • Ácidos grasos monoinsaturados: 15-19% • Ácidos grasos saturados y poliinsaturados: 7-9% • Colesterol: 300 mg/día. ✓ Hidratos de carbono: entre un 50-60%. Se recomienda un 10% de HTC simples. De fibra, se recomiendan entre 25-30 g/día.
La dieta ideal es: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiene que aportar suficiente cantidad de energía para permitir el desarrollo del organismo y su funcionamiento. ✓ Tiene que contener alimentos formadores que contribuyan al recambio y crecimiento de las distintas estructuras. ✓ Tiene que contener sustancias reguladoras (minerales, vitaminas y aporte hídrico).

Fuente: Asensio Aller, 2014; BAAMONDE, 2008)

CAPITULO V

CONTROL Y TRATAMIENTO PSIQUIATRICO Y/O PSICOLOGICO





Las enfermedades como la anorexia, bulimia y vigorexia deben tener dentro de sus tratamientos, las diferentes técnicas y métodos psicológicos o psiquiátricos, según sea la condición diagnóstica del paciente. Es por ello, que estos tipos de tratamientos son de gran importancia y consideradas, en la mayoría de los casos, como la principal fase de recuperación.

“Un tratamiento psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico (centro de salud mental, hospital, consulta privada, asociaciones de personas afectadas). En ella un especialista, habitualmente un psicólogo clínico, busca eliminar el sufrimiento de otra persona o enseñarle las habilidades adecuadas para hacer frente a los diversos problemas de la vida cotidiana”. (Labrador, y otros, 2003, pág. 3)

Estas terapias ayudan a los pacientes a superar sus depresiones y a reducir sus obsesiones, los cuales se pueden trabajar individual, en grupos con el mismo diagnóstico y con la familia. Desde la perspectiva de la psicoterapia o del tratamiento psicológico no puede pasar desapercibido su gran desarrollo en los últimos tiempos y, de hecho, su mayor contribución al «cuadro de tratamientos eficaces», en relación a los tratamientos farmacológicos (Álvarez, 2001). Un tratamiento psicológico implica, entre otras cosas, escuchar con atención lo que el paciente tiene que decir y buscar qué aspectos personales, sociales, familiares, etc., son responsables del problema (Labrador, y otros, 2003).

Muchos especialistas, dentro del ámbito psicológico, no encuentran la eficacia de la combinación de los tratamientos psicológicos con los farmacológicos. Esta opinión es de algo subjetiva, porque dependerá del organismo del individuo y del tipo de enfermedad que padece.

Uno de los principales problemas que existe en la sociedad es que no comprende la diferencia entre un psicólogo y un psiquiatra con el fin de poder determinar que profesional puede atender los distintos TCA.



“El psiquiatra considera los problemas del paciente como resultado de que algo no funciona bien en el organismo; por el contrario el psicólogo clínico se centra en aspectos psicológicos (como influyen en el problema las relaciones y situaciones sociales, familiares, las emociones propias y de ellos demás, la opinión y visión personal que se tiene sobre los problemas, etc.)” (Labrador, y otros, 2003, pág. 4)

El psiquiatra se encarga de recetar los fármacos necesarios para poder solventar el problema psicológico que afecta el organismo del paciente. El psicólogo junto al diagnóstico médico, busca darle solución al problema desde la perspectiva del paciente y el entorno que lo afecta, donde hace evaluaciones frecuentes con el fin de conocer el aumento de la calidad de vida del paciente. Existen muchos tratamientos psicológicos que pueden ayudar a los TCA y a la vigorexia, pero la que más predomina es la terapia cognitivo-conductual la cual se basa en el modo de aprender nuevas formas de pensar, actuar y sentir (Labrador, y otros, 2003).

Existen muchos tratamientos psicológicos para atender a la diversidad de problemas que afectan el comportamiento del individuo. Es por ello, que en la Tabla 18 se puede visualizar la clasificación de los tratamientos más eficaces que pueden afectar tanto a los TCA como a la vigorexia.

Los problemas de anorexia y bulimia pueden también ocasionar problemas de trastornos de personalidad. La filosofía general se centró en movilizarlo para promover la aceptación de la responsabilidad y el compromiso en el proceso de cambio y favorecer el aumento tanto de la autocrítica como de la autoeficacia en la gestión de su vida (Carretero García, Sánchez Planell, Rusiñol Estragués, Raich Escursell, & Sánchez Carracedo, 2009). En la Tabla 19 se puede observar el plan de sesiones en las terapias para problemas de TCA con trastornos de personalidad.

Tabla 18.

Clasificación de los tratamientos más eficaces que pueden afectar tanto a los TCA como a la vigorexia

Clasificación de los Tratamientos Eficaces según los Trastornos				
<i>(Tipo 1: Tratamiento Bien Establecido; Tipo 2: Tratamiento Probablemente Establecido; Tipo 3: Tratamiento en Fase Experimental)</i>				
Trastornos Tratamientos	Tipo 1		Tipo 2	Tipo 3
	a	b		
Trastornos del comportamiento alimentario				
<i>Anorexia</i>				
Rehabilitación Nutricional	X			
Intervención Psico-social			X	
Terapia Cognitivo - Conductual / Intervención psicoterapéutica				X
Farmacoterapia				X
<i>Bulimia</i>				
Terapia Cognitivo - Conductual	X			
Terapia Interpersonal			X	
Farmacoterapia			X	
Exposición + Prevención de Respuesta / Libros de autoayuda y Programa Grupales breves				X
Trastorno Obsesivo - Compulsivo				
Exposición con Prevención de Respuesta	X			
Terapia Cognitiva			X	
Farmacoterapia		X		
Aniedad Generalizada				
Terapia Cognitivo - Conductual	X			
Farmacoterapia		X		
Reestructuración Cognitiva			X	
Relajación			X	
Terapia Cognitivo - Conductual centrada en la preocupación				X
Terapia no directiva				X
Hipnosis adjunta a Terapia Cognitivo - Conductual				X
Depresión				
Programa de Actividades Agradables - Activación Conductual		X		
Entrenamiento Habilidades Sociales		X		
Curso de Afrontamiento de la Depresión (Lewinsohn)	X			
Terapia de Autocontrol de la Depresión		X		
Terapia de Solución de Problemas		X		
Terapia Conductual de Pareja	X			
Terapia Cognitiva de la Depresión Beck	X			
Terapia Interpersonal	X			
Farmacoterapia	X			
Psicoterapia Psicodinámica				X
Terapia Sistémica				X

Fuente: (Álvarez, 2001)



Tabla 19.

Plan de sesiones en la terapia para problemas de TCA con trastornos de personalidad

Plan de intervención terapéutica	
Sesiones 1-6: Entrevista motivacional (técnicas socráticas, paradójicas y empáticas) Evaluación clínica y psicométrica Evaluación dinámica familiar Sesiones 6-8: Psicoeducación TCA Análisis funcional topográfico (prevención de respuesta, control de estímulos, exposición, modificación de pautas alimentarias)	Sesiones 8-16: Proyecto de vida Manejo de contingencias familiar Modelado contexto verbal Aceptación en padres Manejo y extinción de disruptivas Sesiones 16- 40: Relación terapéutica (FAP) Aceptación y Autoconciencia (metáforas, paradojas y ejercicios de contacto con emociones) Cese de soluciones ensayadas Grupo de autoayuda para padres

Fuente: (Murcia, Cangas, Pozo, Sánchez, & Pérez, 2009)

Consideraciones psicológicas para el tratamiento del TCA

Para el tratamiento psicológico del TCA es necesario poder conocer los objetivos que plantean las terapias. En la Tabla 20 se representan 5 objetivos terapéuticos.

La evaluación inicial permitirá que tipo de tratamiento se le realizará, tal como el ingreso hospitalario, hospital de día o tratamiento ambulatorio. Esto se detalla en la Figura 20, en la Figura 21, en la Figura 22 y en la Figura 23 respectivamente.

Tabla 20.
Objetivos terapéuticos para enfrentar los TCA.

