



**Facultad de Ciencias
Políticas y Sociales
Universidad Nacional de Cuyo**

Tesina para optar al título de
Licenciatura en Trabajo Social.

**“Trayectoria de los adolescentes y jóvenes con Trastornos de la
Conducta Alimentaria en los grupos de autoayuda”**

Alumna: Rocamora, Mariana Ángela.

Directora de Tesis: Magíster Del Pozzi, Estela María.

Co-Directora de Tesis: Lic. Güidoni, Marínés.

AÑO: 2011



AGRADECIMIENTOS

Al culminar esta etapa tan importante en mi vida quiero agradecer a todas aquellas personas que estuvieron y vivieron cada momento conmigo acompañándome en este largo camino, por ello quiero agradecer y dedicar este logro en especial a mi familia, que me ha acompañado en todos los momentos de mi vida. Gracias por ser un ejemplo de vida, de esfuerzo, respeto y perseverancia.

A mi esposo Gabriel, por su apoyo incondicional por estar a mi lado y compartir cada momento.

Gracias a mis amigas por estar cerca de mí y transitar por este camino de esfuerzo y voluntad.

También deseo dar mis agradecimientos a quienes me guiaron en este proceso Lic. Estela Del Pozzi y la Lic. Marinés Güidoni, gracias por su tiempo, dedicación y por la predisposición para enseñarme.

Gracias a todas las jóvenes que realizaron las entrevistas que muy generosamente compartieron sus experiencias de vida y a los profesionales que brindaron sus conocimientos contribuyendo a este trabajo.

Mi mayor gratificación a todas las jóvenes y adolescentes que luchan diariamente para recuperar su salud, que me permiten entrar en sus vidas, en el mundo de sus significados y deseos, gracias por brindarme la posibilidad de trabajar junto a ustedes.



INDICE

<i>Agradecimientos</i>	2
<i>Introducción</i>	5
Capítulo I: “Cuestión social y Problemáticas Emergentes”	7
<i>Introducción</i>	8
<i>Cuestión Social en nuestros días</i>	9
<i>Manifestaciones de la Cuestión Social en el campo de la salud mental</i>	10
<i>Estado y Políticas Sociales ante la problemáticas emergente</i>	13
<i>Aspectos constituyentes del marco legal de los TCA</i>	15
Capítulo II: “Adolescencia y Juventud como construcciones socioculturales”	19
<i>Introducción</i>	20
<i>Consideraciones generales de la Adolescencia y Juventud</i>	21
<i>Contexto Sociocultural</i>	24
<i>Contexto Familiar</i>	25
<i>Vulnerabilidad en la adolescencia</i>	28
Capítulo III: “Trastornos de la Conducta Alimentaria” (TCA)	30
<i>Introducción</i>	31
<i>Breve Reseña Histórica</i>	32
<i>Trastornos de la Conducta Alimentaria .Conceptualización</i>	33
<i>Diagnóstico de los TCA</i>	35
<i>Signos y Síntomas de Alarma</i>	38
<i>Complejidad del Acto Alimentario</i>	41
<i>Multicausalidad de los TCA</i>	43
<i>Prevención en los TCA y posibles Tratamientos</i>	45
Capítulo IV: “Grupo de Autoayuda. Una herramienta para abordar los TCA”	49
<i>Introducción</i>	50
<i>Conceptualización de Grupo de Autoayuda</i>	51
<i>¿Cómo funcionan los Grupos de Autoayuda?</i>	54
<i>Grupo de Autoayuda y Apoyo Social</i>	56
<i>Ventajas del Abordaje Grupal</i>	60



Capítulo V: “Trabajo Social. Intervención en salud mental y grupos de autoayuda como alternativa de atención profesional”	63
<i>Introducción</i>	64
<i>Intervención de Trabajo Social en Salud</i>	65
<i>Abordaje Interdisciplinario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria</i>	66
<i>Abordaje de Trabajo Social en Grupo de autoayuda como espacio de intervención y aprendizaje</i>	68
<i>Trabajo Social: Intervención. Funciones y Roles</i>	70
<i>Funciones del Coordinador de Grupo de Autoayuda en los trastornos de la conducta alimentaria</i>	74
<i>Abordaje Familiar desde el Trabajo Social</i>	78
 Capítulo VI: “Aspectos Metodológicos”	 82
<i>Introducción</i>	83
<i>Metodología a Desarrollar</i>	84
<i>Proceso de Investigación</i>	89
<i>Preguntas Generadoras del trabajo de Tesina</i>	89
<i>Objetivos Generales y Específicos</i>	90
<i>Planteo del Problema</i>	92
<i>Proposición</i>	93
<i>Universo y Unidad de Análisis</i>	94
<i>Categorías de Análisis</i>	95
<i>Guía de Preguntas</i>	96
<i>Guía de Observación</i>	100
 Capítulo VII: “Análisis y Conclusiones”	 110
<i>Introducción</i>	111
<i>Análisis y conclusiones</i>	112
 Capítulo VIII: “Propuestas”	 135
<i>Propuestas</i>	136
 <i>Bibliografía</i>	 140
 <i>Anexos</i>	 145
<i>Entrevistas</i>	146
<i>Programa de Prevención y Tratamiento ALDA</i>	166



“TRAYECTORIA DE LOS ADOLESCENTES Y JOVENES CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA”

INTRODUCCIÓN:

El proyecto de investigación aborda el tema del proceso de recuperación de jóvenes y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria que concurren a grupos de autoayuda.

Como experiencia en el tema ofrezco mi desempeño en A.L.D.A. (Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios), coordinando el Grupo de autoayuda, siendo este un sostén del tratamiento, conjuntamente con el abordaje individual del equipo interdisciplinario y familiar.

Todo esto me genera preguntas, que a través del estudio espero dar respuesta entre muchas otras las siguientes: ¿Cómo comienza la problemática de los trastornos alimentarios en los adolescentes y jóvenes?, ¿Cómo llegan a la institución?, ¿Cómo se integran?, ¿Qué los motiva a mantener el tratamiento y lograr su mejoría?, ¿Por qué reinciden?, ¿Cuáles son los factores determinantes en esta recaída?, ¿Por qué vuelven, quiénes los acompañan?, ¿Cómo se comunican entre ellos y cómo se integran a los grupos de autoayuda?, ¿Cómo sería el rol del Trabajador Social en este proceso?, ¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia?. Estas preguntas y muchas más me interrogo día a día, esto motiva y da fuerza al trabajo de la presente tesina.

También, uno de los propósitos de este trabajo, es la recuperación de las experiencias con adolescentes y jóvenes que concurren a grupos de autoayuda, que constituyen uno de los recursos de apoyo social para hacer frente a desórdenes alimentarios y a la vez son parte de la estrategia de recuperación de los mismos.

A su vez, la presente tesina se orienta a conocer y reflexionar sobre el rol del Trabajador Social en los grupos de autoayuda, re-pensar posibles líneas de intervención en los mismos, desde la perspectiva profesional. Generando la inquietud de repasar el sustento teórico que actualmente contamos desde la carrera de Trabajo Social, sobre la intervención en grupos de autoayuda, tomando como punto de partida la intención o motivación que anime al colectivo profesional ampliar la visión generando mayores herramientas, sustento teórico y metodológico que permita ampliar el campo de acción.

Por lo estudiado y trabajado, considero que los trastornos de la conducta alimentaria, concretamente la anorexia y la bulimia nerviosa, han estado presente a lo largo de la historia. Sin embargo, es en nuestros días, cuando existe una mayor preocupación respecto a ellos, debido al incremento de la población joven que padece esta problemática.



Si bien, los trastornos de la conducta alimentaria, abarcan una amplia franja etaria. En ésta tesina se trabajará con adolescentes y jóvenes desde 15 a 24 años, ya que se considera uno de los grupos más vulnerable y más expuestos a sufrir éstas patologías.

Por este motivo, la familia es también un punto relevante dentro de este trabajo, ya que debería implicarse en la detección del problema, en el acompañamiento del tratamiento y por supuesto, es el fundamental agente preventivo.

Además tenemos que tener en cuenta la influencia de los modelos estéticos de extrema delgadez, podría ser uno de los principales factores socioculturales que potencian la presencia de los trastornos de la conducta alimentaria, así como los mensajes publicitarios y la promoción de productos para adelgazar. Se considera que en los años recientes ha cambiado la promoción de la reducción de peso como un beneficio para la salud, sin embargo, persiste la asociación con ésta como un condicionante para el éxito.

A partir de la referencia a la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria y desde la labor desempeñada en la institución, cabe la pregunta ¿Serán los grupos de autoayuda una alternativa de atención profesional? Tal vez, sea necesario repensar con mayor profundidad y complejidad el tema, creando espacios de contención y reflexión junto al colectivo profesional.

Estos grupos suponen para el Trabajo Social una estrategia de intervención centrada en el apoyo social. Teniendo como objetivo consolidar, ampliar y complementar la red social del individuo que atraviesa alguna dificultad.

La investigación grupal podría aportar claves esenciales para una explicación integrada de los comportamientos humanos y con ello aumentar nuestra comprensión de las formas de organización social que lo sostiene y, que al mismo tiempo, contribuye él mismo a configurar. Teniendo en cuenta que desde la formación del Trabajo Social, si bien tiene una orientación a lo grupal y comunitario, no posee una referencia específica sobre grupos de autoayuda, como así también, los trastornos de la conducta alimentaria.

Podemos concluir esta breve introducción convocando a **Edmund Burke** quien a través de sus escritos nos refiere:

“Ningún grupo puede actuar con eficacia si falta el concierto; ningún grupo puede actuar en concierto si falta la confianza; ningún grupo puede actuar con confianza si no se halla ligado por opiniones comunes, afectos comunes, intereses comunes”.



CAPÍTULO I

CUESTIÓN SOCIAL Y PROBLEMÁTICAS EMERGENTES

“Cada cultura define de una forma propia y particular el ámbito de los sufrimientos de las anomalías, de las desviaciones, de las perturbaciones emocionales y funcionales de los trastornos de la conducta que corresponden a la Medicina, suscitan su intervención y le exigen una práctica específicamente adaptada”.

*Michel Foucault
De “La vida de los hombres infames”*



INTRODUCCIÓN.

El primer desafío que me planteo en este trabajo es conocer los conceptos que me permitirán interpretar, reflexionar y llevar a cabo una lectura crítica de la realidad. Para esto se considera necesario, iniciar con el desarrollo del marco teórico que explicita los posicionamientos más importantes considerados y aprehendidos al abordar la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación de la salud a través de grupos de autoayuda.

Por este motivo, es necesario introducirnos en el tema, aproximándonos a la cuestión social actual y teniendo como referencia el contexto político, cultural, económico, institucional y social.

Sumado a esto, es necesario re pensar los cambios en los distintos escenarios y en sus actores, cambios coyunturales y estructurales, enmarcando la problemática presente en este trabajo que impacta en la franja etaria de adolescentes y jóvenes. Pudiendo vincular las características de la **Cuestión Social** de nuestra sociedad Argentina, en el ámbito de la Salud Mental.

A su vez, referenciar las estrategias y políticas de Estado que hacen frente a estas patologías alimentarias, considerando como un problema social y como tal debe ser analizado y abordado desde sus distintas dimensiones.

Es conveniente, además, considerar el marco legal en relación a este tema, que en los últimos años ha avanzado en defensa de la salud mental, adoptando medidas de tipo promocionales y preventivas, haciendo frente a dicha problemática.



CUESTIÓN SOCIAL EN NUESTRO DÍAS.

Para dar inicio a este trabajo, se considera necesario aproximarse desde la reflexión y la conceptualización del contexto actual, con sus características, sus procesos de cambios, sus quiebres, en el marco de la transformación de la sociedad Argentina que da lugar a nuevas problemáticas emergentes.

El término “Cuestión Social” viene aparejado del desarrollo del capitalismo, para designar aquellos problemas que dicho orden acarrea. Este nuevo orden lleva a que lo social y lo político se subordinen a lo económico y la misma fue generando pobreza y marginalidad creciente.

Al referirme a la Cuestión Social me inclino por el enfoque de Robert Castel que la define como “una aporía (incertidumbre) fundamental en la cual la sociedad experimenta el enigma de su cohesión y trata de conjurar el riesgo de su fractura”¹.

Esta Cuestión Social definida por el autor, se manifiesta en las últimas décadas por profundas crisis económicas y políticas, cuya expresión es lo que suele denominarse como “crisis del Estado de Bienestar”, quedando reflejada en la **precarización del mundo laboral, reducción de las funciones del Estado, fuertes procesos de globalización, profundización de las desigualdades, disminución progresiva de la participación y exclusión social, entre otros problemas.**

La crisis del Estado de Bienestar, significó su devastación, es decir, una profunda transformación institucional, que se caracteriza por un Estado chico y débil, pérdidas de capacidades técnicas y jurídicas, fragmentación de las políticas sociales, deslegitimación social de las instituciones públicas, falta de adecuación de las instituciones del Estado al contexto.

Es decir, que sus funciones y participación se redujeron, para dar paso a otros actores, como el Mercado sin medidas de regulación y al denominado Tercer Sector, que alude a un universo muy amplio de instituciones de la Sociedad Civil y Organizaciones No Gubernamentales.

Este último, hace referencia a que en la sociedad surgen nuevas formas de organización diferentes a las tradicionales, se trata de nuevas formas de acción colectiva que se desarrollan por fuera de la política, que son reconocidas como actores cada vez más importantes en la elaboración e implementación de estrategias y programas de desarrollo orientados a los sectores más desprotegidos.

¹ Castell R. “La metamorfosis de la cuestión social”. Una crónica del salariado. Buenos Aires. Paidós Estado y Sociedad. 1997.



Esto nos habla de cambios profundos en los distintos escenarios sociales y en los actores que intervienen. Emergen maneras novedosas de padecimiento que implican cambios en la esfera de la salud, la cultura, el contexto social, como de la vida cotidiana.

En este contexto se han ido agravando los problemas sociales que van adoptando las características propias de cada sociedad, al decir de Alejandra Pastorini² (1997) que sostiene, que la cuestión social depende de cada sociedad, de las diferentes manifestaciones culturales. Es decir, que la cuestión social no es idéntica en todas las formaciones sociales capitalistas, ni única en los diferentes momentos históricos y coyunturales.

Es por este motivo, que en la sociedad Argentina, dichas transformaciones impactan de una manera determinada, adoptando características propias. El aumento de las tensiones de la vida diaria de nuestro tiempo influye en las determinaciones de sufrimiento psíquico, cambios en los estilos de vida, inseguridades, desencantos.

Tomo lo expresado por A. Carballeda³, quien referencia que luego de la crisis de Diciembre de 2001, la Argentina demostró lo que se venía anunciando y se conoció de diferentes maneras: empobrecimiento, desigualdad e injusticias, es decir, el Mercado pasó a ser el disciplinador social de nuestros tiempos.

Tal vez, la presencia de estas nuevas realidades, implique la reflexión desde el colectivo de Trabajo Social sobre las prácticas e intervenciones en el campo de salud, que puede llevar a participar en la construcción de nuevas respuestas para contribuir en la generación de nuevas realidades basadas en la autonomía de las personas.

Como lo logra plantear el autor ya referenciado Alfredo Carballeda⁴ “una cuestión social emergente, empieza a hacerse visible, generando nuevos interrogantes, que van desde las formas de intervención hasta la necesidad de nuevos diálogos con los marcos teóricos que las sustentan”.

MANIFESTACIONES DE LA CUESTIÓN SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL.

Los contextos⁵ y escenarios cambiantes caracterizan a nuestras sociedades en las últimas décadas y marcan una serie de nuevos interrogantes hacia la intervención en lo social. Estos cambios se observan a partir de diferentes esferas que abarcan desde lo socioeconómico hasta el sentido de la vida cotidiana en las diversas tramas sociales.

² Alejandra, Pastorini “La Cuestión Social y sus alteraciones en la contemporaneidad” en Temas de Trabajo Social. Montevideo. 1999.

³ Alfredo Carballeda. Ministerio de Desarrollo Social. Atención a las Adicciones. “Salud Mental y Cuestión Social. Una mirada desde la intervención.

⁴ Carballeda A. Op.cit

⁵ Utilizo el concepto de contextos entendiendo que estos son diversos, con múltiples formas de manifestarse y distintas mutaciones en el tiempo y que están en constante transformación.



Se presentan nuevas expresiones de la cuestión social, las mismas se caracterizan por una complejidad que comprende una serie de problemas sociales, que no son estáticos, alcanzando a distintos sectores de la población. Los problemas sociales que referenciamos en esta tesina tienen relación con la salud mental.

La salud en general y la salud mental en particular, están íntimamente relacionadas con las condiciones, modos de vida y convivencia que son propios de un tiempo y un lugar determinado. Los conflictos que afectan a una sociedad determinada inciden generando específicas formas de padecimiento, que como síntomas, expresan un malestar, que deben encontrar una respuesta.

El Ministerio de Salud de la Nación⁶ considera que “la salud mental de una comunidad está determinada social e históricamente. Es un proceso resultante de las condiciones de vida, de la historia y de los proyectos de una sociedad. Cada cultura marca a sus miembros con el particular significado que le da a la realidad”.

Para agregar a lo expresado anteriormente, “la Salud no es, ausencia de patología, sino la capacidad de desarrollo y cambios conducentes a un crecimiento humano, estar en buen estado de salud significa poder enfermarse y restablecerse, pasando a ser la salud mental un estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constituyentes del sujeto a decir de J. Bergeret”.

Teniendo en cuenta estas conceptualizaciones, actualmente la Cuestión Social, impacta en la vida cotidiana de muchos sectores de la población, especialmente en las adolescentes y jóvenes, generando vulnerabilidad en sus vínculos interpersonales y comunitarios, a decir de Castel, se han “enfriado” dichos vínculos, dando paso al individualismo y a la pérdida de identidad, siendo estos, característicos de los trastornos de la conducta alimentaria.

Para poder dimensionar esta problemática, la Federación Mundial para la Salud Mental⁷ estima que “aproximadamente entre 300 y 400 millones de personas experimenta trastornos mentales. La depresión crece a pasos agigantados, se van cronificando trastornos de la personalidad severos y a su vez aparecen trastornos no convencionales. La sociedad de consumo crea sus nuevos monstruos de fin de siglo: trastornos por ansiedad, adicciones, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, sumándose a otros factores: desempleo, diferencias de oportunidades en el sistema y en el crecimiento económico y social, pobreza y hambre en altísimos índices”.

⁶ Ministerio de Salud y Ambiente- Presidencia de la Nación, “Propuestas para una Política en Salud Mental” Año 2004.

⁷ Federación Mundial de la Salud Mental. Citado en “La función Social de la Locura. Una mirada desde el Poder” Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Editorial Espacio.



Esto último constituye una expresión de profundos cambios que se manifiestan en un contexto que se ha complejizado y su presencia se hace cada vez más visible. En este caso advertimos uno de los problemas que inciden en la vida y en el desarrollo de un joven, afectando directamente el crecimiento e integridad de la persona.

Como así también, la crisis socioeconómica y política ya referida, sumado a la presión del mercado y los medios masivos, llevan a una cultura del consumo donde nos muestran una imagen perfecta de la belleza juvenil donde se debe ser delgado, estilizados, generando un modelo cultural estandarizado a imitar.

Es decir, que estos valores culturales, pueden ejercer fuerte influencia en las condiciones de salud mental de una sociedad, teniendo en cuenta no sólo la multiplicidad de factores orgánicos y psicológicos que se presentan en el sufrimiento humano, sino también entender este contexto actual referenciado anteriormente.

De acuerdo lo explicitado, se reflexiona junto a la autora Silvia Malvarez⁸ en su trabajo “**Construyendo un nuevo paradigma en Salud Mental**”, donde considera que: “los cambios sociopolíticos mundiales y de las Américas, de los últimos años, han influido notablemente en la salud mental de la población y han modificado la tendencia epidemiología, dando lugar a nuevas formas de sufrimiento psíquico”.

CATEGORÍAS CONVENCIONALES	CATEGORÍAS NO CONVENCIONALES
DEPRESIÓN	INDEFENSIÓN
STRESS	FALTA DE PROYECTOS
ADICCIONES	SOLEDAD
FOBIAS	ABANDONO/DESAMPARO
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	FALTA DE AUTOESTIMA

Continuando con el pensamiento de la autora⁹, tomo a modo de reflexión, las cinco primeras causas de morbi mortalidad en la Provincia de Buenos Aires, divididas en categorías convencionales y no convencionales, entre estas encuentro, el tema central de esta tesina.

Finalmente, de acuerdo a lo expuesto, y a la magnitud que adquiere actualmente la problemática, considero necesario generar nuevos diálogos entre diferentes espacios, delineando nuevos horizontes para repensar la intervención del Estado a través de las políticas sociales actuales que abordan la salud mental, como así también la intervención desde el Trabajo Social.

⁸ Malvarez Silvia. Salud Mental y Fin de Siglo “Construyendo un nuevo paradigma en Salud Mental”. Aportes para el análisis estratégico. 1996.

⁹ *Ibíd.*



ESTADO Y POLÍTICAS SOCIALES ANTE LA PROBLEMÁTICA EMERGENTE.

La salud de los habitantes constituye un problema social, por lo tanto el Estado ha de tener influencia decisiva en la manera como se concibe y se afronta la problemática de salud mental.

La salud mental como la referencia Liliana Barg¹⁰ “es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural”. Es decir, que es una instancia esencial propia del desarrollo de cada persona, en la cual despliega sus capacidades.

La misma, ha sido considerada en los últimos tiempos como una de las prioridades en salud de los países de América Latina por parte de las instituciones sanitarias. Es por este motivo que el Estado debería ser el garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria.

Tanto la legislación internacional, como la nacional, se constituyen en un mismo instrumento jurídico que modifica en forma profunda y radical la concepción de la niñez y obliga al Estado, la familia y la comunidad a establecer nuevas maneras de pensar y actuar en relación con las generaciones más jóvenes.

Por este motivo, es necesario adherir a la legislatura actual respecto de los derechos del niño y el adolescente, desde el Paradigma de la Protección Integral, en especial la Convención Internacional de los Derechos de los Niños y Adolescentes y la Ley Provincial 6.354 de Niñez y Adolescencia.

A su vez, tomar como referencia, que todos los estados de la Organización Panamericana de la Salud, incluyendo la Argentina, han reconocido la constitución de la Organización Mundial de la Salud, que establece que **“el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”**¹¹.

En el artículo ya citado de la O.M.S.¹², refiere que surgen a partir de su constitución, las obligaciones por parte de los estados miembros, teniendo responsabilidad en la salud de los pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias adecuadas, en el contexto de la salud mental.

¹⁰ Barg Liliana (organizadora) “Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad” Editorial Espacio. 2006

¹¹ OMS. OPS. Dr. Hugo Cohen. “Salud Mental y Derechos Humanos” Vigencia de los estándares internacionales. 2009.

¹² *Ibíd.*



Teniendo en cuenta lo referido, para reducir la carga en salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, entre éstos, los trastornos de la conducta alimentaria, resulta esencial que los países y regiones presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental al nivel de formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud.

Es decir, como lo plantea en autor Jorge Rivera Pizarro¹³, en su artículo, que las políticas públicas orientadas hacia los adolescentes deberían exceder el marco de lo asistencial. Por este motivo, la familia, la sociedad en su conjunto y el Estado, deben involucrarse para garantizar a los jóvenes oportunidades reales de salud, educación y proyecto a futuro.

Para concluir, considero que para abordar esta problemática de salud mental, siendo objeto de esta tesis, las patologías alimentarias, tendríamos que pensar a la salud mental comprendiendo no solo desde la multiplicidad de factores psicológicos que se presenta en el sufrimiento humano, sino también intentar comprender el contexto social, político, jurídico, cultural y económico que dan sentido a la interpretación.

La cuestión social actual, muestra la importancia de formular nuevos interrogantes con respecto a las formas clásicas de intervención en salud mental. Tal vez, la presencia de estas nuevas realidades, implique una necesaria reflexión sobre las prácticas en este campo.

El autor George Albee¹⁴, uno de los pioneros en Salud Pública de la Federación Mundial para la Salud Mental, plantea una serie de conceptos interesantes para reflexionar sobre la prevención de los trastornos mentales:

Factores orgánicos + Stress + Problemas sociales

Habilidades de afrontamiento + Autoestima + Redes de apoyo social

George Albee, explica que la parte de arriba incrementa el riesgo de trastornos mentales, mientras que la parte de abajo apunta a las estrategias de prevención y fortalecimiento de una red protectora.

A esta ecuación, le debemos incluir un elemento importante que haría posible el encuadre estratégico en una dinámica social, que permita generar las transformaciones en Salud Mental, el elemento de la participación política.

¹³ Pizarro, Jorge Rivera. "Políticas de estado para la adolescencia y el enfoque de los derechos" Publicación de la Dirección de Cultura y Educación de la Pcia de Bs. As. Versión digital del artículo publicado. 2005

¹⁴ "La función social de la locura" Universidad Nacional de Mar del Plata. George Albee citado en Pág. 119



Se consideran estos elementos, aportados por el autor, muy interesantes para poder posicionarme en el tema de esta tesina, trayectoria de los adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria en grupos de autoayuda. Ya que a través de estos grupos se plantea el interrogante si pueden ser una posible herramienta que colabore en el proceso de recuperación de la salud, brindando, como ya se citó, habilidades de afrontamiento, autoestima, redes de apoyo social, entre otras.

ASPECTOS QUE CONSTITUYEN EL MARCO LEGAL DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Es necesario, considerar la salud mental como un recurso, como un valor por sí mismo y como un derecho humano básico que es esencial para el desarrollo social y económico.

Por este motivo, tomo como referencia el marco legal que actualmente protege el derecho a la salud, entre otros. El fin de la legislación es ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social y crear ganancia de salud. (Declaración de Yakarta para la Promoción de la Salud, OMS, 1997)

Para la realización del presente trabajo, que involucra a los adolescentes, se cita la ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes¹⁵, cuyo objeto es la protección integral, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte.

Tanto niñas, niños y adolescentes, la ley los contempla como sujetos activos de derechos, en un sentido abarcativo de los mismos y a lo largo de su crecimiento. Definiendo las responsabilidades de la familia, la sociedad y el Estado en relación a los derechos universales y especiales por su condición de personas en desarrollo.

En el artículo 14 de la misma, se especifica el Derecho a la Salud, en el cual les compete a los organismos del Estado garantizar el acceso a los servicios de salud, programas de asistencia integral, programas de atención, campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

A su vez, sería fundamental, referenciar a la legislación específica, ley de los Trastornos de la conducta alimentaria, tanto a nivel nacional, como a nivel provincial, que actualmente está en debate por su regulación.

¹⁵ Ley Nacional n° 26.061 De Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.



En relación a la Ley Nacional n° 26396¹⁶, denominada Trastornos alimentarios, Obesidad, Bulimia y Anorexia, es declarada de interés nacional, la prevención y control de los trastornos alimentarios, que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas y las medidas tendientes a evitar su propagación.

Dicha ley incluye la obesidad, bulimia y anorexia, a diferencia de la ley provincial, que excluye la obesidad, ya que la provincia tiene una ley que abarca dicha problemática, y a las demás enfermedades que la reglamentación determine, relacionadas con inadecuadas formas de ingesta alimenticia.

La Ley Nacional se implementa a través del Ministerio de Salud, entre los cuales se pueden mencionar algunos de sus objetivos:

- Instrumentar campañas informativas relativas a los trastornos alimentarios, en particular.
- Disminuir la morbi mortalidad asociada con estas enfermedades.
- Formular normas para la evaluación y control contra los trastornos alimentarios.
- Propender al desarrollo de actividades de investigación.
- Promover, especialmente entre los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables.
- Promover en la comunidad espacios de reflexión y educación para contención de quienes padecen estas enfermedades.
- Proponer acciones tendientes a eliminar la discriminación y la estigmatización en el ámbito laboral, educacional y/o social, frente al padecimiento de los trastornos alimentarios.
- Promover la participación de organizaciones no gubernamentales (ONG's) en las acciones previstas por el presente programa.

¹⁶ Ley Nacional n° 26396 Ley de Trastornos Alimentarios, Obesidad, Bulimia y Anorexia. Cobos- Fellner- Hidalgo- Estrada



- La autoridad de aplicación deberá tomar medidas a fin de que los anuncios publicitarios, y que los diseñadores de moda, no utilicen la extrema delgadez como símbolo de salud y/o belleza, y ofrezcan una imagen más plural de los jóvenes, en particular de las mujeres.

En correlación con la Ley Nacional, la Ley n° 7.634 Provincial, sobre los Trastornos de la Conducta Alimentaria, los objetivos, no están en contradicción con la ley nacional, es más, muchos de ellos coinciden. A su vez, actualmente se está trabajando para su reglamentación y procedimientos, a partir del debate de expertos e idóneos del tema, algunos puntos de dicha ley están centrados en:

- Prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, garantizando el acceso de la población a los sistemas de salud disponibles.
- Prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, desarrollando todo tipo de actividades de difusión dirigidas a la población en general.
- Promover especialmente en niños y adolescentes, conductas alimentarias para la preservación de la salud.
- Reglamentar la publicidad de productos alimentarios y medicinales, a fin de evitar que se induzca por esta vía a prácticas favorecedoras de la bulimia o anorexia y otros trastornos de la conducta alimentaria.
- Las escuelas deberán incluir la educación alimentaria como objeto curricular en los niveles de educación media y polimodal.
- Propiciar el desarrollo de modelos integrales de la salud, que contemplen actividades preventivas, de detección y diagnóstico precoz, de las alteraciones de la conducta alimentaria.
- Propiciar la incorporación de organizaciones sociales no gubernamentales, estimando en desarrollo del trabajo en red, entre otros objetivos.

A partir de esta ley nacional, que considera que los trastornos de la conducta alimentaria, como la obesidad, bulimia o anorexia, son “enfermedades”, ha llevado a cambios en el sistema sanitario, tanto público como privado. Entre estos cambios, dicha ley obliga a las obras sociales a cubrir las prestaciones, en razón que han sido incorporadas al Programa Médico Obligatorio.



Por tratarse de un tema cultural y social, implica la participación de distintos actores para su solución, entre estos, la familia, la escuela y la misma sociedad intentando erradicar algunos preconceptos ya instalados.

Acompañando lo mencionado, está en vigencia la ley n° 12.665¹⁷, Ley de talles, orientada a regular la disponibilidad de los talles de ropa, lo cual obliga a los comerciantes y fabricantes textiles, a tener la existencia de todos los talles correspondientes a las medidas antropométricas de la mujer adolescente, de las prendas y modelos que comercialicen y ofrezcan al público. Es decir que los talles deberán coincidir con las medidas aprobadas por el Instituto Argentino de Normalización (IRAM)

En complemento, la ley de talles pretende ser un aporte para la lucha contra la bulimia y la anorexia, cuyo fin es la protección de la salud e integridad, en la libertad de elección, en condiciones de trato digno, equitativo e información adecuada y veraz, en defensa de los derechos del consumidor.

Sin embargo, en el contexto en el que surgen la problemática de los trastornos de la conducta alimentaria, responde a múltiples causas y sus características son complejas, lo que hace que la legislación actual deje de lado temáticas que no se contemplan en estas normativas.

Por este motivo, es que atravesamos por mutaciones importantes, los adolescentes y jóvenes van adquiriendo nuevas formas de relación, “de conectarse”, se trata de formas mediatizadas por la informática, como también la publicidad.

Como lo expresan las autoras, M. Santoni y G. Battistella¹⁸, internet nos propone interactuar en una red colectiva, que permite jugar, conversar, trabajar con otros, conformando la realidad virtual, introduciendo un tiempo instantáneo en las comunicaciones, llevando a la desaparición de fronteras y límites.

Con el advenimiento de este mundo digital muchas veces los límites son difusos. Por este motivo existen sitios Web, que no están permitidos, pero a su vez no se encuentran regulados, que fomentan prácticas a favor de los trastornos de la conducta alimentaria, los denominados “Pro Ana” y “Pro Mía”.

Es por esto, que la relación de los jóvenes con las nuevas tecnologías podría tener como consecuencia un profundo cambio en los valores y actitudes que pueden provocar distanciamiento con sus redes primarias. Internet provee una “huida” de la realidad cotidiana y se vuelve un problema cuando las personas que se involucran en actividades online, descuidan su salud, sus relaciones interpersonales y sus responsabilidades.

¹⁷ Ley n° 12665. Ley de Talles. Senado y Cámara de Diputados de la Pcia de Bs. As. 2.005

¹⁸ Santoni, Mariana. Dra. Graciela Battistella “Lo Interdisciplinario en Salud Mental”
Cultura digital: nuevas formas de lazo social entre adolescentes. Editorial Espacio. 2006



CAPÍTULO II

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD COMO CONSTRUCCIONES SOCIOCULTURALES.

*"La utopía está en el horizonte. Camino dos pasos, ella se aleja dos pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. ¿Entonces, para qué sirve la utopía?
Para eso, sirve para caminar".*

Eduardo Galeano



INTRODUCCIÓN.

En el siguiente capítulo se desarrolla el posicionamiento y conceptualización de la adolescencia y juventud, reflexionando en relación que esta franja etaria, puede ser una de las más afectadas, desde los trastornos de la conducta alimentaria.

Teniendo en cuenta los numerosos enfoques que existen en relación a ellos, tomo en consideración a la Organización Mundial de la Salud, y principalmente a la conceptualización que referencia a la adolescencia y juventud desde una construcción sociocultural.

Noción que posibilita ver al sujeto como activo y capaz de transformar, en su contexto, en su vida cotidiana, siendo esto muy importante para posicionarme desde la problemática central de este trabajo, es decir que no son conceptualizaciones y posicionamientos acabados.

Esto nos permite reflexionar sobre estas categorías, adolescencia y juventud, en función de su contexto, tanto socio cultural y su contexto familiar. Ambos, impactan en ellos, llevándolos en determinada ocasiones, a situaciones de riesgo.

Por este motivo, las diferentes circunstancias históricas, políticas, sociales y familiares, en que los adolescentes y jóvenes crecen y se desarrollan, pueden colocarse en situaciones de vulnerabilidad hacia los trastornos de la conducta alimentaria.

Justamente desde esta vulnerabilidad, es que la presencia del Estado a través de Políticas Públicas, como también la Sociedad Civil, es que tienen que garantizar el derecho y el acceso a la salud, para los adolescentes y jóvenes.



CONSIDERACIONES GENERALES DE LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.

Tomando como referencia que las patologías alimentarias afecta principalmente a jóvenes y adolescentes, es importante poder aproximarnos a posibles conceptualizaciones. Existen numerosos enfoques para definir qué es la Adolescencia.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud¹⁹ (OMS), considera como adolescentes a los grupos de edad comprendidos entre los 10 y los 19 años, mientras que diferentes publicaciones consideran juventud a la edad media entre los 15 y los 24 años, por lo que existe una superposición entre ambos grupos.

En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad.

Sin embargo, la condición de los adolescentes y jóvenes no es uniforme y varía según a las características individuales, de grupo y de acuerdo a los acontecimientos históricos y sociales.

El perfil psicológico generalmente es transitorio y cambiante y emocionalmente inestable. Dependiendo su desarrollo de factores protectores, de aspectos estructurales y formas de capitalizar las experiencias infantiles, condiciones sociales, familiares, ambientales y culturales, en que se desenvuelva el adolescente.

Por la misma inestabilidad emocional, por desconocimiento, temor, experimentar una nueva vivencia o falta de una toma de decisión adecuada y en ocasiones combinado con una baja autoestima, es una etapa muy susceptible de adoptar una conducta inadecuada que puede tratarse desde las relacionadas con los hábitos alimenticios (patologías alimentarias), alteración en la relación personal o conductas más dañinas auto destructibles como hábito del tabaco, alcohol u otro tipo de droga.

Para referirnos a este tema, intentaré aproximarme a una posible conceptualización, ya que la adolescencia ha sido entendida desde diferentes posturas. Para este trabajo considero la noción tomada por Silvia García que explicita a la “**adolescencia como una construcción sociocultural**”, perspectiva que incluye la mirada de las diferencias étnicas, culturas, noción que posibilita ver al sujeto como activo y capaz de transformar, de construir y construir las explicaciones que existen sobre los adolescentes y sobre su mundo²⁰.

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Subdirección de Servicios de Salud. Gerencia de Prevención Médica Unidad de Promoción a la Salud.

²⁰ García, Silvia Mónica Cátedra Problemática de la Familiar, Niñez, Adolescencia y Ancianidad. Documento de Cátedra La Adolescencia como construcción social. Universidad Nacional de Cuyo. 2009



Pensar en los jóvenes y adolescentes hoy, es pensar que son sujetos que no se encuentran en las categorías y nominaciones con los que hasta hace poco tiempo los veníamos definiendo. ¿Qué es ser joven hoy?, ¿Qué es ser adolescentes?, ¿Qué esperan de sí mismo y de la sociedad?

Hoy pareciera que los mismos, no siguen los mismos patrones de vida y de costumbres que años atrás. Diferentes clasificaciones y categorías se han expandido en este último tiempo en el espacio público, orientadas muchas veces al modelo de juventud “deseable”.

Por este motivo, puntualizo que la noción “Adolescencias” no es una entidad acabada, sino que remite a colectivos susceptible de cambios históricos y está reflejada en un proceso social de construcción de su sentido, el que está determinado por la interacción social y no meramente por llegar a una edad determinada.

El contexto actual plantea como desafío, a los profesionales de la salud mental, la profundización de las temáticas vinculadas a las dificultades que presentan los mismos. Ya que estas franjas de edad es donde, por sus características, surgen nuevas patologías que afectan la salud.

Según el Ministerio de Salud, muchas veces estas dolencias no son sólo biológicas sino particularmente psicosociales. Son los denominados N.O.P. (Nuevos Problemas Observables), provenientes de una realidad compleja, que emergen como realidades representativas de una matriz de variables multicausales diversas e interrelacionada²¹.

Muchos de estos problemas afectan a la población adolescente, patologías complejas como los trastornos de la conducta alimentaria, embarazos tempranos, enfermedades de transmisión sexual, uso indebido de sustancia, accidentes y violencia, entre otros. Son algunos de estos NOP, mencionados por el autor Narváez²².

Asimismo, es importante considerar situaciones tales como la crisis de la estructura familiar tradicional, mayor acceso a la tecnología, dificultad en enseñar límites claros, sobrevaloración del aspecto físico con paralela pérdida de otros valores, modificación de los hábitos alimentarios (comida rápida), presión social sobre la imagen corporal y estándares de cuerpos determinados, discriminación, entre otras.

²¹ Dr. Girard Gustavo A. “Atención integral de adolescentes y jóvenes” Una propuesta con énfasis en la Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

²² Narváez R. “Interdisciplina y práctica profesional”, Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Ed. Puma, Bs.As.1997.



Muchas veces como lo referencia la autora R. Reguillo²³, pareciera ser que “los jóvenes solo se vuelven visibles cuando se los nombra como problema social. Hay una suerte de concepción para mirar hoy a los jóvenes, ya que además de ser concebidos como problema social, se considera que existe la posibilidad de “contagiarse” de ellos”.

De las consideraciones efectuadas con relación a la adolescencia, surge la imperiosa necesidad de incorporarlos al sistema de salud, para lo cual resulta imprescindible fortalecer la atención en salud, ampliando la integración desde lo educativo y lo comunitario.

Por estas razones, es que la salud de los habitantes constituye un problema social, por lo tanto el Estado ha de tener fuerte influencia decisiva en como concibe y afronta la problemática de la salud mental.

Es fundamental también, el derecho a la salud como es una herramienta para salvar vidas, que debe ser utilizado en todos sus aspectos, promoción, prevención y atención de salud. Hoy tenemos responsabilidades compartidas en relación a este tema, es por esto, que la salud integral de los adolescentes depende del propio comportamiento y a su vez, sufre la influencia del ambiente en que vive (familia y sociedad)

Por otro lado, teniendo presente también, que este trabajo, pretende aproximarse a la trayectoria de adolescentes con patologías alimentarias en grupos de autoayuda, es importante tener en cuenta que lo grupal pasa a ser una instancia fundamental en su auto referenciación y ante la presencia de un conflicto los adolescentes se refugian en sus grupos de pares cuando atraviesan distintas problemáticas.

En relación a lo grupal, la formación de la identidad es un proceso que dura toda la vida, pero los aspectos cruciales se forjan durante la adolescencia, esta identidad que refleja un sentido de individualidad y la conexión con personas y grupos valorados, tomando conciencia de la diversidad de grupos que conforman la sociedad.

Es decir, que mientras más amplio pueda ser la red de conexiones emocionales positivas y consistentes con adultos o pares, podrían ser mayores las posibilidades que los jóvenes y adolescentes se sientan más seguros, aprendan a afrontar los problemas a través del desarrollo de distintas habilidades sociales, refuercen su autoestima por medio del reconocimiento de sus capacidades y capitales.

Ya que es uno de los temas centrales, lo grupal, desde la autoayuda, su desarrollo, conceptualización y ampliación se realizará en los capítulos siguientes.

²³ Reguillo Cruz, Rosana “Emergencia de culturas juveniles”. Estrategias de desencanto. Norma. Bogotá. Columbia. 2.000



CONTEXTO SOCIO CULTURAL.

La adolescencia es un periodo de desarrollo rápido, en el que los jóvenes adquieren nuevas capacidades y se encuentran ante situaciones nuevas. Es una etapa que se dan grandes contrastes, así como se presentan oportunidades para crecer, desarrollarse y progresar, como también es una etapa de riesgos para la salud y el bienestar.

Por ser un momento de crecimiento rápido, la alimentación es fundamental, una buena nutrición garantiza su desarrollo. Sin embargo, hay algunos problemas relacionados con la nutrición, propios de esta edad, entre los que se encuentran las alteraciones de la imagen corporal, los trastornos de la conducta alimentaria, y la obesidad, hoy en día considerada una epidemia a nivel mundial.

La imagen corporal está altamente influenciada por la autoestima, y la búsqueda de una imagen que cumpla con las expectativas de la sociedad actual, llevándolos a recurrir a conductas alimentarias poco saludables, que se convierten en una antesala de diferentes patologías, como los trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia, trastorno por atracón, desorden alimentario), así como la obesidad.

Hoy en día, tienen una enorme importancia, las patologías alimentarias, en los países industrializados y su frecuencia parece estar en aumento en los países en vías de desarrollo, constituyendo un auténtico problema social.

Es por este motivo, las diferentes circunstancias históricas, políticas y sociales en que los adolescentes y jóvenes crecen y se desarrollan, los ha llevado a que estas patologías, puedan ser una de las enfermedades crónicas más frecuentes en esta etapa.

Considerado especialmente en mujeres en relación a los varones, debido a la distinta socialización de mujeres y hombres desde la imagen corporal, en lugar de tener en cuenta otro tipo de características y capacidades. Donde la presión social por la imagen estética de delgadez, conlleva a la exigencia de los adolescentes y jóvenes a pertenecer a ese mundo.

Cabe mencionar y aclarar que los varones no quedan excluidos de estas problemáticas, sino que su incidencia va en aumento y que muchas veces existe el desconocimiento y prejuicios que se anteponen a la hora de la detección y tratamiento de estas problemáticas.

Teniendo en cuenta estas pautas de cultura moderna, es que la OMS (Organización Mundial de la Salud) declara como epidemia en la población adolescente occidental las enfermedades catalogadas como **Trastornos de la Conducta Alimentaria por el incremento de la incidencia y la prevalencia de las mismas**²⁴.

²⁴ Organización Mundial de la Salud. Op. Cit.



La cultura anoréxica está influyendo en los hábitos de alimentación a través de los medios de difusión. Hay muchas instituciones implicadas en regular la imagen corporal occidental, los cánones exigidos por la sociedad, entre estas: medios de comunicación, industrias de moda e imagen, estética, empresas deportivas, el ámbito médico-sanitario por lo que es necesario no hacer lecturas excesivamente simples respecto a estas cuestiones.

Por esta razón, la cultura del consumismo impone al individuo actual, la necesidad de adecuar su organismo a ciertos cánones de belleza. La dualidad en los anuncios publicitarios que por un lado fomentan la idea de salud, pero a la vez existen muchos otros que promueven a través de distintos productos, como bajar de peso y reducir medidas. Es justamente en la adolescencia donde hay mayor susceptibilidad en los mensajes publicitarios en su necesidad de encontrar la forma de reafirmar su identidad.

Tomo en referencia a la autora Martha B. Altamirano Martínez²⁵, que en su artículo expresa que **“considerando que los adolescentes de hoy serán los adultos del mañana, es necesario conocer la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, para crear estrategias de intervención a edades tempranas que permitan la prevención de estas conductas, mediante la creación de programas que promuevan estilos de vida saludables, que consideren la autoestima, la satisfacción corporal, la educación familiar, la actividad física, la influencia social y por supuesto la modificación de la idea de dieta restrictiva, promoviendo una actitud saludable hacia los alimentos”**.

Teniendo en cuenta lo expresado, es relevante asumir la participación tanto de la familia, la comunidad y los profesionales de la salud, que son responsable de fomentar y promover este tipo de hábitos orientados hacia la salud y aprender a identificar los riesgo para acompañar a los adolescentes y jóvenes en el autocuidado de la salud.

Esto me lleva a la reflexión y me aproximo a conceptualizaciones sobre el adolescente y el contexto familiar.

CONTEXTO FAMILIAR.

La Salud Integral de los Adolescentes depende del propio comportamiento y a su vez, sufre la poderosa influencia del ambiente en que viven (familia y sociedad). Muchos de los problemas prevalentes y preocupantes de salud del adulto surgen de comportamientos que se iniciaron en la adolescencia.

²⁵ Martínez Altamirano Martha B. “Alteraciones de la Conducta Alimentaria y/o Conductas Alimentaria de Riesgo en adolescentes de secundario de Guadalajara- Zapopan”- Departamento de Reproducción Humana, crecimiento y Desarrollo Infantil.



Actualmente está sujeta a los cambios históricos, sociales y culturales que han ido modificando a la familia a lo largo del tiempo sufriendo una evolución radical. Sumado a múltiples tensiones derivadas de la vida moderna, lo que aumenta sus conflictos internos. Ella enfrenta sus problemas en la medida de sus posibilidades, con sus propios recursos y capacidades.

Para aproximarnos a una conceptualización de familia, puedo decir que no existe un modelo de familia, ni de madre, ni de hijos, sino familias, madres, padres e hijos que se relacionan de modos diversos, y esas formas de relación están estrechamente ligadas a sus historias personales de vida y de ver el mundo, que a menudo no es igual a la nuestra.

Desde un posicionamiento teórico, tomo en consideración a la autora Eloísa de Jong, quien define la misma como **“Institución de la sociedad y una organización material, que se da en un tiempo y en un espacio, donde se comparten responsabilidades en función de la reproducción social de la vida”²⁶**.

A su vez, esta institución es un grupo natural, que en curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción, que constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia y facilita su interacción recíproca.

Es por esto, que la salud de los adolescentes guarda una relación estrecha con su propia conducta que depende del ambiente que frecuenta. Se trata de una edad que pueden iniciar hábitos o conductas de riesgo que van a condicionar su desarrollo y crecimiento.

Se toman en cuenta ciertas características mencionadas por la autora, que contribuyen a la constitución familiar entre ellas se pueden mencionar²⁷:

- La familia es considerada producto y productora del sistema de relaciones sociales donde cada miembro de la misma va a significar estas relaciones desde su particular modo de vivir, sentir y actuar.
- Puede ser entendida, como “vehiculadora de normas, valores y sistemas sociales de representación”, desde donde construye su modo de vivir, su vida cotidiana de acuerdo a las necesidades de sus miembros, salud, recreación, alimentación, afecto y participación.
- Cada familia es constituida como un producto histórico cultural y social, donde sus miembros son portadores de un pasado donde se halla inserta una historia personal y social que trasmite un mensaje cultural desde la cual se elabora su presente y futuro.

²⁶ Eloísa de Jong, Raquel Basso, Marisa Paira (compiladoras) “La familia en los albores del nuevo milenio” Espacio Editorial. Buenos Aires. 2001

²⁷ *Ibíd.*



- Se produce la “internalización recíproca de las relaciones” entre los miembros de la familia, donde cada miembro se reconoce como un “nosotros”, “nuestra familia”.
- Se tiene que abandonar la idea de la familia “normal”, ya que cada familia se construye “como puede” en un **tiempo, espacio y contexto determinado** no puede concebirse como un producto “ideal” sino “real” con frustraciones y realizaciones.
- También la familia puede ser caracterizada como un campo de fuerzas en el cual se expresan diversidad de intereses, donde se establecen relaciones de interacción, comunicación y poder.

Teniendo en cuenta estas características, entiendo que la problemática social planteada, los trastornos de la conducta alimentaria, no pueden ser sólo abordados desde el adolescente o joven, ya que en el proceso de detección y recuperación de la salud, hay muchos agentes implicados: Sociedad, Estado, Institución, Familia.

La familia asume un papel determinado en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria, considerándola como un espacio relacional con el equipo de salud. Los adolescentes requieren de un sostén adecuado para el desarrollo de su autoestima y autonomía, adquieren nuevas responsabilidades, necesitan ser respetados en su intimidad.

El objetivo de que las familias conformen el proceso de recuperación de la salud de jóvenes y adolescentes, es que se involucre a las mismas proporcionándoles información sobre la enfermedad y sobre el tratamiento, el medio para desarrollar habilidades de manejo de la patología alimentaria y brindando el apoyo y orientación necesitan para hacer frente a este problema.

Es por esto que la salud de los adolescentes guarda una relación estrecha con su propia conducta que depende del ambiente que frecuenta. Se trata de una edad que pueden iniciarse hábitos o conductas de riesgo que van a condicionar su desarrollo y crecimiento.

Por este motivo, reflexiono sobre ciertas estrategias que podemos llevar a cabo para proteger a los adolescentes y jóvenes en el ámbito familiar, sugeridas por la Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios²⁸:

- Potenciar su autoestima, ayudándole a ver sus aspectos positivos y aceptar sus limitaciones evitando realizar comparaciones con los demás.
- No potenciar el perfeccionismo pues se asocia a insatisfacción personal. Es importante valorar el esfuerzo por encima del resultado.

²⁸ Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentario. Consultado en sitio web.



- Fomentar el sentido crítico respecto al ideal de belleza actual. Es mejor reaccionar con humor o enfado en lugar de asumir los mensajes poco sensatos que puedan aparecer en los medios de comunicación.
- Valorar a las personas en general por sus características de personalidad y habilidades más que por las cualidades físicas.
- Promover un correcto hábito alimentario: comer 6 veces al día de forma tranquila y variada siguiendo las directrices de la pirámide alimentaria.

Todos estas características, son aspectos para reflexionar y re pensar nuestro abordaje familiar desde el Trabajo Social en relación a los trastornos de la conducta alimentaria.

VULNERABILIDAD EN LA ADOLESCENCIA.

Tomando como referencia el artículo ya citado anteriormente, del Ministerio de Salud²⁹, en el cual la declaración de la O.P.S., propone otorgar prioridad a los grupos humanos vulnerables con programas específicos, puestos en marcha a través de sistemas de salud y reconoce a la adolescencia como grupo vulnerable, y por lo tanto prioritario en cuanto a las acciones de salud.

Por esta razón, es importante que exista el reconocimiento del Estado y las políticas sociales, de la existencia del grupo de adolescentes - jóvenes con características propias y necesidades específicas.

Es decir, como lo plantea el autor Solum Dona Burak³⁰, es necesario el reconocimiento de los adolescentes y jóvenes como ciudadanos y por lo tanto, sujetos de derecho. Como ciudadanos que son potenciales agentes de desarrollo (y no sólo problemas), con sueño e ideales, capacidad crítica y deseos de participar.

La mirada desde el derecho de alguna manera podría obligar a contar con los propios protagonistas, los adolescentes. Las políticas destinadas para ellos tienen que ser construidas a partir del diálogo con ellos, y tomando como referentes todos los actores involucrados, es decir la familia, la escuela, la comunidad y el grupo de pares.

A partir que se visualiza la participación, para poder hablar de jóvenes y adolescentes, para esto es necesario hablar en plural, con la posibilidad de abarcar y ampliar las diferentes formas de identidades, formas de manifestarse, de expresarse, de insertarse socialmente, que actualmente tiene este grupo etario.

²⁹ Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Op. Cit

³⁰ Burak, Solum Dona. "Adolescencia y juventud en América Latina" Cap. I Adolescencia y juventud: viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio.



Por lo tanto, se requiere dejar de lado la mirada de nuestros adolescentes y jóvenes, consideradas como personas “problemáticas” o “peligrosas” al pensarlos como una amenaza al orden establecido, desde este lugar negamos la posibilidad de ver su pluralidad y sus proyecciones.

Sin olvidar que son ellos los que más han sufrido el impacto de la crisis socioeconómica de los últimos tiempos, desde la frustración, pérdida de la autoestima, en la capacidad de desarrollo individual y grupal y principalmente en la proyección a futuro, considerados un grupo vulnerable, pero no por ello sin recursos para su desarrollo.

Como lo manifiesta el autor mencionado, Solum Dona Burak³¹ “corresponderá un esfuerzo conjunto de adultos específicamente interesados en adolescencia y juventud, de los dirigentes políticos, de la sociedad civil y sin duda de una manera fundamental la participación activa y permanente de los adolescentes y jóvenes organizados, tanto en el planteamiento de los problemas y sus soluciones como en la ejecución de las políticas, programas, planes y proyectos que surjan para ir reduciendo la vulnerabilidad en ellos”.

³¹ Burak, Solum Dona. Op. Cit



CAPÍTULO III

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

"La Bulimia y la Anorexia no distinguen clase social, nivel cultural, raza o religión. Tampoco distinguen sexo o edad. Son enfermedades que lastiman el cuerpo y destruyen el alma"

Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios.



INTRODUCCIÓN.

Este capítulo, primeramente está orientado a conceptualizar y reflexionar sobre la salud general y salud mental en particular, que implicancias tiene, cuales son los prejuicios alrededor de estos términos, para ir aproximándonos a los trastornos de la conducta alimentaria.

Tanto la bulimia como la anorexia, entre otros, son lamentablemente, cada día más frecuentes principalmente en adolescentes y jóvenes, afectándolos en diferentes aspectos de su vida personal y cotidiana.

Considero a estas enfermedades como problemática social, en la cual sus consecuencias van a provocar transformaciones en la persona, la familia y su entorno, es preciso conceptualizarlos, caracterizarlos y reflexionar sobre posibles acciones de prevención y tratamiento.

Conocer y estar informado sobre sus principales síntomas y posibles herramientas para afrontarlos es de gran utilidad, tanto para las familias y el entorno, como así también los trabajadores de la salud, de la educación y de otros ámbitos a fines.

Primeramente caracterizaremos los trastornos de la conducta alimentaria, su evolución a lo largo de la historia, los factores que intervienen en el proceso de enfermedad, que nos orientan para entender que no remiten a una sola causa sino que son multicausales, reconociendo que su abordaje debe ser interdisciplinario, ya que existe distintos aspectos que hay que contemplar cuando hablamos de esta problemática.

Y finalmente proponer alternativas de posibles niveles de prevención tanto primario, secundario, como terciario, como así también educación para la salud y tratamientos.



BREVE RESEÑA HISTÓRICA.

Los trastornos de la conducta alimentaria no son una patología tan moderna como a veces pudiéramos pensar, no es un problema nuevo, actualmente su presencia se hace cada vez más visible en nuestra sociedad, con el correlato de los cambios en la concepción de salud y de ideal de belleza.

Tanto la anorexia, la bulimia nerviosa y la condición de obesidad, son conocidos y descritos desde la antigüedad, es decir, desde los principios de la civilización occidental. Existe la evidencia de antecedentes históricos reconocibles de anorexia nerviosa, si la consideramos como toda evitación del alimento de origen nerviosa, sin causa orgánica encontrada.

Tomo como referencia lo desarrollado en la “Guía de Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”³² que explicita:

Edad Media:

Los relatos de casos bien documentados de anorexia nerviosa se encuentran en la literatura que describe a los primeros santos cristianos, este es el caso de mujeres santas, en la Edad Media, que ahora han sido consideradas sospechosas de padecer un trastorno alimentario.

Es decir que un extendido ayuno, los peculiares hábitos alimentarios y la resistencia en contra de toda forma de tratamiento son elementos de las vidas de estas santas que se pueden encontrar en las actuales descripciones de la anorexia nerviosa.

Entre ellas, se puede mencionar a Santa Catalina de Siena (1347-1380). Se narran sus rigurosas abstinencias alimentarias y los episodios de ingesta masiva. Otro de los casos **Lidwina de Schiedam**, que vivió durante años alimentándose sólo con trocitos de manzana del tamaño de una hostia. En nuestro país puedo mencionar a **Santa Teresa de Ávila** (1500).

Del siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación recabando la atención pública y recompensas materiales siendo considerados sus ayunos como milagrosos por panfletos y periódicos de la época. A partir de la segunda mitad del XVII cambia su consideración social y las “**doncellas milagrosas**” pasan a ser simplemente “**muchachas ayunadoras**”.

³² Consejero de Educación y Cultura “Guía de Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria” Gobierno de Aragón.



Tras la segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario con figuras tan destacadas, cada una con su propia orientación como Hilde Bruch, Arthur Crisp, Gerard Russell, Mara Selvini Palazzoli, Salvador Minuchin, Paul E. Garfinkel y David M. Garner o Walter Vandereycken.

En cuanto a la bulimia no se define oficialmente hasta los años setenta. Pero no es un trastorno nuevo, pese a las creencias populares, siendo usada por vez primera por **Trevisa** en 1398.

En el **S. XIX** existen escritos describiendo “epidemias” de comidas copiosas y vómitos histéricos en las escuelas para pensionistas femeninas.

- En la **década de los treinta** se encuentran los primeros casos que se aproximan a los modernos criterios diagnósticos de bulimia nerviosa, principalmente en fuentes germanas y siendo más frecuentes tras la Segunda Guerra Mundial.
- En la **década de los setenta** aparecen descripciones frecuentes de trastornos caracterizados por episodios incontrolados de atracones.
- Y finalmente en 1979 el profesor **Gerard Russell** publica su artículo ya clásico “Bulimia nerviosa: An ominous variant of anorexia nervosa” y la bulimia es reconocida como una entidad clínica con ese nombre universalmente aceptado.

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA. CONCEPTUALIZACIÓN.

Durante las últimas décadas, el tema de estas patologías alimentarias, ha ocupado un espacio en los interrogantes de las problemáticas emergentes en las sociedades urbanas. Ya sea, que se trate de la obesidad, trastornos por atracón, como así también la anorexia y bulimia nerviosa.

Se han convertido en una importante causa de alarma social y constituyen un grave problema de salud con severas secuelas físicas, sociales y psicológicas. Por sus características clínicas y su alta incidencia y prevalencia, estas patologías deben ser un objetivo prioritario de la política pública, con la clara finalidad de mejorar la información, la prevención y detección precoz. Según la Organización Mundial de la Salud (2007), más de mil millones de personas adultas tienen algún tipo de desorden alimentario³³.

Para desarrollar este tema, tomo en referencia para la conceptualización de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) a Dr. Eduardo Garzuzi³⁴, que explicita como “**alteraciones del comportamiento en relación con los alimentos en lo que respecta a su elección, ingestión, eliminación y sus conexiones con el peso y el cuerpo.**”

³³ Organización Mundial de la Salud. Op. Cit

³⁴ Dr. Eduardo Garzuzi. Consultado en página Web. www.alda.org.ar.



En cualquiera de estos aspectos se manifiestan cambios que pueden condicionar gravemente la vida personal, familiar y social de quienes se rigen por la idea de ser delgados.

Los trastornos relacionados con la alimentación según la clasificación del DSM-IV³⁵ son: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos no especificados. También es importante agregar en la clasificación a la Obesidad.

Este tipo de trastornos, se presentan principalmente en la etapa de la adolescencia, sin embargo, ocurre en edades cada vez más tempranas, abarcando los niños y edades más tardías, sin distinción de sexo ni clases sociales, afectando principalmente a mujeres, lo que no hace que los varones queden excluidos en menor porcentaje.

Los síntomas de estas enfermedades son graves, pudiendo llegar a poner en peligro la vida, son difíciles de tratar y con frecuencia se prolongan en el tiempo durante años, con riesgo de cronificarse y hasta llevar a la muerte. Los mismos deben ser observados y tratados por profesionales.

Muchas veces los trastornos de la conducta alimentaria se asocian con otras enfermedades mentales como el abuso de drogas, la depresión y automutilación, lo que lleva a empeorar su pronóstico. Generalmente suelen comenzar con preocupaciones por la comida y el peso, pero son mucho más que estas características.

Por este motivo, es que las personas con patologías alimentarias, utilizan la comida y el control de la comida como un intento de compensar o descargar sentimientos y emociones que de otra manera no son capaces de soportar.

Para algunos, la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una manera de combatir emociones dolorosas, frustrantes y sentimientos de control de su propia vida, pero al final, este tipo de comportamientos dañan la salud física y emocional.

Aunque hay características y síntomas comunes de las patologías alimentarias, cada persona presenta una situación concreta que es necesario especificar. Por todo esto, es necesario que el diagnóstico sea establecido por profesionales de la salud, teniendo en cuenta los aspectos biológicos, como el aspecto psíquico y social. Este diagnóstico, debe ir acompañado de un tratamiento para recuperar la salud, ya que sin esto suelen durar toda la vida, llevando a un gran deterioro en la salud integral.

³⁵ Manual Diagnóstico y Estadístico, versión IV.



DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Para aproximarnos al diagnóstico de estas patologías, es necesario tener presente que existen numerosos factores de riesgo que pueden influir en la génesis y el desarrollo de estos trastornos.

Entre los que puedo mencionar son: **ser mujer y adolescente, la presión social generalizada para tener un cuerpo delgado, el entorno familiar con determinadas características, la personalidad tendientes al perfeccionismo y la baja autoestima, intolerancia a la frustración, habilidades sociales poco desarrolladas, dificultad para establecer diálogos y comunicar emociones**, entre otras.

Muchas veces, existen falsas creencias sobre estas enfermedades, actualmente hay información circulando en relación a estas, que no favorecen a su detección precoz, por este motivo, tomo en consideración los mitos sobre los trastornos de la conducta alimentaria, desarrollados en el Programa de Prevención “Educación para la Salud” de la Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios (ALDA)³⁶:

- Alimentos “buenos” (los que no engordan) y alimentos “malos” (los que engordan)
- Bulimia: que come y vomita.
- Anorexia: delgadez saludable (inteligente y activa)
- Se da sólo en mujeres, dejando de lado la posibilidad de prevención, detección y tratamiento para varones.
- Se da sólo en clases “altas”. Son patologías elitistas.
- Se considera que es sólo un capricho y no una enfermedad.
- Que son enfermedades de moda.

Y puedo sumar algunos más a esta lista de mitos, entre los que encuentro:

- El TCA se debe a la influencia de la moda.
- Es por llamar la atención, o un mero fenómeno de la adolescencia.

³⁶ Dr. Eduardo Garzuzi. Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios. Programa de Prevención de Patologías y Desórdenes Alimentarios “Educación para la Salud”



- Se puede superar con fuerza de voluntad.
- El TCA no se cura definitivamente; hay que resignarse a convivir con él.

Estos mitos, circulan con mucha frecuencia en la población, es decir que están informados, pero por tratarse de una información sesgada, teñida de prejuicios, lleva a que muchas veces no se sepa cómo actuar frente a una persona con este tipo de enfermedades, provocando que su detección se extienda en el tiempo, hasta llegar a que no se diagnostique.

Por esta razón considero fundamental conceptualizar estas enfermedades, para esto tomo en consideración a la OMS³⁷ que define:

Anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el mismo enfermo.

Bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación casi obsesiva por el peso corporal, lo que lleva a la persona enferma a adoptar medidas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

Teniendo en cuenta a su vez las clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM- IV, son importantes instrumentos para identificar las enfermedades utilizando el mismo lenguaje técnico por parte de personas diferentes y en contextos sociales, geográficos, políticos y culturales diversos.

Según el DSM- IV³⁸ los criterios para el diagnóstico de la **anorexia nerviosa** son:

- A) Un rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales considerando la edad y la talla.
- B) Un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Una alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exagerando su importancia en la autoevaluación o negando el peligro que comporta el bajo peso.
- D) La presencia de amenorrea, la ausencia de, por lo menos, tres ciclos menstruales.

³⁷ OMS (1992) 10ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10.

³⁸ Manual Diagnóstico y Estadístico, versión IV. Op. cit.



Estos criterios de diagnóstico muestran que en la anorexia, más allá de ser solamente una alteración del patrón alimentario, se asocian también factores conductuales y motivacionales (criterio A), componentes emocionales y socio afectivos (criterio B) y aspectos cognitivos (criterio).

El DSM – IV distingue dos tipos de anorexia:

1. **Restringido:** durante el actual episodio de anorexia la persona no ha experimentado de forma regular procesos de alimentación compulsiva ni comportamiento purgante.
2. **Compulsivo/Purgativo:** durante el actual episodio de anorexia nerviosa, la persona ha experimentado de forma regular procesos de alimentación compulsiva o comportamiento purgante.

Seguendo la clasificación del DSM-IV para el diagnóstico de la **bulimia nerviosa** son:

- A) Episodios recurrentes de alimentación compulsiva. Es decir un atracón de comida, caracterizado por:
 - Ingesta de alimentos en breve período de tiempo, en gran cantidad y en forma oculta.
 - Sensación de pérdida de control sobre la comida durante el episodio (sentir que no se puede para de comer ni controlar cuánto se está comiendo).
Seguido de
- B) Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes para evitar ganar peso.
- C) La alimentación compulsiva y el comportamiento compensatorio ocurren, por lo menos tres veces por semana.
- D) La autoestima está excesivamente influenciada por la silueta y el peso.

Estos indicadores del diagnóstico ponen también de relieve que la bulimia, como la anorexia, constituye un trastorno en el que están implicados factores conductuales, motivacionales, emocionales y cognitivos.

EL DSM – IV distingue dos tipos de bulimia:

- **Purgativa:** durante el actual episodio de bulimia la persona no ha experimentado de forma regular prácticas de eliminación de los alimentos.
- **No Purgativa:** durante el actual episodio de bulimia la persona ha utilizado otros comportamientos compensatorios inadecuados.



EL DSM-IV incluye también como diagnóstico el **Trastorno de la conducta alimentaria no especificado**, que se refiere a la existencia de trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen estrictamente todos los criterios para poder ser considerados anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.

Para poder ampliar las características y síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria tomo como referencia aspectos planteados por el autor Lic. Wilfredo Pérez Rodríguez³⁹ que expone síntomas y signos a tener en cuenta:

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA.

- Pérdida de peso de origen desconocido.
- Falla en el crecimiento normal para la edad y el peso del paciente.
- Irregularidades de la menstruación y/o amenorrea.
- Complicaciones médicas por ejercicio físico excesivo.
- Anomalías dentarias.
- Callosidades en los nudillos de las manos.
- Intolerancia al frío.
- Caída del cabello.
- Sequedad en la piel.
- Estreñimiento.

SIGNOS Y SÍNTOMAS CONDUCTUALES DE ALARMA.

- Desaparecer inmediatamente después de las comidas y encerrarse en el baño.
- Creciente interés en temas gastronómicos, ropa, modas. Tendencia a ocultar ciertas partes del cuerpo.
- Evitación de alguna comida o alimento de forma frecuente.
- Retraimiento o aislamiento de amistades o compañeros.

³⁹ Lic. Wilfredo Pérez Rodríguez. Trastornos de la conducta alimentaria.



- Excesiva dedicación al estudio o trabajo.
- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Decaimiento.
- Ansiedad.

Trastorno por Atracones:

Son trastornos definidos por la presencia de sobre ingesta de comida, asociada a la ansiedad y sensación de pérdida de control al comer. No presenta conductas compensatorias eficaces. Habitualmente conduce al sobrepeso y obesidad.

La persona muestra un profundo malestar al recordar los atracones y una relación con la comida llena de angustia, culpa y vergüenza. Es requisito que no aparezca en el curso de una anorexia ni una bulimia nerviosa. Se inicia en la edad adulta (entre los 18 y 30 años) y persiste con el tiempo. Las personas que lo padecen suelen tener antecedentes de obesidad en su familia, presentan hábitos de comida muy alterados y gran disforia por su sobrepeso.

Obesidad y Sobrepeso:

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) —el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (Kg. /m²), es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos, tanto a nivel individual como poblacional.

La Organización Mundial de la Salud⁴⁰ (OMS) define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21.

Datos sobre la obesidad y el sobrepeso: los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había en todo el mundo:

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. Op. Cit



- Aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso.
- Al menos 400 millones de adultos obesos.

Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

En 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.

Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.

¿Cuáles son las causas de la obesidad y el sobrepeso?

La causa fundamental de la obesidad y el sobrepeso es un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial de la dieta, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

El sobrepeso y la obesidad tienen graves consecuencias para la salud. El riesgo aumenta progresivamente a medida que lo hace el IMC. Éste es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas, tal como lo explicita la OMS⁴¹:

- Las enfermedades cardiovasculares (especialmente las cardiopatías y los accidentes vasculares cerebrales), que ya constituyen la principal causa de muerte en todo el mundo, con 17 millones de muertes anuales.
- La diabetes, que se ha transformado rápidamente en una epidemia mundial. La OMS calcula que las muertes por diabetes aumentarán en todo el mundo en más de un 50% en los próximos 10 años.
- Las enfermedades del aparato locomotor, y en particular la artrosis.
- Algunos cánceres, como los de endometrio, mama y colon.

⁴¹ *Ibíd.*



Teniendo en cuenta lo explicitado anteriormente, tomo en referencia la estrategia de la OMS⁴² para prevenir el sobrepeso y la obesidad, basada en el “**Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud**”, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2004. Cuyo objetivo es el de prevenir enfermedades no transmisibles que resulten de una alimentación inadecuada: obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades dentales, entre otras.

Esta estrategia está fundada en un informe de expertos de abril de 2003, redactado en colaboración entre la O.M.S. y la F.A.O. (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). El mismo establece un vínculo directo entre las enfermedades crónicas mencionadas, por un lado, y la alimentación y el ejercicio físico, por el otro, la Argentina no escapa a este mal globalizado.