Orientación educativa	<p>A. Ayuda diagnóstica. En la mayoría de los pacientes existe una falta de conciencia total de la enfermedad. Es fundamental, en un primer momento, informarles de la sintomatología y características de la misma. La información adecuada les ayudará a identificar sus conductas y a comenzar a tener conciencia de enfermedad.</p> <p>B. Evolución y pronóstico de la enfermedad. Se les informa de las consecuencias físicas y psicológicas de las dietas drásticas, de los atracones, vómitos y otros tipos de conductas purgativas. El paciente deberá tener información adecuada de los terribles riesgos que los TCA conllevan para su salud, tanto física como mental.</p> <p>C. Consejos nutricionales: Es preciso, antes de nada, corregir las creencias erróneas nutricionales tan frecuentes en este tipo de pacientes (una paciente puede creer que el uso de una crema hidratante la hace ganar peso). Posteriormente, se debe informar de las características de una dieta adecuada, tanto en cantidad de alimentos integrantes como de cantidad de los mismos.</p> <p>D. Contrarrestar la presión social Hay que liberar, en la medida de lo posible, a los pacientes de los efectos perjudiciales de los medios de comunicación, y en particular, de la publicidad engañosa y sesgada a que se ven sometidas.</p>	Adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento.	<p>A. Para modificar los rituales y obsesiones respecto a la comida. (Ejemplo: Ritual anoréxico (hacer múltiples pequeños trozos con los alimentos, extenderlos en el plato, jugar con ellos, etc.)</p> <p>B. Para recuperar las relaciones sociales. En estos pacientes las relaciones sociales se han alterado notablemente con la enfermedad, se han deteriorado. El aislamiento social es muy frecuente: los amigos han desaparecido. Trabajar este aspecto es fundamental.</p> <p>C. Enseñarles a afrontar los problemas cotidianos. Hay que evitar que la comida se convierta en el "refugio" de la frustración que le ocasiona la incapacidad para afrontarlos. Hay que demostrar a la paciente que los problemas se pueden resolver sin necesidad de adoptar actitudes que amenacen su salud.</p> <p>D. Mejorar el nivel de expresión de los sentimientos y comunicación con el entorno familiar</p> <p>E. Entrenamiento en técnicas de Habilidades Sociales y de Autoestima que posibilitará la recuperación de estas pacientes.</p>
Modificación conductual	<p>A. Identificación de los factores precipitantes y de mantenimiento de las conductas problemáticas.</p> <p>B. Establecer estrategias incompatibles con las conductas problema. (Ejemplo: Asignar ciertas tareas para realizar en los momentos en que la paciente suele presentar conductas purgativas).</p> <p>C. Reorganización de los patrones alimentarios correctos. Hay que proporcionar, tanto a los pacientes como a sus familiares, unas normas claras y precisas que incluirán aspectos como: Número de comidas al día, lugar donde se realizan, cierre de la cocina si es preciso, conveniencia de comer acompañada, etc.</p> <p>D. Fijar metas adecuadas. Las metas que se acuerden con los pacientes deben ser concretas y realistas, en todo caso de dificultad progresiva, lo que les proporcionará logros que aumenten su autoestima y seguridad. Hay que evitar metas altas, inalcanzables, como las que se imponen los mismos pacientes en su afán de perfeccionismo que lo único que consiguen es incrementar su frustración.</p> <p>E. Establecimiento de un sistema de refuerzos. Los pacientes, en la medida en que vayan consiguiendo metas sucesivas, recibirán gratificaciones que ayudarán a extinguir las conductas relacionadas con su enfermedad.</p> <p>F. Trabajar la intolerancia al cambio de la paciente buscando moderar su rigidez mental.</p>	Prevención de recaídas	<p>A. Determinar las posibles situaciones de riesgo mediante la identificación de los factores cognitivos, ambientales, etc. que afectan a los pacientes.</p> <p>B. Dotarles de habilidades específicas para afrontar de manera adecuada cada una de las posibles situaciones de riesgo.</p> <p>C. Establecimiento de un programa de Exposiciones controladas a las situaciones de riesgo. Ej. A una paciente en fase de bulimia, que está saliendo de su enfermedad, se la debe llevar a merendar a una pastelería para que aprenda a controlar su ansiedad ante el estímulo problema.</p> <p>D. Analizar las recaídas para extraer posibles aspectos positivos de las mismas que ayuden a prevenir las siguientes.</p>
Modificación cognitiva	<p>A. Un primer objetivo es cambiar el pensamiento pasivo de estas pacientes con la intención de que se hagan sujetos activos y asuman responsabilidad en el tratamiento</p> <p>B. Modificar los pensamientos distorsionados relacionados con el comer, el peso y los alimentos. Al introducir pensamientos más adaptativos, se reducirá la ansiedad y el malestar de los pacientes.</p> <p>C. Identificación y modificación de los pensamientos automáticos irracionales. Estos pensamientos, tan frecuentes, deterioran continuamente la autoestima de las pacientes y obligatoriamente hay que sustituirlos por otros más realistas y positivos.</p> <p>D. Modificación de las distorsiones perceptivas que originan una imagen negativa del cuerpo. La paciente rechaza persistentemente su propio cuerpo lo que repercute en sus conductas alimentarias negativas y termina originando un auténtico círculo vicioso</p> <p>E. Modificación de los miedos. Miedo a no destacar, a perder el cuerpo delgado, a no ser aceptada por los demás, a engordar, etc.</p>		

Fuente: (Lechuga & Gamiz, 2005)

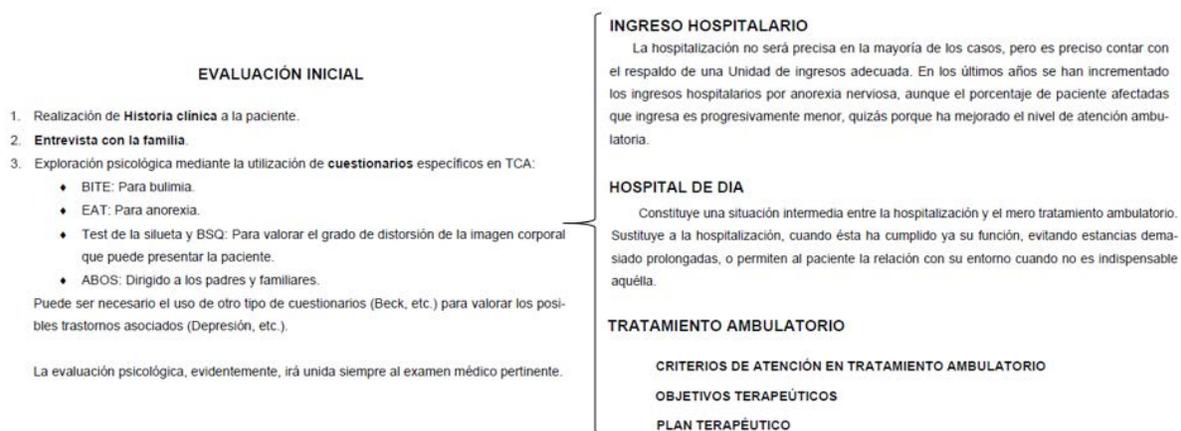


Figura 20. Tratamientos con diferentes opciones terapéuticas que dependen de la evaluación inicial. Fuente: (Lechuga & Gamiz, 2005)

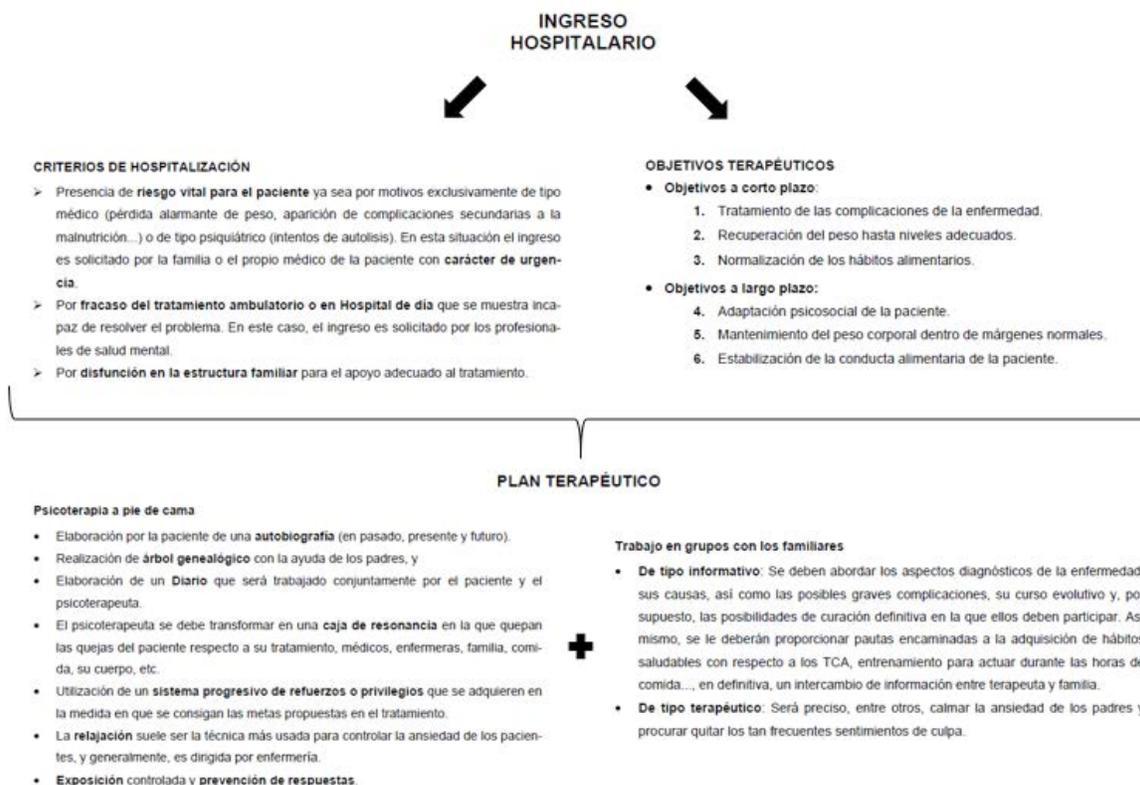


Figura 21. Tratamiento psicológico para pacientes que sufren de TCA cuando ingresan centro hospitalario por alto riesgo. Fuente: (Lechuga & Gamiz, 2005)

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA

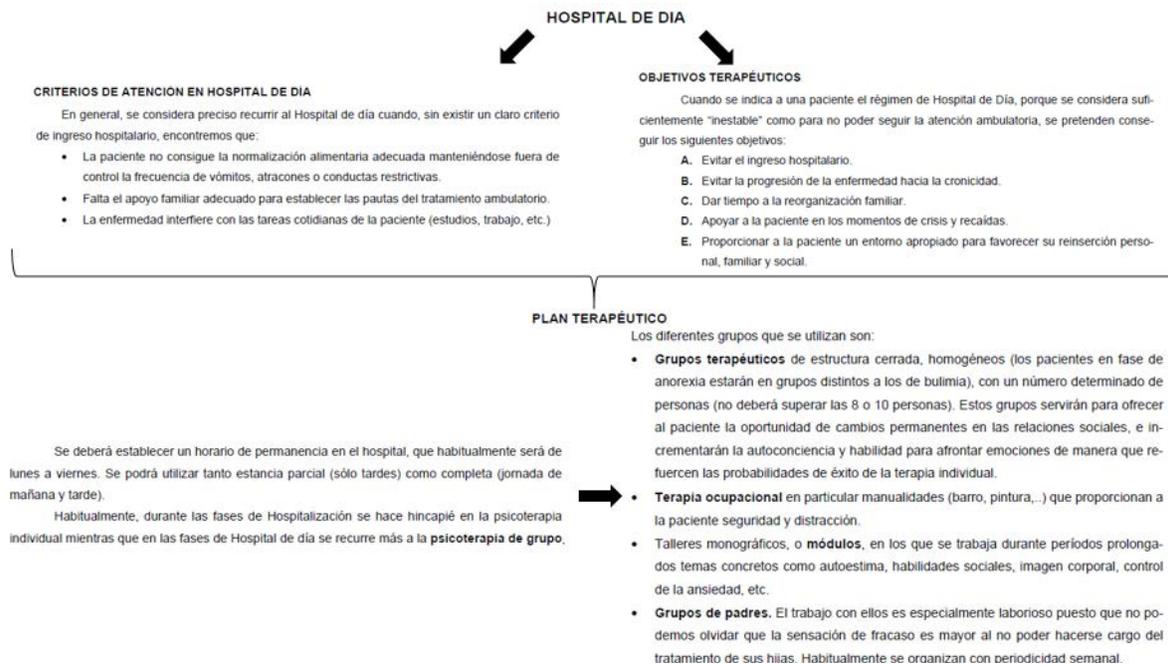


Figura 22. Tratamiento psicológico para pacientes que sufren de TCA cuando ingresan centro hospitalario por riesgo moderado. Fuente: (Lechuga & Gamiz, 2005)