La labor de la O.M.S. en materia de dieta y actividad física es parte del marco general de prevención y control de las enfermedades crónicas, cuyos objetivos estratégicos consisten en: fomentar la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas; promover la salud, especialmente entre las poblaciones pobres y desfavorecidas; frenar e invertir las tendencias desfavorables de los factores de riesgo comunes a este tipo de enfermedades.

Esta labor es complementada por la del Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo, cuyos objetivos estratégicos consisten en fomentar el consumo de dietas saludables y mejorar el estado nutricional de la población a lo largo de toda la vida, especialmente entre los más vulnerables.

COMPLEJIDAD DEL ACTO ALIMENTARIO.

Considero, que el simple acto de comer se nos presenta habitualmente como un hecho biológico, natural. A su vez, requiere de nuestra reflexión ya que no en todos los tiempos y en todo lugar tiene un significado y la elección de los alimentos es uno sólo.

Tomo en consideración a la Antropóloga Patricia Aguirre⁴³ para desarrollar este tema vinculado a la problemática alimentaria, la cual plantea que “frente a la universalidad del hecho biológico de alimentarse, se nos presenta las infinitas formas que ha tomado sus satisfacción en los distintos pueblos, en diversos lugares y a través del tiempo”.

Desde su punto de vista antropológico considera a las características de la alimentación fueron las formas culturales de comer las que terminaron condicionando la necesidad biológica de hacerlo.

⁴². Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud en 2004. Op. Cit

⁴³ Aguirre Patricia. “Ricos flacos y gordos pobres. Alimentación en crisis” Claves para todos. 1º Edición.2004 Capital intelectual.



Lo expuesto, me permite reflexionar sobre la comida, observando que ese acto no parece algo tan natural como suele pensarse. Y que el hecho de que debemos comer para vivir no garantiza que podamos, sepamos o deseemos comer, como es en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Puedo pensar que en la alimentación, como tantas otras actividades, las relaciones sociales, siempre están presentes.

La autora toma elementos de carácter diverso para seguir profundizando en el tema alimentario. A saber:

1. Biológico: las necesidades y capacidades del organismo, junto a las características de los alimentos, se transformarán en comida.
2. Ecológico - demográfico: cantidad y calidad de alimentos que se pueden producir en un hábitat para sostener a un número determinado de población, con cierta calidad de vida.
3. Tecnológico - económico: los circuitos de producción, distribución y consumo que hacen que los alimentos lleguen a las personas.
4. Socio - político: relaciones que condicionan el acceso a la comida según clases, sectores o grupos, ya sea a través de mecanismos de mercado, asistencia de Estado o relaciones de amistad, vecindad o parentesco.
5. Culturales: sistemas prácticos de clasificaciones que señalan qué es comida y qué no lo es, qué, cuándo y con quién se debe comer o cómo debería ser el consumo de alimentos entre sectores, edades y género diversos.

Y es en éste último punto es donde profundizaré, ya que a través de la cultura se determina en la práctica cotidiana, que se puede comer y qué no y que tipo de significados y características simbólicas tiene el mismo.

Es decir, que se podría definir socialmente, lo que significa alimentarse correctamente, que tiene que ver con las definiciones sociales acerca de que es alimentarse bien y vivir bien.

En nuestro país, existe una tendencia a clasificar en alimentos “buenos” aquellos considerados bajos en calorías y reconocidos socialmente como sanos y aquellos alimentos “malos” que no conciben como una alimentación sana y baja en calorías.

Teniendo en cuenta estas características, puedo pensar que la sociedad actual y sus influencias del consumismo, hedonismo, materialismo, individualismos, culto de la imagen, pueden llevar a adoptar como meta personal el logro de la imagen corporal impuesta. Y a su vez, llevar a los valores agregados a la alimentación, que pueden considerarse como inadecuados, tales como: **gratificaciones, culpas, status, los alimentos como suplementos de angustia, soledad y tristeza.**



Para concluir, al considerar a la alimentación como un acto social, teniendo en cuenta las características culturales y sociales ya mencionadas, y no un mero hecho natural y biológico, cabe la reflexión que cuando se producen alteraciones en el mismo, genera tanto aislamiento social, como sobrevaloración del hecho. Por este motivo es una característica a observar dentro de las patologías alimentarias.

MULTICAUSALIDAD DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Tomo en referencia, que la causa de los Trastornos de la Conducta Alimentaria puede ser **biopsicosocial**, ya que intervienen, tanto los **factores biológicos, familiares, sociales y culturales**.

La anorexia y la bulimia nerviosa son complejos trastornos en los que intervienen múltiples factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento. La forma en que estos interactúan influye en la aparición del problema y su permanencia⁴⁴.

Los factores predisponentes hacen que seamos más vulnerables a desarrollar un trastorno debido a nuestras características individuales y a las situaciones familiares y sociales que vivimos.

Algunas de las características individuales que nos pueden predisponer a sufrir un trastorno de la conducta alimentaria son:

- Tener hábitos alimentarios inadecuados, intentos de dietas rígidas, irreales e imposibles de cumplir y antecedentes familiares de obesidad.
- Preocupación exagerada por conseguir un cuerpo perfecto y así compensar otros aspectos de la personalidad con los que la persona se encuentra insatisfecha.
- Desvalorización interna por falta de autoestima.
- No ser capaces de enfrentar problemas, planificar soluciones y llevarlas a cabo.
- Intolerancia a la frustración personal.
- Vivir muy pendientes de los demás, buscar satisfacerlos.
- Tendencia al perfeccionismo.

⁴⁴ Documento de Cátedra .Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad “Trastornos de la Conducta Alimentaria”. Universidad Nacional de Cuyo. CPyS. Lic. En Trabajo Social. 2007



- Miedo a crecer, a madurar y a manejar la independencia que esto implica.

También existen ciertas características familiares en las personas que presentan estos trastornos:

- Familias que conceden una importancia extrema al cuidado de la imagen externa.
- Madres y padres que tienen expectativas demasiado altas para sus hijos.
- Miembros familiares con problemas de depresión o alguna otra patología.
- Malos tratos, abuso sexual o abandono.
- Antecedentes de anorexia o bulimia en hermanas o hermanos.

Los factores precipitantes hacen referencia a aquellas circunstancias estresantes que hacen que se desencadene la enfermedad:

- Problemas amorosos, ruptura de amistades, conflictos entre los padres.
- Problemas económicos o laborales, ante los cuales la persona se asusta o cree que no podrá resolver.
- El inicio de una dieta adelgazante.
- El incremento rápido de peso seguido de comentarios críticos de la familia o amigos.

Los factores de mantenimiento hacen que perdure la enfermedad y tiene que ver fundamentalmente con las mismas consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria, es decir, con los efectos fisiológicos y emocionales de no comer y con determinadas actitudes:

- La propia purga: procedimiento que proporciona la seguridad de que con ello se evitará engordar lo ingerido tras un atracón.
- La reducción progresiva de las relaciones sociales que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza.
- El medio social que valora la delgadez.



Entre estos factores, podemos reflexionar sobre la realidad cotidiana que todos nos encontramos expuestos, pero especialmente jóvenes y adolescentes son más vulnerables. El énfasis que pone nuestra sociedad y el valor que le otorga a los cuerpos delgados, contribuye entre otros factores, al desarrollo y prevalencia de estos trastornos.

Generalmente, el mensaje que les llega a los adolescentes, es que sólo siendo delgados serán atractivos, competitivos y aceptados por los demás. Para muchas y muchos adolescentes no existen autoestima sin delgadez. El adelgazar se ha convertido en metáfora de éxito y el engordar de fracaso.

Teniendo en cuenta lo referido en el documento “Trastornos de la Conducta Alimentaria”⁴⁵ no sólo podemos atribuir las causas a aspectos culturales o sociales, sino también que el origen del síndrome de estos trastornos de la conducta alimentaria está relacionado con la biografía personal o historia de vida, el contexto familiar, como también, los acontecimientos vitales. Estas enfermedades están aumentando en los últimos años de una manera alarmante.

Por esta razón, las diversas explicaciones para entender la aparición de los trastornos de la conducta alimentaria: biológico, genético, de aprendizaje, desarrollo, psicológico y social por sí solas no han resultado definitivas.

De acuerdo a lo expuesto en la Guía de Prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria⁴⁶, “es preciso su combinación e interacción, se hace necesario adoptar modelos integradores que den cuenta de la verdadera complejidad de estos trastornos sin caer en modelos que atribuyen un solo factor culpabilizados al origen de los desórdenes de la alimentación”.

Por este motivo y a modo de conclusión, es que se debe tratar de atender todos los factores predisponentes, desencadenantes o precipitante y perpetuantes o de mantenimiento, implicados en su producción (socioculturales, individuales, biológicos, consecuencias de crisis adolescente, familiares)

PREVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y POSIBLES TRATAMIENTOS.

Para poder abordar este tipo de enfermedades, tenemos que pensar en la prevención y la educación para la salud, como así también en los tratamientos de características interdisciplinarias, debido a su complejidad.

⁴⁵ Documento de Cátedra .Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad Op. Cit.

⁴⁶ Consejo de Juventud de Aragón. España. Guía Práctica de Prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición.



En primer lugar haré alusión a la prevención, que en general se puede hablar de tres tipos: primaria, secundaria y terciaria. Para esto tomo como referencia a los autores Fernández y Turón,⁴⁷ que definen:

La **Prevención primaria**: trata de reducir en la medida de lo posible la prevalencia de la enfermedad, incidiendo en aquellos aspectos que facilitan el desarrollo de la misma. Por otro lado la **Prevención Secundaria**, se basa en la detección precoz y la derivación adecuada para facilitar el inicio de un tratamiento eficaz. Y por último, la **Prevención Terciaria** trata de eliminar o reducir posibles complicaciones en el curso de la enfermedad.

Es decir, a modo de resumen los diferentes tipos de prevención las podemos definir de la siguiente manera:

- **Prevención Primaria: Más vale prevenir que curar.**
- **Prevención Secundaria: Más vale curar que rehabilitar.**
- **Prevención Terciaria: Más vale rehabilitar que cronificar.**

Tomo en cuenta varios ámbitos para la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Entre ellos, **la familia** que se sitúa como el primer marco adecuado para prevenir como lo refiere el autor Gual, P.⁴⁸, ya que es en el entorno familiar donde se consolidan las primeras creencias, actitudes y hábitos, y se comienza a desarrollar el autoconcepto de cada individuo, elemento clave en la aparición de estos trastornos.

Es decir, que la familia es el primer ámbito donde se transmiten valores, hábitos, costumbres, normas, relaciones y principalmente donde se inicia la educación alimentaria, que incluye el hábito de alimentarse, la elección de los alimentos, la calidad y la cantidad de los mismos y el momento de las comidas. Teniendo en cuenta que la alimentación es uno de los factores que más influye en la salud integral y a su vez es un acto social.

Considerando que estas patologías se presentan principalmente durante la adolescencia y la juventud, es por esto, que el papel de la familia es fundamental.

Por esta razón, como se desarrolla en el documento “Trastornos de la conducta alimentaria”⁴⁹, hay que tener en cuenta que **“la familia no es culpable del trastorno, pero debe implicarse en la detección del problema, en el tratamiento y es el fundamental agente preventivo”**.

⁴⁷ Fernández, F.; Turón, V. Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Masson, Madrid. 1998.

⁴⁸ Gual, P. ¿Anoréxica...yo? ¿anoréxica...mi hija? Descleè De Bronwer, Bilbao. 2000.

⁴⁹ “Trastornos de la Conducta Alimentaria” Pág. 9 Op. cit.



Por su importancia en la función preventiva, se tendría que revisar si en la familia hay dificultades en la comunicación o a la hora de resolver los conflictos: si se exagera, se niegan o se intentan resolver siempre a través de la agresividad o de culpas mutuas.

Es por esto necesario tener presente que desde los trastornos de la conducta alimentaria existe una dificultad grande para comunicarse, expresarse y manejar conflicto y emociones.

Justamente desde la familia, se podría ayudar a los y las adolescentes a desarrollar un juicio más crítico sobre el ideal de belleza, a formarse sus propios valores, a apreciar su cuerpo con todas las posibilidades que éste ofrece. Motivarlos a elegir modelos positivos y respetar las diferencias interpersonales⁵⁰.

Por esta razón, es que desde el ámbito familiar se eduque sobre los hábitos alimentarios, la calidad de la alimentación, el momento que se comparten las comidas cotidianamente, reforzar hábitos saludables relacionados con el autocuidado de la salud, a su vez actuar y re pensar, sobre la sobreprotección, afectividad, valores, control de los medios de comunicación y principalmente fomentar comunicación y reforzar los factores de protección, entre estos la autoestima.

Por otra parte, aunque siempre se trabaja en conexión y en coordinación con la familia, es el **ámbito educativo y organizaciones comunitarias**, el cual cumplen un papel fundamental en la prevención, y adquiere más relevancia si en la familia se encuentra diferencias con relación a los factores de protección para la aparición de estas enfermedades.

Es decir, que los establecimientos educativos y de la comunidad, desempeñan un papel crucial a la hora de prevenir los comportamientos de riesgo y brindar la ayuda y orientación necesaria dirigida a adolescentes y jóvenes.

Con el fin de que desarrolle la valoración propia, las habilidades sociales, se refuercen sus capacidades y potencialidades, promuevan el aprendizaje de resolución de situaciones adversas y toma de decisiones. Ya que todas ellas, se consideran como factores protectores en la prevención de enfermedades psicosociales, entre ellas los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Como se menciona en capítulos anteriores, el contexto cultural y social impacta principalmente en esta franja de edad en la adopción de hábitos saludables. Es por esto que la acción preventiva debe ser asumida como un proceso por todos los sectores de la comunidad.

⁵⁰ Ibíd.



Entonces la responsabilidad debería estar puesta en todos los actores intervinientes, promoviendo valores, capacidades y habilidades que permitan a los adolescentes adquirir una serie de hábitos saludables (nutrición, actividad física, actividades culturales, etc.) y a la vez que puedan desarrollar un juicio crítico sobre el ideal de belleza impuesto, a apreciar el cuerpo con todas las posibilidades que éste ofrece. Motivarlos a elegir modelos positivos y respetar las diferencias interpersonales.

Sumado a esto, es necesario referenciar los mensajes de los medios de comunicación, que muchas veces no condicen con valores relacionados a la salud y rechazar el modelo impuesto por la moda y el mercado, a través de programas y campañas de prevención, ya que se tratan de patologías graves con gran impacto sobre las familias, con riesgo de cronicidad y mortalidad.

Por este motivo, tomo en consideración nuevamente el “Programa de Prevención de Patologías y Desórdenes Alimentarios”⁵¹, ya citado tomando en cuenta para dicha prevención:

- Orden en la Alimentación, dieta balanceada, tipos de alimentos, satisfacción de necesidades nutricionales.
- Actividad física y deportiva adecuada.
- Formación de una escala de valores, cuyo centro es el logro de la autonomía y autorrealización.
- Actitud de integración y comunicación familiar y social adecuadas.

⁵¹ Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios. Op. Cit



CAPÍTULO IV

GRUPO DE AUTOAYUDA UNA HERRAMIENTA PARA ABORDAR LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

*"Todas y todos podemos conocer, todas y todos aprendemos. Porque no hay
alguien que sepa todo, ni hay alguien que ignore todo, y el conocimiento
compartido es el conocimiento humano por excelencia".*

Paulo Freire



INTRODUCCIÓN.

En el siguiente capítulo se desarrolla el eje central de este trabajo de tesina, grupo de autoayuda. Sus características, como surge este movimiento, cuál es su finalidad y función dentro del proceso de recuperación de salud.

Para iniciar este tema, tomo como punto de partida su conceptualización, como se fueron aplicando en los distintos contextos y de acuerdo a la problemática a abordar por el mismo, sobre todo en la atención dirigida a personas con enfermedades físicas y psicosociales.

Esto lleva a la reflexión de ponerlos en consideración, como una herramienta adecuada en el proceso de recuperación de salud de adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria. Teniendo en cuenta, que desde este tipo de grupos se reconoce, desarrolla y estimula el poder de las personas para ayudarse a sí mismas a la vez que ayudan a otras personas.

Una vez conceptualizados este tipo de grupos, referencio a la OMS, para plantear el funcionamiento de los mismos, como un aporte relevante a tener en cuenta a la hora de intervenir en ellos o conformarlos.

A su vez, una de las conceptualizaciones claves en los grupos de autoayuda, es el apoyo social, entendiéndose como una estrategia fundamental para conseguir el objetivo de este tipo de grupo. Y finalmente el capítulo concluye evaluando las ventajas del abordaje grupal.



CONCEPTUALIZACIÓN DE GRUPO DE AUTOAYUDA.

Para iniciar el desarrollo de este tema, punto central de la tesina, referencio que los grupos de autoayuda surgen como alternativa al sistema tradicional donde la dirección y la responsabilidad están a cargo de un profesional. Este movimiento de la autoayuda, creció y se desarrolló a partir de los años 30, con la creación de Alcohólicos Anónimos. Este movimiento fue favoreciendo la visibilidad social de lo colectivo, que en un principio fue poco considerado en la gestión pública de la salud.

El movimiento de autoayuda ha cobrado relevancia en las últimas décadas, sobre todo en la atención dirigida a personas con enfermedades físicas y psicosociales. Desde este tipo de grupos se reconoce, desarrolla y estimula el poder de las personas para ayudarse a sí mismas a la vez que ayuda a otras personas para que también lo hagan.

Es decir, que estos grupos, han sido aplicados a sectores de la población muy diferentes y a problemáticas muy distintas. En este trabajo serán aplicados en el proceso de recuperación de adolescentes y jóvenes que presentan dificultades con la alimentación.

Estimo que este tipo de grupos, pueden ser una herramienta apropiada en el proceso de recuperación de la salud, en la medida en que sea un espacio de pertenencia significativa, de identificación y de construcción de una nueva identidad para los adolescentes y jóvenes; ya que durante esta etapa, en la persona se producen cambios importantes en la configuración de la identidad y el sentido de pertenencia. Es una etapa que lleva aparejado en algunos casos diferentes problemáticas, en este caso los trastornos de la conducta alimentaria, que necesitan recursos adecuados de afrontamiento.

Uno de estos recursos que considero, son los grupos de autoayuda, tomando la propuesta de Katz y Bender (1976) y que más tarde adoptaría la Organización Mundial de la Salud, lo cual son definidos: **“Los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Estos grupos están integrados habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un problema común que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados”**⁵².

⁵² Katz, A. « Self-help and mutual aid: An emerging social movement? ». *Annual Review of Sociology*, 1981.



Dichos grupos, implican que desaparecería todo tipo de diferencia por experiencia, edad, condición social entre otros, el grupo ideal sería una situación de entera libertad para hablar, para expresarse en términos personales y emocionales, por ser un grupo de pares que comparten una misma situación, sugiriendo ideas y buscando soluciones o maneras más efectivas de enfrentar los problemas, motivando a generar un apoyo emocional mutuo.

Es decir, que desde las patologías alimentarias, durante el proceso de recuperación de la salud, en grupos de autoayuda podría propiciar el ámbito para encontrar identificación con sus pares, sentir contención por compartir problemas similares, asumir los síntomas de la enfermedad, identificar hábitos saludables, aprender a pedir ayuda y buscar soluciones en forma colectiva, reconociendo los logros y avances de los integrantes, generando motivaciones positivas.

Para poder aproximarnos a estos grupos, tomo en referencia al autor Gracia E.⁵³ (1997) que destaca como características más relevantes de los grupos de autoayuda, las siguientes:

- **Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes:** Poder compartir un acontecimiento central define el estatus de los miembros en los grupos de autoayuda, a pesar de las numerosas diferencias individuales, quien provee ayuda comparte el mismo problema con quien recibe esa ayuda. En este caso, es el desorden alimentario. La experiencia de los integrantes es el componente fundamental que hace la distinción de otros tipos de intercambio de ayuda.
- **El grupo proporciona apoyo emocional:** Por apoyo emocional, es el hecho de saber acompañar y entender a otro miembro del grupo que padece un problema, es decir, posicionarse en el lugar del otro. El apoyo se da durante las reuniones del grupo y es extensivo ya que el compromiso sigue fuera de las reuniones. En el contexto según lo planteado por el autor, los grupos de autoayuda pueden manifestarse de diferentes formas el apoyo emocional. Este apoyo puede estar presente cuando:
 - Los integrantes del grupo motivan reforzando aspectos positivos, aplaudiendo los avances, dando palabras de aliento o destacando las conductas deseables.
 - Los miembros asumen compromisos para lograr objetivos propuestos, el mismo no es sólo con ellos mismos sino un compromiso grupal.
 - Cuando se comparten las experiencias, pensamientos y sentimientos cotidianos con los otros miembros del grupo.
 - Se refuerzan mutuamente acerca de su capacidad para manejar sus problemas aconsejando desde su propia experiencia, realizando un aprendizaje grupal.

⁵³ Gracia Enrique, "El apoyo social en la intervención comunitaria". Buenos Aires. Editorial Paidós. Primera edición. 1997.



- **Intercambio de información, consejo y educación:** En los grupos se da y proporciona la información y herramientas necesarias que permite a los jóvenes a mejorar su capacidad de afrontamiento. Es decir, el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan. Las estrategias de afrontamiento son procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según los estímulos que actúen. Los grupos de autoayuda proporcionan esta información de forma directa entre los miembros del grupo.
- **En el grupo se favorece la reestructuración cognitiva:** El grupo proporciona a sus miembros una lógica a sus problemas, buscando alternativas a los mismos y acciones para manejarlos. De esta manera se fomenta el cambio en cada uno de los integrantes, las personas se empiezan a percibirse capaz de manejar las circunstancias que lo rodean, incrementándose los sentimientos de valía personal, mejora su autoestima, fomenta un mayor conocimiento de sí mismo.
- **El grupo cumple funciones de socialización y apoyo social:** Aunque no es su principal objetivo, la socialización de sus miembros es un aspecto importante. La integración y la participación al grupo ayudan a superar de a poco el aislamiento social, que en el caso de los trastornos de la alimentación, es un síntoma de estas enfermedades, que lleva a los adolescentes y jóvenes a no participar de actividades de la vida cotidiana. A través de las actividades que el grupo lleva a cabo orienta a sus miembros a solucionar las situaciones que los llevaron a estar solos e integrarse desde otro lugar en su núcleo familiar, afectivo y comunitario.
- **Las acciones se realizan conjuntamente:** Es una de las características más importantes de este tipo de grupo, se espera que cada uno de sus miembros participe según sus posibilidades y no sea mero receptor, teniendo en cuenta en la etapa y proceso en que esté el participante.
- **El grupo promueve sentimientos de control, autoconfianza y autoestima:** Las distintas actividades que tienen lugar en el grupo, ayudan a superar la pasividad y a mejorar la autoestima, así como promover la responsabilidad y compromiso tanto grupal como individual. El manejo de la información, asumir su problema, el cambio en sus percepciones, la utilización de la propia experiencia para ayudar a los miembros del grupo y las demás características anteriormente mencionadas, lleva a sus miembros a reforzar la imagen que poseen de ellos mismos.



¿CÓMO FUNCIONAN LOS GRUPOS DE AUTOAYUDA?

Para desarrollar este tema, tomo como referencia al “Manual de grupos de autoayuda”⁵⁴ para reflexionar acerca del funcionamiento de dicho grupo, que creo un aporte relevante a tener en cuenta a la hora de intervenir en ellos o conformarlos.

- **Número de integrantes:** al principio lo mejor es no preocuparse por el número de personas. Es posible que algunos no puedan acudir a todas las reuniones. Si la cantidad de personas es muy grande es muy difícil que todos puedan participar. En tal caso debe considerar la posibilidad de dividir el grupo en dos. No debe ser motivo de preocupación que el grupo varíe en cuanto al número de asistentes. La persona que se siente muy necesitada de apoyo y que asuma el compromiso grupal asistirá regularmente.
- **Sentarse en círculo:** los integrantes del grupo se sientan en círculo, lo que permite establecer una relación de igual a igual, sin jerarquías, creando un ambiente amistoso que facilita la comunicación.
- **Sesión del grupo de autoayuda:**
 - ✓ Dar la bienvenida a todos los integrantes del grupo para que se sientan bien recibidos y cómodos.
 - ✓ Pedir que los participantes se presenten y que compartan cuál es la razón que los llevó al grupo así como las expectativas que tienen del mismo.
 - ✓ Especificar el objetivo del grupo. Se sugiere empezar con una frase que diga: “Todos los que estamos aquí tenemos en común...” y el propósito es intercambiar experiencias y aprender de éstas.
 - ✓ Establecer los tiempos de participación de cada integrante con el fin de que nadie monopolice el uso de la palabra.
 - ✓ Se puede preguntar quién quiere iniciar la reunión o quien necesita hablar.
 - ✓ Aclarar que el grupo no juzga ni critica.
 - ✓ Que se respete la privacidad y la confidencialidad.

⁵⁴ Lic. Lilia Mendoza Martínez. “Manual de Grupos de autoayuda, sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda” Dirección General de Equidad y Desarrollo Social. Gobierno del Distrito Federal. 1999.



- ✓ Plantear al grupo la conveniencia de elegir, nombrar, designar a un facilitador o regulador del diálogo.
 - ✓ Nadie debe imponer a otra persona las ideas o pensamientos que no quiere escuchar ya que esto puede impedir que la persona se sienta comprendida.
 - ✓ Es muy importante que todos los asistentes participen, sin embargo hay que tomar en cuenta que hay personas muy tímidas que no se atreven a hablar al principio, por lo que hay que darles confianza para que lo hagan.
 - ✓ Facilitar que las personas aprendan a través de las experiencias de otros.
 - ✓ Compartir información de interés para el grupo.
 - ✓ Permitir y estimular el intercambio activo entre los participantes.
 - ✓ Al finalizar la reunión preguntar en forma general si desean dar alguna opinión.
 - ✓ El facilitador puede resumir las discusiones y puntos de vista, y preguntar sobre cómo se sintieron con todo lo que se dijo.
 - ✓ Se recomienda que se registre por escrito la reunión de grupo y los asistentes, para que sirva a los que no asistieron y para evaluar el proceso de cada participante en el tiempo. Y a su vez para los profesionales de la salud.
 - ✓ Es necesario que se acuerde la hora en que se llevarán a cabo las siguientes reuniones.
- **Algunas recomendaciones:**
- ✓ Desarrollar la escucha activa, es decir, cuando la persona está hablando, mirarla atentamente a los ojos.
 - ✓ Permitir que la persona hable sin interrupción.
 - ✓ Escuchar lo que dicen sin hacer juicios.
 - ✓ Muchas personas necesitan saber que se les está escuchando para continuar hablando y esto se puede indicar a través de algún gesto con la cabeza, la mano, la mirada o cualquier parte del cuerpo.



- ✓ Cuando no entiendas o estés confundido, debes pedir a la persona que se detenga y aclare lo dicho.
- ✓ Sintetizar lo que se ha dicho sin interpretar.

A modo de conclusión, un grupo de autoayuda no puede resolver todos los problemas, ni puede reemplazar los servicios de los profesionales de la salud. Es importante recordar que un grupo con estas características no siempre es útil para algunas personas ya que se siente incómoda compartiendo sus sentimientos y experiencia con los demás o simplemente no son agrupables.

También, saber que los grupos de autoayuda, no son grupos de psicoterapia y suelen funcionar sin una orientación profesional y a su vez se reconoce la necesidad de un facilitador que puede ser un profesional, un Trabajador Social.

En este caso, en relación al tema de la tesina, surge el interrogante si es necesario el acompañamiento o coordinación de un profesional debido a la complejidad que presenta las patologías alimentarias, etapa evolutiva en que se encuentran los participantes, ya que no siempre la concurrencia al tratamiento es voluntaria y no hay un claro discernimiento de síntomas de las patologías y cuáles serían los hábitos saludables.

Por esta razón, todo profesional de la salud, dentro de su formación, debe tener experiencia en el manejo y liderazgo de grupos, entender cómo nos comportamos en grupo y las razones de cada conducta, esto hace referencia a la dinámica de grupo.

Una vez analizada las características de los grupos de autoayuda y definiendo como funcionan los mismos, tomaré en cuenta el aporte del autor Gracia E. en relación al **apoyo social**, su conceptualización y sus características, siendo un pilar fundamental dentro del grupo de autoayuda.

Estas características, explicitadas por el autor en su libro “El apoyo social en la intervención comunitaria”, es un aporte muy importante ya que permite diferenciar el grupo de autoayuda de otros tipos de grupos.

GRUPO DE AUTOAYUDA Y APOYO SOCIAL.

Con el objetivo de clarificar y simplificar el lenguaje que se utiliza al hablar acerca de los grupos de autoayuda, se definirá que es la ayuda mutua o autoayuda, para lo cual sigue refiriendo al autor Gracia E.⁵⁵, ya citado en su obra, que lo define como:

⁵⁵ Gracia. E. Op. Cit.



“La ayuda mutua es la forma de apoyo social que consiste en ayuda práctica y psicológica entre personas que comparten un mismo problema o circunstancia vital y que, por tanto, les hace relacionarse mutuamente como iguales, siendo el principal objetivo el apoyo emocional que se obtiene al compartir experiencias, información y estrategias de afrontamiento”.

Por este motivo, considero que el apoyo social, es una de las conceptualizaciones claves en los grupos de autoayuda, entendiéndolos como una estrategia fundamental para conseguir apoyo.

A partir de lo expresado, la autora Yolanda Domenech López⁵⁶, en su artículo, considera que el apoyo social surge alrededor de los años setenta, cuando los resultados de diversas investigaciones acerca de problemáticas sociales comienzan a demostrar que la falta de apoyo es un elemento común a todas ellas.

Esta falta de apoyo se hace evidente ya sea en la carencia o en la ruptura de relaciones, que conlleva a la ausencia o precarización de las redes sociales, tanto primarias como secundarias.

Para explicar la precarización de las redes sociales, es pertinente conceptualizarlas, siguiendo a la autora Mónica Chadi⁵⁷ que expresa que las **redes primarias “fundan todos aquellos vínculos “personales” de un individuo, son los lazos que integran las uniones más estrechas”.**

La autora referencia que los lazos que conforman las redes primarias son las siguientes:

1. Familia.
2. Familia Ampliada.
3. Amigos.
4. Vecindarios.

En cuanto a las **redes secundarias “son las relaciones entabladas en el microsistema”. Se puede distinguir a dos grupos: uno más próximo a las redes primarias donde se menciona:**

1. Grupos recreativos.
2. Relaciones comunitarias y religiosas.
3. Relaciones laborales o de estudio.

⁵⁶ Lic. Domenech López, Y. “Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social” Universidad de Alicante.

⁵⁷ Chadi, Mónica “Redes Sociales en el Trabajo Social” Editorial Espacio. 2000



Y por otro lado, encontramos las denominadas redes institucionales, las cuales se hallan en un sistema externo. Estas están integradas por instituciones que brindan servicios educativos, asistenciales y de control social. Son creadas para ampliar los recursos de los sistemas naturales. Componen las mismas:

1. Escuelas.
2. Hospitales o Equipos de Salud.
3. Sistema Judicial.

Teniendo en cuenta esta conceptualización, el apoyo social en relación a los trastornos de la conducta alimentaria, en relación a algunos de los síntomas ya mencionados, como la baja autoestima, vinculada con la no aceptación del propio cuerpo, podría condicionar las características de sus relaciones, sus aspiraciones y actitudes.

En general, esto se podría traducir en dificultades para expresar sus emociones y falta de habilidades de afrontamiento en circunstancias estresantes o de frustración, especialmente en situaciones sociales, resultando un aspecto característico en patologías alimentarias, el deterioro en sus relaciones y el aislamiento social.

Por esta razón, los tipos de recursos sociales y apoyo que disponen los adolescentes que presentan este tipo de problemas, es uno de los temas de interés en este ámbito, la falta del mismo y la necesidad de estructurar la red social, explica uno de los fundamentos teórico prácticos de los grupos de autoayuda, como una forma especial de dar apoyo.

Esta situación motiva a trabajar reconstruyendo y explorando los lazos sociales, las redes existentes y cabe los interrogantes: ¿Qué redes sociales están presentes?, ¿Cuál es necesario reforzar?, ¿Qué vínculos hay que activar?, ¿Qué paso con ellos que se debilitaron?, ¿Y cuál es la función del grupo de autoayuda en esta reconstrucción y fortalecimiento?

A partir de estos interrogantes, se puede plantear y suponer, que desde las personas que padecen trastornos de la conducta alimentaria, el apoyo social es altamente positivo en cuanto a la salud y el bienestar, movilizándolo recursos informales promoviendo la participación.

Desde esta perspectiva, la utilización del grupo como instrumento de cambio, socialización, apoyo y de contención, se presenta como útil tanto en contextos sociales de carácter sanitario u hospitalario.



Tomando lo planteado por la Dra. María Palacín Lois⁵⁸, que revaloriza el papel desempeñados por los grupos, **“como sistemas sociales, en la conductas de salud y enfermedad, los convierte en instrumentos fundamentales para la promoción, prevención, tratamiento, recuperación y la intervención en los múltiples ámbitos de la salud psicosocial”**.

Compartiendo lo expresado por dicha autora, es que se considera a los grupos de autoayuda en el proceso de recuperación de la salud, de jóvenes y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, objeto de esta tesina.

Continuando con la línea planteada por la autora Y. Domenech López, referencia que tres son las líneas que definen el apoyo social, algunas de las características que a través del grupo puede operativizarse el apoyo social desde las siguientes perspectivas⁵⁹:

- **La perspectiva estructural** enfatiza la importancia de las características de las redes sociales y las condiciones que rodean el proceso de ayuda. Desde esta perspectiva se define el apoyo social en términos de cantidad o número de relaciones que mantiene un sujeto, la interconexión, el equilibrio o desequilibrio de sus intercambios y semejanza entre los miembros de la red.
- **La perspectiva funcional** se centra en las funciones que cumplen las relaciones sociales. Tres funciones fundamentales en el apoyo social, que se dan en los grupos de autoayuda:
 - Función de apoyo emocional: a través del cual las personas comparten experiencias y se sienten aceptadas por los demás.
 - Función de apoyo instrumental o material donde existe un intercambio de ayudas que aporten a la resolución de problemas prácticos.
 - Función de apoyo informacional: referencia a todas aquellas funciones relacionadas con aconsejar, guiar e informar.

Desde esta perspectiva funcional, el apoyo social se define como los intercambios de recursos que permiten cumplir estas tres funciones.

- **La perspectiva contextual**, enfatiza las características del contexto del apoyo social. A partir de esto, se debe adecuar el tipo de apoyo al tipo de problema en el que se trabaja, en este caso la problemática alimentaria.

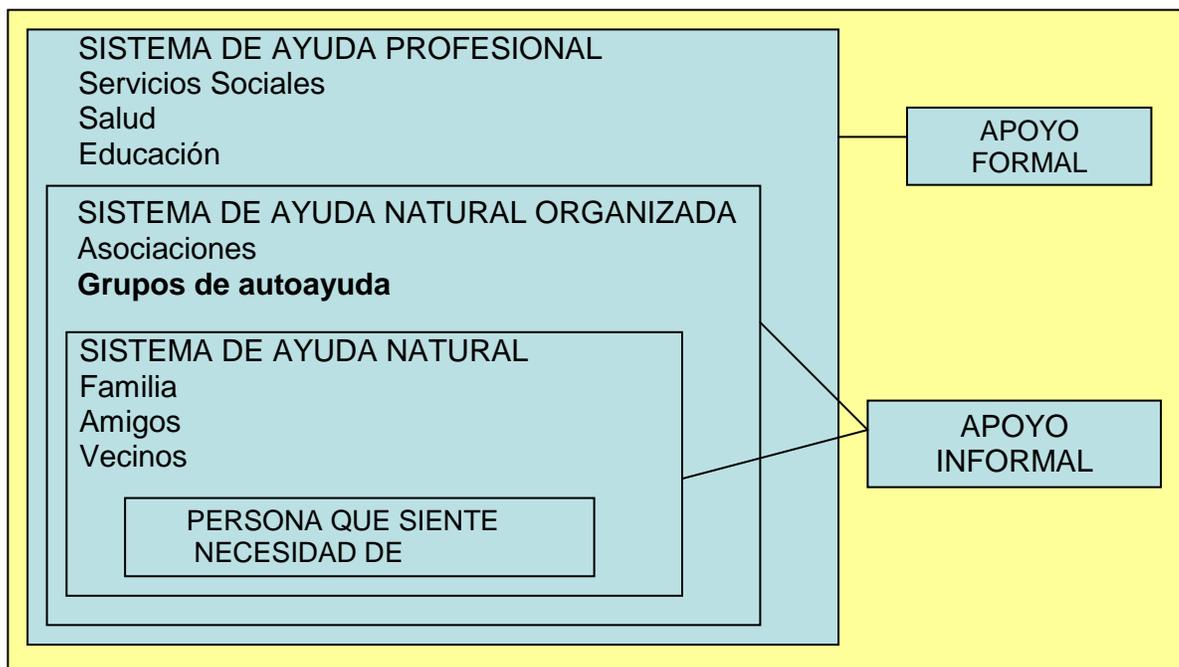
⁵⁸ Dra. María Palacín Lois. Revista Divulgación “Estrategias de Apoyo Psicosocial: Grupos de Apoyo y Grupos de Ayuda Mutua”.

⁵⁹ López Domenech, Y. Op. Cit.



Por fuentes de apoyo o proveedores de apoyo, considero a todas aquellas personas que el sujeto recibe apoyo (parientes, amigos, vecinos, parejas, conocidos, compañeros de trabajo o estudio, profesionales de la salud o miembros de instituciones)

Estas tres perspectivas, ayudan a definir el concepto de apoyo social resaltando distintos aspectos y a su vez este puede operativizarse de múltiples formas, tomando con referencia el siguiente cuadro que presenta las intervenciones basadas en el apoyo social, que implican la interacción con el entorno social.



FUENTE: Adaptación de Villalba Quesada, C: «Redes sociales: Un concepto con importantes Implicaciones en la intervención comunitaria». *Intervención Psicosocial*, 4. 1993. Pág. 69-85.

VENTAJAS DEL ABORDAJE GRUPAL.

Por lo expuesto anteriormente, el abordaje grupal, en este caso en grupo de autoayuda, podría ser sumamente positivo para el tratamiento de ciertas patologías, entre ellas, los trastornos de la conducta alimentaria y planteo el interrogante de sus beneficios para la dinámica del sistema de salud.

A su vez, estos efectos positivos no resultan de un día para otro. Estos cambios serán dados por la colaboración activa de cada uno de sus miembros, que necesitan de un tiempo para ser perceptibles, es decir, que se trata de un proceso, que también implica un abordaje individual y familiar. Contemplando la complejidad que presentan la temática planteada.



Por esta razón, debido a las características de estos trastornos, es importante que los miembros del grupo trabajen continua y activamente durante el proceso grupal. Y el intercambio social de dar y recibir debería ser una constante. Si no existiera la disposición para esto, es casi imposible que puedan funcionar los grupos de autoayuda.

Es decir que, la razón de ser de este tipo de grupo, como lo referencia la autora Margarita Mondaca⁶⁰, **“es la necesidad de recibir ayuda para no aislarse, la necesidad de hacerse cargo de los problemas, la necesidad de ser aceptadas y la necesidad de mantenerse activas e informadas”**.

Sumado a lo expuesto, la autora manifiesta que, los fundamentos que garantizan un funcionamiento armónico se basan en, **“la reciprocidad, el establecimiento de relaciones de confianza, el fortalecimiento de redes sociales, la valoración de ser aceptado y comprendido, el enriquecimiento a través de la relación de pares en el establecimiento de vínculos profundos”**⁶¹.

Estas características son las que buscaré en el grupo de autoayuda de adolescentes y jóvenes de A.L.D.A.⁶², que actualmente se encuentran realizando el tratamiento para recuperar su salud. Considerando que dichas características, proporcionan un lugar y un espacio adecuado para interactuar, aprender y reconocer principalmente el problema que los hace estar y permanecer unidos, llevando a generar cambios personales, que ayude a aumentar el bienestar.

Este tipo de grupo, se inicia en relación a determinadas circunstancias que están posibilitando ciertamente la aparición y consolidación de los grupos de autoayuda, y es por esto, su consideración para el abordaje de los trastornos de la conducta alimentaria y también en relación a muchas más problemáticas.

Para continuar el desarrollo de este tema, referencio el artículo del Dr. Enrique Berjano Peirats⁶³, en el que explicita estas circunstancias, las cuales podemos englobar en las siguientes:

1. La destrucción social, especialmente en las grandes ciudades, donde si bien existen determinadas instituciones formales que pueden proporcionar un apoyo instrumental a través de la información que se ofrece para resolver determinadas problemáticas por parte de equipos profesionales, suele existir una pertenencia a la comunidad y que suelen ofrecer los grupos de autoayuda.

⁶⁰ Mondaca, Margarita. Terapeuta Ocupacional CINTRAS. “Lo colectivo en la reconstrucción de lo humanos: Grupos de autoayuda.” Chile.

⁶¹ Mondaca, M. Op. cit

⁶² A.L.D.A. “Asociación de Luchas de Desórdenes Alimentarios”

⁶³ Dr. Enrique Berjano Peirats. “Técnicas para mediadores en la formación de grupos de autoayuda”. Universidad de Valencia.



2. La insuficiencia de los servicios formales o institucionales para resolver determinadas problemáticas de forma satisfactoria para el usuario de este tipo de servicios.
3. El efecto de amortiguación del estrés que proporciona el apoyo social informal ofrecido a través de los grupos de autoayuda. El poder conectar con alguien que en ese momento está pasando por una serie de circunstancias como nosotros y que nos permite conocer diferentes maneras de hacer frente al problema, otorga un apoyo emocional que no suelen ofrecer otras organizaciones.
4. La necesidad de generar modelos de competencia entre los ciudadanos que pueden verse afectados por determinadas problemáticas, frente a la tradicional actuación pasiva por parte de los usuarios ante determinadas situaciones de necesidad.

Desde lo expuesto cabe la reflexión y la necesidad de posicionar a las personas desde sus recursos, sus capacidades y potencialidades, para resolver, solucionar o mejorar situaciones particulares, saliendo del lugar de carencia, necesidad, convirtiendo esto en motor de competencia social. Pensando de que se trata de jóvenes y adolescentes que buscan la autonomía personal necesaria para su desarrollo.

Puedo concluir con posibles las ventajas extraídas de una experiencia de trabajo de la Lic. Liliana Arjona, desde el abordaje a niños disfluente, adoptando una intervención desde el grupo de autoayuda:

1. La creación de redes solidarias entre los miembros que conforman el grupo posibilitando que estos compartan situaciones problemáticas similares. Por lo tanto hay otros con quienes hablar, de quienes escuchar propuestas u ofrecer sugerencias.
2. Permite a los integrantes del grupo ubicarse en el punto de vista de los otros favoreciendo el descubrimiento de maneras de actuar diferentes y más efectivas.
3. Se aprende a resolver y sobrellevar las situaciones que pueden provocar ansiedad por ser causa de incertidumbre. A través de la interacción grupal cada uno de los miembros desarrolla capacidades que implican modos deseables de pensar, reaccionar y actuar las dificultades.
4. Las interacciones dentro del grupo sirve para efectuar cambios.
5. Favorece la socialización del sujeto dentro de la institución para luego poder transferir las experiencias a su vida cotidiana.



CAPÍTULO V

*TRABAJO SOCIAL. INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL Y GRUPOS DE
AUTOAYUDA COMO ALTERNATIVA DE ATENCIÓN PROFESIONAL.*

"Uno de los mayores desafíos que el trabajador social vive en el presente es desarrollar su capacidad de descifrar la realidad y construir propuestas de trabajos creativos y capaces de preservar y efectivizar derechos, a partir de demandas emergentes en el cotidiano. En fin, un profesional propositivo y no sólo ejecutivo" (1998:20)

Iamamoto, Marilda.



INTRODUCCIÓN.

El Trabajador Social tiene mucho que hacer dentro del sistema sanitario, en las diferentes áreas que le compete: hospitales, salud mental, equipo planificador, lo comunitario, familiar y lo grupal, a través del cual puede abordar distintas problemáticas.

Por esta razón, es que se inserta en forma global, canalizando e interrelacionando, mediante métodos y técnicas, todo tipo de necesidades y recursos, que las personas, grupos y comunidades resuelven la atención de sus necesidades.

Desde la práctica del trabajador social, en la complejidad de la temática, es necesario intervenir conjuntamente con otros profesionales: médicos, psicólogos, nutricionistas, entre otros, procurando la integración de los diferentes aportes y saberes, en los esquemas de trabajo operativo y las necesidades de cada caso, es decir que es necesario pensar esta profesión y muchas otras desde el abordaje interdisciplinario.

A través de las conceptualizaciones y reflexiones en relación al abordaje profesional, cabe repensar y acercarnos al rol, función y aportes desde la intervención en la trayectoria de jóvenes y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria en los grupos de autoayuda.

Y a su vez, surge el interrogante si es el rol del Trabajador Social, el que tiene la posibilidad de contemplar al paciente dentro de un contexto social y familiar, por la posibilidad de realizar un trabajo en red que facilite la articulación de estrategias en distintos niveles (individual, social, familiar, comunitario) así como también la coordinación de diversos recursos y profesionales en función de la necesidad de la problemática.

Finalmente, como ya se referenció, el abordaje desde el Trabajo Social en Grupos de Autoayuda, permite generar la inquietud de repensar el sustento teórico que actualmente contamos desde la formación académica, sobre la intervención en este tipo de grupos, tomando como punto de partida la intención o motivación que anime al colectivo profesional ampliar la visión generando mayores herramientas, sustento teórico, metodológico e investigación que permita abrir el campo de acción.

La posibilidad o aproximación de ampliar el sustento teórico desde la profesión, nos debe permitir dar respuesta a algunos de los interrogantes de esta tesina, entre los cuales destaco ¿Cómo comienza la problemática de los trastornos alimentarios en los adolescentes y jóvenes?, ¿Cómo se comunican entre ellos y como se integran a los grupos de autoayuda? ¿Cómo sería el rol del Trabajador Social en este proceso?, ¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia?, entre otros.



INTERVENCIÓN DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD.

Como se hizo referencia en la introducción de este capítulo, el Trabajo Social tiene mucho que hacer dentro del sistema sanitario, en las diferentes áreas que le compete, el objetivo de la intervención profesional va más allá del trabajo rutinario, considerando a este de forma compleja, porque la persona es compleja, por lo que hay que incorporar y contemplar el contexto sociocultural y familiar del individuo. Teniendo en cuenta, como impacta el contexto actual en los adolescentes y jóvenes con patologías alimentarias.

A partir de lo expuesto, de acuerdo a lo desarrollado por el autor A. Carballeda⁶⁴, manifiesta **que “estas nuevas y complejas tramas sociales muestran la necesidad de generar nuevos diálogos entre diferentes espacios de saber, delineando nuevos horizontes de intervención”**

Es decir, que desde nuestro ámbito profesional, tendríamos que re pensar formas de intervención y plantearnos la posibilidad de otras, como es el caso de los grupos de autoayuda, en el proceso de recuperación de la salud y considerándolos también, el lugar que ocupan en el sistema sanitario, como un aporte y recurso del mismo. Teniendo en cuenta la conceptualización de salud, ya que a partir de esto será nuestro posicionamiento.

Por este motivo, considero la conceptualización de salud que la Comunidad Internacional dio, a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946: **“Salud es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”**⁶⁵. Teniendo en cuenta que la salud constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su condición social, raza, religión e ideología política.

Es decir, que la salud tiene componentes psicológicos y sociales a los que el sistema de salud está intentando dar respuestas, por esta razón el desempeño profesional en la atención en salud, tendría que ser lo más integral posible, desde la planificación y la intervención, que tienda a tener en cuenta los aspectos sociales de la pérdida de la salud, en este caso en lo referido a la problemática planteada.

Desde los componentes sociales, es relevante la estructura y organización de la sociedad argentina y el impacto de la Cuestión Social, desarrollado este tema en el primer capítulo. A decir de los autores Sánchez y Marino⁶⁶, refieren que **“toda enfermedad es un fenómeno social porque tiene orígenes sociales, factores sociales que influyen en su evolución y consecuencias, no sólo para el individuo sino también para la sociedad”**.

⁶⁴ Carballeda, Alfredo Ministerio de Desarrollo Social. Atención a las Adicciones. “Salud Mental y Cuestión Social. Una mirada desde la intervención. La Intervención en lo Social.

⁶⁵ Organización Mundial de la Salud. Op. Cit.

⁶⁶ Sánchez y Marino “Trabajo Social Hospitalario”, Revista de Servicios Sociales y Política Social, n°13, 1989.



A partir de lo expuesto, desde la profesión existe la necesidad de posicionarnos desde la conflictividad y la complejidad social, como constitutivos de los escenarios sociales actuales. Por esta razón, el contexto actual adquiere relevancia, en relación a los jóvenes y adolescentes con este tipo de patologías.

Entonces, nuestro interés como profesionales de Trabajo Social, debería remitirnos a comprender y explicar los fenómenos sociales pero sobre todo incidir en la transformación de situaciones deficitarias o poco saludables que constituyen la base de los problemas sociales y familiares.

Siendo posible, que el lugar de la intervención desde la profesión, se dé en la práctica cotidiana, desde la singularidad de cada trayectoria personal y con la continuidad de los derechos sociales.

Esto lo podemos evidenciar tal como lo plantea la autora Ruth Parola⁶⁷, la que refiere que **“no hay intervención sin interpretación social.”** Existiendo una relación de mediación entre práctica social y un modo de comprender lo social, en que resulta imprescindible los aportes de la Teoría Social. Dicha comprensión es siempre histórica, de acuerdo a una dinámica social determinada.

Al pensar en un modo de comprender lo social, quizás sea necesario generar espacios de encuentro, de diálogo entre los diferentes campos del saber. Como lo manifiesta el autor A. Carballeda⁶⁸, **“recuperando prácticas a veces olvidadas, tales como lo grupal o la salud mental comunitaria, tratando de construir conexiones, puentes, atajos con lo propio, es decir con la cultura y la identidad”.**

Desde las características planteadas, es preciso repensar la intervención no sólo de un modo histórico y social, sino también desde lo interdisciplinario, para el abordaje profesional.

ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Se toman en cuenta las características del contexto actual en donde la interdisciplina se enfrenta a la complejidad de las nuevas demandas en servicios de salud, que en muchos casos se superan los marcos de conocimiento de cada saber.

Comprender estos escenarios para poder generar intervenciones pertinentes, requiere de un pensamiento complejo, de trascender las fronteras de lo disciplinar y aceptar que sea posible el trabajo en equipo interdisciplinario.

⁶⁷ Lic. Parola, Ruth. “Algunas consideraciones teóricas acerca de un perfil de prácticas pre- profesionales” Ponencia presentada al XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social; Lima, Perú. 2001.

⁶⁸ Carballeda, A. Op. Cit.



Es decir, que la interdisciplina, se caracteriza por la intervención de profesionales de diferentes campos disciplinares, tanto por su sustento teórico como por su intervención, teniendo un objetivo común, que desde una sola dimensión no sería posible abordar, y a su vez mantiene lo propio de cada profesión, desde el cual cada uno debe aportar lo que le es específico y necesario en la resolución del problema.

A partir de lo expresado, me lleva a la reflexión, que la intervención desde la interdisciplina, permite no sólo una comprensión más total y más global de las situaciones problemas, sino que facilita también la realización de una acción integrada.

Por lo tanto, a la hora de abordar los trastornos de la conducta alimentaria, es necesario pensar esta problemática teniendo en cuenta, no sólo la multiplicidad de factores orgánicos y psicológicos que se presentan en el sufrimiento humano, sino también entender el contexto actual que atraviesa a la persona, especialmente jóvenes y adolescentes.

Teniendo en cuenta estas características del contexto actual en el que se desarrolla la problemática, tomo el aporte de Jasone Mandrangón Lasagabaster⁶⁹, que considera que **“la interdisciplinariedad puede asumir mejor su acción sobre la realidad cuando, cada miembro realiza sus actividades en un contexto de cruzamiento reforzando conocimientos, habilidades y puntos de vista de las diferentes expectativas profesionales, facilitando la realización de una acción integrada”**.

Desde esta conceptualización, para poder trabajar desde lo interdisciplinario, es necesario conocer y ser reconocidos como campos de conocimiento autónomos, que estarían en permanente diálogo con los demás campos. Es fundamental considerar lo referido, para que desde cada profesión implicada el en abordaje de distintas problemáticas, entren en diálogo en la búsqueda de un objetivo común, y desde una posición horizontal entre ellas.

Es decir, que la interdisciplina, se puede conformar como una oportunidad de acceso a lo nuevo y lo complejo de aquello que interpela al campo de la Intervención en lo Social, es así que en ese camino, el Trabajo Social, se fue complejizando y ampliando su sustento teórico – práctico, orientado a mejorar la calidad de la acción profesional.

Es esencial repensar el Trabajo Social como profesión y a su vez posicionarlo frente a otras profesiones. Como dice Teresa Matus **“lo que se propone es resignificar el concepto de Trabajo Social, situarlo en un horizonte de intervención que tenga como fundamento una rigurosa y compleja comprensión social, recapturando la tensión existente en él, entre teoría y praxis”**⁷⁰.

⁶⁹ Jasone Mandrangón Lasagabaster, Diplomada en Trabajo Social, Personal Laboral. Asistente Social. “El Trabajador Social como miembro de un equipo interdisciplinar” Galicia. España. 2008.

⁷⁰ Matus Sepúlveda, Teresa. Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. Buenos Aires, Espacio. 1999.



Desde allí se plantea la necesidad de evidenciar que toda intervención debe partir desde un posicionamiento teórico, de un modo de ver e interpretar la realidad, es decir, que la realidad no nos habla por sí misma, sino que nosotros la interrogamos, de acuerdo a lo que necesitemos dar respuesta. Por lo tanto, llegamos a la misma a través de mediaciones teóricas, interrogándonos por qué y para qué intervengo.

A partir de lo expuesto, tomo en consideración lo desarrollado por la autora Ruth Parola⁷¹ que plantea que hay una **relación de mediación entre la práctica profesional y un modo de comprender lo social**. Esta forma de comprender lo social está conformada por lo menos por cuatro dimensiones distintas pero relacionadas:

- Los cambios en el escenario social originados por la cuestión social.
- Los diversos aportes de la Teoría Social.
- El enfoque epistemológico elegido.
- El posicionamiento ético - político asumido.

Sumado a esto, las interpretaciones deben contextualizarse, ubicarlas en un momento histórico particular, tal como lo refiere Margarita Rozas⁷², la intervención profesional es **“una construcción histórico social, pensando como campo problemático, que se desarrolla a partir de las manifestaciones de la cuestión social que afectan directamente a la reproducción social de los sujetos”**.

Entonces este campo problemático, desde los adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria, están atravesados por las diferentes circunstancias históricas, políticas y sociales donde crecen y se desarrollan, que los ha llevado a que pueden ser una de las enfermedades consideradas más frecuentes en esta franja etaria.

Por lo tanto, a modo de conclusión, si no conocemos el contexto social y las manifestaciones particulares de la cuestión social, el posicionamiento y las categorías teóricas desde donde estamos trabajando, no sabremos de qué estamos hablando y de esta manera resulta muy difícil leer la trama social en la que se interviene como profesionales.

ABORDAJE DEL TRABAJO SOCIAL EN GRUPO DE AUTOAYUDA COMO ESPACIO DE INTERVENCIÓN Y APRENDIZAJE.

Desde la práctica cotidiana, los trabajadores sociales se enfrentan con nuevos escenarios y formas de interpelación de todo tipo, que hacen cada vez más compleja la intervención, en permanente construcción, diálogo y reflexión. Y cabe la pregunta ¿Serán los grupos de autoayuda una alternativa a la atención y abordaje profesional?

⁷¹ Lic. Parola, Ruth. Op. Cit.

⁷² Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Buenos Aires, Espacio Editorial. 1998.



Una de las estrategias, que es motivadora de este trabajo de tesina, en la intervención desde el Trabajo Social para abordar estos escenarios complejos, en los que se desarrollan estas patologías alimentarias, podrá ser los grupos de autoayuda.

Es decir que éstos, suponen, un recurso importante a utilizar e intervenir desde el Trabajo Social como así también otras disciplinas, en ellos existe la posibilidad de crear vínculos sólidos y ampliar las redes sociales de sus miembros, que en el caso de estas enfermedades, se encuentran debilitadas ya que uno de los síntomas de los mismo, es el **aislamiento social**, entre otros relacionados a esta característica. De esta manera se trabajaría desde los elementos existentes que cuenta la persona, para recomponer el tejido social.

Como referencia Yolanda Domenech López⁷³ esta estrategia, los grupos de autoayuda, está orientada al apoyo social, teniendo como objetivo consolidar, ampliar y complementar la red social de la persona que está atravesando alguna dificultad y/o problema. Estos grupos han surgido en campos muy diversos, como la salud mental y física, las adicciones, como así también en la problemática planteada.

Estos, representan un marco adecuado porque sus miembros se sienten comprendidos, valorados, disminuyen sus sentimientos de culpa, es decir, que esta tipo de experiencia podría aumentar la confianza en sí mismos, genera lazos de unión entre sus miembros, su red de apoyo social, en definitiva aumenta su autoestima por lo que crecen como personas.

Estas son algunas de las características de este tipo de grupo que considero relevante a tener en cuenta, a la hora de pensar en la trayectoria de los jóvenes y adolescentes en el proceso de recuperación de salud a través de ellos.

Para continuar con el desarrollo de este tema, cabe re pensar la dimensión del lugar que ocupan los grupos de autoayuda, en el ámbito institucional, la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) a través de la Carta de Ottawa⁷⁴, que surge como respuesta a la necesidad de buscar un nuevo acercamiento a los múltiples problemas de salud. Define el fomento del **autocuidado** como uno de los ejes principales, en la atención a la salud de las personas, incluyendo la potenciación de la autoevaluación y de la ayuda mutua.

Es decir, se consolidan las bases para impulsar la participación social y la capacitación de la comunidad, estimulando la autonomía de las personas y fomentando las redes sociales donde todos los agentes implicados estén representados. Por lo expuesto, las redes de apoyo social tienen un papel fundamental, frente a distintas situaciones. Por este motivo me centro en la familia, como fuente de apoyo natural y en los grupos de autoayuda, como fuente de apoyo organizada.

⁷³ López Domenech, Yolanda. Op. Cit.

⁷⁴ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. "Promoción de la Salud" 1986.



Es por esto, que los grupos de autoayuda pueden ser útiles para mejorar la motivación de una persona en la búsqueda de una solución a su problema. Pero este grupo puede ejercer un efecto contrario, desmotivación en un momento dado, si no hay especialistas o profesionales que cumplan la función de coordinar el mismo. A partir de los grupos de autoayuda, cabe la pregunta ¿es necesaria la coordinación u orientación de estos, por un profesional?

Visualizo y conceptualizo roles y funciones del Trabajador Social, justamente para definir el perfil del profesional para la posible coordinación de un grupo de autoayuda.

TRABAJADOR SOCIAL: INTERVENCIÓN FUNCIONES Y ROLES.

Para el desarrollo del marco teórico, surge la necesidad poder conceptualizar el Trabajo Social, el cual se concibe como **“una disciplina de las ciencias sociales de naturaleza interventiva, es decir, que se configura a través de una intervención fundada en el devenir y los procesos históricos sociales con racionalidad científica. Dicho profesional está capacitado para investigar, diagnosticar y crear estrategias metodológicas a los fines de promover procesos de transformación de la realidad”⁷⁵.**

Esto significa que como profesión, produce una práctica social específica, mediada por una sólida formación teórica y metodológica a los fines de promover procesos de transformación de la realidad. Esta última presenta diversas manifestaciones conflictivas y contradictorias en las relaciones sociales cotidianas de individuos, grupos u organizaciones, las cuales son expresadas o conceptualizadas por los sujetos sociales como necesidades o problemas sociales y que constituyen el campo profesional de intervención.

Desde el objetivo del trabajo, los trastornos de la conducta alimentaria, se presentan como multicausales, en ellos se pueden diferenciar gran cantidad de factores, sociales, culturales, familiares, individuales, de personalidad. Es decir, que desde distintas disciplinas se podría abordar algunos aspectos de esta problemática, según lo indica cada mirada. La cual está subordinada según cada profesión conceptualice su propio objeto de intervención.

La determinación del objeto de intervención, es una construcción como un proceso teórico - práctico, en el sentido que toda intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear los conceptos de la realidad social.

⁷⁵ Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Cuadernillo de Ingreso- Trabajo Social. Editorial Facultad de Ciencias Políticas y Sociales 2000 Pág. 85



A partir de lo expuesto, tomo en referencia lo que expresa Margarita Rozas⁷⁶, quién considera que **el objeto de intervención se construye desde la reproducción cotidiana de la vida de los sujetos, explicitada a partir de múltiples necesidades que se expresan como demanda y carencias y que de esta forma llegan a las instituciones para ser canalizadas o no.**

Este objeto de intervención, no aparece de inmediato en la realidad, sino es una construcción del pensamiento, mediado desde el sustento teórico, basado en datos que aportan a la comprensión de la realidad.

Esta realidad que se caracteriza, por no ser inmediata, espontánea, aparecen obstáculos en la intervención de la misma. Por esta razón referencio a la Lic. María Isabel Manteiga⁷⁷ que toma los conceptos de obstáculos que se dan en la práctica profesional. A continuación serán explicitados ya que pueden asumir importancia, por lo cual deberán ser identificados y analizados para su correcta superación a través de una constante vigilancia epistemológica.

- Obstáculos para el conocimiento:

- Epistemológicos: problemas en los conocimientos científicos, no dominio de la teoría.
- Epistimofílicos: todos los obstáculos que provienen desde dentro del hombre, por ejemplo: miedos básicos.

-Obstáculos para la acción provenientes desde:

- Afuera: ausencia de recursos, la política, la autodeterminación del otro, tiempo.
- Adentro: Autoconocimiento, para evitar ser obstáculo.

Teniendo en cuenta los obstáculos a la hora de la intervención profesional, ésta sólo puede estar sustentada teórica y prácticamente. **Teóricamente** porque partimos del supuesto que toda intervención se fundamenta en un conjunto de conceptos que guían el accionar profesional. **Prácticamente**, porque el Trabajador Social no sólo piensa, sino también actúa, por ello pensar y actuar son dos aspectos fundamentales de toda intervención llamada profesional.

⁷⁶ Rozas Pagaza, Margarita. Op. Cit.

⁷⁷ Manteiga, María Isabel. Apunte sobre Conceptualización de la práctica. Base de Cortajarena y Las Heras. Contenido bibliográfica de Cátedra Taller V “Prácticas Profesionales y Supervisión Docente” Lic. En Trabajo Social. FCPYS. UNC.



Desde allí se abren posibilidades para el análisis, la reflexión, la profundización de nuestra intervención y desarrollo profesional. Es decir, las prácticas profesionales requieren, tal como plantea la autora Iamamoto Marilda⁷⁸ este desafío de lectura de la realidad, un análisis que permita superar visiones rutinarias y estáticas, que permita poner en juego la creatividad, las competencias y las funciones profesionales.

Además, para repensar roles y funciones desde la profesión en relación a la problemática relacionada a este trabajo de tesina, es necesario conceptualizarla, situarla en nuestro contexto, justamente para poder interpretar ciertas variables y manifestaciones de la cuestión social se expresan en el ámbito de la salud mental.

Pensar específicamente en el “rol” del Trabajador Social, la práctica social nos demuestra, entre otras cosas que la demanda de intervención no es unívoca sino que por el contrario, se nos presenta como un entramado confuso y difuso de “problemas”. Por esta razón el trabajador social no debe encerrarse en roles rígidos, sino que los mismo deben ser dinámicos en función del contexto de la práctica y de acuerdo al posicionamiento ideológico, político y ético que lo sustenta.

Y a su vez, cabe destacar que las intervenciones desde el Trabajo Social, requieren no ser aisladas de otras disciplinas, teniendo en cuenta las características de los trastornos de la conducta alimentaria, de esta manera se podrá realizar un abordaje más integral de la problemática.

A continuación y considerando la diversidad y flexibilidad de los roles profesionales que desempeña el Trabajador Social, detallaré algunos de ellos, siguiendo la caracterización de la Lic. Guiselda Alid Lagos⁷⁹, sin realizar una jerarquización de importancia. Entre ellos están:

- **EDUCADOR:** como profesionales, debe transmitir a las personas, las herramientas necesarias y suficientes para promover en ellos destrezas y habilidades, con la finalidad de que cada sujeto pueda resolver sus propios problemas o dificultades, lo que conlleva a generar una participación activa en el proceso de transformación pensando siempre que el fin último es lograr que cada individuo utilice sus potencialidades y conocimientos para que pueda por si solo resolver una situación problemática. Con ello logramos un cambio positivo que contribuye a elevar su condición de vida.

⁷⁸ Iamamoto, Marilda. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 1998

⁷⁹ Lagos, Guiselda Alid. Sistematización del trabajo comunitario. Artículo “Rol del Trabajador Social en el ámbito local”. Instituto Profesional Diego Portales. Concepción Chile.



- **COORDINADOR:** es una forma particular que se desarrolla entre el Trabajador Social y un grupo. Tendiendo a promover y proponer actividades que faciliten el vínculo y la tarea, detectar y señalar los obstáculos que se presenten en el desarrollo de la misma, crear, fomentar y mantener la comunicación, ayudar al reconocimiento de objetivos comunes, mantener y sostener el encuadre dentro del tiempo y espacio del grupo.
- **ASESOR Y ORIENTADOR:** a través de este rol, el principal objetivo es buscar distintas alternativas que permitan a los sujetos poner en práctica la capacidad de autogestión sobre todo en la solución de las necesidades sociales básicas colectivas e individuales. Aquí el Trabajador Social tiene la misión de trabajar unidos con ellos para que puedan utilizar adecuadamente las redes sociales que le permitirán salir de su condición original. Asesorar y orientar significa gestionar la participación en la solución de problemas y necesidades, utilizando adecuadamente los servicios existentes.
- **PLANIFICADOR:** en la actualidad vemos que este es un rol que le compete y debe ejecutar el Trabajador Social, en donde demuestra su capacidad y entrega de conocimientos teóricos para la formulación de planes, proyectos y programas dirigidos a solucionar un problema detectado a través de un diagnóstico. Lo importante es que se debe elaborar un plan estratégico.
- **MEDIADOR:** el Trabajador Social debe y puede actuar muchas veces en el plano mediador, en las distintas situaciones que se presentan ya sea dentro de un grupo o en la propia institución, frente a situaciones de conflicto o no, lo importante es que actúa a través de la actitud, acción y disposición para intervenir en situaciones conflictivas y deficitarias. Además con la ejecución de este rol refuerza las relaciones y los vínculos existentes entre los actores intervinientes.
- **PROMOTOR:** el Trabajador Social elabora, ejecuta y evalúa programas de divulgación de los múltiples factores que inciden de manera notable en las desigualdades para el acceso a la salud. Suministra información sobre los derechos y deberes de los ciudadanos de los servicios de salud.
- **PREVENCIÓN:** como profesionales debemos orientar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales que puedan contribuir a asegurar que los individuos alcancen mejor calidad de vida. Fortalecer la unidad familiar y capacitar a estos grupos para que aseguren la salud de sus miembros.
- **RECUPERACIÓN:** se debe contribuir con el equipo de salud a reducir, atender y reparar los daños causados por la enfermedad, en este caso los trastornos de la conducta alimentaria. Y también capacitar, contener y orientar al paciente que padece este trastorno como así también a la familia, para que sean agentes de su recuperación.



- **REHABILITACIÓN:** el Trabajador Social tiende a asegurar a que toda persona que padezca este trastorno pueda lograr el uso máximo de su potencialidad. Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reinserción social de la persona.

Es pertinente diferenciar también aquellas actividades que se realizan ejerciendo un rol, en forma sistemática y regular, las cuales reciben el nombre de las funciones. Por eso menciono brevemente algunas de las actividades que tienen estas características en el desempeño del rol del Trabajador Social.

Las funciones del Trabajador Social (según F.I.T.S⁸⁰.) consisten en:

- Ayudar a las personas a desarrollar las capacidades que les permitan resolver los problemas sociales, individuales y colectivos.
- Promover la facultad de autodeterminación, adaptación y desarrollo de las personas.
- Promover y actuar por el establecimiento de servicios y políticas sociales justas o de alternativas para los recursos socioeconómicos existentes.
- Facilitar información y conexiones sociales con los organismos de recursos socioeconómicos (articular redes)
- Conocer, gestionar y promocionar los recursos existentes entre sus potenciales usuarios y los profesionales de otras ramas de otras ciencias.

FUNCIONES DEL COORDINADOR DE GRUPO DE AUTOAYUDA EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA.

Como lo planteo en la introducción del presente trabajo, ¿Serán los grupos de autoayuda una alternativa a la atención profesional? Tal vez, sea necesario que los especialistas en trastornos de la conducta alimentaria, puedan interesarse en trabajar mejor con ellos, apoyarlos, interactuar, informarlos y colaborar en formas eficaces y provechosas para todos.

Considero que trabajar y apoyar a los mismos, es necesario un compromiso profesional, ético y social para nosotros. Centrándonos en la persona que padece de un trastorno de la conducta alimentaria, debemos considerar, que la misma es, ante todo, un sujeto de múltiples habilidades y capacidades afectivas, cognitivas y comportamentales.

⁸⁰ Federación Internacional de Trabajo Social, en su Asamblea General celebrada en Montreal, en julio del 2000.



Por esta razón, la intervención de trabajo social a nivel grupal consiste en predisponer acciones que promuevan y eleven las conductas participativas de los integrantes de los grupos. Para ampliar esta idea tomo en consideración al autor Tschorne, P.⁸¹ explicita que el **“Trabajo Social con grupos pretende implicar a los integrantes del grupo para que sean ellos mismos los que participen activamente en sus propios cambios, a nivel personal, grupal y social”**.