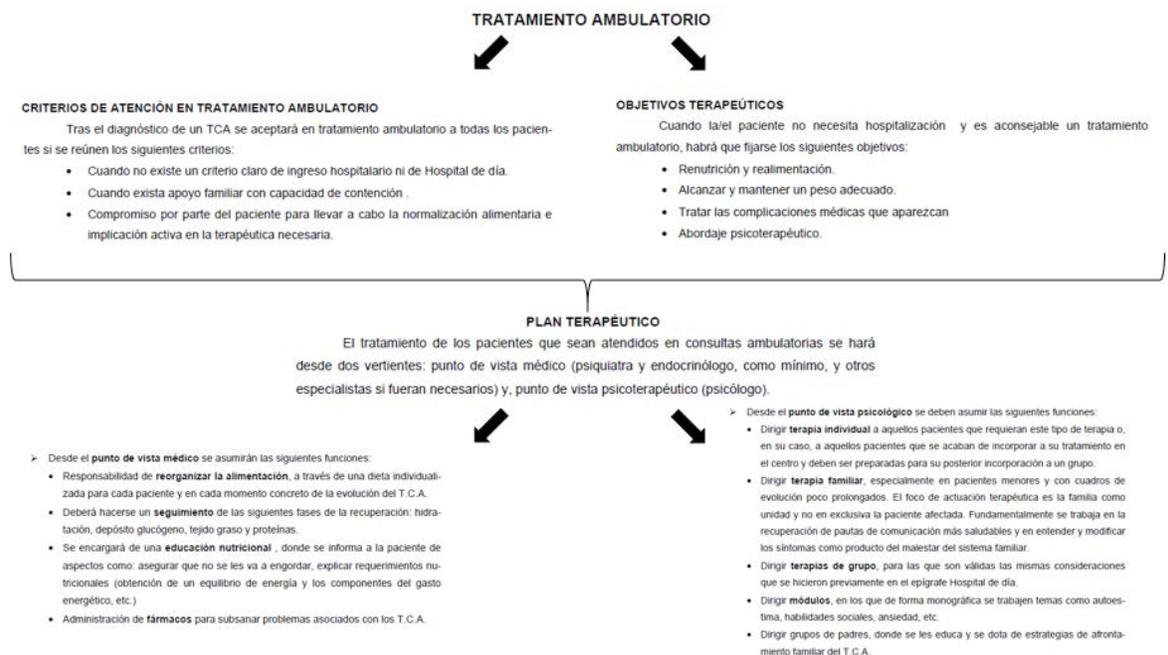


Figura 23. Tratamiento psicológico para pacientes que sufren de TCA de tipo ambulatorio. Fuente: (Lechuga & Gamiz, 2005)



Consideraciones psiquiátricas para el tratamiento del TCA

El tratamiento psiquiátrico de los TCA es de carácter psicofarmacológico. Existen una variedad de medicamento que ayudaran a recuperar la salud de los pacientes, pero para ello se debe realizar una evaluación inicial y poder diagnosticar el nivel de enfermedad que posee el individuo. En la Tabla 21 se puede observar los medicamentos psicofarmacológicos utilizados para este tipo de enfermedad

Tabla 21.

Medicamentos psicofarmacológicos utilizados para los TCA.

MEDICAMENTO	CARACTERÍSTICAS
<i>Neuroléptico</i>	El uso de estos fármacos se justifica en la anorexia restrictiva a nivel hospitalario , cuando sea necesario sedar y dormir a la enferma para reducir la hiperactividad e ideación expansiva. Entre los neurolépticos utilizados, y a bajas dosis, destacan la <i>periciazina</i> , la <i>pimozida</i> , la <i>clotiapina</i> , la <i>propericiazina</i> (15-100 mg/día) y la clorpromazina. Asociados habitualmente a ISRS, son beneficiosos en los cuadros de anorexia con hiperactividad, agitación, ansiedad o con ideas delirantes.
<i>Antidepresivos</i>	La utilización de antidepresivos solos o aislados se justifica si coexisten trastornos afectivos, obsesivos o predominio de ansiedad, así como por su efecto sobre el apetito. Se usan a nivel ambulatorio y hospitalario. En la anorexia , una vez controladas las alteraciones electrolíticas y con un peso normalizado se usará clomipramina a dosis de 150-225 mg/día, fluoxetina (60-80mg/día) durante 6 a 8 meses, paroxetina 50mg/día o fluvoxamina 100-15mg/día durante 24 meses. Con la fluoxetina es importante controlar el efecto supresor del apetito sobre la curva ponderal. En la bulimia el tratamiento de elección es la fluoxetina (60-80mg), con una frecuente disminución de atracones y vómitos autoinducidos. Otras opciones terapéuticas incluyen Imipramina (150 a 225 mg/día) o IMAO (trancilpromina, de uso muy restrictivo, a nivel hospitalario por el alto riesgo de interacciones alimentarias) si fallan los anteriores. El perfil psicológico de las candidatas a buena respuesta a serotoninérgicos incluye a las pacientes colaboradoras y responsables con patología obsesiva o depresiva manifiesta.
<i>Benzodiazepinas</i>	<i>Clorazepato</i> : 50-100mg/día, <i>Diazepam</i> 30mg/día o <i>alprazolam</i> (dosis según peso y estado clínico) en ansiedad severa en ambas patologías
<i>Otros psicofármacos</i>	La <i>ciproheptadina</i> en formas graves de malnutrición, los estabilizadores del ánimo como el litio (puede ser útil en trastornos bipolares, pero tiene alto riesgo de intoxicación por las alteraciones electrolíticas), anticonvulsivos como la <i>carbamazepina</i> o <i>fenitoína</i> y los precursores de la serotonina como el <i>l-triptófano</i> . No existen datos contrastados en la literatura acerca de su eficacia.
<i>Últimos avances</i>	Hasta la fecha se ha demostrado eficaz la <i>naltrexona</i> (antagonista opiáceo) en la bulimia a dosis de 100 mg/ día durante 6 semanas. Algunas pacientes respondieron a

Fuente: (Hernando, 2000)



Control y tratamiento psiquiátrico y/o psicológico de las personas vigoréticas

Tratamiento psicológico de las personas vigoréticas

El tratamiento a seguir es de terapias de tipo cognitivo-conductual. Sobre la base de técnicas cognitivas (cuestionamiento socrático y reestructuración cognitiva) y conductuales (desensibilización sistemática y uso de autorregistros), los pacientes podrán identificar distorsiones cognitivas y creencias irracionales y, en consecuencia, confrontar dichas creencias sin desarrollar conductas desadaptativas (Compte & Sepúlveda, DISMORFIA MUSCULAR: PERSPECTIVA HISTÓRICA Y ACTUALIZACIÓN EN SU DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO, 2014).

En la Tabla 22, se detalla las fases por las cuales debe pasar la persona vigorética en la terapia cognitivo conductual.

Dentro de este tratamiento, el objetivo es disminuir la ansiedad y el entusiasmo por la práctica deportiva. Esto se logra buscando que el paciente se interese por otros aspectos de interés con la finalidad de que sitúe en otro plano su pensamiento en la ejercitación del cuerpo.

Hacer ejercicios es saludable pero siempre se debe estar atento al objetivo y la perspectiva que ponga el individuo en obtener una mejor forma. El ejercicio es salud para el organismo, pero mal aplicado, física y emocionalmente, es peligroso para el bienestar y calidad de vida.



Tabla 22.

Fases de la terapia cognitivo conductual de las personas vigoréxicas.

<i>Primera fase: informativa-formativa</i>	El objetivo de esta fase es proporcionar al sujeto información y formación sobre la imagen corporal, como se forma, como nos relacionamos con nuestro cuerpo, cuales son las limitaciones fisiológicas, etc. Se le pide al sujeto que comience a registrar sus pensamientos, sentimientos y conductas sobre su apariencia en diferentes situaciones de su vida.
<i>Segunda fase: ajustar la auto-perfección</i>	Se busca que el sujeto adquiera una visión realista de su cuerpo y para ello se pueden utilizar técnicas de auto-observación y comparación social con otras personas, medidas de auto-ajuste perceptivo, etc.
<i>Tercera fase: pensamientos sobre el cuerpo</i>	El objetivo es la identificación de creencias y pensamientos que se tiene sobre la propia imagen y comprobar hasta qué punto son irreales y perjudiciales. Se trabaja con reestructuración cognitiva.
<i>Cuarta fase: Sentimientos sobre el cuerpo</i>	Deben sacarse a la luz los sentimientos negativos que provocan la percepción o pensamiento sobre el cuerpo o sobre el defecto en cuestión, en nuestro caso la falta muscular. Se trabaja con desensibilización sistemática.
<i>Quinta fase: Comportamientos referentes al cuerpo</i>	El objetivo es identificar qué conducta relacionada con el cuerpo y el defecto imaginado se desvía de la normalidad. Por ejemplo la conducta de evitación de situaciones sociales para que la gente no vea lo poco musculoso que es o practicar deporte de forma compulsiva para conseguir que su defecto desaparezca. Después de identificarlas las técnicas de cambio pueden ser contratos conductuales, preparación para la exposición, economía de fichas, etc.
<i>Sexta fase: prevención de recaídas</i>	Entrenar al sujeto en como identificar situaciones de riesgo y como poner en práctica las estrategias aprendidas en la terapia.

Fuente: (Castro-López, 2013)

Tratamiento psiquiátrico de las personas vigoréxicas

Existe una variedad de medicamentos que puedan contrarrestar los efectos negativos de esta enfermedad. La formulación de este tratamiento es a través de una evaluación inicial y debe estar acompañada del tratamiento psicológico. Los tratamientos farmacológicos con neurolépticos, antidepresivos y ansiolíticos no han obtenido resultados, pero los más prometedores aparecen con el uso de inhibidores de la recaptación de la Serotonina (Clomipramina y Fluoxetina) (Raich, 2004).

Interacción de la familia y amigos en el sistema de apoyo a anoréxicos, bulímicos y vigorexicos.

Una de las características fundamentales en los tratamientos de alguna enfermedad es el apoyo de los familiares del paciente. El apoyo no solo es financiero sino emocional, este último brinda una mejor metodología para la solución del problema de salud.

Existen muchas reacciones en las familias cuando existe un miembro con problemas de TCA. En la Tabla 23, se muestra la tipología familiar con TCA basado en diferentes autores.

Tabla 23.

Tipología familiar con TCA.