Es decir, que intervenir desde el Trabajo Social con grupos, resulta imprescindible una posición ético - política orientada a la promoción social, la participación real, al fortalecimiento de los derechos, el respeto a la diversidad en todas sus formas, el desarrollo de ciudadanos y la firme convicción de la capacidad de las personas para transformar socialmente la realidad.

A partir de este posicionamiento, la intervención estará orientada a la prevención y fortalecimiento de competencias sociales y cognitivas, utilizando técnicas educativas adecuadas, que incremente aspectos como la motivación, la autonomía, la autoestima y el apoyo social.

Reflexiono, que estos grupos suponen para la profesión, una estrategia de intervención centrada en el apoyo social. Teniendo como objetivo, consolidar ampliar y complementar la red social del individuo que atraviesa alguna dificultad y/o problema, lo que refiere a esta tesina, los trastornos de la conducta alimentaria, no pudiendo recibir apoyo o no siendo adecuado el apoyo que recibe de otros sistemas de su red social.

Al hablar de otros sistemas de red social, hago referencia a todas las redes en las cuales un sujeto puede pertenecer, es decir, redes primarias, secundarias e institucionales. Que en algún momento no pudieron o no contaban con los recursos necesarios para contener un adolescente o joven con patologías alimentarias. Lo que no quiere decir, que sean parte en el proceso de recuperación de la salud, siendo una de las tareas fundamentales del trabajador social recomponer este tejido social, trabajando fundamentalmente con el grupo familiar.

Desde la intervención del Trabajo Social con grupos se consideran que parten de tres principios desarrollados por la autor Lic. Juan Herrera⁸²:

- El grupo es un lugar y espacio adecuado para interactuar y aprender.
- El grupo puede ayudar a provocar cambios personales.
- La dirección del grupo desde su coordinación ayuda a aumentar el bienestar.

⁸¹ Tschorne, P “Dinámica de Grupo en Trabajo Social, Atención primaria y Salud Comunitaria” Editorial Amaru. Salamanca.1997.

⁸² Lic. Juan Herrera. Trabajo Social con Grupos “Modelos y Ámbitos del Trabajo Social con Grupos.” Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.2002.



Dentro de este modelo de ayuda mutua el Trabajador Social debe cumplir las siguientes funciones dentro de la dinámica de grupos como:

- a) **Fase de inicio o formación del grupo:** facilita el encuentro, indicar en base al diagnóstico a que grupo debe ir cada persona, asesorar en la organización y ayudar en la toma de decisiones hasta que asuman los miembros ésta función.
- b) **Fase de trabajo y de correspondencia:** conectar al grupo con su medio para que apliquen en su vida lo que trabajan dentro del grupo.
- c) **Fase final:** recapitula con los miembros lo que han adquirido y cómo pueden aplicarlo en la vida después del grupo.

A su vez se podría establecer una relación amplísima de las funciones del Trabajador Social con grupos, sin embargo he considerado algunas más específicas en relación a los aspectos básicos de un grupo. Para el desarrollo de este tema considero al autor Contreras de Wilhelm⁸³ que desarrolla, los trabajadores sociales están calificados para desempeñar tres tareas entre otras, que pueden ser muy útiles para el grupo en su funcionamiento:

- La tarea de consulta: es la que realiza el/la trabajador/a social cuando ofrece información y orientación.
- La tarea de facilitar: apoyando conductas de algunos/as miembros del grupo; pueden ofrecer modelos de conducta; preguntar cuestiones pertinentes o proveer observaciones apropiadas y sentimientos acerca del grupo. Pueden enseñar el funcionamiento de otros grupos; pueden ayudar a centrar problemas, a discutirlos, a disminuir tensiones, mediar en conflictos grupales.
- La tarea de coordinación: supone facilitar el cumplimiento de tareas de todos/as los/las miembros del grupo, facilitar el cumplimiento del plan, promocionar recursos, tanto del grupo como materiales.

Destaco esta última tarea del Trabajador Social, la de coordinador del grupo de autoayuda, considero pertinente desarrollar algunas características en función de la misma, entre ellas:

- ✓ Contribuir a resolver contradicciones y reflexionar con los integrantes acerca de la tarea.
- ✓ Evitar que se converse mientras alguien está hablando.
- ✓ Transmitir un sistema de creencias, señalar la comunicación confusa.

⁸³ Contreras de Wilhelm. "Trabajo Social de Grupos". Ed. Pax. México. 1995



- ✓ Propiciar la participación de todos los integrantes del grupo.
- ✓ Mantener la atención del grupo centrado en los objetivos del mismo. En este caso, la recuperación de la salud.
- ✓ Preguntar, proporcionar información, confirmar o rectificar, sugerir temas, recapitular y sintetizar la tarea, sin asumir un rol protagónico.
- ✓ Es imprescindible evitar el paternalismo, aunque muchas veces, los mismos integrantes reclamen esa protección.
- ✓ Poner de manifiesto los avances que se vayan logrando en el proceso de recuperación de la salud.

Continuando con el rol del coordinador dentro del grupo de autoayuda, es pertinente definir su función, para lo cual hago referencia a la autora Dora García⁸⁴, quien desarrolla este tema y lo define como la de **“co - pensador/a”, rol que implica una clara posición ideológica en términos de aprendizaje: trabaja “junto” al grupo y no “para” ni “por” el grupo.**

Si bien su rol lo ubica en una situación asimétrica respecto a los integrantes, puede ejercer un rol democratizador, facilitando la comunicación entre los miembros y propiciando la resolución de los obstáculos que se interponen entre los grupos y sus objetivos. Y a su vez le corresponde mantener las condiciones del encuadre dentro del grupo.

Sin embargo, este rol, puede ser caracterizado de otras formas entre las cuales la autora⁸⁵ ya citada desarrolla. Tres tipos de coordinación más frecuentes en grupos:

1. **Coordinación Autoritaria:** da su opinión personal, utiliza frases tales como “no es mi problema”, pone distancia excesiva, dice “no” antes de iniciar sus intervenciones, descalifica, toma lección en vez de preguntar, dirige, censura, amenaza, decide, filtra, no valora las opiniones y saberes, da respuestas, no fomenta la comunicación, no deja hablar, sofoca las diferencias, intimida. Genera en los integrantes la sensación de arbitrariedad, imposición, produce un clima hostil, pesado, tensionante, el grupo se la va de las manos, provoca confusión, estimula la rebeldía o la sumisión extrema, genera violencia, impotencia, bronca.
2. **Coordinación Permisiva:** utiliza frases como “si quieren empezamos”, “no sé”, abusa del “como quieran”, su posición corporal es sentado hacia atrás, displicente, está ausente, no ofrece ayuda, improvisa, no ofrece nada, no contiene, su rol es ausente, deja todo abierto y sin resolver, no respeta el encuadre, guarda una relación simétrica con los integrantes. Genera en el grupo la sensación de desinterés, nada le importa, ausencia de compromiso, descontrol, los integrantes están perdidos, “sin timón”, se lo vive como falta de respeto, abandono.

⁸⁴ García, Dora “El Trabajo con Grupos” Aportes teóricos e instrumentales. Editorial Espacio. 2008

⁸⁵ Ibíd.



- 3. Coordinación Democrática:** suele adoptar una posición corporal plástica, se sienta hacia adelante, extiende los brazos, sostiene las miradas, asiente, deja hablar, pregunta “qué les parece”, “qué más”, promueve acuerdos, rescata lo importante, construye desde la pluralidad, devuelve la pregunta y genera otras, usa preguntas abiertas, marca el encuadre, integra, conduce, es horizontal.

Para concluir con este tema, con respecto a las intervenciones del coordinador, utiliza básicamente, señalamientos, interpretaciones, silencios, interrogaciones e informaciones. Por este motivo mencionaré las habilidades del mismo a tener en cuenta, también desarrolladas por Dora García⁸⁶:

Habilidades del Coordinador Democrático:

- ✓ Respetar y hacer respetar el tiempo señalado.
- ✓ Reconducir la reunión en caso de que se desvíe del objetivo.
- ✓ Evitar que alguien acapare la reunión.
- ✓ Utilizar adecuadamente las preguntas y las técnicas de dinámica grupal.
- ✓ Ayudar a crear una atmósfera psicológica positiva mediante un clima de acogida, aceptación y atención personal a cada uno de los miembros.
- ✓ Identificar y conocer mejor a los miembros del grupo.
- ✓ Cambiar de vez en cuando el entorno que rodea las reuniones.
- ✓ Facilitar el apoyo personal.
- ✓ Sacar a flote los problemas inconscientes que tiene el grupo, ayudándoles a identificarlos, y planificar caminos o estrategias de resolución.
- ✓ Evaluar y ayudar al grupo a autoevaluarse.

ABORDAJE FAMILIAR DESDE EL TRABAJO SOCIAL.

La familia de hoy está sujeta a múltiples tensiones derivadas de la vida moderna, lo que aumenta sus conflictos internos. Ella enfrenta sus problemas en la medida de sus posibilidades, con sus propios recursos, sobre todo porque la sociedad no está preparada para apoyar a la familia.

⁸⁶ García, Dora Op. Cit.



Es necesario tomar conciencia de que no todos los problemas podrán ser solucionados, esto depende de la organización de la familia, de la vulnerabilidad de los sujetos, de los recursos vinculares de que disponen, sus limitaciones y contradicciones.

Justamente por estas limitaciones, es que en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria, intervienen diferentes agentes. Y uno de los elementos fundamentales de este proceso, es la familia.

Se reconoce que el cuidado y la convivencia diaria con un familiar afectado por una patología alimentaria, conlleva un esfuerzo y una tensión familiar. Dicha carga debería ser compartida con los profesionales y se reconoce el derecho de la familia a ser informado de la problemática que afecta al adolescente o joven, de su alcance y posible evolución, de los tratamientos disponibles, de pautas preventivas y su participación en el proceso de recuperación.

También es fundamental que los profesionales ayuden y acompañen a las familias en cómo mejorar la convivencia diaria, cómo comunicarse con el adolescente, cómo marcar los límites, cómo solucionar los problemas cotidianos, cómo favorecer que la persona afectada vaya progresando en su recuperación de la salud.

Por este motivo, considero que es relevante, el abordaje familiar desde el Trabajo Social, ya que construimos nuestro rol en el día a día, en la cotidianidad de los sujetos sociales sobre los cuales interviene, apoyando, sosteniendo, acompañando y ayudando a que estos sujetos desarrollen al máximo sus potencialidades, su capacidad resiliente y su capacidad de autogestión.

Siguiendo a Carballada A.⁸⁷, la intervención del trabajador social implica “hacer ver” aquello que el contexto y el escenario impiden visualizar, y permite que ese otro recupere historicidad, ubicándolo en el lugar de la verdad y corriéndolo del banquillo de la sospecha. Es intención de la intervención social permitir unir aquello que una vez se fracturó y recuperar los lazos perdidos.

A partir de lo expuesto, la intervención con la familia, muestra la necesidad de un trabajo de acompañamiento, incorporando pautas de salud, recibiendo pautas e informaciones que quizás sean nuevos para ellos, todo esto da lugar a la construcción de un proceso que es totalmente diferente a dirigirlos y decirles lo que deben hacer.

Reflexiono, que trabajar con la familia en el desarrollo de la autoestima individual y familiar es pertinente, teniendo en cuenta aquellas características de las patologías alimentaria, que se relacionan con esto.

⁸⁷ Carballada, Alfredo: La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Ed. Paidós. Bs. As. 2007. 3ª reimpression. Pág. 93. 2007.



Virginia Satir⁸⁸, reconocida trabajadora social y terapeuta familiar, se refiere al tema de la autoestima en su bibliografía. Plantea que los seres humanos que viven humanamente son individuos que comprenden, valoran, desarrollan sus cuerpos al hallarlos hermosos y útiles, son reales, sinceros, amorosos, bondadosos, creativos, productivos, responsables.

Es decir, que el contexto dentro del que se desarrolla una persona con estas dimensiones, es la familia. La autora citada, nos habla de la existencia de cuatro aspectos de la vida en la familia⁸⁹:

- Los sentimientos e ideas que el individuo tiene de sí mismo: autoestima.
- Los métodos que utilizan las personas para expresar sus ideas a los demás: comunicación.
- Las reglas que usan los individuos para normar cómo deben sentir y actuar que constituye el sistema familiar.
- La manera cómo las personas se relaciona con otros individuos e instituciones ajenas a la familia: enlace con la sociedad.

Y agrega que, independientemente de cuál sea el problema que afecta a la familia, para aliviar el dolor familiar es necesario encontrar la forma de cambiar alguno de estos cuatro aspectos.

La familia con problemas, cuenta con una autoestima disminuida, la comunicación es indirecta, vaga y poco sincera, las reglas son rígidas, inhumanas, fijas e inmutables, y el enlace de la familia con la sociedad es temeroso, aplacador e inculpador.

En cambio, las familias relativamente libres de problemas, tienen una autoestima elevada, la comunicación es directa, clara, específica y sincera, las reglas son flexibles, humanas, adecuadas y sujetas a cambio, y el enlace con la sociedad es abierto y confiado, y está fundamentado en la elección.

Todos los cambios dependen de nuevos aprendizajes, de nuevos conocimientos y de una nueva conciencia. Por lo tanto, teniendo en cuenta que la familia es el primer grupo humano con el cual establece contacto todo individuo, y que es el sistema por excelencia que gesta, prolonga y transfiere la vida, resulta vital ayudarlas a adquirir unos niveles básicos de funcionalidad en su estructura y en su dinámica tanto interna como externa, para que puedan convertirse en una ayuda real para sus miembros.

⁸⁸ Satir, Virginia: Relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax Méjico. s/f. “La autoestima en la familia”

⁸⁹ *Ibíd.*



A su vez, hay que considerar a la familia como la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas. Cuando un miembro de ésta pierde total o parcialmente sus capacidades de autocuidado, entendiéndose por éstas, las acciones que la persona lleva a cabo para mantener su vida, salud y bienestar, o para adaptarse a las limitaciones que, en ocasiones, derivan de una enfermedad, va a precisar la ayuda, en primer lugar de las personas más cercanas. Estas constituyen la llamada red informal, en la que la familia es el cuidador principal y cuya atención va a determinar las condiciones y calidad de vida del sujeto.

Puedo concluir, que en este proceso de recuperación de la salud de adolescentes y jóvenes es fundamental la atención en el ámbito familiar que se transforma en un cuidador esencial en el de tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria de toda persona.



CAPÍTULO VI

ASPECTOS METODOLÓGICOS



INTRODUCCIÓN.

En este capítulo se desarrollarán las características de la investigación cualitativa, que trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas. Para la perspectiva fenomenológica y por lo tanto para este tipo de investigación, es esencial experimentar la realidad tal como otros la experimentan.

Es decir, que las decisiones metodológicas, se vinculan a aspectos teóricos pero también al abordaje empírico de los fenómenos problemáticos. En otras palabras, lo propio de la dimensión metodológica consiste en diseñar una estrategia que resuelva los problemas teóricos a través de la aplicación de técnicas que permitan la obtención de datos en los diversos contextos.

En este capítulo se puede apreciar específicamente, las características de investigación, así como el universo, unidad de análisis seleccionada y características del contexto donde se encuentra la misma.

También, se detallan los instrumentos de recolección de datos, la forma en que luego se realiza la interpretación de la información recogida, teniendo presente las categorías de interés, en este trabajo.

Se precisan, además, los instrumentos de investigación con los que se cuenta, de manera de tener una amplia visión y llevar a cabo un completo análisis de la problemática que se desarrolla en la presente tesina.



METODOLOGÍA A DESARROLLAR.

El proceso de investigación que se llevará a cabo se caracteriza por ser una metodología cualitativa que produce datos descriptivos y estudia a las personas en el contexto de sus vidas cotidianas, a través de su propio relato, desde su punto de vista, manifestando sus vivencias y experiencias.

Se toma como referencia este tipo de metodología, para poder comprender e interpretar la trayectoria de los adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria, en los grupos de autoayuda en proceso de recuperación de su salud.

La metodología cualitativa **“se refiere en su más amplio sentido a la investigación que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”**⁹⁰. Además, nos ofrece herramientas que nos permiten abordar las problemáticas del mundo, de la sociedad, desde una modalidad particular.

Este tipo de investigación, depende de la observación de los actores en su propio contexto y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos, es decir, como participan los adolescentes y jóvenes en los grupos de autoayuda, que herramientas incorporan, como van superando sus síntomas, a qué estrategias de afrontamiento recurren; implicando un compromiso con el trabajo de campo y constituyendo un fenómeno empírico, socialmente localizado, definido por su propia historia

En los métodos cualitativos, se actúa sobre contextos reales y el observador procura acceder a las estructuras de significados propios de esos contextos, mediante su participación en los mismos.

Para el análisis se utilizará un diseño de tipo **exploratorio descriptivo**, sustentado en el interaccionismo simbólico, ya que **“se caracteriza por entender la vida social como resultado de las actividades interactuantes de los actores”**⁹¹.

Los estudios descriptivos pretenden conocer cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno determinado, en este caso, conocer la trayectoria que tienen los adolescentes y jóvenes con trastornos de la alimentación que concurren a un grupo de autoayuda en el proceso de recuperación de la salud.

⁹⁰ Taylor, S. J. y Bogdan, R. Introducción a los datos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Ed. Paidós. 1.986, Pág. 20.

⁹¹ Mendicoa, Gloria E., Sobre Tesis v Tesistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje. ed. Espacio, 2003, 116.



Se utilizarán las siguientes técnicas de investigación social para la recolección de la información: **observación participante**, es decir, que se interpretan los fenómenos “in situ”, en el contexto real, para captar los aspectos significativos. Abarca todo el ambiente, físico, cultural, social, donde las personas desarrollan su vida⁹². A su vez, se utilizará la **observación no participante**, siendo esta una actividad consciente, dirigida y ordenada para cumplir con los objetivos planteados.

Teniendo en cuenta el campo grupal, dicha técnica, la observación, permite recopilar aquellos indicadores que surgen del mismo. Tomo en referencia a la autora Dora García⁹³, quien explicita que la observación grupal tiene un objetivo, una guía y un referente teórico.

La tarea de observación consiste en el registro de datos, indicios que permiten establecer hipótesis acerca del desarrollo de un grupo, de su relación con sus objetivos, las dificultades que surgen en su tarea, modalidades de abordaje de la misma, resoluciones de las dificultades y a su vez una labor interpretativa de dichos datos.

Como también, lo refiere Taylor, R. Bogdan⁹⁴, el trabajo de campo de la observación participante, incluye tres actividades principales:

La primera relacionada con una interacción social no ofensiva: lograr que los informantes se sientan cómodos y ganar su atención.

La segunda trata sobre los modos de obtener datos: estrategias y tácticas de campo.

La tercera involucra el registro de los datos en forma de notas de campo escritas.

También se usará la **entrevista en profundidad** que se caracteriza por “encuentros cara a cara dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones tal como lo expresan con sus propias palabras”⁹⁵.

Dichas entrevistas son flexibles y dinámicas, no directivas, no estructuradas, no estandarizadas. Sigue el modelo de una conversación entre iguales y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas.

Es decir que el propio investigador es el instrumento de la investigación y no un formulario de entrevista.

⁹² Ander-Egg, Ezequiel; "Técnicas de Investigación Social", Cap. 10, Editorial Humanitas.

⁹³ Dora García, Claudio Robles, Verónica Rojas “El Trabajo con Grupos: aportes teóricos e instrumentales”. Editorial Espacio. 1º edición. 2008.

⁹⁴ Taylor, R. Bogdan. Op. Cit.

⁹⁵ Mendicoa, Gloria Ester. Op. Cit.



La elección del método de investigación debe estar determinada por los intereses de la investigación, las circunstancias del escenario o de las personas a estudiar y por las limitaciones prácticas que enfrenta el investigador.

Su elección es adecuada cuando:

1. Los intereses de la investigación son relativamente claros y están bien definidos.
2. Los escenarios y las personas no son accesibles de otro modo.
3. El investigador tiene limitaciones de tiempo.
4. La investigación depende de una amplia gama de escenarios o personas. Hay casos en que el entrevistador quiere sacrificar la comprensión que se obtiene enfocando un escenario o una persona únicos, en beneficio de la amplitud y de la posibilidad de generalizar que se logra estudiando toda una gama de lugares y personas.
5. El investigador quiere esclarecer experiencia humana subjetiva. La historia de vida nos permite conocer íntimamente las personas, ver el mundo a través de sus ojos e introducirnos en sus experiencias.

Algunas desventajas que tienen las entrevistas en profundidad son:

1. La susceptibilidad de producir las mismas falsificaciones, engaños y distorsiones que caracterizan el intercambio verbal entre cualquier tipo de personas.
2. La discrepancia entre lo que la gente dice y lo que realmente hace o piensa.

Modos por medio de los cuales se pueden guiar las entrevistas:

1. Preguntas descriptivas: pedirles que describan, enumeren acontecimientos, experiencias, lugares o personas de sus vidas. Relatos solicitados: combinación de entrevistas en profundidad y relatos escritos por los informantes.
2. Entrevista con cuaderno de bitácora / con diario: los informantes llevan un registro corriente de sus actividades durante un período específico; ese registro proporciona una base para las entrevistas en profundidad. No apto para informantes que no son adeptos a registrar sus actividades por escrito.
3. Documentos personales: diarios, cartas, dibujos, registros, agendas, listas personales, pueden usarse para guiar las entrevistas sin imponer una estructura a los informantes.



La guía de la entrevista sirve para asegurarse (recordar) de que los temas claves sean explorados con un cierto número de informantes. Se trata de una lista de áreas generales que deben cubrirse con cada informante. En la entrevista, el investigador decide cómo enunciar las preguntas y cuándo formularlas. Es útil cuando el investigador ya ha aprendido algo sobre los informantes a través del trabajo de campo.

La situación de la entrevista se refiere a que el entrevistador debe crear un clima en el cual las personas se sientan cómodas para hablar libremente sobre sí mismas. La entrevista es relajada y el tono es el de una conversación. El entrevistador se relaciona con los informantes en un nivel personal.

Los entrevistadores deben contenerse y no expresar sus opiniones; se entiende que la conversación es privada y confidencial; el flujo de la información es, en gran medida, unilateral; los entrevistadores comunican un interés genuino en las opiniones y experiencias de la gente. Por ello se debe:

1. No abrir juicio: si queremos que la gente se abra, debemos abstenernos de emitir juicios negativos sobre ella y de humillarla o acallarla.
2. Permitir que la gente hable: es necesario no interrumpir al informante, aunque no estemos interesados en el tema que toca.
3. Prestar atención: comunicar un interés sincero en lo que los informantes están diciendo.
4. Ser sensible: los entrevistadores deben percibir el modo en que sus palabras y gestos afectan a los informantes.

Es necesario realizar el sondeo de los detalles de las experiencias de las personas y los significados que les atribuyen. El entrevistador no puede dar por sentado supuestos y comprensiones del sentido común que otras personas comparten. Deben pedir constantemente a los entrevistados que clarifiquen y elaboren lo que han dicho; pedir que proporcione ejemplos; señalar lo que no está claro para nosotros.

A su vez, a los fines de poder registrar ciertos acontecimientos producidos durante el transcurso de la entrevista se utilizará como instrumento, un cuaderno de campo como así también se asistirá a las entrevistas con una guía de preguntas con la intención de llevar el control de los temas que serán abordados.



Luego de la recolección de la información, y con los datos obtenidos de las entrevistas se realizará la codificación⁹⁶ de los datos, seleccionando lo esencial de cada testimonio marcando los aspectos más significativos de la entrevista.

Hay que tener presente que a causa de la naturaleza unilateral de la relación (quien se beneficia es el entrevistador), se debe trabajar para mantener la motivación de los informantes. El mejor modo de lograrlo consiste en relacionarse con ellos como personas y no como si fuesen meras fuentes de datos.

⁹⁶ La codificación hace referencia a los aspectos más destacados que se relacionan en mayor medida con las categorías elaboradas, en la sección anexos se pueden observar las entrevistas y resaltado en negrita lo esencial de cada testimonio a los fines de este trabajo.



PROCESO DE INVESTIGACIÓN.

PREGUNTAS GENERADORAS DEL TRABAJO DE TESINA.

- 1. ¿Cuál es la importancia que ejercen los grupos de autoayuda en el proceso de recuperación de patologías alimentarias?**
- 2. ¿Cuál es la incidencia de los grupos de autoayuda como espacio de apoyo social?**
- 3. ¿Serán los grupos de autoayuda una alternativa de intervención profesional de Trabajo Social?**
- 4. ¿Un grupo de autoayuda debería que estar coordinado por un Trabajador Social?**
- 5. ¿Qué significado y función le confiere a la familia en la recuperación de la salud de los adolescentes que concurren a grupos de autoayuda?**
- 6. Sólo los adolescentes deben concurrir o también la red familiar ¿La pertenencia a grupos de autoayuda proporciona nuevos lazos sociales y afianza los lazos familiares?**



A los fines de focalizar la problemática de investigación se tuvieron en cuenta los siguientes objetivos:

Objetivos Generales.

- 1. Conocer la trayectoria que tienen los adolescentes con trastornos de la alimentación que concurren a los grupos de autoayuda de A.L.D.A., en el proceso de recuperación de la salud.**
- 2. Determinar los posibles lazos sociales y familiares fomentados desde la participación de los adolescentes en los grupos de autoayuda.**
- 3. Lograr una mirada crítica desde la perspectiva del Trabajo Social, respecto a sus funciones e intervención en grupos de autoayuda con el fin de generar nuevos aportes a la temática.**



Objetivos Específicos.

- 1. Debelar en qué medida los grupos de autoayuda resultan adecuados en el proceso de recuperación de patologías alimentarias en adolescentes.**
- 2. Identificar y describir cuales son las funciones y posibles intervenciones del Trabajador Social en un grupo de autoayuda.**
- 3. Evaluar la posibilidad que el profesional de Trabajo Social coordine un grupo de autoayuda en trastornos de la conducta alimentaria.**
- 4. Reconocer el rol y funciones que ocupa la familia en el proceso de recuperación de los con trastornos de la conducta alimentaria y del joven o adolescente dentro del sistema familiar.**
- 5. Conocer el lugar que se adjudican a los grupos de autoayuda de trastornos de la conducta alimentaria en el Apoyo Social de los adolescentes.**
- 6. Conocer qué características tiene el apoyo social en adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria en el proceso de recuperación de su salud.**



PLANTEO DEL PROBLEMA.

Definir el problema es uno de los primeros pasos que se tienen en cuenta en el proceso de investigación, dicho problema expresa una relación entre dos o más variables planteadas claramente en forma de pregunta, el planteamiento del problema es afirmar y estructurar más formalmente la idea o tema de investigación. Por lo cual puedo decir que el problema planteado es:

¿Cuál es la importancia que ejercen los grupos de autoayuda de adolescentes y jóvenes en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria que concurren a A.L.D.A.?



PROPOSICIÓN.

Para la construcción de la proposición considero al autor Sampieri Hernández, que expresa que las proposiciones son **“suposiciones tentativas acerca de la relación entre dos o más variables las cuales se apoyan en conocimientos organizados y sistematizados sujetas a comprobación empírica”⁹⁷**.

“Es probable que los grupos de autoayuda resulten adecuados en el proceso de recuperación de la salud, de adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria”.

⁹⁷ Hernández Sampieri, Roberto ;Fernández Collado, Carlos;Baptista Lucio, Pilar “Metodología cuantitativa”
Cap. 2Mc Graw Hill, México.1997.



UNIVERSO Y UNIDAD DE ANÁLISIS.

- **Universo:**

El universo está conformado por todos los adolescentes y jóvenes, que concurren al tratamiento de trastornos de la conducta alimentaria en A.L.D.A. con edades que oscilan desde los 13 a los 25 años en el período de Febrero a Mayo del año 2011.

- **Unidad de análisis:**

Esta investigación tendrá como unidad de análisis a la trayectoria de adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria, en proceso de recuperación de su salud, que concurren al Grupo de Autoayuda en la institución A.L.D.A.



LAS CATEGORÍAS CON LAS CUALES SE TRABAJÓ FUERON.

Dichas categorías de referencia fueron construidas a partir de los objetivos propuestos que direccionan este trabajo de tesina y su investigación, teniendo en cuenta las variables e indicadores que se pretenden analizar. Se realizan cuatro categorías que se encuentran a continuación.

A. Trayectoria de adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación de TCA.

B. Contención y apoyo social en Grupo de Autoayuda.

C. Lazos sociales y familiares fomentados desde la participación en grupos de autoayuda.

D. Roles y Funciones del Trabajo Social en Grupos de Autoayuda.



GUIA DE PREGUNTAS.

De acuerdo a la categoría A que trata sobre la **trayectoria de adolescentes y jóvenes** en proceso de recuperación de TCA, las preguntas desarrolladas fueron:

- 1. ¿Cómo llegaste a la Institución ALDA y qué patología te diagnosticaron?**
- 2. ¿Quién tomó la decisión de realizar un tratamiento?**
- 3. ¿Que los motiva a mantener el tratamiento y lograr su mejoría?**
- 4. ¿Cómo inicias tu enfermedad y qué factores reconoces que incidieron en esta patología?**
- 5. ¿Qué consecuencias ha provocado los trastornos de la conducta alimentaria en tus actividades familiares y sociales?**
- 6. ¿Qué aspectos conductuales y sociales has mejorado en el proceso de recuperación?**



De acuerdo a la categoría B que trata sobre **Contención y apoyo social** en Grupo de Autoayuda las preguntas desarrolladas fueron:

1. **¿Qué importancia tiene el grupo de autoayuda en tu proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?**
2. **¿Consideras que tus problemas y dificultades son similares a los de los demás integrantes del grupo? ¿Qué características tenés en común?**
3. **¿Consideras que el grupo de autoayuda facilita la recuperación de la salud? ¿De qué manera?**
4. **¿Qué herramientas y valores te brinda el grupo de autoayuda para superar dicha patología?**
5. **¿Pertener a un grupo de autoayuda te permite ampliar tus redes sociales? ¿Cuáles y Porqué?**



De acuerdo a la categoría C que trata sobre **Lazos sociales y familiares** fomentados desde la participación en grupos de autoayuda las preguntas desarrolladas fueron:

1. **¿Qué participación tuvo tu familia en la detección del problema y búsqueda de posibles soluciones?**
2. **¿Cuáles fueron los cambios producidos al interior de la familia a partir de esta problemática?**
3. **¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia?**
4. **¿Qué información y orientación recibieron de los profesionales para participar en el proceso de recuperación de su familiar?**
5. **¿Qué participación tiene la familia en la incorporación de hábitos saludables y pautas de conductas ordenadas?**



De acuerdo a la categoría D que trata sobre Roles y Funciones del Trabajo Social en Grupos de Autoayuda, las preguntas desarrolladas fueron:

- 1. ¿Considera los grupos de autoayuda como una posible estrategia de intervención profesional en problemáticas de salud? ¿De qué manera?**
- 2. Si se considerara al sujeto social como protagonista de su propio aprendizaje, en el proceso de recuperación de la salud, ¿Cómo sería el rol y función del Trabajador Social en este proceso?**
- 3. ¿Tiene conocimiento de alguna experiencia en el ámbito de salud en relación a los grupos de autoayuda? ¿Qué valoración tiene de la misma?**
- 4. Desde la formación del Trabajo Social, ¿Tiene alguna referencia sobre grupos de autoayuda y como intervenir en ellos? ¿De qué manera?**
- 5. ¿Qué elementos de ayuda podría reconocer desde la familia y la sociedad que podría acompañar en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?**
- 6. Desde la problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿Los grupos de autoayuda fortalecerían el apoyo social y redes? ¿Por qué?**



Guía de Observación.

Para dar inicio a esta guía de observación referencio a la autora citada anteriormente, Dora García⁹⁸ la cual sobre la base del documento de Ana Quiroga y Enrique Pichón Riviere “Aprendizaje del rol observador de grupos”⁹⁹ con el agregado de aportes de la propia experiencia, tomo en consideración esta grilla metodológica, de forma textual, a modo de guía de observación que desarrolla dimensiones, variables e indicadores que construyen el campo a observar, grupo de autoayuda y dinámica institucional.

El objetivo de dicha observación es el siguiente:

- **Recolectar información durante el proceso grupal de autoayuda en el que participan jóvenes y adolescentes, que me permita visualizar el contexto, donde se desarrolla la actividad grupal, su relación con los objetivos y sus dificultades que surgen en su tarea y las características institucionales.**

La observación como técnica de recolección de información a nivel grupal e institucional, es por excelencia adecuado para las ciencias sociales. La misma no se realizó al azar, sino que se llevó a cabo el objetivo planteado que la direccionó, no es una acción improvisada. A su vez, es un registro fundamental que complementa el análisis de las entrevistas realizadas a personas que concurren al tratamiento.

Me permitió evidenciar el contexto que las jóvenes hacían referencia, conocer la dinámica grupal, el espacio de encuadre, la disposición espacial, la organización de la institución, sus objetivos y actividades. Lo que me permitió recopilar aquellos indicadores que surgen del mismo. Es por esta razón, que la guía de observación se dispone en el cuerpo central de la tesina, por su aporte y relevancia que tiene, para el logro de los objetivos planteados.

DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADORES
CONTEXTO	Organización de la institución	<p>Objetivos de la institución: Los objetivos de A.L.D.A. consisten en: * Concientizar a la población sobre los beneficios de fomentar la salud y adoptar una conducta alimentaria, nutricionalmente adecuada. * Procurar la recuperación física y psicosocial de quienes padecen patologías y desórdenes alimentarios</p> <p>Actividades de la institución: Promover la prevención de patologías y desórdenes alimentarios mediante asistencia y difusión de hábitos de alimentación saludable, así como el tratamiento para la pronta recuperación de quienes los padecen y el apoyo a sus familias.</p>

⁹⁸ García, Dora. Op.cit.

⁹⁹ Pichón Riviere, E. y Quiroga, A. “Aprendizaje del rol observador de grupos”. Ediciones Cinco. Buenos Aires, s/f.



		<p>Experiencias grupales: Asistencia integral terapéutica a personas que padecen patologías y desórdenes alimentarios y apoyo a sus familias. La orientación general de las acciones terapéuticas tiene un encuadre de tipo Directivo, en la primera etapa y tiende a lograr cambios, modificando comportamientos que vayan promoviendo, por ejemplo, poner en orden el desorden, disciplina en la indisciplina alimentaria y retomar una escala de valores en las que el peso y el cuerpo dejen de indicar metas absolutas y distorsionadas, que, sin duda modifican la conducta, limitan y esclavizan al paciente. Dentro del cronograma de actividades diarias del Hospital de Día, los pacientes tienen una reunión como grupo, que se denomina “Encuentro de Grupo”, donde se pone en evidencia la autoayuda y la ayuda mutua, siendo este Encuentro una parte primordial del Tratamiento.</p> <p>Grupos de autoayuda como la necesidad que tiene el individuo de encontrar un espacio, un tiempo para sí mismo y para el otro, donde los une el mismo propósito de cambiar e intercambiar algo. La búsqueda del igual, de aquel que comprende su malestar, lleva al encuentro grupal. En todo momento se hace hincapié en el protagonismo del grupo de autoayuda en el camino de la recuperación. En el intercambio grupal, el paciente encuentra un mayor grado de empatía y disponibilidad. Esta dinámica es apoyada desde un profesional de forma tal que el paciente pueda acceder a una nueva identidad y proyecto de vida. La Institución considera que debe lograrse primero una relación normal con los alimentos y con el cuerpo, para luego facilitar la reinserción armónica y adaptada, en los planos familiar y social.</p> <p>Para poder decir que una persona con patología alimentaria está recuperado, debe realizar el tratamiento durante un lapso aproximado de tres años, durante los cuales se han estructurado etapas orientadoras de los objetivos terapéuticos.(Anexo Etapas del Tratamiento ALDA)</p> <p>Espacio propio/cedido/alquilado: Actualmente el Tratamiento de Trastornos de la conducta alimentaria, ALDA, se desarrolla en un espacio alquilado.</p>
	Espacio de Encuentro	<p>Relación espacio en metros y número de integrantes: adecuado en relación a la actual cantidad de pacientes y personal de salud. Mobiliario: escaso, donada, reciclado.</p>
APERTURA	Encuadre	<p>Número de asistentes: 20 personas aproximadamente en la sede de ALDA Ciudad de Mendoza, 50 pacientes en sede San Rafael y 20 en la sede de San Juan. Horario de Llegada: Se ingresa al grupo de autoayuda y al “Hospital de Día” (de 7:45 a 17:00 hs.) diariamente. Esto, por supuesto, ya es informado en la admisión y debe cumplirse durante un mes. Al finalizar este lapso, se efectúa evaluación y puede pasar a un horario que permite retornar a las actividades habituales, si la evolución fue favorable. En este mes, se pretende lograr la normalidad en forma, tiempo y cantidad de la alimentación y su distribución diaria, como así también la incorporación de hábitos saludables que contra resten los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria. En este sentido, son muy claros, no permitiendo transgresiones en ningunos de estos aspectos.</p>



		<p>En la admisión, se dejan “ideas –fuerza“</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hacer las comidas indicadas, en la cantidad y en el tiempo aconsejados (estrictos) •No pesarse: “Espalda a la balanza, para mirar adelante en la vida” “No centrar la vida en la balanza, la vida no se pesa” •Sí a la salud. •Sí a la verdad. •Sí a la vida. <p>Espacio Físico: Durante los “Encuentros de grupo de autoayuda” los participantes se sientan en forma círculo cerrado sin haber obstáculos en el medio del espacio. El lugar en la Institución puede rotar en función de la cantidad de personas en el día.</p>
	<p>Forma de Ingreso</p>	<p>Forma en que ingresan los asistentes:</p> <p>Cuando un paciente ingresa por primera vez, el Programa ALDA les propone la posibilidad de un cambio. Una filosofía de vida distinta con una nueva escala de valores, donde el cuerpo y la comida no es la prioridad única. Aparece como valor, la honestidad, el respeto, la responsabilidad, la ayuda al prójimo, la solidaridad, la convivencia armónica, la importancia en el desarrollo individual, de los padres, la existencia de la autoridad y jerarquías, lo que promueve seguridad en el crecimiento y adaptación social. Se intenta fortalecer el rol de la familia como grupo y como institución.</p> <p>Proponen ser fortalecidos e interactuar los siguientes pilares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El grupo de Autoayuda de Pacientes. 2. El grupo de Autoayuda de Familias 3. Equipo Terapéutico. <p><i>Síntomas más frecuentemente observados:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Trastornos de la conducta alimentaria: Comer compulsivo “atracones”, dietas restrictivas – vómitos – cambios en la relación con los alimentos (cantidad, cuentas de calorías, selección) control de peso –aumento de actividad física, con el objetivo de adelgazar. •Trastornos con el comportamiento: Aislamiento - Inseguridad- Desinterés – Cambio de carácter (perfeccionismo, irritabilidad, auto exigencia, Rituales- Trastornos en la relación familiar. •Trastornos afectivos: Temor exagerado a engordar – Baja autoestima – Sentimientos de culpa – Depresión – Ideas de autoeliminación. •Distorsión de la imagen corporal: Parcial o Total.



		<p>•Problemas relacionados con la Escuela: Bajo o elevado rendimiento (según la patología y tiempo de evolución) Dificultades en las interrelaciones con los pares.</p> <p>•Trastornos Menstruales: Amenorrea – Hipomenorrea</p> <p>•Alteraciones en el peso corporal: Pérdida de peso – Aumento de peso.</p> <p><i>Síntomas de consulta:</i> Alteraciones en el peso corporal – Prácticas eliminatorias o “purgativas” – Mala relación con los alimentos – Cambios en el carácter.</p> <p><i>Mecanismos más frecuentes utilizados para eliminar lo ingerido:</i> Dietas restrictivas – Vómitos – Hiperactividad – Laxantes – Diuréticos.</p> <p><i>Características observadas en la familia:</i> •Si bien se compromete a las familias en la Admisión (esposos, parejas, padres), hemos observado que la participación es escasa, por razones de tiempo, porque consideran que es en las primeras etapas necesario participar, porque no comparten algunas pautas o ideología del tratamiento.</p> <p>Hay familias muy permisivas o sobreprotectoras, que no ponen los límites solicitados y se dejan “sabotear” por la enfermedad.</p> <p>Familias con conductas rígidas o con autoritarismo, que dificultan el crecimiento y la autonomía de los hijos.</p> <p>Familias que no aceptan el diagnóstico (negación)</p> <p>Familias con otras patologías concomitantes. (Por todo esto, seguimos insistiendo en la Participación Familiar)</p> <p><i>Causas más frecuentes de Retiro del Tratamiento:</i> •Factores personales: distancia – estudios- estado civil (casadas) – expectativas no cumplidas. No aceptación de la enfermedad, rechazo de la patología. •Factores familiares: Negación – Falta de Apoyo – Falta de Autoridad – Abandono por otro tratamiento (generalmente paciente con sobrepeso y apuro para bajarlo) Cambio de domicilio. •Factores médicos: Personas que se las separa del tratamiento por no lograr el apoyo familiar en seguir las pautas mínimas solicitadas en el ingreso y/ o logran manejar a su familia dejando de concurrir al servicio. (Pueden reingresar) •No conocidos.</p>
--	--	--



		<p>Los personas que actualmente están en tratamiento: Ingresan diariamente en forma aisladas, registrando algunas demoras en el horario de entrada. Generalmente dos personas preparan el desayuno, primera comida del día, que realizan en la institución. Se refuerza la puntualidad, ya que ayuda al orden con las comidas y al cumplimiento del cronograma diario del “hospital de día” sumado a la atención individual de cada profesional. Los encuentros de grupo de autoayuda se llevan a cabo durante la semana en distintos horarios, de mañana y de tarde.</p>
	<p>Disposición Espacial</p>	<p>Forma de la figura grupal: siempre es una forma de círculo, respetan con claridad que el momento más importante del día es el “Encuentro de Grupo”.</p> <p>Grado de modificaciones de los integrantes en el espacio grupal: Se mantiene la dinámica del Grupo con la participación de sus integrantes, destacándose el rol de los que llevan más tiempo en el tratamiento, los que tratan de ayudar, aportando su experiencia de cómo fueron logrando metas y superándose. Aclaro que, en el Encuentro de Grupo, hay pacientes de las distintas etapas.</p> <p>Sin embargo, las más antiguas “veteranas” de más de seis meses de ingreso en el tratamiento, tienen su propia reunión grupal, como reforzadora en su evolución (tipo retroalimentación), con frecuencia semanal.</p> <p>La veterana, si bien acepta su condición de que todavía padece la enfermedad, sabe que sus logros son mayores, es como un “paso de grado”, y sirve de estímulo a los más nuevos en ingreso.</p> <p>Los sujetos van recibiendo una mayor delegación de conducción y una mayor responsabilidad a medida que avanzan en su recuperación, asumiendo los roles de: Ayudante de Veterana – Veterana responsable de “Día – Hospital”- Ayudante de Guía – Guía.</p> <p>El fundamento de esto, es lograr que los adolescentes y jóvenes vayan superando un síntoma muy importante, que es el aislamiento, una actitud altamente frecuente, ya que existe un pensamiento centrado en el peso, en el cuerpo y en la alimentación.</p>
	<p>Pre- Tarea</p>	<p>Tiempo de pre- tarea: es acotado ya que uno de los jóvenes más avanzados “veterano/a” lleva adelante el cronograma de actividades. Se refuerza permanente el cumplimiento del horario ya que se realizan varias actividades y algunas comidas, las mismas deben ser en tiempo y forma.</p> <p>Grado de resistencias: Observo que existen resistencias a la tarea en aquellas personas que recién inician el tratamiento y todavía no desarrolla el sentido de pertenencia grupal y no alcanzan a reconocer cuáles son las responsabilidades que tienen como integrantes de grupo.</p>



	<p>Comunicación</p>	<p>Actitudes corporales- Silencios Dirección de la comunicación -Quién inicia la tarea grupal - Primeras intervenciones Durante la reunión de Grupo de autoayuda, “Encuentro”, se registra en un cuaderno de anotaciones, donde quedan consignados, los temas tratados y los compromisos espontáneos de lograr la superación de distintos síntomas y dificultades, de cada uno de los integrantes. Este compromiso se hace frente al grupo, como propuesta y es el grupo el que el que luego comprueba su cumplimiento.</p> <p>Los temas sobre los cuales indaga y refuerza el grupo son aquellos relacionados con el cuerpo y la alimentación (sentimientos, emociones, percepciones, etc.) las pautas que permiten superar los síntomas, la relación con el grupo, el cumplimiento de roles y funciones dentro del mismo, aspectos sociales, responsabilidades, relaciones familiares.</p> <p>Muestran una actitud corporal abierta, sin cruzar brazos y piernas, ya que es una pauta del tratamiento, para no cubrir o tapar el cuerpo y a su vez permite mayor apertura a la comunicación. La misma, es fluida, cada uno de los participantes aconseja desde las pautas de salud, aprendidas o referenciadas y preguntan sobre lo relacionado a los trastornos de la conducta alimentaria.</p> <p>Durante los “Encuentros” los integrantes van descubriendo con ayuda del grupo, sus engaños, sus “manejos”, su negación, sus mentiras en beneficio de la “enfermedad”. A través de la honestidad que pide el tratamiento, como principal norma de salud, que va actuando en” beneficio de la recuperación” de los integrantes del grupo.</p> <p>A su vez, uno de los participantes de los encuentros, asume el rol de coordinar la reunión, dando inicio y cierre al relato de cada uno de los presentes. Facilitando la comunicación y la mediación entre los participantes. Reforzando “ideas fuerza” A su vez cuentan con un profesional, que es el coordinador de grupo que permite moderar este espacio.</p>
<p>DESARROLLO</p>	<p>Afiliación</p>	<p>Grado de reconocimiento de nombres o lugares de donde provienen los integrantes:</p> <p>A nivel grupal la afiliación, es decir la identificación desde el proceso grupal es elevada, teniendo en cuenta, que se unen desde un grupo de autoayuda para la recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria. Cuando ingresa un nuevo miembro guarda cierta distancia, pero se va acortando en la medida que comparten la experiencia común, la patología alimentaria, bulimia, anorexia, bulimarexia, desórdenes alimentarios.</p>



		<p>Existe un reconocimiento de nombre o lugares e historia de vida, ya que la convivencia es diaria y de varias horas, lo que permita que el conocimiento personal se refuerce, a su vez, si no todos están presentes, queda registrado en el cuaderno de “Encuentros”.</p>
	<p>Pertenencia</p>	<p>Indicios de mutua representación interna- En el lenguaje los integrantes incluyen al grupo: “nosotros”- Códigos grupales</p> <p>El grupo de jóvenes y adolescente en el proceso de recuperación de las patologías alimentarias que actualmente realizan el tratamiento, presentan algunos de los indicios de pertenencia, en su gran mayoría de los integrantes llevan dos o más años concurriendo al mismo. Entonces queda en evidencia las estrategias, las tácticas, las técnicas y la logística. Especialmente esto últimos reconocimiento de las dificultades y recursos para superarlas. Teniendo en cuenta que se trata de personas que tiene dificultad en afrontar las frustraciones, baja autoestima, pocas relaciones y escasa capacidad de resolución de problemas.</p> <p>Desde la pertenencia, a los pacientes les permite planificar su vida, insertarse socialmente a los diferentes ámbitos. Por tratarse de un grupo de autoayuda de patologías alimentarias, observo miembros que están en la instancia de afiliación, a veces están y otras veces no, pero no por ello no se encuentran en la búsqueda de la pertenencia.</p> <p>De todos modos tomo en referencia que existe una correlación permanente y directa entre afiliados y pertenecientes, para conformar el conjunto que tiene que llevar la tarea adelante.</p>
	<p>Cooperación</p>	<p>Número de integrantes que participan en el diálogo- Integración de esos aportes y características- Reacción interesada, indiferente u hostil hacia esos aportes- Número de situaciones dilemáticas, intensidad y frecuencia.- Fluctuaciones en la cooperación</p> <p>Por tratarse de un espacio grupal de autoayuda, de pertenencia significativa, de identificación y deconstrucción de una nueva identidad que busca la salud. Se observa una participación activa de sus miembros en cuanto a la cooperación, tanto desde la palabra, como desde las acciones concretas. Por tener un objetivo común, recuperar la salud en grupo de autoayuda, es lo que direcciona la tarea, los aportes de cada integrante y la cooperación.</p> <p>Los miembros del grupo intercambian experiencias comunes, a pesar de las diferencias individuales, sociales y familiares. Quien provee ayuda comparte el mismo problema con quien recibe esa ayuda. En este caso es el desorden alimentario.</p>



		<p>La experiencia de los integrantes es el componente fundamental que hace la distinción de otros tipos de intercambio de ayuda.</p> <p>Considero importante referenciar que en este grupo de autoayuda particularmente, están en un nivel avanzado de tratamiento, en el cual reconoce y participan claramente en la dinámica de grupo de estas características.</p>
	<p>Pertinencia</p>	<p>Adecuación de los aportes al objetivo Abordaje de la temática: en forma directa, aluvional, dramatizada Temas tratados u omitidos</p> <p>Considero que ser pertinente en una tarea determinada es sentirse y ubicarse direccionalmente en la misma. En este grupo hay un criterio de utilidad, de centralidad sobre el objetivo grupal, que a su vez es individual.</p> <p>Por tratarse de un tratamiento directivo, conductual, el grupo de autoayuda tiene desarrollada la capacidad de centrarse en la tarea u objetivo, que es la recuperación de la salud. El sentido de pertinencia, queda evidenciado en la observación de determinadas acciones grupales tales como :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitan el aislamiento al cual son proclives. • Recuperan el bienestar por la tarea que efectúan. • Se reencuentran a través del trabajo grupal, el sentimiento de utilidad. • Estimulan su capacidad creativa y notan que ésta no está asociada con ser delgados. • Disminuir su nivel de auto exigencia, aceptando sus propias limitaciones. • Piden ayuda a sus compañeros, buscan soluciones para superar sus síntomas.
	<p>Comunicación</p>	<p>Tipo de interacción verbal- Comunicación gestual Actuaciones de ideas - Grado de recepción de mensajes Secretos grupales</p> <p>Se observa que la comunicación a nivel grupal es fluida tanto verbal como pre verbal, a través de los gestos o actitudes corporales. Durante los “encuentros”, reunión de grupo de autoayuda, los jóvenes expresan abiertamente su consejo con el fin de ayudar al otro desde un lugar de comprensión.</p> <p>A su vez, se asume el rol de coordinador y está presente un profesional que modera esta comunicación, teniendo en cuenta no sólo lo que se expresa, sino también el cómo y el quién de ese mensaje (meta comunicación). Teniendo en cuenta que a nivel grupal se depositan distintas emociones que pueden tener una carga o connotación negativa.</p>



		<p>En el grupo se observa que se da y proporciona la información y herramientas necesarias, en forma directa, que ayuda a los jóvenes a mejorar su capacidad de afrontamiento. Esto es dependiendo de la evolución y de etapa que se encuentre de recuperación de la patología alimentaria, pero todos participan.</p> <p>La comunicación se observa plasmada en acciones concretas tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollan una escucha activa, es decir, cuando la persona está hablando, mirarla atentamente a los ojos. • Permiten que la persona hable sin interrupción. A través de la función de coordinador. • Escuchan lo que dicen sin hacer juicios de valor ya que todos tienen dificultades, o las tuvieron hasta que lograron superar el obstáculo. • Pueden indicar a través de algún gesto con la cabeza, la mano, la mirada, la escucha activa. • Sintetizan lo que se ha dicho sin interpretar.
	<p>Aprendizaje</p>	<p>Nivel de síntesis logradas por el grupo Proceso de discriminación e integración Creatividad Reacción ante los señalamientos del coordinador Nivel de recursos nuevos usados por el grupo</p> <p>Desde las distintas actividades planteadas por el tratamiento que están orientadas a superar la pasividad y a mejorar la autoestima, quedan reflejadas en la responsabilidad y compromiso individual y grupal.</p> <p>Se observa que el grupo de jóvenes ha asumido primeramente su problema, trastorno de la conducta alimentaria, que es trabajado en la primer etapa del tratamiento, a partir de esto se da un proceso en el van cambiando la percepción de las situaciones difíciles que tienen que enfrentar, a través de la utilización de la propia experiencia para “ayudarse” y “ayudar a los demás”</p> <p>Es decir que el aprendizaje, se observa en la posibilidad de abordar un problema, apoderándose de su propio conocimiento para la superación de la patología alimentaria, y no repetir siempre las mismas conductas.</p>
	<p>Telé</p>	<p>Tipo de clima grupal: Afectivo- Hostil</p> <p>Lo que se observa en cuanto a la telé, es que existe un clima y disposición, positiva. Favoreciendo el clima afectivo de las relaciones interpersonales y del grupo. Por tratarse de un tratamiento con características grupales, este aspecto es fundamental, para realizar un adecuado proceso de aprendizaje y recuperación de la salud.</p>



		<p>En ocasiones se observa, que algunos integrantes del grupo, que sus actitudes frente al objetivo es negativa, lo que conlleva a la dificultad de trabajar con el otro. Queda en evidencia situaciones de impostura, en donde los integrantes del grupo hacen “como si” hubieran pasado de la afiliación a la pertenencia. Frente a estas situaciones, el grupo apela a la “honestidad” para que se revierta. A su vez se realizan intervenciones de los profesionales, para que prontamente este obstáculo pueda ser superado.</p>
CIERRE	Conceptualización	Síntesis logradas por el grupo
	Cierre de la reunión	<p>Grado de recepción del cierre en el grupo</p> <p>Generalmente lo que se observa que se cierra unos minutos antes la reunión de grupo de autoayuda, acordando la finalización del encuentro, preguntando si hay algo más que decir o aportar. Es importante que finalice a horario, teniendo en cuenta que se realiza un cronograma de actividades durante el día.</p>
	Proyecto	<p>Planificación/organización de la acción del grupo</p> <p>El grupo que concurren al tratamiento, se observan rasgos de personalidad comunes a ambas patologías alimentarias, y se ha organizado desde la institución comisiones de trabajo, coordinado por los mismos pacientes de las etapas superiores (veteranos, guías) y supervisado por la coordinadora de grupo o terapeutas.</p> <p>Las comisiones son las siguientes: Comisión de apoyo y salidas grupales (culturales y comunitarias), difusión (testimonios en distintos ámbitos), Asistencia, Limpieza, Encuentros familiares, Reflexiones y Corrección de cuadernos.</p> <p>Se observa que de esta manera, se favorece la interacción de los integrantes de los grupos, ya que, el que es responsable de una Comisión, en otras participa; también es un elemento de evaluación del funcionamiento grupal.</p> <p>El grupo trabaja con claridad, que se debe respetar la idea de que el momento más importante del día, es el “ENCUENTRO DE GRUPO DE AUTOAYUDA”</p> <p>De este modo se mantiene la dinámica del Grupo con la participación de sus integrantes, destacándose el rol de los que llevan más tiempo en el tratamiento, los que tratan de ayudar, aportando su experiencia de cómo fueron logrando metas y superándose.</p> <p>Debemos destacar como importante la relación de la familia con el tratamiento, que es necesaria para llevar adelante el proceso de recuperación de la salud.</p>



CAPÍTULO VII

ANÁLISIS Y CONCLUSIONES

"No hay palabra verdadera que no sea unión inquebrantable entre acción y reflexión."

Paulo Freire



INTRODUCCIÓN.

A los fines de interpretar e instrumentar un conocimiento que me permita transmitirlo, no sólo desde la teoría sino también de las vivencias de los jóvenes y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria, se elaboró el análisis de las entrevistas realizadas a los sujetos que actualmente realizan el tratamiento en la Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios para recuperar la salud, a través de la concurrencia a grupos de autoayuda, abordaje interdisciplinario y familiar.

Se elaboró el análisis y conclusiones de las entrevistas en profundidad realizadas a cinco adolescentes, que fueron diagnosticados con diferentes patologías alimentarias. Y a su vez, se analizan las entrevistas a los profesionales de Trabajo Social, vinculados a diferentes ámbitos de la salud o aquellos que abordan e intervienen con jóvenes y adolescentes.

Teniendo en cuenta las respuestas obtenidas de las entrevistadas, en relación a cada categoría planteada, las cuales hacen referencia a la **trayectoria de las adolescentes en el proceso de recuperación de trastornos de la conducta alimentaria, la contención y apoyo social en grupo de autoayuda, los lazos sociales y familiares fomentados desde la participación en grupos de autoayuda**, y por último la categoría que hace referencia a **los roles y funciones del Trabajador Social en los grupos mencionados**.

Para realizar este análisis, se sustenta y se relaciona con la teoría desarrollada durante el marco teórico del trabajo de tesina, con la información obtenida de las vivencias y experiencias aportado por los entrevistados.

A su vez, se toma en consideración la guía de observación, realizada en la institución A.L.D.A. en el grupo de autoayuda, siendo esto una técnica que permite recopilar aquellos indicadores o información sobre el contexto institucional donde se desarrolla el grupo, la dinámica grupal, su relación con sus objetivos, las dificultades que surgen la su tarea, modalidades de abordaje de la misma, resoluciones de las dificultades y a vez una labor interpretativa de dichos datos.



ANÁLISIS Y CONCLUSIONES.

De acuerdo a la categoría A, que hace referencia a la **trayectoria de los pacientes en el proceso de recuperación de trastornos de la conducta alimentaria, en grupos de autoayuda**, teniendo en cuenta como llegan los adolescentes y jóvenes a realizar el tratamiento, como interviene la familia en la decisión de realizar una acción para la recuperación de la salud, sus consecuencias pueden provocar transformaciones en la persona, la familia y su entorno.

Aunque hay características comunes de estas patologías, cada persona presenta una situación concreta y particular. Frente a los primeros interrogantes se evidenció que en algunas situaciones, los jóvenes llegan al tratamiento a través de la derivación de otros profesionales, como psicólogos en estos casos que detectan o alertan una patología alimentaria, en el abordaje terapéutico.

“Mi terapeuta me derivó, hacía un tratamiento psicológico”... “estaba muy mal anímicamente y físicamente”...

“Llegué al tratamiento por una derivación de una psicóloga que me estaba atendiendo, en un tratamiento ambulatorio de sólo profesionales”... “no había grupo como en A.L.D.A.”...

Por otro lado, las entrevistadas llegan al tratamiento a partir de la detección de sus familiares o amigos, es decir, sus redes primarias, muy bien definidas por la autora ya citada en capítulos anteriores, Mónica Chadi,¹⁰⁰ quien las define como **el ámbito donde se dan aquellos vínculos personales, los lazos que integran las uniones más estrechas**, es decir, familia, familia ampliada, amigos y vecinos.

“Llegué a la Institución a través de un familiar”...

Llegué al tratamiento... “A través de mis amigos que hablaron con mi papá”... Me sentí muy mal cuando me enteré que mis amigas hicieron eso... “Hoy se los agradezco”... Conocía la Institución porque está en San Rafael y vivía ahí... “es muy conocida en el sur”.

Queda en evidencia que quienes se hacen cargo y denuncian la enfermedad, son los familiares o alguien cercano al joven que inicia el tratamiento. Teniendo presente que los trastornos de la conducta alimentaria, se caracterizan por una gran dificultad de asumir lo que les pasa, escaso reconocimiento de sus síntomas y a su vez, sufre influencia del ambiente en que vive (familia y sociedad).

¹⁰⁰ Chadi, Mónica. Op.cit



Continuando con el análisis se puede referenciar la siguiente respuesta a la categoría de estudio planteada en las entrevistadas.

“Mi papá tomó la decisión de iniciar un tratamiento pero yo también estaba dispuesta a hacerlo. Mi patología no estaba tan avanzada por tratarse sólo de un desorden alimentario”.

“Mi papá y la psicóloga”... fueron los que tomaron la decisión de iniciar un tratamiento específico de desórdenes alimentarios,... “Lo que hacía antes me ayudaba pero no en este tema, por eso no avanzaba y cada vez estaba peor”...

“Mi familia... a partir que la psicóloga me deriva por un trastorno alimentario”.

En la detección, diagnóstico y tratamiento de esta problemática no hay mucho tiempo que perder, ya que la salud de los adolescentes y jóvenes guarda una estrecha relación con su propia conducta que depende del ambiente que frecuente. Si este ámbito está informado y tiene presente algunos de los síntomas o características de los desórdenes alimentarios, puede ser un facilitador y prevenir o detectar en forma temprana estas enfermedades.

Teniendo en cuenta, que en esta etapa de desarrollo, se dan grandes contrastes, así como se presentan oportunidades para crecer, desarrollarse y progresar, también es una etapa de riesgo para la salud y el bienestar.

A su vez, se presentó la situación que uno de los entrevistados llegó a realizar el tratamiento por su propia decisión. En esta situación los que no asumen la problemática y la posible solución es la familia, que de alguna manera subestiman la gravedad o la necesidad de realizar un tratamiento.

“Yo tomé la decisión de hacer el tratamiento”... “mi familia pensaba que no era para tanto”.

Siempre quise hacer un tratamiento cuando pedí ayuda, estaba en un período de mi enfermedad de bulimia, “porque sentía un descontrol en mi vida”, pero cuando atravesaba un período de anorexia no lo veía como una patología, tenía todo controlado, “eso me hacía sentir bien, no desbordarme con la comida y con todo lo que hacía”...

En esta situación, los padres no veían la consecuencias, o muchas veces sucede que desconocen los síntomas porque se ocultan y están presentes los prejuicios o mitos. Estas falsas creencias sobre estas enfermedades, que no favorecen a la detección precoz, y llevan a negar la situación una vez diagnosticada. Es decir, muchas veces, la enfermedad no se la considera como tal, sino como un capricho, que es algo que va a pasar con el tiempo, un problema que está de moda.



Estos mitos circulan con frecuencia en la población, es decir que están informados, pero por tratarse de una información sesgada, teñida de prejuicios, lleva a que muchas veces no se sepa cómo actuar frente a una persona con un problema alimentario, provocando que su detección se extienda en el tiempo, hasta llegar a que no se diagnostique y se cronifique.

Por otro lado, al referirme al diagnóstico de los trastornos alimentarios que padecen las jóvenes entrevistadas, coinciden con la **clasificación del DSM-IV**¹⁰¹ referenciada en el marco teórico: **Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Bulimarexia y otros trastornos no especificados.**

Teniendo en cuenta esta clasificación científica, a partir de la observación realizada en la institución, durante las reuniones de grupo de autoayuda, las jóvenes ponen de manifiesto en forma espontánea, diferentes síntomas y características de la patología alimentaria.

En cuanto a la **conducta alimentaria**, el grupo de adolescentes expresan atracones, dietas restrictivas, vómitos, control del peso; en cuanto **al comportamiento**, se observa aislamientos, desinterés y cambio de carácter, irritabilidad, entre otros. Y desde **lo afectivo** se evidencia, temor exagerado a engordar, baja autoestima y sentimientos de culpa, sobre exigencias.

A partir de la observación y teniendo en cuenta estas características, considero que los síntomas de estas enfermedades son graves, pudiendo llegar a poner en peligro la vida, son difíciles de tratar y con frecuencia se prolongan en el tiempo durante años, con riesgo a ser crónicos y hasta llevar a la muerte. Los mismos deben ser observados y tratados por profesionales.

Tomo en consideración, los diagnósticos que se realizan en la institución, en la que se sugiere que vaya acompañado de un tratamiento para la recuperación de la salud.

Durante la observación realizada a nivel institucional, se evidencia que cuando se inicia el tratamiento, al paciente **se le propone la posibilidad de un cambio, con una nueva escala de valores, donde el cuerpo y la comida no es la prioridad única. Proponen ser fortalecidos e interactuar con los siguientes pilares: Grupo de Autoayuda de Pacientes, Grupo de Autoayuda de Familias y Equipo Terapéutico.**

En cuanto a la tercer pregunta, se hacía referencia sobre la motivación a mantener el tratamiento y lograr la mejoría en las patologías alimentarias, teniendo en cuenta, que las personas que sufren estos trastornos, utilizan la comida y el control de la misma, como un intento de compensar o descargar sentimientos y emociones que de otra manera no son capaces de sobrellevar.

¹⁰¹ Manual Diagnóstico y Estadístico, versión IV. Op.cit.



Las personas entrevistadas mantienen una motivación activa que sostienen en el tiempo, logrando su mejoría, recuperando la salud a través de los grupos de autoayuda y abordaje interdisciplinario, lo expresan de la siguiente manera en algunos casos.

“La motivación soy yo”... Quiero estar bien.

Estar “harta” de estar enferma, también por los demás, mi novio, mi familia, mis amigos... Quiero tener una vida “más normal”. Creo que es posible.

**Muchas cosas... “Me motiva querer estar bien, quiero tener salud”...
“Me da miedo volver a caer en lo mismo. No me quiero volver a sentirme sola”.
Por esto quiero avanzar, seguir adelante hasta que me den el alta.**

También, se evidencia a través de estas expresiones, el cansancio de padecer estas enfermedades, la esperanza de que sea posible una recuperación, querer estar bien, recuperar la salud.

Por lo expuesto, me llevan a pensar, que la dieta, el atracón y la purgación, pueden comenzar como una manera de combatir emociones dolorosas, frustraciones y sentimientos de control de su propia vida. Existe en estas jóvenes un reconocimiento, luego de haber iniciado el tratamiento, que estas conductas dañan la salud física y emocional. Que pueden recuperarse a través de un abordaje con características, grupales, familiares e interdisciplinar.

Por otro lado, algunas otras respuestas de las adolescentes refieren, que la motivación está puesta en quienes las acompañaron y ayudaron durante el tratamiento. En forma de agradecimiento por todo lo recibido. Dando un lugar relevante a la familia, amigos, grupo de autoayuda, profesionales, es decir, todos aquellos que intervinieron en este proceso de recuperación, y que son parte del apoyo y contención, fundamentales para llevar a delante un tratamiento, lo expresan de la siguiente manera:

“Quiero devolverle a mi familia todo lo que hizo por mí.” Me ayudó mucho por ellos hoy estoy bien...

**“Me motivó darme cuenta que estaba mejor, que podía ir avanzando y en esto me ayudó principalmente el grupo de autoayuda y la terapia psicológica”.
“Pude dejar de pensar que el cuerpo y la comida como lo más importante”**

“Cuando empecé el tratamiento tuve la motivación, de poder terminar el colegio”... al principio no quería estar en tratamiento... Después me empezó a interesar cuando empecé a notar mis avances, el poder ayudar a mis compañeras. Esto me ayudó a empezar en la Facultad.

“Hoy lo hago para estar bien, quiero seguir avanzando”...



A partir de estas expresiones, me lleva a la reflexión, que la familia asume un papel determinado en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria, considerándola como un espacio relacional con el equipo de salud. Los adolescentes requieren de un sostén adecuado para el desarrollo de su autoestima y autonomía. Es importante recuperar espacios de comunicación, como son los momentos de las comidas en la vida cotidiana.

Entiendo que la problemática social planteada, las patologías alimentarias, no pueden ser sólo abordados desde el adolescente, ya que en el proceso de recuperación de la salud, hay muchos agentes implicados: Sociedad, Estado, Institución y Familia.

Considero relevante, sumar a esta reflexión algunas características del tratamiento terapéutico y grupal que abordan estas enfermedades, a partir de la observación realizada en la institución, que ha llevado a mejoría de los sujetos.

Se observa, que las acciones terapéuticas de la institución, tiene un encuadre de tipo directivo en la primera etapa y tienden a lograr cambios, modificando comportamientos que vayan promoviendo, por ejemplo, **poner en orden el desorden, disciplina en la indisciplina y retomar una escala de valores en las que el peso y el cuerpo dejen de indicar metas absolutas y distorsionadas, que sin duda, modifican la conducta, limitan y esclavizan al sujeto.**

Continuando con el análisis y conclusiones de las entrevistas, otros de los interrogantes referidos a la primer categoría, es el relacionado con los **factores que incidieron dando inicio al desorden alimentario**. Las respuestas encontradas hacen referencia a quienes inician su enfermedad en la etapa de la adolescencia.

Es decir, que el contexto actual, plantea como desafío, a los profesionales de la salud, la profundización de las temáticas vinculadas a las dificultades presentadas por adolescentes y jóvenes. Ya que estas franjas de edad son donde, por sus características, surgen nuevas patologías que afectan la salud.

Tomo en consideración, que la causa de estos problemas que afectan la salud, pueden *ser biopsicosocial*, ya que intervienen, tanto los **factores biológicos, familiares, sociales y culturales**. Las jóvenes refieren esto, dando a conocer diferentes factores que la llevaron a padecer diferentes tipos de patologías:

Recuerdo iniciar esta enfermedad cuando tenía 12 años, al principio tuve trastornos por atracón, comía mucho.

Los factores que reconozco... “es mi baja autoestima”... me importaba mucho lo que pensaban los demás.



**No recuerdo si situaciones familiares me afectaron.
Fue terrible la enfermedad”...
Lo peor es la “exigencia” que tenía en todos los ámbitos de mi vida,...
“no poder comunicar mis sentimientos y mis problemas, los volcaba al cuerpo y la comida”.**

Es decir que la multicausalidad de estos trastornos, se hace presente a través de estas expresiones, referenciando tanto las presiones sociales, problemas familiares baja autoestima, exigencias personales, vulnerabilidad, intolerancia a la frustración entre otros.

*Por esta razón, tomo en consideración a la anorexia y la bulimia nerviosa como complejas problemáticas, en los que **intervienen múltiples factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento.**¹⁰²Y la forma en que estos interactúan influye en la aparición y su permanencia.*

Los **factores predisponentes**, son aquellos que hacen que seamos más vulnerables a desarrollar una patología alimentaria debido a nuestras características individuales y a las situaciones familiares. Es decir que desde las entrevistas realizadas, se puede identificar como factores predisponentes a nivel individual los siguientes:

- **Los factores que reconozco... “es mi baja autoestima”... me importaba mucho lo que pensaban los demás.**
- **“no poder comunicar mis sentimientos y mis problemas, los volcaba al cuerpo y la comida”.**
- **“Fue terrible la enfermedad”...Lo peor es la “exigencia” que tenía en todos los ámbitos de mi vida...**
- **“Siempre comí mal así lo hacían en mi casa”... Eso llevó a que nadie me dijera que estaba mal con la comida.**
- **También se separaron mis papás y eso me hizo sentir mal, no sabía cómo actuar frente a un problema.**
- **“Es más fácil pensar en esas cosas”...Practico deporte y en ese momento estaba en un seleccionado argentino y es muy exigente, me costaba más asumir que me pasaba algo, “que me estaba enfermando”.**

¹⁰² Documento de Cátedra .Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad. Op. Cit.