AUTORES	TIPO DE FAMILIA	CARACTERÍSTICAS
Minuchin (1974)	Familia «psicosomática»	<ul style="list-style-type: none"> - Aglutinación - Sobreprotección - Rigidez - Evitación de conflictos - Triangulación del paciente
	«Genuinamente americana»	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrevaloración de los valores e ideales externos
Schwartz (1985)	«Étnica»	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrevaloración de los valores e ideales internos
	«Mixta»	<ul style="list-style-type: none"> - Ambos factores
Root (1986)	«Sobreprotectora»	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve la dependencia y la falta de autonomía - Poco énfasis en los logros personales
	«Perfeccionista»	<ul style="list-style-type: none"> - Centradas en los logros - Preocupados por el aspecto físico - Evitación de conflictos
	«Caótica»	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamientos disociales - Desvinculación - Abuso de sustancias - Rechazo abierto
	«Armoniosa transicional»	<ul style="list-style-type: none"> - Cálida y consistente - No suelen aparecer problemas alimentarios
Griff (1989)	«Perfecta»	<ul style="list-style-type: none"> - Cálida y proveedora de cuidados - Ausencia de conflictos
	«Marginal transicional»	<ul style="list-style-type: none"> - Promueve el control y la autoridad
	«Discordante/ distanciada»	<ul style="list-style-type: none"> - Conflictos maritales - Típica de anorexia nerviosa
	«Hostil/conflictiva»	<ul style="list-style-type: none"> - Padre hostil - Madre cálida - Típica de anorexia con síntomas bulímicos
	«Confusa»	<ul style="list-style-type: none"> - Confusión en torno a sentimientos hostiles y cálidos - Típica de anorexia nerviosa
	«Ambivalentemente diferenciada»	<ul style="list-style-type: none"> - Cálida - Madre cálida / padre distante

Fuente: (Leal & Crespo, 1997)



Aunque se han encontrado caso donde no existe apoyo familiar ya que son más estrictos y de conducta explosiva al saber de la enfermedad de algún miembro. Lamentablemente, el paciente no tiene el apoyo social según la evaluación inicial. No cuentan con la pareja ya que la han perdido en el transcurso de la enfermedad, como también no cuenta, en algunos casos, con el apoyo del mejor amigo.

“Las familias en las cuales se presentan trastornos de la alimentación se han percibido a sí mismas como menos “apoyadores” y más vulnerables a las relaciones conflictivas, así como con menor disposición a la expresión de emociones que en las familias en las no hay este tipo de trastornos” (Sainos-López, Sánchez-Morales, Vázquez-Cruz, & Gutiérrez-Gabriel, 2015, pág. 57).

En los TCA, el apoyo del círculo del paciente es fundamental para el desarrollo del tratamiento psicológico. Este apoyo debe estar fundamentado en varios aspectos que involucren los parámetros de vulnerabilidad del individuo. En muchos estudios se han determinado que la familia del paciente tiene conocimiento de la enfermedad de TCA, pero no posee los métodos y técnicas de apoyo que puedan ayudar a solventar la crisis.

“El conocimiento acerca de la anorexia y la bulimia se puede considerar alto, por lo que se les supone sensibles al tema. Sin embargo, es menor el que poseen sobre la vigorexia, lo que se puede explicar por ser un trastorno menos extendido y limitado a adolescentes varones” (de Eulate González, 2009, pág. 366).

Uno de los factores por lo cual los padres son vulnerables es la preocupación que tienen por el peso de sus hijos. Estos últimos tienden a esconder esa preocupación de su círculo cercano por lo que los que están alrededor no perciben de que posee esta conducta obsesiva. Los pacientes tratan de ocultarlo para no preocupar a sus familiares.

Otro factor que no conocen los padres de sus hijos es la preocupación por la imagen corporal. Esto empieza a suceder cuando los hijos empiezan a tomar la decisión de no ingerir los alimentos en las cantidades adecuadas y en horarios no habituales. Esta es la primera señal de alarma y en este momento es que



actúa los mecanismos de prevención de las enfermedades de TCA que deben aplicar los familiares.

Las intervenciones familiares tienen como objetivo reducir el estrés producido por el cuidado del paciente, tanto físico como emocional, y facilitar una mejor interacción con el entorno. Un objetivo importante de las estrategias familiares es mejorar el funcionamiento familiar y reducir la sobrecarga, especialmente de las personas más directamente involucradas en los cuidados del paciente (Jáuregui-Lobera, 2005).

En la Tabla 24 se puede visualizar los componentes activos en las intervenciones familiares de los pacientes con TCA.

Tabla 24.

Componentes activos en las intervenciones familiares de los pacientes con TCA.

FUNCIONAMIENTO DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES	CARACTERÍSTICAS DE LOS PROGRAMAS DE PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR	NECESIDAD DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR
<ul style="list-style-type: none"> -reducción de la crítica y hostilidad por parte de los familiares. -mejora en el conocimiento de la enfermedad y del tratamiento. -alivio de la sobrecarga que sufren los familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> -provisión de apoyo emocional. -educación. -uso de recursos adecuados en periodos de crisis. -formación en técnicas de resolución de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> -las familias necesitan la ayuda de profesionales para conocer el modo de realizar los cuidados y ayudar en las crisis. Necesitan también apoyo emocional para sus necesidades y para mantener la cohesión de la familia. -los gobiernos deberían apoyar económicamente a las familias para compensar la responsabilidad que asumen como cuidadores "informales". -muchos profesionales deben cambiar su forma de actuación para desarrollar una colaboración verdadera con las familias y lograr que la participación de la familia sea una parte esencial del programa.

Fuente: (Jáuregui-Lobera, 2005)

Toma bastante auge es la terapia familiar como herramienta para contrarrestar el TCA. La familia debe seguir las recomendaciones y orientaciones del profesional, que muchas veces no son nada fáciles. Las relaciones familiares que surgen en torno a esta enfermedad son muy duras y dolorosas para todos los miembros de la unidad familiar (Díez Hernández, 2005). Es por ello que las familias deben recurrir al profesional para que le brinde las pautas necesarias para dar apoyo emocional a los pacientes.

La familia debe ser invitada a compartir experiencias comunes y el terapeuta debe promover que las soluciones vayan siendo aportadas por todos, que todos adopten un papel educativo. Así progresivamente, irán dando consejos, recons-



truyendo experiencias, tomando conciencia de sus problemas. En general, los primeros temas a abordar son la expresión de culpa, rabia, vergüenza y ambivalencia hacías los pacientes (Jáuregui-Lobera, 2005, pág. 179).

CAPITULO VI

PREVENCIÓN



Campañas informativas y educativas.

En la Organización Mundial de la Salud existe una principal premisa que se refiere a la nutrición adecuada de los adolescentes la cual se refiere a una alimentación sana y balanceada. Esta influencia nutricional debe ir impartida desde el hogar y en las escuelas o colegios. Son los padres, familiares y los docentes quienes pueden brindar este apoyo de manera educativa.

La nutrición adecuada está reflejada en la Figura 24, la cual detalla la pirámide de los alimentos donde los alimentos de consumo diario se ubican en la base y los alimentos de consumo ocasionales están en la cúspide de la figura geométrica.

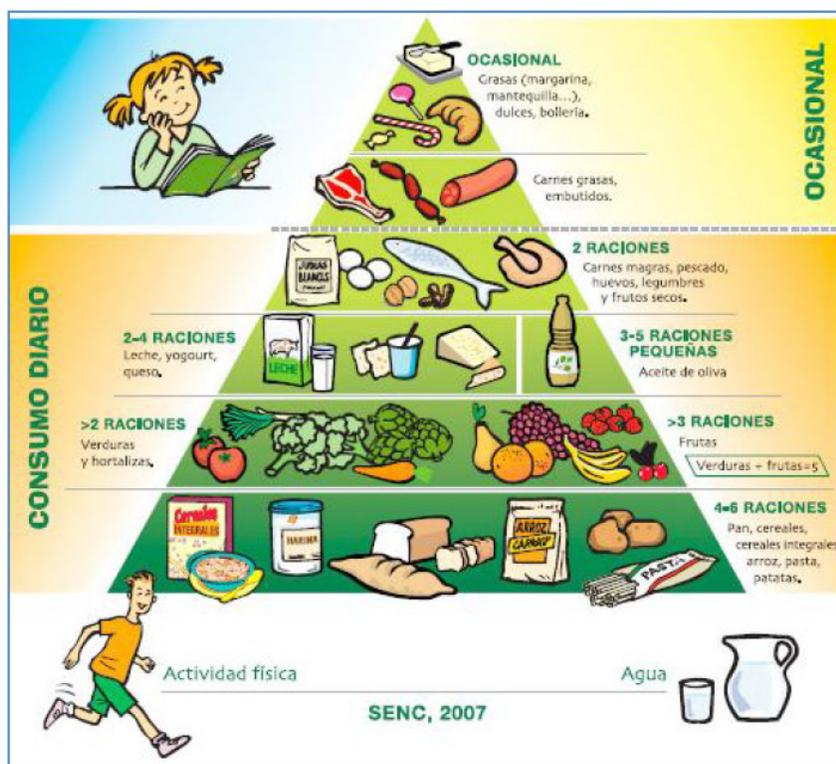


Figura 24. Pirámide de los alimentos. Fuente: (Lozano-Albalate, 2015)

Los docentes, padres y familiares deben desarrollar un mecanismo educativo para poder inculcar los valores y la importancia de una alimentación sana a los



adolescentes. Este plan debe contar con las pautas necesarias e informativas que estos deben conocer a la hora de seleccionar los alimentos y la forma pedagógica de informarle a los jóvenes. Esta debe ir acompañada con cambio de actitud y con cambio de conducta. Esto se ve reflejado en la Tabla 25 donde se muestra los hábitos alimentarios que se deben enseñar los docentes como familiares de los adolescentes.

Tabla 25.

Hábitos alimentarios impartidos por docentes y familiares a los adolescentes.