A nivel familiar se pudo identificar las siguientes situaciones expresadas por las entrevistadas:

- **Problemas familiares...**
“no los podía ver porque no me gustaba enfrentar situaciones de mi casa.”
“Siempre me escapaba, haciendo un montón de actividades”...
- **Cuando era más chica tenía sobrepeso, me decían cosas sobre mi cuerpo. Mi mamá se fijaba mucho en el cuerpo...**
- **Me comparaba con mis hermanos...“siempre era menos que ellos”.**

Los *factores precipitantes* hacen referencia a aquellas circunstancias estresantes que hacen que se desencadene la enfermedad. Que las adolescentes pudieron expresar de la siguiente manera.

- *Lo que más me afectó fueron... “peleas en mi casa, que mis papás se separaran”... me costó superar que no estuvieran más juntos...*
- *Me afectaron los comentarios que me hacían mis familiares sobre el cuerpo...“me decían que era gordita”... y esto me llevaba a pensar que “no me querían y aceptaban”.*

Y por último, refiero a los *factores de mantenimiento*, que hacen que perdure la enfermedad y tiene que ver fundamentalmente con las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria, es decir con los efectos fisiológicos y emocionales de no comer y con determinadas actitudes. Si bien no han sido denunciados en esta primera categoría de las entrevistas, las tomo en consideración tales como la **propia purga, la reducción progresiva de las relaciones sociales que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza, el medio social que valora la delgadez.**

A partir de estos factores, puedo reflexionar sobre la realidad cotidiana que todos nos encontramos expuestos, pero especialmente jóvenes y adolescentes¹⁰³ que son más vulnerables. El énfasis que pone nuestra sociedad y el valor que le otorga a los cuerpos delgados, contribuye probablemente al desarrollo y prevalencia de estos trastornos.

Generalmente el mensaje que les llega a esta franja etaria, es que sólo siendo delgados serán atractivos, competitivos y aceptados por los demás. Para muchas y muchos adolescentes no existen autoestima sin delgadez. El adelgazar se ha convertido en metáfora de éxito y el engordar de fracaso.

¹⁰³ La categoría jóvenes y adolescentes en el análisis y conclusiones del trabajo de tesina se consideran en forma indistinta.



*A los factores anteriores se le suman la pérdida de hábitos nutricionales saludables favorecida por el **consumo masivo de comida rápida** y la **desorganización de los horarios de comida familiar** que conllevan los tiempos actuales y la existencia de algún tipo de conflicto, dificultad en la comunicación, relaciones sociales virtuales a través de la red, conflictos en la relación de los padres, sobreprotección y perfeccionismo en el ambiente familiar, inseguridad, estas frustraciones no se pueden resolver o sobrellevar de una forma sana.*

A partir de lo expuesto en las entrevistas, considero que no sólo podemos atribuir las causas a aspectos culturales o sociales, sino también que el origen del síntoma de estos trastornos de la conducta alimentaria está relacionado con la biografía personal o historia de vida, el contexto familiar, como también los acontecimientos vitales, como queda expuesto en los párrafos anteriores. Estas enfermedades están aumentando en los últimos años de una manera alarmante.

Los comentarios de afuera sobre mi persona, “los tomaba muy en cuenta para todo lo que hacía”.

“Mi vulnerabilidad y sensibilidad” Creo que esto siempre puede estar presente.

“Siempre comí mal así lo hacían en mi casa”... Eso llevó a que nadie me dijera que estaba mal con la comida.

Inicio mi enfermedad a los 17 años.

En cuanto a las últimas preguntas de esta primera categoría hacen referencia a las consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria en los aspectos sociales y familiares, y a su vez, en contraposición los aspectos conductuales y sociales que se han ido mejorado durante el proceso de recuperación de la salud.

Por este motivo y a modo de conclusión es que se debe tratar de atender todos los factores predisponentes, desencadenantes o precipitante y perpetuantes o de mantenimiento, implicados en su producción (socioculturales, individuales, biológicos, consecuencias de crisis adolescente, familiares.)

Teniendo en cuenta las consecuencias y a su vez, poder observar las posibilidades de recuperación y mejoría de estas enfermedades, nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de estar informados y capacitados, sobre sus principales síntomas y posibles herramientas para afrontarlos es de gran utilidad, tanto para las familias y su entornos, como así también los trabajadores de la salud, de la educación y de otros ámbitos a fines.



Para analizar estas categorías, considero la conceptualización de los trastornos de la conducta alimentaria definida por el Dr. Eduardo Garzuzi¹⁰⁴, ya citado anteriormente, quien los define como: **“alteraciones del comportamiento en relación con los alimentos en lo que respecta a su elección, ingesta, eliminación y sus conexiones con el peso y el cuerpo”**

Esta alteración del comportamiento, generan consecuencias a nivel social y familiar y que las entrevistadas expresaron los siguientes signos en función de una alteración de la conducta, quedando evidenciado el impacto que tienen en diferentes aspectos de su vida personal y cotidiana.

Las consecuencias de mi enfermedad fueron... “el aislamiento, perdí dos años de colegio secundario porque me costaba que me “miraran”

Tampoco salía con amigos.

Dejó de hacer todo tipo de actividades sociales recreativas, “no salía más con mis amigas”... sólo iba al colegio, me exigía mucho con el estudio.

**“Nunca me obligaron a realizar actividades sociales ni educativas”
Hablaban siempre sobre el cuerpo, como me encontraba físicamente.**

Se refleja principalmente en estas consecuencias expresadas en las entrevistas, el “aislamiento”, la poca integración a los diferentes ámbitos sociales y familiares, escasas habilidades sociales, ya que se encontraba presente la comida. También sumado a estas características destaco la exigencia, o en este caso **sobre exigencia**, en cuanto el estudio y en diferentes aspectos de la vida de la persona. Este signo es muy característico en la patología de anorexia nerviosa, que tiene una gran tendencia al perfeccionismo.

Por esta razón es que el acto de comer, tiene connotaciones sociales y culturales, en el sentido que no sólo es un hecho biológico, sino como lo desarrolla la autora Patricia Aguirre¹⁰⁵, las formas culturales de comer terminaron condicionando la necesidad biológica de hacerlo.

*El hecho de que debemos comer para vivir no garantiza que **podamos, sepamos o deseemos comer**, como es en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria. Puedo pensar que en la alimentación, como tantas otras actividades, las **relaciones sociales**, siempre están presentes. Como así también los aspectos culturales, que determinan la práctica cotidiana, marcando de alguna manera que se puede comer y qué no. Es decir que socialmente de alguna manera define lo que significa alimentarse correctamente.*

¹⁰⁴ Dr. Garzuzi, Eduardo. Op. Cit.

¹⁰⁵ Aguirre, Patricia. Op. Cit.



Llevaba mi comida a las salidas con amigos, comía siempre diferente.

Los terminé perdiendo a mi grupo de amigos, ellos se cansaron de que siempre decía que no a las salidas, “ponía muchas excusas”...evitaba comer.

Por otro lado, estas consecuencias se dan en relación a la familia, que en algunos casos no toma en consideración estas características de alerta y muchas otras veces, frente a estas situaciones de conflicto en relación a los síntomas de los trastornos de la conducta alimentaria, desconocen cómo actuar. Los límites se ven vulnerados y desdibujados.

El ámbito familiar, es el medio principal donde la persona se desarrolla y donde pueden surgir conflictos y dificultades en la maduración que pueden manifestarse a través de la comida. De hecho, puede ser el lugar donde se presentan los primeros síntomas, es decir que juega un papel decisivo en la detección precoz del problema, cuanto antes se detecte y se trate mayores posibilidades de resolución.

“Mi familia no se daba cuenta que estaba enferma” hasta que se lo dijeron, “no lo podían creer”... mi carácter y mis relaciones sociales cambiaron. En todo tuve consecuencias...

Muchas peleas con mi familia, me afectó mucho ver llorar a mi familia por mi enfermedad y... “en ese momento no me importaba”.

Las actividades familiares las deje de hacer... “mi familia no me ponía límites”... y si lo llegaba a hacer me alteraba más.

La tendencia a ocultar el problema, no asumirlo ni reconocerlo, hace que se busquen constantes disculpas para no compartir las comidas familiares. Suele estar presente la falta de interés por las relaciones sociales, se sienten incomprendidas. Es motivo de preocupación, atrae la mirada familiar y son frecuentes las llamadas de atención para hacerle comer, como queda reflejado en el relato de la adolescente.

Para concluir, al considerar a la alimentación como un acto social, como se refiere anteriormente, cabe la reflexión que cuando se producen alteraciones en el mismo, genera tanto aislamiento social, como sobrevaloración del hecho. Por este motivo, es una característica observada en las entrevistas.

Para finalizar con esta primer categoría, en contraposición a lo que se ha desarrollado anteriormente, analizamos los aspectos conductuales y sociales que se han ido mejorado durante el proceso de recuperación de la salud. Teniendo en cuenta las características de los trastornos de la conducta alimentaria y su complejidad. Por lo tanto su recuperación requiere de un sostenimiento en el tiempo y de un abordaje grupal e interdisciplinario.



Al analizar las entrevistas, la recuperación de la salud, es de forma gradual, los aspectos afectados por la patología alimentaria reconocen su multicausalidad, es decir que se reflejan a nivel biológico, familiar, social y cultural. Las adolescentes y jóvenes expresan lo siguiente:

“Tengo una vida social normal”... recuperé las relaciones familiares y sociales, ahora puedo ir a casamientos, cumpleaños, salidas con mis amigos.

Disfruto más el momento, puedo salirme de mi misma, participar de las conversaciones, “no como antes”.

“En todo sentido he mejorado, la enfermedad en cierto sentido fue buena, me ayudó a madurar”.

Es decir, se evidencia que se ha recuperado o restablecido las relaciones sociales, los lazos sociales y familiares, a partir de lograrse una relación adecuada con la alimentación y con el cuerpo, a partir de una re educación de hábitos alimentarios, que permite incorporar a la dieta diaria todo tipo de alimentos en forma equilibrada y balanceada.

Se observa en estos relatos, que se han fortalecido las redes sociales, sus espacios de contención, sus habilidades y capacidades sociales, las formas de relacionarse, la posibilidad de salirse de ellas mismas, pensar en el otro, como también así, enfrentan las situaciones adversas y problemáticas, a pesar que les resulte difícil, continúan y sostienen los hábitos aprendidos, en relación con la alimentación y otros aspectos relacionados con la vida cotidiana.

En estas salidas puedo alimentarme normalmente... “lo que me permite compartir estos momentos, porque todos comen”. A veces me cuesta, pero no lo dejo de hacer.

“Valoro mi familia, aunque mis papás estén separados”...Cambié en respetar los límites, antes no lo hacía, y me llevaba a muchas peleas con mis papás.

“Socialmente me desenvuelvo mejor, tengo más amigos, confié en ellos, les cuento mis cosas”... tengo más apertura.

“Me siento capaz, me quiero más”.

La trayectoria de estas jóvenes y adolescentes en proceso de recuperación de la salud me lleva a la reflexión, que la salud es una instancia esencial propia del desarrollo de cada persona, en la cual despliega sus capacidades. Resulta esencial que los países orienten su mayor atención a la prevención y promoción de la salud a nivel de formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud.



Es necesario para proteger la salud y reconocer a estas personas, como ciudadanos y por lo tanto, sujetos de derecho. Considerándolos como potenciales agentes de desarrollo y no solo problemas, con grandes posibilidades creadores, con sueños e ideales, con capacidad crítica y con deseos de crecimiento.

**He superado muchas cosas, “he recuperado gran parte de la salud”
“hoy puedo hablar, decir lo que me molesta”... puedo expresarme especialmente con mi papá.**

Puedo tener una relación, estoy de novia...

Puedo compartir todas las comidas y comer de todo.

Antes me arreglaba pensando en los demás, ahora lo hago para mí,.. “para sentirse bien.”

Siempre tuve autoestima baja, pero ahora logro verme bien. Y quiero sostener todo lo que aprendí... “no es algo del momento”...

Continuando con el análisis, de acuerdo a la categoría B, que hace referencia a la **Contención y Apoyo social en Grupo de Autoayuda**, teniendo en cuenta el lugar que ocupan los mismos en la recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria, de qué manera la facilitan, las herramientas y valores que brinda, la relación que tiene con las redes sociales.

Partimos de un reconocimiento por las entrevistadas del lugar que ocupa el grupo de autoayuda en su proceso de recuperación de la salud, teniendo en cuenta que de eso se trata la modalidad del tratamiento propuesto por la institución A.L.D.A. “Grupos de autoayuda” desde la necesidad que tienen el individuo de **encontrar un espacio, un tiempo para sí mismo y para el otro, donde los une el mismo propósito de cambiar e intercambiar algo**. En este grupo particular, lo que los une es **recuperar la salud**. Se evidencia de la siguiente manera:

Fue y es uno de los pilares para poder recuperarme, es muy importante.

Es muy importante, te da el empujón para salir adelante, me siento apoyada, te comprenden, les pasa lo mismo que a vos...

Ves que el resto del grupo va saliendo adelante... “si puede ella, yo también puedo.”

Es uno de los aspectos más importantes, “poder hablar todos los días”...

Tiene muchas herramientas. El grupo se da cuenta de lo que te pasa. Si sólo fuera terapia psicológica, no tendrías apoyo todos los días. “Te enseña”.



En diferentes momentos se hace hincapié en el protagonismo de este tipo de grupo en el camino de la recuperación. Esta modalidad de abordaje, en complemento con el abordaje familiar e interdisciplinario de los profesionales, toma en cuenta las características de estas enfermedades, relacionadas más a los aspectos sociales y vinculares, es decir, tales como el **aislamiento, dificultad para comunicar emociones y sentimientos, escasa capacidad de resolución de problemas y habilidades de afrontamiento, redes de apoyo social debilitadas, distorsión en la escala de valores, falta de límites claros**, entre otros.

Es importante, pero no siempre constante en su ayuda. Uno cuando está mal le cuesta ver la ayuda. El grupo te marca lo que tenés que ir mejorando y te aconseja.

Es una contención muy importante, “tomo muy en cuenta los consejos que me dan”. Sin el grupo no creo que me hubiera recuperado... “hice un tratamiento anteriormente sin grupo y no pude salir adelante”

Las entrevistadas dejan reflejado, las características que tienen en común, tomando en consideración que sus problemas y dificultades son similares a los demás integrantes del grupo, en cuanto a las diferentes patologías alimentarias, sin distinguir, edad, sexo y condición social. Y a su vez reconocen de qué manera pertenecer al grupo ha facilitado y facilita la recuperación de la salud. Aportan las siguientes respuestas:

**Me siento identificada en los síntomas de la patología alimentaria, “miedo a crecer”, el otro puede hacer cosas por vos.
“Te ayuda a escuchar al otro”.**

Si... te facilita la recuperación, “sin el grupo creo que todo podría ser más difícil”.... Sentirte acompañado, “que te entiendan porque pasan por lo mismo”. Siempre te aconsejan en función de la salud.

Si son similares, los problemas con la comida, la hiperactividad, todos los síntomas, las peleas con la familia.

**Todos tienen algún problema familiar, las dietas que realiza tu entorno, molestias con el cuerpo. Ganas de no comer, en función de cada patología.
Autoestima baja, inseguridades.**

Es decir, que la búsqueda del igual, de aquel que comprende lo que nos pasa, lleva al encuentro grupal, y en el mismo, se encuentra un mayor grado de empatía y disponibilidad. Se reconoce desde la observación de la dinámica grupal, que un profesional apoya la misma, de forma tal que los integrantes puedan acceder a una nueva identidad y proyecto de vida.



A partir de lo expuesto reflexiono, que esta etapa es parte del ciclo vital y que en la persona se producen cambios importantes en la configuración de la identidad y el sentido de pertenencia, es una etapa que lleva aparejado en algunos casos diferentes problemáticas, generando la necesidad de recursos adecuados de afrontamiento.

*Es decir, que se podría considerar que uno de estos recursos, podría ser el grupo de autoayuda, propiciando el ámbito para encontrar identificación con sus pares, sentir contención por compartir problemas similares, asumir los síntomas de la enfermedad, identificar hábitos saludables, aprender a pedir ayuda y buscar soluciones en forma colectiva, reconociendo los logros y los avances de los integrantes, generando motivaciones. A su vez, referencio que la **experiencia** de los integrantes es el componente fundamental que hace la distinción de otros tipos de intercambio de ayuda.*

También, desde la observación que se realizó en la institución, se evidencia que los temas sobre los cuales indaga y refuerza el grupo, son aquellos relacionados con el cuerpo y la alimentación (sentimientos, emociones, percepciones, etc.), sobre las pautas que permiten superar los síntomas, la relación con el grupo, el cumplimiento de roles y funciones dentro del mismo, aspectos sociales, responsabilidades, relaciones familiares.

A su vez, se observó que durante los “Encuentros”, reuniones diarias de autoayuda, las adolescentes, van descubriendo con ayuda de los integrantes del grupo, sus engaños, su negación, sus mentiras en beneficio de la “enfermedad”. A través de la **honestidad** que pide el tratamiento, como principal norma de salud, que va actuando en “beneficio de la recuperación” de los participantes. Estas características quedan reflejadas a través de lo expresado por las jóvenes:

El grupo me ayuda a recuperarme, no me dejó que abandonara el tratamiento, me llaman, me aconsejan.

Realizamos distintas actividades juntas, como las comidas y actividades recreativas. Te ayuda a asumir la enfermedad porque te das cuenta que a muchos les pasa lo mismo y todas esas cosas se tratan de una enfermedad...

Te ayuda a despojarte de la enfermedad y descubre cuales son tus trampas.

Me ayuda a ser constante, pensar en el otro. Herramientas prácticas para mejorar síntomas, como la hiperactividad, con la ropa, el apoyo fuera de acá.

El grupo se da cuenta de cosas que en una terapia no salen, porque no se ven.

Si facilita la recuperación, ya que te habla, te aconseja desde la salud, te ayuda a trabajar tu seguridad, a quererte vos misma.



Para finalizar con el análisis de la categoría B, **Contención y Apoyo social en Grupo de Autoayuda**, es pertinente evidenciar las herramientas que proporciona este tipo de grupo, los valores que brinda, como habilidades de afrontamiento para superar esta problemática. Y a su vez cual es la implicancia que tienen en las redes sociales. Algunas respuestas fueron:

Bueno...Te brinda muchas herramientas para superar la patología,... “te ayuda a enfrentar situaciones con la comida y el cuerpo”...

“Aprendes a pedir ayuda, es algo muy propio de estas enfermedades que no te animas a hacerlo”.

Hoy me da herramientas sobre la seguridad personal para mis obsesiones con otros aspectos no tan relacionados con la comida y el cuerpo. Te pone límites.

Como herramientas... te aporta a aprender a salir de uno mismo para ayudar al otro a través de consejos y límites claros.

A valorarte, a darte cuenta que uno no es un cuerpo sino un todo. Te ayuda a separar las emociones del cuerpo y la comida. A pedir ayuda y aceptar la realidad. “Que no todo tiene que ser perfecto”.

Se evidencia que las mismas, proporcionan apoyo social y emocional para afrontar los desórdenes alimentarios, quedando reflejado a través de los recursos, tales como el refuerzo de aspectos positivos, dando palabras de aliento, realizando un aprendizaje grupal, aconsejando desde su propia experiencia, buscando alternativas y acciones para superar síntomas de la enfermedad.

De esta manera considero que los integrantes del grupo mejoran su autoestima, fomenta un mayor conocimiento de sí mismo y una mayor comunicación, teniendo en cuenta las expresiones de las jóvenes, es decir, que las distintas actividades que tienen lugar en este grupo, ayudan a superar la pasividad y la imagen que poseen de ellos mismos. A su vez es pertinente evaluar, que el grupo no puede resolver todos los problemas de los trastornos de la conducta alimentaria, pero sí saber que es uno de los pilares fundamentales.

Continuando con este análisis, en cuanto a los valores que proporciona la pertenencia en el grupo, las entrevistadas expresan, tales como **honestidad, solidaridad, responsabilidad, tolerancia, comprensión, constancia, puntualidad, compañerismo**, entre otros. Aspectos fundamentales para poder convivir cotidianamente, (por tratarse de un tratamiento con metodología de Hospital de Día) y trabajar en forma grupal. Y principalmente revertir la escala de valores que se ve alterada desde la enfermedad, ya que sus principales valores están centrados en el cuerpo y comida.



Y como valores... te ayuda a reorganizar la escala de valores, a escuchar otras historias de vida.

El valor más importante es la “honestidad”, siempre me costó ser honesta. “Salir de mi misma”... No ser egoísta. ...“Y la Solidaridad”.

Los valores que me brindó el grupo o mejor decir que me ayudó a reforzarlos y compartirlos, fue el respeto, honestidad, tolerancia, comprensión, constancia.

Y los valores... compartir, escuchar, acompañar, te brinda afecto y cariño.

“ALDA me cambió la vida”, hay cosas para cambiar y mejorar del grupo, el compromiso por ejemplo.

Y por último, se evidencia que pertenecer al grupo de autoayuda les ha permitido ampliar sus redes sociales, es decir que en este tipo de problemáticas, el apoyo social es altamente positivo en cuanto a la salud y el bienestar, movilizando recursos y promoviendo la participación.

Si me ayudó a ampliar las redes sociales, “he conocido más gente”... “el grupo me incluye en la red social de sus amigos”...

Me abrí a las personas de mi trabajo. Puedo hacer otras actividades.

Porque es algo difícil de estas patologías integrarse y relacionarse socialmente. Es una forma de ayudar.

Si, pude ampliar mis amistades y retomar las que ya tenía que estaba alejada. Y también reforcé la relación familiar.

Pienso que esto lo pude hacer porque el grupo te refuerza que es muy importante tus vínculos, que tenés que pedir ayuda y para eso es necesario tener vínculos fuertes.

Por esta razón, considero que los tipos de recursos sociales y apoyo que disponen aquellos que presentan trastornos de la conducta alimentaria es uno de los temas recurrente en este ámbito, la falta del mismo y la necesidad de estructurar la red social, explica uno de los fundamentos de este tipo de grupo, como una forma especial de dar apoyo.

Siguiendo a la autora que referencio en el marco teórico, Y. Domenech López¹⁰⁶ la que define el **apoyo social en términos de cantidad o número de relaciones que mantiene un sujeto, la interconexión, el equilibrio o desequilibrio de sus intercambios y semejanza entre los miembros de la red.** Y destaco principalmente las funciones que cumplen las relaciones sociales. Tales como la **de apoyo emocional, apoyo instrumental e informacional.**

¹⁰⁶ López Domenech, Y. Op. Cit.



Las mismas se evidencia desde la observación en el grupo de autoayuda, tales como el compartir las experiencias y sentirse aceptados por los demás, ayuda para la resolución de problemas, superación de los síntomas, como también el aconsejar, guiar e informar.

Finalizo con algunas manifestaciones que realizaron las entrevistadas y nos pueden llevar a la reflexión tales como:

**Si me ayudó a ampliar mis redes sociales, me ayudó a comprender a los demás y de esa manera mejoré mis relaciones y ayudarlos.
El grupo me refuerza mi seguridad.**

Si totalmente, antes tenía un solo grupo, ahora pude abirme a otras personas

Si se ampliaron, amigos, grupo de compañeras del tratamiento, mejoré la relación con mi familia y me relaciono más con ello.

A partir del objetivo planteado en este trabajo de tesina que hace referencia a determinar los posibles lazos sociales y familiares fomentados desde la participación de los sujetos en los grupos de autoayuda, en relación a esto, analizaremos la categoría C, que hace referencia justamente, a los **Lazos sociales y familiares**.

Dando a conocer la participación que tuvo la familia en la detección y búsqueda de soluciones a la patología alimentaria, que cambios se produjeron y como es el proceso de acompañamiento en el interior de la misma. Qué tipo de información recibió al momento de iniciar el tratamiento, qué hábitos alimentarios se incorporaron en el ámbito familiar.

Muchas de las adolescentes entrevistas dieron a conocer que su familia tuvo participación en la detección del problema, y que buscaron activamente soluciones, en la medida de sus posibilidades, con sus propios recursos y pidiendo ayuda. Se evidencia de esta manera:

Mi familia participó mucho, todos se dieron cuenta de mis actitudes, mis síntomas, de esta manera llamaba la atención de ellos. Hizo un tratamiento en Chile, porque vivía ahí, era ambulatorio, no tenía grupo de autoayuda, pero no pude mejorarme.

Mi hermana fue la que se dio cuenta que algo me pasaba y mi papá buscó ayuda y soluciones. Lo que más ayudó fue la derivación de la psicóloga.

También queda en evidencia a través de las respuestas obtenidas, que la familia muchas veces no ha logrado reconocer los síntomas o características de la enfermedad y a su vez se encuentran presente algunos mitos, que llevan a **pensar que este tipo de enfermedad es un capricho**, muchas otras veces está acompañado de una negación o cansancio de intentar tratamientos y que no den resultado para recuperar la salud. Como es en el caso de estas entrevistadas:



Siempre buscó salir de la enfermedad, más que mi familia. Mi hermano pensaba que era un capricho. Hice muchos tratamientos, al principio mi familia buscó muchas soluciones y después se cansaron que no me mejorara.

No se dieron cuenta de lo que me pasaba, cuando la psicóloga me derivó ahí “cayeron”, y le recomendaron este tratamiento y me llevaron. Yo tampoco asumía lo que me estaba pasando.

Al principio del tratamiento participaron, busqué las soluciones acompañada. Después no estuvo, nunca tuve muy buena relación, no les permitía que participaran.

Muchas de estas familias lograron producir y apropiarse cambios en su interior, a partir de la enfermedad, a su vez es necesario reconocer que no todos los problemas podrán ser solucionados, y que esto depende de la organización de la familia, de la vulnerabilidad de los sujetos, de los recursos vinculares que dispone la misma. Por esta razón, quedan evidenciadas diferentes situaciones a la hora de referirnos a los cambios en el interior de la familia.

Cambiaron para mejor, maduró mi familia y maduré yo. Era una familia enferma y no podía expresar lo que me pasaba y sentía. Ahora puedo compartir todo lo que me pasa y unirme más a ellos, siempre me costó superar la separación de mis papás.

Si cambiaron, empezaron a ponerme límites a través de las pautas que les enseñó el tratamiento. Entienden lo que me pasa y se arrepienten de cosas que dijeron cuando era chica.

Mi familia estaba más pendiente de las comidas, del estado de ánimo y los cambios de humor. Reconocen mis cambios y están atentos al peso.

**Me uní más a mi hermana, sólo vivo con ella. Y con mi papá mejoré la relación a la distancia
Ahora se ocupan de mí, pero no se preocupan.**

A partir de las observaciones realizadas en la institución, el equipo de salud manifiesta que las características de las familias de las jóvenes, si bien se comprometen y participan al inicio del tratamiento, después de un tiempo, en que encuentran mejoría del familiar, esta disminuye, no en todos los casos. También refieren que hay familias muy permisivas o sobreprotectoras, que tienen dificultad en poner los límites solicitados y se dejan “sabotear” por la enfermedad. Entre otras características se encuentran aquellas familias que no quieren aceptar el diagnóstico, negando lo que les pasa.



Teniendo en cuenta estas características aportadas, es fundamental que los profesionales ayuden y acompañen a las familias a mejorar la convivencia diaria a través de límites claros, como así también la comunicación y reforzar las formas en que solucionan los problemas las jóvenes que se encuentran en tratamiento.

Se reconoce que el cuidado y la convivencia diaria con un familiar afectado por una patología alimentaria, conlleva un esfuerzo y una tensión familiar. Dicha carga debería ser compartida con los profesionales y se reconoce el derecho de la familia a ser informado de la problemática, de su alcance y posible evolución, de los tratamientos disponibles y de pautas preventivas.

Este acompañamiento de las familias, con sus dificultades y capacidades para realizarlo, es la principal fuente de apoyo social y personal que pueden disponer las personas. La familia en este tipo de problemas, es el cuidador principal y cuya atención va a determinar las condiciones y calidad de la vida del sujeto. Quedando reflejado en las expresiones de las entrevistas.

Mi familia me acompañó desde que empecé el tratamiento, en el cuidado de las pautas que le indicaban en ALDA, principalmente poniéndome límites.

Me acompaña en todo, en el cumplimiento de las pautas del tratamiento, nunca dejaron que abandonara por más que yo quisiera.

No me acompañan mucho, el principio sí, pero actualmente hago el tratamiento sólo, quiero salir adelante. Mi papá vive lejos y no participa de su tratamiento y no pregunta sobre sus avances.... Es constante sólo con mi tía que vive conmigo, para lo que necesitara estaba presente.

Me han acompañado, pero les cuesta ponerme límites. Me han apoyado mucho.

Las mejorías que van teniendo en el tratamiento van acompañadas de nuevos aprendizajes, tanto para ellas como para sus familias, como así también de nuevos conocimientos y de una nueva conciencia. Por lo tanto, estos cambios tienen que verse reflejado en la autoestima elevada, la comunicación directa y clara y enlaces abiertos y confiados con la sociedad.

La intervención con las familias, muestra la necesidad de un trabajo de acompañamiento, incorporando normas de salud, recibiendo pautas e informaciones que quizás sean nuevos para ellos, todo esto da lugar a la construcción de un proceso que es totalmente diferente a dirigirlos y decirles lo que deben hacer. Este tipo de acompañamiento queda evidenciado de esta manera.

Recibieron información y orientación para entender la enfermedad, como me tenía que poner límites y no guiarse por mi opinión sobre las pautas del tratamiento.



Entendieron que la enfermedad es muy mentirosa y lo que yo hacía era parte de mi patología.

Recibieron información y orientación, para poder entender como es la enfermedad, cuales son las pautas que te ayudan a salir, la importancia de los límites. Pero esto fue al principio del tratamiento actualmente no se hacen cargo de las pautas y controles.

Información sobre pautas y de qué manera me tenían que ayudar. Entendieron de qué se trataba mi enfermedad.

Aprendieron a ponerme límites.Cuál es la importancia de la alimentación, y que no tiene nada que ver con los problemas que puedo tener. Ya no es una opción comer en mi casa. Lo tengo que hacer siempre.

Es decir, que el objetivo que las familias conformen el proceso de recuperación de la salud, es que se involucre a las mismas, proporcionándoles información sobre la enfermedad y sobre el tratamiento, brindándoles el medio para desarrollar habilidades de manejo de la patología alimentaria y dándoles apoyo y orientación que necesitan para hacer frente a esta problemática.

Y por último, referencio la participación que tiene la familia en la incorporación de hábitos saludables y pautas de conductas ordenadas, que a partir de la realización del tratamiento de un integrante de este núcleo, existe la posibilidad de que estos hábitos se mejoren. Ya que la familia interviene en la incorporación de los mismos, como así también con el sostenimiento de pautas y límites claros y es fundamental su acompañamiento para el su logro. Esta situación queda en evidencia en las siguientes expresiones:

Han incorporado hábitos alimentarios saludables, se dan el tiempo para compartir la comida en familia. No hay tantas peleas

Han incorporado hábitos alimentarios, cocinan más sano, comen lento como lo hago yo, no picotean antes de cada comida.

También están atentos a su entorno para detectar los desórdenes alimentarios

Ahora con familia comemos todos juntos, lento, incorporamos alimentos que antes no comíamos, comen de forma más ordenada, podemos comunicarnos mejor, decir lo que nos molesta para superarlo.

Considerando las expresiones, a partir de la modificación de los hábitos alimentarios, mejoraron otros factores que están aparejados a la alimentación y al momento de encuentro familiar, que muchas veces son los momentos de alguna comida. Es decir, que pudo mejorarse la comunicación, se comparte el momento de la comida, cambió la elección por alimentos más sanos, se ordenó la alimentación.



Para finalizar con el capítulo, analizaré la categoría D, **Roles y funciones del trabajador social en grupos de autoayuda**, que nos lleva a la reflexión sobre los aspectos referidos a estrategias de intervención en salud, cuál sería la función y rol desde la profesión, referenciar experiencias similares en grupos con estas características que nos permita enriquecer los aspectos analizados en esta tesina, la formación académica que actualmente contamos, entre otros aspectos.

A partir de las entrevistas realizadas a los profesionales de trabajo social uno de los primeros interrogantes fue aquel relacionado a los grupos de autoayuda como posible estrategia de intervención en el ámbito de salud. Siendo uno de los principales ejes que motivó este trabajo de tesina. Las respuestas de las mismas fueron las siguientes:

Si claro... como una estrategia de intervención profesional en el ámbito de la salud, considero que es ideal ya que genera una gran flexibilidad y apertura a los miembros del grupo.

Para nosotros... el grupo de autoayuda es un instrumento muy importante de intervención profesional... y además, un mecanismo efectivo para recuperar la autoestima y superar ciertos miedos...

Si claro... Los grupos de autoayuda es una instancia muy válida, ya que genera recursos, derriba barreras, permite la circulación de información, genera salud a través de la comunicación, expresando lo que les pasa, supera el aislamiento.

Considero que los grupos de autoayuda en una temática como esta, las patologías alimentarias, y con una población de riesgo como lo es la adolescencia, tienen validez como estrategia en salud si tiene un acompañamiento o dirección de un profesional.

Desde las respuestas obtenidas, queda en evidencia que los grupos de autoayuda pueden ser una estrategia de intervención en el ámbito de salud, ya que se trabaja desde los propios recursos que cuenta cada sujeto, siendo un mecanismo efectivo para recuperar la autoestima, el aislamiento, formando espacios de contención y reflexión, a través de la comunicación e información fluida.

A su vez, como lo mencionaba una de las trabajadora social, este tipo de grupos, evaluando las características de los trastornos de la conducta alimentaria y por tratarse de un grupo de adolescentes, en este caso, es necesario contar con el acompañamiento y dirección de un profesional, es decir alguien referencial que orienta hacia la noción de salud a la cual trabajan como objetivo.



Justamente este trabajo se direcciona a conocer y reflexionar sobre el rol del trabajador social en los grupos de autoayuda, re pensar posibles líneas de intervención desde la perspectiva profesional, tomando como punto de partida la intención que anime al colectivo profesional a ampliar el campo de acción, considerando al sujeto social como protagonista de su propio aprendizaje, en el proceso de recuperación de la salud. Las respuestas obtenidas fueron:

Bueno el rol y la función pueden ser como facilitador en la Interacción de los miembros...Mantener el clima constructivo haciendo que cada miembro se sienta aceptado y no evaluado...

También como mediador social, capacidad de dinamismo... la capacidad de asesorar al grupo una vez que el mismo este consolidado...

El rol y la función de nuestra profesión serían desde la formación e información para que las personas se apropien de los Derechos y también tomen conciencia de las responsabilidades.