Es preciso dar a conocer la función de los distintos grupos de alimentos en nuestro organismo
No excluir alimentos, ya que no existen alimentos que engorden o adelgacen, sino que los alimentos son un conjunto de diferentes nutrientes necesarios para que el organismo funcione bien.
Es necesario informar sobre los peligros sanitarios de la nutrición actual que se aparta del equilibrio dietético (las dietas excesivamente ricas en calorías, grasas, dietas “milagro”) así como de la combinación de algunas de ellas con el sedentarismo que son causa de las enfermedades más frecuentes en el mundo desarrollado (enfermedades cardiovasculares).
Variedad en la dieta: cuanto más variada sea la dieta, más saludable es para el organismo y más recomendable para mantener peso
La dieta ha de tener las calorías necesarias para que la persona y su organismo funcionen bien.
Un mínimo de tres comidas diarias y saber que lo recomendable según los nutricionistas es entre cinco y seis
Mantener unos horarios estables para comer
Mantener la comida como un acto social, como una ocasión de diálogo con la familia o los amigos
Discutir ciertas ideas y actitudes relativas a la alimentación y al cuerpo que son difundidas diariamente por los medios de comunicación
Se deben dar a conocer aquellos hábitos y estilos de vida que se apartan del equilibrio dietético (por no producirse un suficiente gasto por actividad) y como han ido implantándose a través de diversos facilitadores (el desarrollo tecnológico) y son una de las causas más o menos directas de las enfermedades más frecuentes en el mundo desarrollado
Practicar ejercicio de forma saludable: el ejercicio físico alarga y mejora la calidad de vida y ayuda mucho a mantenerse en forma. Es recomendable dejarse aconsejar por los profesionales y practicar la actividad física o deporte adecuado durante el tiempo indicado para cada persona
Es preciso segmentar la población adolescente en grupos homogéneos de menor tamaño, valorando las actitudes, valores y creencias de los grupos
Hay que utilizar técnicas de marketing social para crear mensajes que sean importantes, justificables y atractivos
Antes de implementar las acciones informativas y educativas es preciso evaluar su eficacia mediante una continuada supervisión
Las campañas son más efectivas cuando no se utiliza el miedo como estrategia sin que se hace mayor énfasis en las conductas positivas y cuando los mensajes educativos se utilizan en contextos de entretenimiento.

Fuente: (Fernández Moreno, 2008; Abril Merizalde, 2012)



Una formación adecuada le permitirá al adolescente conocer cuáles son los aspectos positivos y negativos de la vida y poder tener un poder de decisión para saber diferenciarlos. Para ello, también se cuenta con factores de protección que el docente o familiar deben inculcarle al joven. Esto se ve reflejado a continuación:

- Enseñar a ser responsables en la toma de decisiones.
- Promocionar al máximo la autoestima al adolescente.
- Diferenciar de las actitudes buenos de las malas.
- Enseñarles a ser productivos. No es lo mismo estar ocupado a ser productivos en alguna tarea.
- Desarrollarle la capacidad de deserción.
- Deben valorar las cosas que tienen.
- Educarlos con valores ético y morales ciudadanas.
- Facilitarles las actividades culturales, académicas y deportivas en su entorno.
- Motivar el afán al logro.
- Educarlos en la comunicación ya que es un factor fundamental en el desarrollo de la vida.
- Valorar a la familia, enseñarles el respeto por la familia y semejantes.

“Por eso es tan importante proporcionar desde niños un buen entorno familiar y social, con relaciones satisfactorias, con expectativas realistas y positivas. Es importante a su vez enseñar a elaborar una opinión personal y a tener capacidad de crítica, a ser hábiles en la resolución de problemas, a confiar en la iniciativa de poner en marcha soluciones y dar un margen de confianza para que los adolescentes aprendan a creer en ellos mismos”. (Fernández Moreno, 2008, pág. 54)

Una excelente estrategia docente que se puede aplicar en el aula de clase es la programación didáctica sobre la alimentación saludable. En ella se pueden distinguir varios aspectos importantes como los alimentos más sanos, las enfermedades que pueden sufrir por una mala alimentación y sobre todo interactuar con sus familias en los buenos hábitos alimenticios. La Figura 25 muestra un diagrama pedagógico implementado en un aula de clase.

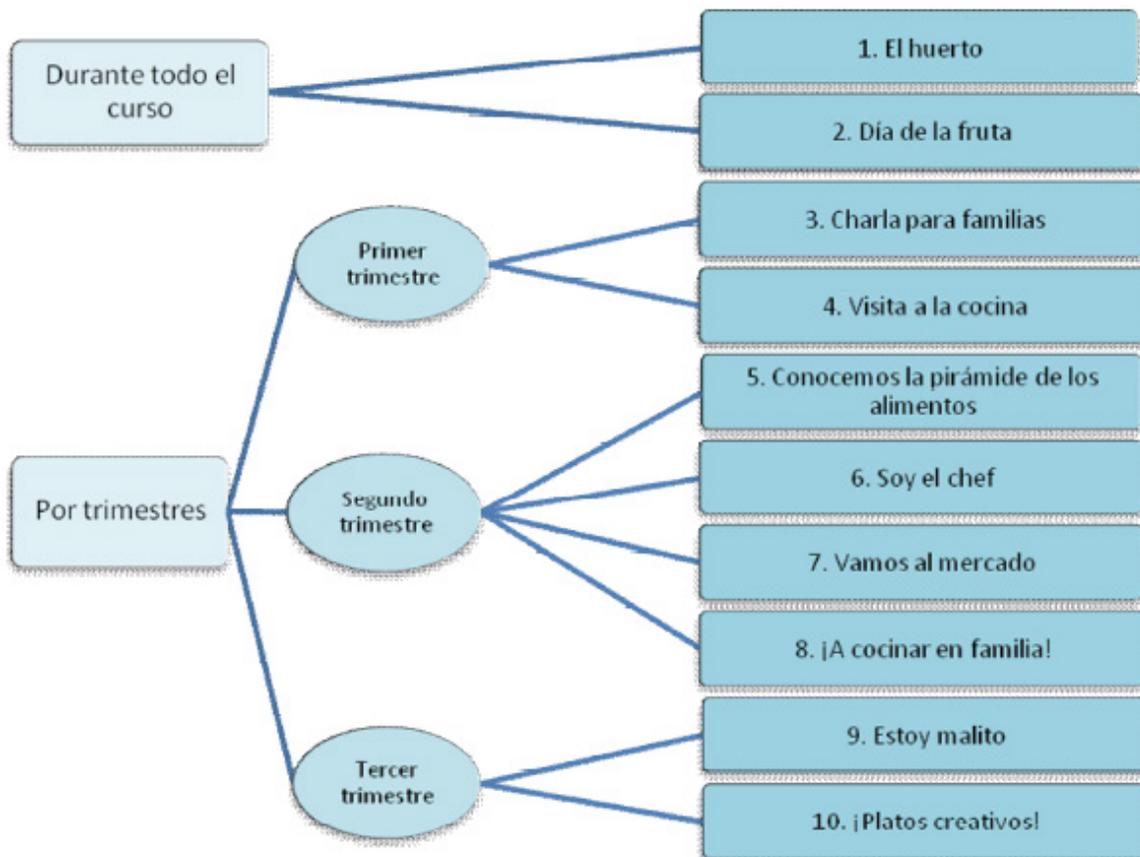


Figura 25. Diagrama pedagógico implementado en un aula de clase sobre la buena alimentación. Fuente: (Lozano-Albalate, 2015)

“Los docentes deben crear espacios y reservar tiempo para trabajar sobre la convivencia. Estar a su lado es conocerlo y así poder detectar cuando algo no va bien, que adelgaza, que esta pálida, que esta triste, que hace demasiado ejercicio, que se aísla y no participa, y así poder colaborar en la prevención de trastornos como los de la alimentación. En definitiva, educar a niños y niñas transmitiendo a través de conocimientos, actitudes y valores que contradicen lo que desde los medios se pretende vender como la imagen dulce y delgada de una joven”. (BAAMONDE, 2008, pág. 9)

Cambios de estereotipos de belleza.

Para poder realizar los cambios en la percepción de los jóvenes es necesario plantear algunas situaciones que, en la mayoría de las ocasiones, los adolescen-



tes no conocen. Una de ellas, es lo que se entiende por estereotipo. Los estereotipos son ideas concebidas de las personas basadas en prejuicios sobre algo, sea persona, grupo u objeto. Se consideran así porque la mayoría de los individuos lo siguen debido a que plantean algún mensaje llamativo, es decir captan su atención.

“Todas las personas realizan valoraciones sobre los demás y con ello surge una generalización de las cualidades desde lo individual a lo colectivo, así se construye ideas subjetivas acerca de un grupo de individuos y que no permite descubrir a fondo a cada persona”. (Torres Cárdenas, 2016, pág. 16)

Dentro de estos estereotipos se encuentran los estereotipos de género, los cuales se definen como las creencias y características compartidas socialmente entre el hombre y la mujeres los cuales provienen de actitudes y comportamientos que reflejan su identidad. En la Figura 26 se detalla el estereotipo de género y como influye su entorno en el comportamiento social.

En la sociedad se han fundamentado los estereotipos de género, tomando como ejemplo para muchos de los jóvenes. Lo que conlleva a seguir estos patrones de conducta es que muchos de estos estereotipos influyen negativamente en el desarrollo de los adolescentes. Es por ello que se deben cambiar las maneras de mirar a estas figuras y observarlas con el fin de poder diferenciar a la persona del objeto mercantilizable que se transforme.

Muchos de estos estereotipos de género los llevan las mujeres. Han sido las que llevan la bandera del culto a la belleza y al cuerpo. Los hombres no escapan de sostener esta insignia. Es por ellos, que la sociedad debe buscar la forma de cambiar estos estereotipos a través de muchas herramientas didácticas con el fin de que las personas más vulnerables, los jóvenes, sean capaces de comprender lo que están observando. En la Figura 27 se muestra una campaña de convivencia escolar referida a los estereotipos de género. El primer signo de violencia es aquel que no se ve, porque se halla invisibilizado en la sociedad a través de estereotipos patriarcales que naturalizan la subordinación de la mujer; y cuanto más sutil, mayor será su eficiencia (Urrutia, 2018).

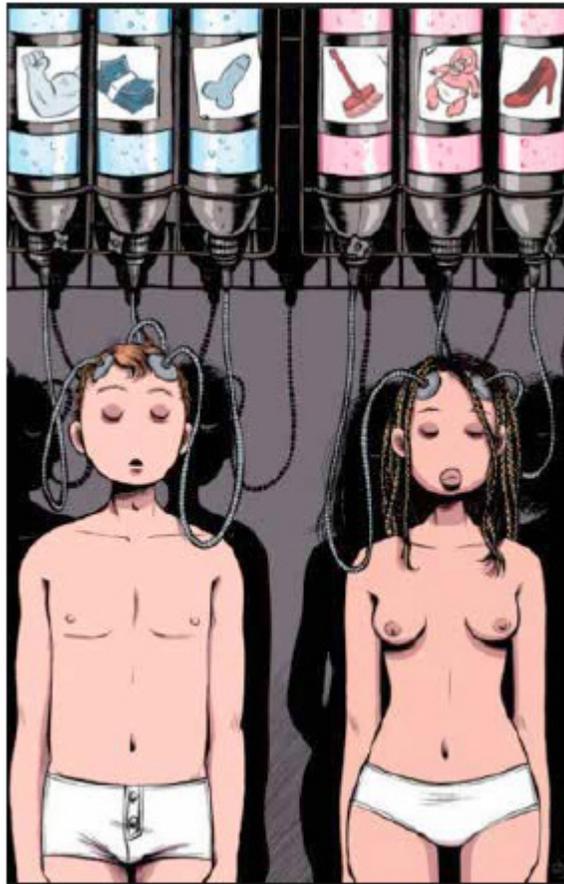


Figura 26. Influencia del entorno para crear el estereotipo de género. Fuente: (Torres Cárdenas, 2016)

Poder realizar cambios en los paradigmas de la sociedad son bastante complejos y más si se tienen infundados los estereotipos. Es necesario crear campañas en todos los rincones de la sociedad con el fin de que la población tenga una perspectiva diferente del estereotipo de género. El marketing social es una herramienta bastante útil en la difusión de estos cambios. Se deben tomar en cuenta todos los elementos que aportarán a la creación de contenidos que lleguen objetivamente al usuario por los diferentes medios que se transmitirá el mensaje codificando su lenguaje visual (Torres Cárdenas, 2016). En la Figura 28 se observa los pasos a seguir en la campaña social según Kottler

¿QUÉ SON LOS ESTEREOTIPOS DE GÉNERO ?

Los estereotipos de género son las ideas utilizadas para explicar el comportamiento de hombres y mujeres, generando características y funciones de cómo deben comportarse.

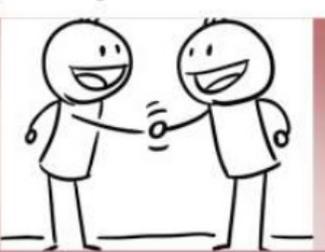
Ejemplos de estereotipos masculinos y femeninos:

Los hombres son:
Independientes, no emocionales, agresivos, competitivos, descoordinados, fuertes, activos, seguro de sí mismos.

Las mujeres son:
Dependiente, emocional, pasiva, sensible, tranquila, débil, insinuante, suave, sumisa y complaciente.



"El logro de la igualdad de género requiere la participación de mujeres y hombres, niñas y niños. Es responsabilidad de todos".
— Ban Ki-moon



Respeto, la base de la

CONVIVENCIA ESCOLAR

La convivencia escolar se trata de la integración entre las personas de una comunidad educativa, sustentada en base al respeto mutuo e interrelación pacífica y sin violencia.

Se debe enseñar y aprender que somos iguales en conocimientos, habilidades y son nuestros valores los que permiten vivir sin prejuicios de género.

Figura 27. Campaña de convivencia escolar donde se motiva los cambios de estereotipos de género. Fuente: (Quiñonez & Loo Ramos, 2019)



Figura 28. Pasos a seguir en la realización de campaña social para el cambio de estereotipo según Kottler. Fuente: (Torres Cárdenas, 2016)

Hay que buscar las diversas soluciones para poder influir positivamente dentro de los jóvenes, que es la población más vulnerable psicológicamente y por donde van dirigidos las publicaciones estereotizadas. Es necesario cambiar esa mirada sobre la mujer y el hombre en los diferentes medios de comunicación.



En la Figura 29 se detalla una campaña en contra de los estereotipos de género.



Figura 29. Campaña de publicidad en contra de los estereotipos de género. Fuente: (Torres Cárdenas, 2016)

“Promover una imagen real y positiva de la mujer, defender la igualdad de oportunidades en el acceso a los puestos de dirección y decisión en los medios, desarrollar y potenciar la carrera de las mujeres profesionales en los medios en su actividad laboral, organizar encuentros, jornadas y elaborar estudios y establecer vínculos con otras asociaciones”. (García-Ruiz, Gómez, & Vázquez, 2014, pág. 584)

En los casos de la publicidad donde los modelos son hombres, estas muestran a una figura patriarcal, de contextura fuerte y de triunfador. Es lo que se llama el hombre light caracterizado por el narcisismo y el subjetivismo.

En definitiva, para poder comprender estas publicidades es necesario analizar el carácter semiótico de las mismas. Para ello, existe un modelo formulado por Barthes que desglosa las características que pueden expresar las imágenes publicitarias, la cual puede servir como herramienta didáctica en las escuelas y en el hogar de los adolescentes con el fin de que puedan diferenciar los estereotipos. Este modelo se detalla en la Figura 30.

“Es inevitable el vínculo existente entre la sociedad y el estereotipo, pero se debe comprender su uso en beneficio de ésta. Englobar características desconociendo las particularidades es el atajo que muestran los estereotipos y nos permite abreviar conocimientos en torno a las personas, ampliar su significado es de gran utilidad para los jóvenes ya que estas simplificaciones estereotipadas son las creadoras de personalidades y de criterios moralistas, la frecuencia en su uso y las repeticiones hacen que estos estereotipos siembren en la mirada crítica de las personas una percepción equivocada de los acontecimientos”. (Liberio Jiménez, 2016)

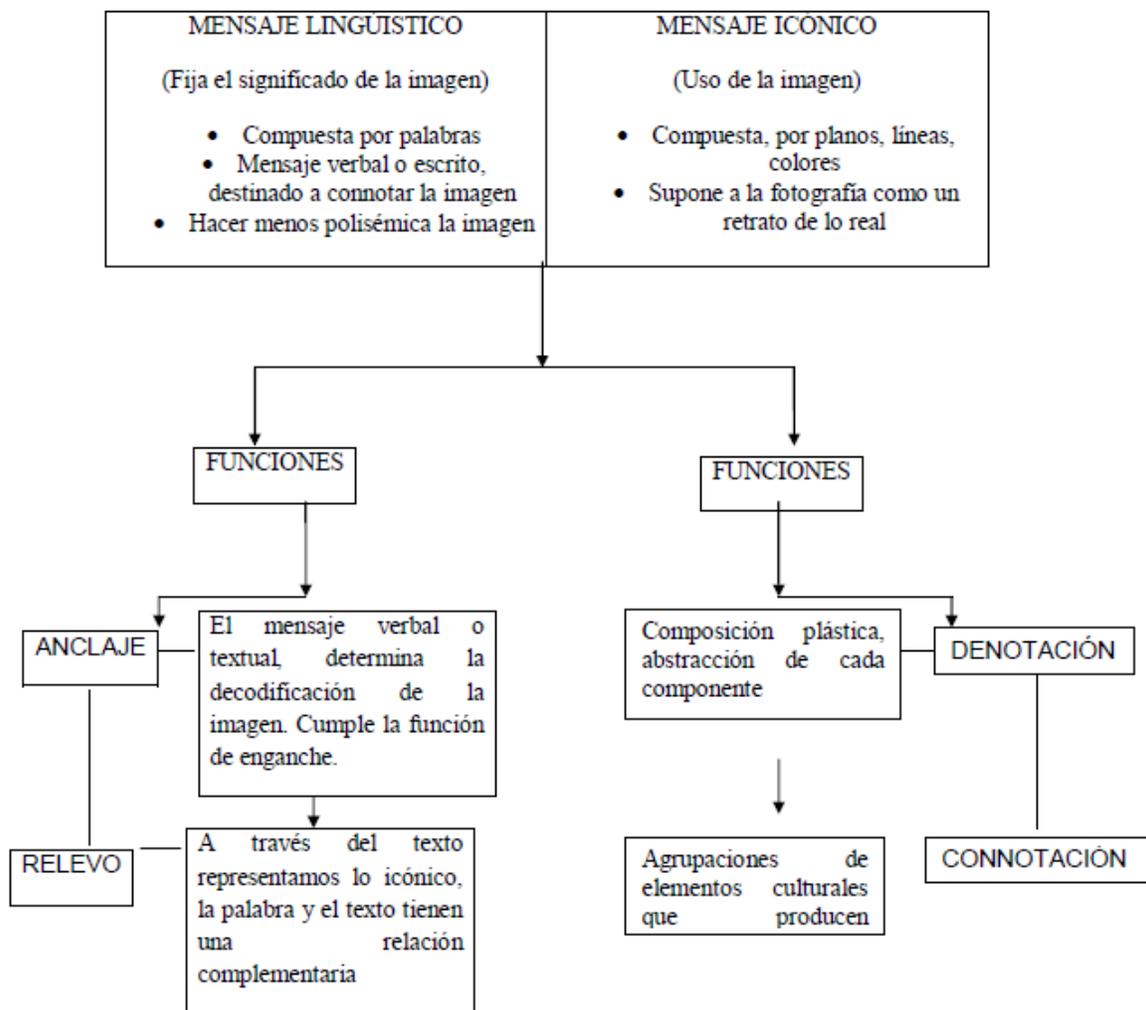


Figura 29. Modelo de análisis de publicidad según Barthes. Fuente: (VIANA TIMBIANO, 2013)



Educación emocional.

Una de las primeras situaciones que debe hacer una persona con TCA es afrontar que tiene el problema y que desea superarlo. Por más opciones, tratamientos o terapias sino existe la voluntad del paciente no existirá una mejora en él. Afrontar los problemas es el primer paso que se debe hacer cuando quiere obtener una solución si esa incluye obtener una mejor calidad de vida.

Es aquí donde entran las estrategias de afrontamiento y esta puede ayudar psicológicamente al paciente para que pueda deducir su situación para que obtenga una cierta cantidad de soluciones. Una de los principales síntomas de los traumas por TCA es el estrés.

“Con relación al estrés, las estrategias de afrontamiento o *coping* son consideradas como un conjunto de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, a reducir y a eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación”. (Torres Mutiz, 2015, pág. 33)

El paciente también debe buscar apoyo en su círculo cercano, ya que al principio encontrará que la solución estará con muchas alternativas y que debe tomar una decisión, pero su condición no se lo permite. Es allí donde debe contar con personas que están involucradas en su bienestar para que la orienten en una mejor solución a su bienestar.

“Es posible que un problema ceda, tan sólo si se encuentra un determinado modo de representarlo. Otro puede requerir pensar en una solución creativa que se pasa por alto. Un tercer problema puede requerir encontrar un modo de seleccionar entre miles de opciones, demasiadas para examinarlas a través de un método de ensayo y error”. (Torres Mutiz, 2015, pág. 34)

Es allí que la educación emocional es fundamental, no solo en el paciente sino también en su círculo familiar y social. Se debe colaborar de una manera transversal y directa, es decir una parte se detecta el problema y por otra se puede realizar campañas de prevención a través de la educación de hábitos alimenticios, valores sociales y emocionales de vital importancia (Martínez Medina,

2009).

Esta educación emocional puede abarcar los síntomas de estrés, ansiedad y espectro obsesivo-compulsivo a través de diversas terapias, pero en especial la orientación cognitivo-conductual.

“La competencia emocional y social es la habilidad para comprender, manejar y expresar los aspectos emocionales de nuestra propia vida, de tal manera que seamos capaces de manejar las tareas cotidianas como el aprender, el establecer relaciones interpersonales y sociales, resolver los problemas de cada día y adaptarnos a las complejas demandas del crecimiento y del desarrollo”. (Durá, Kovacheva, & Bravo, 2012, pág. 88)

Políticas públicas: políticas de salud, educativas y culturales.

Los derechos de los niños, niñas y adolescentes, los derechos del buen vivir en específico ambiente sano y el régimen del buen vivir en su apartado de salud están reflejados en la carta magna de la República del Ecuador. Es decir, son base fundamental de las políticas públicas del país.

Se establece como prioridad el derecho de los niños, niñas y adolescentes sobre cualquier otro derecho establecido en el artículo 44 de la constitución:

“Art. 44: El estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y aseguran el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.

Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales”. (Constituyente, 2008, pág. 14)



También, la constitución de la república enaltece un ambiente sano y por ende el respeto a la biodiversidad de género a través de los derechos del buen vivir reflejado en el artículo

“Art. 14: se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*.”

Se declara de interés público la preservación del ambiente, la conservación de los ecosistemas, la biodiversidad y la integridad del patrimonio genético del país, la prevención del daño ambiental y la recuperación de los espacios naturales degradados”. (Constituyente, 2008, pág. 10)

Por otra parte, la salud está vinculada directamente como un derecho ineludible de los ciudadanos ecuatorianos por lo que el estado fomentará mecanismos para el desarrollo del bienestar de la sociedad. Estos se ven reflejados a través de los artículos 360 y 364 respectivamente.

“Art. 360: el sistema garantizará a través de las instituciones, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.

La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos operativos y de complementariedad.

Art. 364: Las adicciones son un problema de salud pública. Al estado le corresponderá desarrollar programas coordinados de información, prevención y control del consumo de alcohol, tabaco y sustancias estupefacientes y psicotrópicas; así como ofrecer tratamiento y rehabilitación a los consumidores ocasionales, habituales y problemáticos. En ningún caso se permitirá su criminalización ni se vulnerarán sus derechos constitucionales.

El estado controlará y regulará la publicidad de alcohol y tabaco”. (Constituyente, 2008, pág. 62)

En Suramérica existen políticas públicas en materia de salud mental pero cada una difiere debido a las características y la cultura de cada región. Esto indica que las leyes y normas se desarrollan según las características de su población y las necesidades inherentes en ellas.

“La noción de salud mental que subyace a cada política nacional hace énfasis en la promoción de la salud, con la misma importancia de la prevención, sobre una concepción del bienestar que resalta el papel activo de los sujetos y poblaciones, las capacidades y libertades disponibles. Sin embargo, los recursos, estrategias, acciones y metas están orientados sobre la base de un modelo biomédico que prioriza el diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales. Además, la noción habitualmente es importada de los planteamientos oficiales de la OMS”. (Henao, y otros, 2016, pág. 191)

En Ecuador durante los últimos años se han ido transformando el sistema de salud en la búsqueda del mayor bienestar de la población a través de los mecanismos del buen vivir. Estas políticas se han logrado a corto plazo, pero buscan a que sean sostenibles en el tiempo.

“Sin embargo, su sostenibilidad va a ser garantizada solamente cuando se convierta en una política de Estado que supere el margen de tiempo de un gobierno determinado. Para ello, consideramos que debe orientarse el esfuerzo para su consolidación en tres ámbitos relevantes: Completar la reestructuración del marco jurídico, Profundizar el trabajo con el recurso humano de la RPIS y Ampliar y profundizar los mecanismos de participación ciudadana”. (Malo-Serrano & Malo-Corral, 2014, pág. 759)

Cuando se trata de enfermedades como el TCA, existen formas de penalización en muchos países y eso depende de cómo se efectúa el tratamiento. Siempre el paciente va a tener rechazo hacia la aplicación de algún método que permita una mejora en su salud y es debido a que no ha asumido la responsabilidad de la enfermedad.



“El rechazo a tratamientos médicos es un derecho reconocido expresamente configurándose como la manifestación más paradigmática de la Autonomía del paciente. Pero ésta tiene límites siendo el propio individuo el que les da sentido. Es por tanto que, si la voluntad a través de la que se expresa está viciada, por un trastorno psíquico, surge la obligación de los profesionales de someter su decisión a la autoridad judicial, que homologue si se le puede internar al para que reciba el tratamiento, perdiendo su libertad”. (Aréchaga & Momparler, 2010, pág. 130)

La complejidad de establecer órdenes judiciales a todo aquel que ejerza o permita un daño físico y psicológicos sobre personas vulnerables como los niños, niñas y adolescentes es complejo porque se debe indagar en muchos aspectos por lo que se abre un abanico de posibilidades y alternativas.

“Analizando esta situación conforme al principio de intervención mínima, que comporta apartar el Derecho penal de regiones de la realidad social, al que pueden acceder otras ramas menos invasivas de nuestro ordenamiento jurídico; se puede razonar la conveniencia de la intervención como un *continuum* de la protección ya dispensada al derecho fundamental de la integridad física y psíquica (poniendo el acento en el peligro que corren especialmente los menores)”. (Aréchaga & Momparler, 2010, pág. 130)

Queda de parte de las autoridades, entes jurídicos y demás organismos evaluar las diversas situaciones por las que un joven pierda su calidad de vida a razón de estas enfermedades del tercer milenio. Se deben crear los mecanismos que permitan una regulación más precisa sobre los factores de riesgo que sufren los pacientes de TCA. Lo que si no cabe duda es el derecho al bienestar que deben tener los jóvenes, apuntado en la constitución de la República del Ecuador.

BIBLIOGRAFIA

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA



- Abril Merizalde, D. L. (2012). *Aplicación del modelo PRECEDE-PROCEDE en la prevención de desordenes alimentarios en adolescentes de 15 a 18 años del instituto técnico superior Riobamba. 2011*. Riobamba, Ecuador: Trabajo de Grado - Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública.
- Adrián Escudero, J. (2007). El cuerpo y sus representaciones. *Enrahonar: Quaderns de filosofia*. (38-39), 141-157.
- Álvarez, M. P. (2001). El grano y la criba de los tratamientos psicológicos. . *Psicothema*, 13(3), 523-529.
- Aranceta Bartrina, J. (2016). *Periodismo y alimentación. Influencia de los medios de comunicación en la elección de alimentos y en los hábitos de consumo alimentario*. Leioa, España: Trabajo de Grado - Universidad del País Vasco.
- Aréchaga, E. M., & Momparler, R. F. (2010). Aspectos bio-jurídicos de los transtornos de la conducta alimentaria: pasado, presente y futuro. *DS: Derecho y salud*, 20(1), 97-132.
- Arranz Raso, P., & Rodríguez, S. (2016). *El cuerpo: una visión a través del arte*. Barcelona, España: Trabajo de Grado - Universidad Autónoma de Barcelona.
- Asensio Aller, M. (2014). *Anorexia y Bulimia: problemas de la sociedad desarrollada*. Valladolid, España: Trabajo de Grado - Universidad de Valladolid.
- Ayensa, I. B. (2003). VIGOREXIA Y CULTO AL CUERPO, ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL EN HOMBRES. *Psiquiatría Noticias*, 5(2), 1-10.
- BAAMONDE, S. V. (2008). LA ANOREXIA EN LA ESCUELA. *Innovación y Experiencias Educativas*. N° 45, 1-11.
- Barreiro, A. M. (2004). La construcción social del cuerpo en las contemporáneas. *Papers: Revista de sociología*, (73), 127-152.
- Carretero García, A., Sánchez Planell, L., Rusiñol Estragués, J., Raich Escurse-

- Il, R. M., & Sánchez Carracedo, D. (2009). Relevancia de factores de riesgo, psicopatología alimentaria, insatisfacción corporal y funcionamiento psicológico en pacientes con TCA. *Clínica y salud*, 20(2), 145-157.
- Castro, C. F., & Ferreira, R. (2007). *Vigorexia: estudio sobre la adicción al ejercicio. Un enfoque de la problemática actual*. Medellín, Colombia.: . Monografía de Especialização. Instituto Universitário de Educação Física, Universidade de Antioquia.
- Castro-López, R. (2013). *Diferencias de personalidad, autoconcepto, ansiedad y trastornos de alimentación en deportistas de musculación: patrones psicológicos asociados a la vigorexia*. Jaén: Trabajo de Grado - Universidad de Jaén, .
- Compte, E. J. (2009). *Vigorexia. Aproximaciones teórico clínicas*. Buenos Aires, Argentina: Trabajo de Grado - Universidad de Belgrano. Facultad de Humanidades.
- Compte, E. J., & Sepúlveda, A. R. (2014). DISMORFIA MUSCULAR: PERSPECTIVA HISTÓRICA Y ACTUALIZACIÓN EN SU DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 307-326.
- Constituyente, A. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito, Ecuador: Tribunal Constitucional del Ecuador. Registro oficial Nro, 449.
- Coronel Peñaherrera, M. F. (2007). *Trastornos de la conducta alimenticia desde el punto de vista sistémico*. Cuenca, Ecuador: Trabajo de Grado - Universidad del Azuay.
- Croce, J. R. (2012). El malestar actual de la cultura y la martirización del cuerpo. *Psicología y Salud*, 22(2), 205-214.
- Cruzat Mandich, C., Díaz Castrillón, F., Aylwin Navarro, J., García Troncoso, A., Behar Astudillo, R., & Arancibia Meza, M. (2014). Discursos en anorexia y bulimia nerviosa: un estudio cualitativo acerca del vivenciar del trastorno. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 5(2), 70-79.
- Cuentas-Zavala Ponce, J. L. (2017). *Insatisfacción corporal, vulnerabilidad*

psicológica y sintomatología vigorexica. Arequipa, Perú: Trabajo de Grado - Universidad Católica San Pablo, Facultad de Ciencias Económico Empresariales y Humanas.

Da Silva, G. B. (2015). *Aspectos psicológicos en la obesidad. Consideraciones actuales sobre el problema*, 79. Mérida, Venezuela: Publicaciones. Vicerrectorado Académico. Universidad de Los Andes.

de Eulate González, L. P. (2009). Educación Alimentaria: una investigación con padres de adolescentes. *Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas*, 27(3), 361-368.

del Bosque-Garza, J. M., & Caballero-Romo, A. (2009). Consideraciones psiquiátricas de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 66(5), 398-409.

del Rey Ballesteros, A. (2010). *Trastornos alimentarios y emocionales de la sociedad moderna: Anorexia, Bulimia y Vigorexia*. Trabajo de Primero de Bachillerato.

Díez Hernández, I. (2005). La anorexia nerviosa y su entorno socio-familiar. La imagen corporal entre la biología y la cultura: antropología de la alimentación, nutrición y salud). *Zainak. Cuadernos de Antropología-Etnografía*, (27), 141-147.

Durá, E. H., Kovacheva, K. I., & Bravo, V. L. (2012). Asignatura de Competencias Emocionales para niños de educación primaria. *Revista de fundamentos de psicología*, 4(1), , 87-96.

Fernández Moreno, L. (2008). *TIEMPO DE RESPUESTAS. GUÍA DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA: ANOREXIA, BULIMIA Y OBESIDAD*. España: FUNDACIÓN MAPFRE.

García-Ruiz, R., Gómez, J. I., & Vázquez, A. I. (2014). Propuesta de alfabetización mediática ante los estereotipos de género en los medios de comunicación: Resultados y valoración de “Rostros de Mujer”. *Prisma Social: revista de investigación social*, (13), 576-609.

González Pita, M. (2017). *Anorexia y Bulimia: Personalidad y Trastornos de la*

- Conducta Alimentaria.*/ Trabajo de Grado - Universidad de La Laguna, Departamento de Psicología Clínica, Psicobiología y Metodología.
- Gutiérrez, J. H. (2015). Las niñas buenas no gritan: anorexia y desafíos a la femineidad en jóvenes mujeres de León, Guanajuato. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 1(1), 131-156.
- Henaó, S., Quintero, S., Echeverri, J., Hernández, J., Rivera, E., & López, S. (2016). Políticas públicas vigentes de salud mental en Suramérica: un estado del arte. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 34(2), 175-183.
- Hernando, B. (2000). Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y Bulimia. *Inf Ter Sist Nac Salud*, 24, 44-50.
- Jáuregui-Lobera, I. (2005). Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los TCA. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (2), 158-198.
- Labrador, F. J., Vallejo, M. Á., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A., & Fernández-Montalvo, J. (2003). La eficacia de los tratamientos psicológicos. *Infocop*, n° 84, 1-15.
- Laín Entralgo, P. (1989). *El cuerpo humano: teoría actual*. Madrid, España: Espasa Universidad.
- Leal, F. J., & Crespo, Y. J. (1997). Intervención familiar en bulimia nerviosa de evolución crónica. *Revista REDES*, (3), 1-10.
- Lechuga, L., & Gamiz, N. (2005). Tratamiento psicológico de los Trastornos de Conducta Alimentaria. Aproximación cognitivo conductual. *Trastornos de la conducta alimentaria*, (2), 142-157.
- León, P. (2012). *Planificación campaña integral y global de mercadeo social juntos contra la anorexia y bulimia*. Quito, Ecuador: Trabajo de Grado - UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO.
- Liberio Jiménez, M. G. (2016). *Análisis de la influencia de los realitys shows nacionales en la formación de estereotipos sociales en los adolescentes de la ciudad de Guayaquil*. Guayaquil, Ecuador: Trabajo de Grado - UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL.

- Lozano-Albalate, L. (2015). *Proyecto Educativo para Potenciar la Alimentación Sana en alumnos de Educación Infantil (PEPAS)*. Teruel: Trabajo de Grado - Universidad Internacional de La Rioja, Facultad de Educación.
- Lucio, E. C. (2008). *ANOREXIA*. Valencia, España: Informe - Universidad de Valencia.
- Malo-Serrano, M., & Malo-Corral, N. (2014). Reforma de salud en Ecuador: nunca más el derecho a la salud como un privilegio. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31, 754-761.
- Marijuán Cuevas, M. (2016). *Cuidados de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria*. Valladolid, España: Trabajo de Grado - Universidad de Valladolid, Escuela de Enfermería de Palencia.
- Mariño Vives, C. S., & Castro, C. S. (2018). *Vigorexia en la construcción de cuerpo*. Bogotá, Colombia: Trabajo de Grado - PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA.
- Martínez Medina, F. (2009). Trastornos de conducta alimentaria intervención desde el ámbito educativo. *Innovación y Experiencias Educativas*, N° 16., 1-9.
- Mazón Ávila, J. P., Atiencia Tapia, L. M., & Cabrera, H. (2018). Factores psicológicos asociados a la vigorexia en los usuarios de gimnasios del azuay en el periodo 2016-2017. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 130-144.
- Mazzeo, N. (2009). *Vigorexia*. Santo Tomas de Aquino: Trabajo de Grado - Universidad de la Fraternidad de Agrupaciones de Santo Tomas de Aquino.
- Molina, A. E. (2014). *Cuerpos disciplinados, imágenes liberadas. La Estética como Elemento Transversal de la Práctica Modificadora sobre el Cuerpo*.
- Molina, J. M. (2007). Vigorexia: adicción, obsesión o dismorfia; un intento de aproximación . *Salud y drogas*, 7(2), 289-308.
- Murcia, F. M., Cangas, A. J., Pozo, E. M., Sánchez, M. M., & Pérez, M. L. (2009). Trastornos de la personalidad en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Psicothema*, 21(1), 33-38.

- Nájera-Fernández, M. L. (2017). *PERCEPCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES EN RELACIÓN A SU ESTADO NUTRICIONAL*. Jaén: Trabajo de Grado - Universidad de Jaén.
- Peyró, C. F. (2008). *EL ESTEREOTIPO SOMÁTICO DEL HOMBRE EN LA PUBLICIDAD DE ESTETICA Y SU INFLUENCIA EN LA VIGOREXIA MASCULINA*. Castellón, España: Actes de Congènere: la representació de gènere a la publicitat del segle XXI, 3.
- Proaño Coellar, M. C. (2010). *Estudio de la ruta crítica en anorexia y bulimia*. Cuenca, Ecuador: Trabajo de Grado - Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas.
- Quiñonez, S., & Loor Ramos, E. G. (2019). *Estereotipos de género en la convivencia escolar*. Guayaquil, Ecuador: Trabajo de Grado - Universidad de Guayaquil Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.
- Raich, R. M. (2004). Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en psicología Latinoamericana*, 22(1), 15-27.
- Ramírez, J. A. (2018). Cuerpo humano y arquitectura: Analogías, metáforas, derivaciones. *Boletín de arte*, (23), 15-78.
- Rava, M. F., & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 1): Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(5), 353-363.
- Rava, M. F., & Silber, T. J. (2004). Bulimia nerviosa (Parte 2). Desde la etiología hasta la prevención. *Arch. argent. pediatr* 2004; 102(6), 468-477.
- Rodríguez, M. J., & Arias, S. (2013). AUTOCUIDADO EN TERAPEUTAS: ESTABLECIENDO UN BUEN VÍNCULO CON PACIENTES CONSIDERADOS DIFÍCILES. *Revista Sul Americana de Psicologia*, v1, n2, 216-234.
- Ruiz García, M. C., & Castillo Algarra, J. (2004). La influencia de los medios de comunicación en las imágenes femeninas: actitudes, hábitos y comportamientos de las mujeres con respecto a la belleza y el cuerpo. *CLEPSYDRA*, 3, 89-107.

- Ruiz Lao, I. A. (2016). *Autoestima, vigorexia y asistencia al gimnasio*. Madrid, España: Trabajo de Grado - Universidad Potinfcia Comillas.
- Sainos-López, D. G., Sánchez-Morales, M. T., Vázquez-Cruz, E., & Gutiérrez-Gabriel, I. (2015). Funcionalidad familiar en pacientes con anorexia nerviosa y bulimia. *Atención Familiar*, 22(2), 54-57.
- Solís, J. (2002). *La importancia del Análisis Funcional en la Etiología de la Anorexia y Bulimia Nerviosa*. Córdoba, España: Centro de Psicología Grupo Áreas.
- TOLEDO-MORALES, P., & SÁNCHEZ-GARCÍA, J. M. (2006). TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL CONTEXTO ESCOLAR. *Educación para la salud: la promoción de estilos de vida saludables en la escuela*, 80-100.
- Torres Cárdenas, P. O. (2016). *Diseño de una campaña gráfica para concienciar sobre los estereotipos de género en la publicidad impresa ecuatoriana*. Cuenca, Ecuador: Trabajo de grado - Universidad del Azuay, Facultad de Diseño.
- Torres Mutiz, N. (2015). *El afrontamiento de problemas como herramienta para la prevención de lostrastornos de conducta alimentaria*. Bogotá, Colombia: TRabajo de Grado - Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Comunicación y Lenguaje).
- Urrutia, L. A. (2018). Mujeres empoderadas: de-construyendo los estereotipos sexistas hacia un nuevo paradigma. *Inclusão Social*, 11(2), 44-53.
- VIANA TIMBIANO, E. A. (2013). *Éxito social en los estereotipos de belleza masculina en el catálogo Hombre Yanbal*. Quito, Ecuador: Trabajo de Grado - UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, FACULTAD DE COMUNICACIÓN SOCIAL.



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO DE LA ANOREXIA, BULIMIA Y VIGOREXIA



Publicado en Ecuador
Octubre del 2019

Edición realizada desde el mes de agosto del año 2018 hasta octubre del año 2019, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito.

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores



PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO HOLÍSTICO

DE LA ANOREXIA BULIMIA VIGOREXIA



**MED. JOHANA ELIZABETH
SOSA JURADO**



**MED. DIANA JANNETH
SÁNCHEZ CHICAIZA**



**MED. OLMEDO XAVIER
RUIZ LARA**



**MED. TATIANA ELIZABETH
ZURITA MORENO**



**MED. ANDRÉS SANTIAGO
RUEDA RUIZ**



**MED. YESSENIA ISABEL
SARCHI GAYASAMIN**



**MED. JOHANA NATALI
MONTALUISA PILATASIG**



**MED. PAOLA FERNANDA
MENA ALENCASTRO**



**MED. MARÍA ESTHER
ABDO ROJAS**



**MED. GUSTAVO JAVIER
ACOSTA TAYO**

ISBN: 978-9942-787-80-4



9 789942 787804