Es decir que queda reflejado, que se trabaja desde los elementos existentes que cuenta la persona, que el desempeño profesional en la atención de la salud, tendrá que ser lo más integral posible, teniendo en cuenta los aspectos sociales que actúan en la pérdida de la salud. Estos aspecto se presentan en un entramado confuso y difuso, y por este motivo es que el trabajador social no puede encerrarse en roles rígidos.

Lo que se evidencia, es que encontramos una simultaneidad de roles, entre los que destaco a partir de las respuestas obtenidas, el rol de educador, asesor y orientador, coordinador, mediador, promotor, entre otros.

Para poder intervenir, se evidencia la necesidad de partir de un posicionamiento teórico, de un modo de ver e interpretar la realidad, es decir que esta, no nos habla por sí misma, sino que nosotros la interrogamos, de acuerdo a lo que necesitamos dar respuesta.

A partir del marco teórico desarrollado desde el cual me posiciono, reflexiono que estos grupos suponen para la profesión, una estrategia de intervención centrada en el apoyo social. Teniendo como objetivo, consolidar, ampliar y complementar la red social del individuo que atraviesa alguna dificultad. Al hablar de red, hago referencia de toda la red social a las cuales un sujeto puede pertenecer, siendo una de las tareas fundamentales del trabajador social, recomponer este tejido social, trabajando fundamentalmente con el grupo familiar. Puedo sumar a esta reflexión las siguientes expresiones de las profesionales:



Generar espacios de reflexión, construcción de su poder, generación de redes sociales, fortalecerlas, ampliarlas.

La intervención se daría desde la coordinación del mismo, generando una orientación hacia el objetivo que tienen la conformación del grupo, también se interviene desde la conformación, desarrollo del grupo.

Promover que el sujeto se ponga en “movimiento” fortalecer las redes sociales y trabajar con ellas conjuntamente.

A través de las entrevistas, queda reflejado que la intervención de trabajo social a nivel grupal consiste en predisponer acciones que promuevan y eleven las conductas participativas de los integrantes de los grupos, para que sean ellos mismos los generadores de sus cambios, a nivel individual, grupal y social. Esto queda evidenciado de esta manera:

Desde el colectivo profesional, podemos desempeñarnos principalmente desde una acción transformadora que permita la inclusión, construcción de nuevas identidades, este tipo de grupo pueden generar grandes cambio en los que participan en ellos.

Nosotros podemos orientar, acompañar, mediar y principalmente ser el nexo entre la institución la familia y la sociedad.

De esta manera para dar cierre al análisis y conclusión de las entrevista considero, que el Trabajo Social en los trastornos de la conducta alimentaria, interviene en un proceso de acompañamiento, asesoramiento, orientación a los pacientes y a su entorno familiar y social, con el objeto de desarrollar capacidades y fortalecer sus redes, de tal manera que los adolescentes y jóvenes, puedan hacer frente a sus problemas y a potenciar situaciones conflictivas, incentivando el descubrimiento de sus capacidades para utilizar sus recursos personales y los que le ofrece su entorno.



CAPÍTULO VIII

PROPUESTAS

“Estamos convencidos de que el momento histórico de América latina exige de sus profesionales una seria reflexión sobre su realidad, que se transforma rápidamente, de la cual resulte su inserción en ella. Inserción que, siendo crítica, es compromiso verdadero”.

Eduardo Galeano.



PROPUESTAS.

En base al tema desarrollado en este trabajo de tesina, se ofrecen diferentes propuestas que parten desde y para el Trabajo Social, que permitan re pensar posibles líneas de intervención, en la problemática planteada.

Las propuestas se pueden formular desde un sustento teórico desarrollado durante este proceso de tesina, desde el análisis e interpretación de las entrevistas y los aportes provenientes de la observación realizada en el grupo de autoayuda y la institución. A su vez ofrezco mi desempeño en A.L.D.A., coordinando el grupo de autoayuda.

Durante las últimas décadas, el tema de las patologías alimentarias, ha ocupado un espacio en los interrogantes de las problemáticas emergentes en las sociedades urbanas. Se han convertido en una importante causa de alarma social y constituyen un grave problema de salud con severas consecuencias físicas, sociales y psicológicas.

Se propone que estas patologías sean un objetivo prioritario de las políticas públicas y de los profesionales abocados a la salud y diferentes ámbitos, con la clara finalidad de mejorar la información, la prevención y detección precoz. Para esto es necesario tomar como referencia el marco legal que actualmente protege el derecho a la salud, a través de las diferentes leyes vinculadas a la problemática.

El fin de la legislación, es ejercer un impacto sobre los determinantes de la salud mental con el fin de aumentar la salud mental positiva, reducir desigualdades, construir capital social y crear ganancia de salud. Para esto deben existir propuestas concretas de parte de todos los actores intervinientes.

Desde la práctica del trabajador social, considerándola en su complejidad, lo que lleva a incorporar y contemplar el contexto sociocultural y familiar del individuo, se propone tener en cuenta cómo impacta el contexto actual en los adolescentes y jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria.

Las siguientes propuestas se sitúan a partir de la intervención profesional, en un abordaje individual, grupal, familiar e interdisciplinario, abarcando los objetivos centrales que direccionaron este trabajo.

A su vez, se propone intervenir conjuntamente con otros profesionales, procurando la integración de los diferentes aportes y saberes, desde la interdisciplinariedad, desde un objetivo común, como así también el trabajo inter institucional, que incluya a la familia, la comunidad y el adolescente/joven como una totalidad, que desde una sola dimensión no sería posible abordar.



Por esta razón, existe la intención de generar la inquietud de repasar el sustento teórico que actualmente contamos desde la formación académica en la carrera de Trabajo Social, tomando como punto de partida la motivación que anime a los profesionales a ampliar la visión generando mayores herramientas que permitan abordar situaciones que atraviesan los adolescentes y jóvenes. Como profesionales de lo Social se requiere de una especificidad en la problemática.

A partir de lo explicitado, se requiere desarrollar en el ámbito académico universitario la formación en cuanto a la temática por lo tanto se propone:

- Materia electiva en las currículas de la carrera “Abordaje Social de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en Grupo de autoayuda”.
- Ampliar las currículas existentes vinculadas a la salud que incluya esta problemática, en conjunto con otras carreras de grado como medicina, comunicación social entre otras, a los fines de lograr un trabajo interdisciplinario.
- Estudiar estas patologías en sus aspectos biopsicosociales por medio de actividades teóricas y prácticas en instituciones vinculadas a la problemática, como centro de práctica de los Talleres de la Carrera de Trabajo Social.
- Generar instancias de prevención, detección y derivación de los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de la facultad. Alertando a las personas que padecen las patologías y a sus redes sociales acerca de estos indicios desde los consultorios de salud universitarios.
- Proporcionar información sobre donde concurrir ante la aparición de los primeros síntomas, a través de charlas informativas y de concientización en las diferentes facultades.

Por otro lado, al tratarse de adolescentes y jóvenes con patologías alimentarias en grupo de autoayuda, es necesario centrarse en los factores psicosociales de la enfermedad y fortalecer los lazos con su entorno social y comunitario a partir de las siguientes propuestas:

- Desde la intervención familiar y personal: mejorar los lazos familiares, acceso a la información, orientación y acompañamiento. A través de:
 - Entrevistas y orientación familiar periódica.
 - Coordinación de talleres y encuentros para padres y familiares.
 - Realización de un estudio de la problemática sociofamiliar que pueda contribuir a la enfermedad.
 - Reuniones periódicas de información sobre los trastornos de la conducta alimentaria.



- Relacionadas con el equilibrio personal: aumentar la autoestima y disminuir el aislamiento. Por medio de la participando en reuniones de grupo de autoayuda desde el rol de coordinador:
 - Promover actividades que faciliten el vínculo y la tarea.
 - Detectar y señalar obstáculos.
 - Crear, fomentar y mantener la comunicación ayudando al reconocimiento de objetivos comunes.

En esta línea de pensamiento, se propone desde la intervención del trabajador social en el ámbito familiar lo siguiente:

- Intervenir en el proceso de acompañamiento, asesoramiento, orientación al entorno familiar y social de los adolescentes en reconocer y asumir la enfermedad diagnosticada. A través de visitas y acompañamiento domiciliario, articular los diferentes ámbitos donde la persona está inserta.
- Orientar a las familias y actores intervinientes (escuela, comunidad y grupo de pares) a través del seguimiento continuo para operar sobre lo cotidiano, logrando la inserción social de los jóvenes. Desde la información pertinente y contención emocional durante el tratamiento del joven.

Desde el Trabajo Social, asumiendo un rol de coordinador de grupo de autoayuda, dentro de su dinámica, se propone lo siguiente:

- Fomentar que las personas presten la ayuda y el apoyo necesario.
- Promover la autonomía del grupo y su potencial.
- Lograr que cada integrante sea miembros efectivo del grupo, aprovechando lo que el grupo les da, potenciando sus habilidades y destrezas.
- Favorecer la socialización del paciente dentro de la institución para luego poder transferir las experiencias a su vida cotidiana.

Para finalizar con estas propuestas, se tiene que pensar en la prevención y la educación para la salud; como profesionales ocupamos un rol relevante en el cumplimiento de este objetivo conjuntamente con otras disciplinas. Para esto es necesaria una política pública que impulse una tarea direccionada hacia estos objetivos.

Tanto la familia, el ámbito educativo y organizaciones de la comunidad, como así también los medios de comunicación, son espacios y actores para intervenir desde la profesión. Se propone:



- Promover valores, capacidades y habilidades que permitan a los adolescentes adquirir una serie de hábitos saludables (nutrición, actividad física y actividades culturales)
- Generar espacios de difusión en medios de comunicación y redes sociales que permita acercarnos a las herramientas que utilizan habitualmente los adolescentes y jóvenes, brindando información para prevenir los comportamientos de riesgo y fomentar hábitos saludables.
- Talleres informativos y prácticos para la familia y la comunidad a través de organizaciones de base, brindando características básicas de cada patología alimentaria.
- Brindar capacitación a personal de salud y aquellos vinculados a espacios relacionados a jóvenes y adolescentes (escuelas, clubes e iglesias a modo de ejemplo)
- Campaña masiva de concientización, en cuanto a hábitos saludables, motivar a los modelos positivos y respeto por las diferencias interpersonales.
- Guía de recursos institucionales que abordan la temática; para distribución a los profesionales e instituciones relacionadas.
- Fomentar el ámbito familiar como espacio ideal para la educación en hábitos alimentarios y el lugar donde se comparte las comidas cotidianamente.



BIBLIOGRAFÍA:

- Aguirre Patricia. “Ricos flacos y gordos pobres. Alimentación en crisis” Claves para todos. 1º Edición. 2004 Capital intelectual.
- Ander-Egg, Ezequiel; "Técnicas de Investigación Social", Cap. 10, Editorial Humanitas.
- Arjona, Liliana “Nuestra experiencia en abordaje grupal de niños disfluents” Cuadernos de capacitación de la residencia interdisciplinaria de educación para la salud. Salud y población nº 65
- Barg, Liliana (organizadora) “Lo interdisciplinario en Salud Mental. Niños, adolescentes, sus familias y la comunidad” Editorial Espacio. 2006
- Berjano Peirats, Enrique “Técnicas para mediadores en la formación de grupos de autoayuda”. Universidad de Valencia.
- Carballeda, Alfredo Ministerio de Desarrollo Social. Atención a las Adicciones. “Salud Mental y Cuestión Social. Una mirada desde la intervención. La Intervención en lo Social.
- Carballeda, Alfredo: La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Ed. Paidós. Bs. As. 2007. 3ª reimpresión. Pág. 93. 2007.
- Carballeda, Alfredo Ministerio de Desarrollo Social. Atención a las Adicciones. “Salud Mental y Cuestión Social. Una mirada desde la intervención.
- Castell R. La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado. Buenos Aires. Paidós Estado y Sociedad. 1997
- Chadi, Mónica “Redes Sociales en el Trabajo Social” Editorial Espacio. 2000
- Consejo de Juventud de Aragón. España. Guía Práctica de Prevención de los Trastornos de la conducta alimentaria. Segunda Edición.
- Contreras de Wilhelm. “Trabajo Social de Grupos”. Ed. Pax. México. 1995
- De Jong, Eloísa Raquel Basso, Marisa Paira “La familia en los albores del nuevo milenio” Pág. 26 - 2001



- Documento de Cátedra .Problemática de la Familia, Niñez, Adolescencia y Ancianidad “Trastornos de la Conducta Alimentaria”2007. Universidad Nacional de Cuyo. CPyS. Lic. En Trabajo Social.
- Domenech López, Yolanda “Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social” Universidad de Alicante.
- Dr. Eduardo Garzuzi. Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios. Programa de Prevención de Patologías y Desórdenes Alimentarios “Educación para la Salud
- Federación Internacional de Trabajo Social, en su Asamblea General celebrada en Montreal, en julio del 2000.
- Federación Mundial de la Salud Mental. Citado en “La función Social de la Locura. Una mirada desde el Poder” Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Editorial Espacio.
- Fernández, F.; Turón, V. (1998) Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Masson, Madrid.
- García, Dora “El Trabajo con Grupos: aportes teóricos e instrumentales., Claudio Robles, Verónica Rojas. Editorial Espacio. 1º edición 2008.
- Gobierno de Aragón. Consejero de Educación y Cultura “Guía de Práctica de los Trastornos de la Conducta Alimentaria”
- Gobierno del Distrito Federal Lic. Lilia Mendoza Martínez Dirección General de Equidad y Desarrollo Social “Manual de Grupos de autoayuda, sugerencias para organizar, establecer y dirigir grupos de autoayuda” 1999.
- Gracia Enrique, “El apoyo social en la intervención comunitaria” 1997.
- Gual, P. (2000) ¿Anoréxica...yo? ¿anoréxica...mi hija? Descleè De Bronwer, Bilbao
- Hernández Sampieri Cap. 2. Metodología cuantitativa
- Herrera, Juan Trabajo Social con Grupos “Modelos y Ámbitos del Trabajo Social con Grupos.” Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. 2002
- Iamamoto, Marilda. O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo, Cortez, 1998
- Katz, A.: « Self-help and mutual aid: An emerging social movement? ». *Annual Review of Sociology*, 1981.



- Lagos, Guiselda Alid. Sistematización del trabajo comunitario. Artículo “Rol del Trabajador Social en el ámbito local”. Instituto Profesional Diego Portales. Concepción Chile.
- Ley Nacional n° 26.061 De Protección Integral de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Ley Nacional n° 26396 Ley de Trastornos Alimentarios, Obesidad, Bulimia y Anorexia. Cobos- Fellner- Hidalgo- Estrada
- Ley n° 12665. Ley de Talles. Senado y Cámara de Diputados de la Pcia. de Bs. As. 2.005
- Ley n° 7.634. Consultada en sitio web. [www. alda.org.ar](http://www.alda.org.ar)
- Lic. o Pérez Rodríguez, Wilfred. Trastornos de la conducta alimentaria
- Mag. García, Silvia Mónica Cátedra Problemática de la Familiar, Niñez, Adolescencia y Ancianidad. Documento de Cátedra La Adolescencia como construcción social. 2009 Universidad Nacional de Cuyo.
- Malvarez, Silvia Salud Mental y Fin de Siglo “Construyendo un nuevo paradigma en Salud Mental” Aportes para el análisis estratégico. 1996
- Mandrangón Lasagabaster, Jasone Diplomada en Trabajo Social, Personal Laboral. Asistente Social. “El Trabajador Social como miembro de un equipo interdisciplinar” 2008. Galicia.
- Manteiga, María Isabel. Apunte sobre Conceptualización de la práctica. Base de Cortajarena y Las Heras. Contenido bibliográfica de Cátedra Taller V “Prácticas Profesionales y Supervisión Docente” Lic. En Trabajo Social. FCPYS. UNC.
- Manual Diagnóstico y Estadístico, versión IV.
- Martínez B. Altamirano. Martha, “Alteraciones de la Conducta Alimentaria y/o Conductas Alimentaria de Riesgo en adolescentes de secundario de Guadalajara-Zapopan”- Departamento de Reproducción Humana, crecimiento y Desarrollo Infantil.
- Matus Sepúlveda, Teresa. Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. Buenos Aires, Espacio, 1.999
- Mendicoa, Gloria E., Sobre Tesis y Tesistas. Lecciones de enseñanza-aprendizaje. ed. Espacio, 2003, 116.
- Ministerio de Salud y Ambiente- Presidencia de la Nación, “Propuestas para una Política en Salud Mental” Año 2004.



- Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Dr. Gustavo A. Girard. “Atención integral de adolescentes y jóvenes” Una propuesta con énfasis en la Atención Primaria de la Salud.
- Mondaca, Margarita. Terapeuta Ocupacional CINTRAS. “Lo colectivo en la reconstrucción de lo humanos: Grupos de autoayuda.” Chile.
- Narváez R., “Interdisciplina y práctica profesional”, 43, Ed. Puma, Bs.As, octubre, 1997.- Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.
- OMS. OPS. Dr. Hugo Cohen. “Salud Mental y Derechos Humanos” Vigencia de los estándares internacionales. 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva n° 311
- Parola, Ruth “Algunas consideraciones teóricas acerca de un perfil de prácticas pre-profesionales” Ponencia presentada al XVII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social; Lima, Perú. 2001.
- Pastorini Alejandra “La Cuestión Social y sus alteraciones en la contemporaneidad.
- Pichón Riviere, E. y Quiroga, A. “Aprendizaje del rol observador de grupos”. Ediciones Cinco. Buenos Aires, s/f.
- Pizarro Rivera Jorge, “Políticas de estado para la adolescencia y el enfoque de los derechos” Publicación de la Dirección de Cultura y Educación de la Pcia de Bs. As. 2005. Versión digital del artículo publicado.
- Reguillo Cruz, Rosana “Emergencia de culturas juveniles. Estrategias de desencanto. Norma. Bogotá. Columbia. 2.000.
- Rozas Pagaza, Margarita. “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Buenos Aires, Espacio Editorial, 1998
- Sánchez y Marino “Trabajo Social Hospitalario”, Revista de Servicios Sociales y Política Social
- Satir, Virginia: Relaciones humanas en el núcleo familiar. Ed. Pax Méjico. s/f. “La autoestima en la familia”
- Santoni, Mariana Dra. Graciela Battistella “Lo Interdisciplinario en Salud Mental” Cultura digital: nuevas formas de lazo social entre adolescentes. Editorial Espacio. 2006
- Solum Dona Burak. “Adolescencia y juventud en América Latina” Cap. I Adolescencia y juventud: viejos y nuevos desafíos en los albores del nuevo milenio.



- Taylor, S. J. y Bogdan, R. Introducción a los datos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Ed. Paidós. 1.986, Pág. 20.
- Tschorne, P. “Dinámica de Grupo en Trabajo Social, Atención primaria y Salud Comunitaria” Editorial Amaru. Salamanca. 1997
- Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Cuadernillo de Ingreso- Trabajo Social. Editorial Facultad de Ciencias Políticas y Sociales 2000 Pág. 85



ANEXOS



ENTREVISTAS.

A continuación se expondrán las entrevistas realizadas a los distintos actores de la investigación, jóvenes y adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria que actualmente están realizando un tratamiento en grupos de autoayuda, a fin de que se pueda visualizar de una forma más completa las experiencias recogidas durante el proceso de investigación.

CATEGORÍAS	ENTREVISTA 1
<p>A-Trayectoria de adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación de Trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>Preguntas:</p> <p>1-¿Cómo llegaste a la Institución ALDA y qué patología de diagnosticaron?</p> <p>2-¿Quién tomó la decisión de realizar un tratamiento?</p> <p>3-¿Qué los motiva a mantener el tratamiento y lograr su mejoría?</p> <p>4-¿Cómo inicias tu enfermedad y qué factores reconoces que incidieron en esta patología?</p> <p>5-¿Qué consecuencias ha provocado los trastornos de la conducta alimentaria en tus actividades familiares y sociales?</p> <p>6-¿Qué aspectos conductuales y sociales has mejorado en el proceso de recuperación?</p>	<p>1- Una amiga me sugirió hacer el tratamiento... me veía mal y el diagnóstico fue bulimarexia.</p> <p>2-...“Yo tomé la decisión de hacer el tratamiento”... ... “mi familia pensaba que no era para tanto”. Siempre quise hacer un tratamiento cuando pedí ayuda, estaba en un período de mi enfermedad de bulimia, “porque sentía un descontrol en mi vida”, pero cuando atravesaba un período de anorexia no lo veía como una patología, tenía todo controlado, “eso me hacía sentir bien, no desbordarme con la comida y con todo lo que hacía”...</p> <p>3- Estar “harta” de estar enferma, también por los demás, mi novio, mi familia, mis amigos... Quiero tener una vida “más normal”. Creo que es posible.</p> <p>4- Recuerdo iniciar esta enfermedad cuando tenía 12 años, al principio tuve trastornos por atracón, comía mucho. Los factores que reconozco...”es mi baja autoestima”... me importaba mucho lo que pensaban los demás. ...No recuerdo si situaciones familiares me afectaron.</p>



	<p>5-Las consecuencias de mi enfermedad fueron... “el aislamiento, perdí dos años de colegio secundario porque me costaba que la “miraran”</p> <p>Las actividades familiares las deje de hacer... “mi familia no me ponía límites”... y si lo llegaba a hacer me alteraba más.</p> <p>... Tampoco salía con amigos.</p> <p>“Nunca me obligaron a realizar actividades sociales ni educativas”</p> <p>...Hablaban siempre sobre el cuerpo, como me encontraba físicamente.</p> <p>6- “Tengo una vida social normal”... recuperé las relaciones familiares y sociales, ...ahora puedo ir a casamientos, cumpleaños, salidas con mis amigos.</p> <p>En estas salidas puedo alimentarme normalmente...”lo que me permite compartir estos momentos, porque todos comen”.</p> <p>A veces me cuesta, pero no lo dejo de hacer. Disfruto más el momento, puedo salirme de mi misma, participar de las conversaciones, “no como antes”.</p>
<p>B- Contención y Apoyo Social en Grupo de Autoayuda</p> <p>1-¿Qué importancia tiene el grupo de autoayuda en tu proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>2-¿Consideras que tus problemas y dificultades son similares a los demás integrantes del grupo? ¿Qué características tenés en común?</p> <p>3- ¿Consideras que el grupo de autoayuda facilita la recuperación de la salud? ¿De qué manera?</p> <p>4-¿Qué herramientas y valores te brinda el grupo de autoayuda para superar dicha patología?</p>	<p>1-Es uno de los aspectos más importantes, “poder hablar todos los días”... ...Tiene muchas herramientas. El grupo se da cuenta de lo que te pasa. Si sólo fuera terapia psicológica, no tendrías apoyo todos los días. “Te enseña”.</p> <p>2- ...Me siento identificada en los síntomas de la patología alimentaria, “miedo a crecer”, el otro puede hacer cosas por vos. ...“Te ayuda a escuchar al otro.”</p> <p>3- Si te facilita la recuperación,” sin el grupo creo que todo podría ser más difícil”.... Sentirte acompañado, “que te entiendan porque pasan por lo mismo”. Siempre te aconsejan en función de la salud.</p>



<p>5-¿Pertener a un grupo de autoayuda te permite ampliar tus redes sociales? ¿Cuáles y por qué?</p>	<p>4- Bueno...Te brinda muchas herramientas para superar la patología,... “te ayuda a enfrentar situaciones con la comida y el cuerpo”... ...”Aprendes a pedir ayuda, es algo muy propio de estas enfermedades que no te animas a hacerlo”. ...Y como valores... te ayuda a reorganizar la escala de valores, a escuchar otras historias de vida. ...El valor más importante es la “honestidad”, siempre me costó ser honesta. “Salir de mi misma”... No ser egoísta. ...“Y la Solidaridad”. 5-Si me ayudó a ampliar las redes sociales, “he conocido más gente”... “el grupo me incluye en la red social de sus amigos”... Me abrí a las personas de mi trabajo. Puedo hacer otras actividades. Porque es algo difícil de estas patologías integrarse y relacionarse socialmente. Es una forma de ayudar.</p>
<p>C- Lazos sociales y familiares fomentados desde la participación en grupos de autoayuda</p> <p>1-¿Qué participación tuvo tu familia en la detección del problema y búsqueda de posibles soluciones?</p> <p>2-¿Cuáles fueron los cambios producidos al interior de la familia a partir de esta problemática?</p> <p>3-¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia?</p> <p>4-¿Qué información y orientación recibieron de los profesionales para participar en el proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>5-¿Qué participación tiene la familia en la incorporación de hábitos saludables y pautas de conductas ordenadas?</p>	<p>1-Siempre buscó salir de la enfermedad, más que mi familia. Mi hermano pensaba que era un capricho. Hice muchos tratamientos, al principio mi familiar buscó muchas soluciones y después se cansaron que no me mejorara. 2- La más afectada fu mi mamá, fu la más manipulada por los pensamientos o síntomas de la enfermedad. Se alteró toda mi familia, no podía hacer una vida social normal porque les exigía que se quedaran conmigo. Dejaron de comer todos juntos, porque había muchas discusiones de mi parte por la comida. No salíamos juntos. Pasé a tener más autoridad que mis papás y no era el lugar que me correspondía. No me ponían límites. Ahora se ocupan de mí, pero no se preocupan.</p>



	<p>3- Me han acompañado, pero les cuesta ponerme límites. Me han apoyado mucho.</p> <p>4- Mi familia buscó información por cuenta propia, pero cuando ingresé a ALDA recibió mucha información y orientación, para entender lo que me pasa, aprendieron mucho.</p> <p>5- Reforzaron el “hábito de comer juntos en familia”. Comemos todos, la misma comida, no como antes que siempre comía distinto a los demás.</p> <p>Hay mayor comunicación, genero estos a través de las herramientas que me han brindado el grupo de autoayuda.</p>
--	---

CATEGORÍAS	ENTREVISTA 2
<p>A-Trayectoria de adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación de Trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>Preguntas:</p> <p>1-¿Cómo llegaste a la Institución ALDA y qué patología de diagnosticaron?</p> <p>2-¿Quién tomó la decisión de realizar un tratamiento?</p> <p>3-¿Qué los motiva a mantener el tratamiento y lograr su mejoría?</p> <p>4-¿Cómo inicias tu enfermedad y qué factores reconoces que incidieron en esta patología?</p> <p>5-¿Qué consecuencias ha provocado los trastornos de la conducta alimentaria en tus actividades familiares y sociales?</p> <p>6-¿Qué aspectos conductuales y sociales has mejorado en el proceso de recuperación?</p>	<p>1-Llegé a la Institución a través de un familiar y me diagnosticaron Anorexia Nerviosa Purgativa.</p> <p>2- Mi familia decidió que hiciera un tratamiento, no me daba cuenta que estaba mal. Anteriormente hice un tratamiento con una psicóloga pero no me mejoré. Hablaba de problemas, “pero no los relacionados con la enfermedad”...</p> <p>3- Cuando empecé el tratamiento tuve la motivación, de poder terminar el colegio, al principio no quería estar en tratamiento. Después me empezó a interesar cuando empecé a notar mis avances, el poder ayudar a mis compañeras. Esto me ayudó a empezar en la Facultad. “Hoy lo hago para estar bien, quiero seguir avanzando”...</p> <p>4- Cuando era más chica tenía sobrepeso, me decían cosas sobre mi cuerpo. Mi mamá se fijaba mucho en el cuerpo...</p>



	<p>...“Un día me cansé de los comentarios y me empezó a afectar mucho más”.</p> <p>También se separaron mis papás y eso me hizo sentir mal, no sabía cómo actuar frente a un problema.</p> <p>...“Así inicié mi enfermedad a los 14 años”.</p> <p>5-En todo tuve consecuencias...</p> <p>...Muchas peleas con mi familia, me afectó mucho ver llorar a mi familia por mi enfermedad y... “en ese momento no me importaba”.</p> <p>Dejó de hacer todo tipo de actividades sociales recreativas,” no salía más con mis amigas”... sólo iba al colegio, me exigía mucho con el estudio.</p> <p>6-... “En todo sentido he mejorado, la enfermedad en cierto sentido fue buena, me ayudó a madurar.</p> <p>“Valoro mi familia, aunque mis papás estén separados”....</p> <p>Cambié en respetar los límites, antes no lo hacía, y me llevaba a muchas peleas con mis papás.</p> <p>“Socialmente me desenvuelvo mejor, tengo más amigos, confié en ellos, les cuento mis casas”... tengo más apertura.</p> <p>...“Me siento capaz, me quiero más”.</p>
<p>B- Contención y Apoyo Social en Grupo de Autoayuda</p> <p>1-¿Qué importancia tiene el grupo de autoayuda en tu proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>2-¿Consideras que tus problemas y dificultades son similares a los demás integrantes del grupo? ¿Qué características tenés en común?</p> <p>3- ¿Consideras que el grupo de autoayuda facilita la recuperación de la salud? ¿De qué manera?</p>	<p>1-Desde el principio el grupo me ayudó mucho, no tanto fuera del horario del hospital de día.</p> <p>Es una contención muy importante, tomo muy en cuenta los consejos que me dan. Sin el grupo no creo que me hubiera recuperado, hice un tratamiento anteriormente sin grupo y no pude salir adelante.</p> <p>2-Si son similares, los problemas con la comida, la hiperactividad, todos los síntomas, las peleas con la familia.</p>



<p>4-¿Qué herramientas y valores te brinda el grupo de autoayuda para superar dicha patología? 5-¿Pertener a un grupo de autoayuda te permite ampliar tus redes sociales? ¿Cuáles y por qué?</p>	<p>3- Si facilita la recuperación, principalmente a través de la honestidad, superando síntomas con consejos prácticos. El grupo tiene mucha cercanía con tu familia y tu grupo de amigos. Te ayuda a despojarte de la enfermedad y descubre cuales son tus trampas.</p> <p>4- Hoy me da herramientas sobre la seguridad personal para mis obsesiones con otros aspectos no tan relacionados con la comida y el cuerpo. Te pone límites.</p> <p>Como valores destaco la honestidad, responsabilidad, puntualidad, compañerismo, solidaridad. Te dan ganas de ayudar a los demás.</p> <p>5- Si me ayudó a ampliar mis redes sociales, me ayudó a comprender a los demás y de eso manera mejoré mis relaciones y ayudarlos.</p> <p>El grupo me refuerza mi seguridad.</p>
<p>C- Lazos sociales y familiares fomentados desde la participación en grupos de autoayuda</p> <p>1-¿Qué participación tuvo tu familia en la detección del problema y búsqueda de posibles soluciones? 2-¿Cuáles fueron los cambios producidos al interior de la familia a partir de esta problemática? 3-¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia? 4-¿Qué información y orientación recibieron de los profesionales para participar en el proceso de recuperación de su familiar? 5-¿Qué participación tiene la familia en la incorporación de hábitos saludables y pautas de conductas ordenadas?</p>	<p>1-Mi familia participó mucho, todos se dieron cuenta de sus actitudes, sus síntomas, de esta manera llamaba la atención de ellos. Hizo un tratamiento en Chile, porque vivía ahí, era ambulatorio, no tenía grupo de autoayuda, pero no pude mejorarme.</p> <p>2- Cambiaron para mejor, maduró mi familia y maduré yo. Era una familia enferma y no podía expresar lo que me pasaba y sentía. Ahora puedo compartir todo lo que me pasa y unirme más a ellos, siempre me costó superar la separación de mis papás.</p> <p>3-Mi familia me acompañó desde que empecé el tratamiento, en el cuidado de las pautas que le indicaban en ALDA, principalmente poniéndome límites.</p> <p>4-Recibieron información y orientación para entender la enfermedad, como me tenía que poner límites y no guiarse por mi opinión sobre las pautas del tratamiento.</p>



	<p>Entendieron que la enfermedad es muy mentirosa y lo que yo hacía era parte de mi patología.</p> <p>5-Han incorporado hábitos alimentarios saludables, se dan el tiempo para compartir la comida en familia. No hay tantas peleas.</p>
--	--

CATEGORÍAS	ENTREVISTA 3
<p>A-Trayectoria de adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación de Trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>Preguntas:</p> <p>1-¿Cómo llegaste a la Institución ALDA y qué patología de diagnosticaron?</p> <p>2-¿Quién tomó la decisión de realizar un tratamiento?</p> <p>3-¿Qué los motiva a mantener el tratamiento y lograr su mejoría?</p> <p>4-¿Cómo inicias tu enfermedad y qué factores reconoces que incidieron en esta patología?</p> <p>5-¿Qué consecuencias ha provocado los trastornos de la conducta alimentaria en tus actividades familiares y sociales?</p> <p>6-¿Qué aspectos conductuales y sociales has mejorado en el proceso de recuperación?</p>	<p>1-Llegué al tratamiento por una derivación de una psicóloga que me estaba atendiendo,...en un tratamiento ambulatorio de sólo profesionales, “no había grupo como en ALDA”...</p> <p>“El diagnóstico que me dan en la entrevista que hice de admisión fue Bulimarexia.”</p> <p>2- “Mi familia”... a partir que la psicóloga me deriva por un trastorno alimentario.</p> <p>3- “La motivación soy yo” ... Quiero estar bien. “Quiero devolverle a mi familia todo lo que hizo por mí.” Me ayudó mucho por ellos hoy estoy bien...</p> <p>4-Me afectaron los comentarios que me hacían mis familiares sobre el cuerpo...“me decían que era gordita”... y esto me llevaba a pensar que “no me querían y aceptaban”. Eso fue desde chica, me comparaba con mis hermanos,... “siempre era menos que ellos”. Me enfermé a los 17 años.</p> <p>5- Las consecuencias... “no quería salir, no tenía ganas de hacer cosas”. ...Llevaba mi comida a las salidas con amigos, comía siempre diferente. ...Los terminé perdiendo a mi grupo de amigos, ellos se cansaron de que siempre decía que no a las salidas, “ponía muchas excusas”.</p>



	<p>“Mi familia no se daba cuenta que estaba enferma” hasta que se lo dijeron, “no lo podían creer”... mi carácter y mis relaciones sociales cambiaron.</p> <p>6- Pude...recuperar mis amigos, las salidas con ellos,...” hoy no hay excusas”... “ya no es algo que me de miedo”.</p> <p>También recuperaré la relación con mi familia, “mi carácter cambió estoy más tranquila”....</p> <p>Me puedo arreglar para salir, antes no lo podía hacer porque me sentía mal con mi cuerpo.</p> <p>Puedo... “dar mi testimonio”... a la comunidad, en escuelas para que les sirva a las personas que están pasando por esto o conocen a alguien y lo puedan ayudar.</p>
<p>B- Contención y Apoyo Social en Grupo de Autoayuda</p> <p>1-¿Qué importancia tiene el grupo de autoayuda en tu proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>2-¿Consideras que tus problemas y dificultades son similares a los demás integrantes del grupo? ¿Qué características tenés en común?</p> <p>3- ¿Consideras que el grupo de autoayuda facilita la recuperación de la salud? ¿De qué manera?</p> <p>4-¿Qué herramientas y valores te brinda el grupo de autoayuda para superar dicha patología?</p> <p>5-¿Pertener a un grupo de autoayuda te permite ampliar tus redes sociales? ¿Cuáles y por qué?</p>	<p>1-Es importante, pero no siempre constante en su ayuda. Uno cuando está mal le cuesta ver la ayuda. El grupo te marca lo que tenés que ir mejorando y te aconseja.</p> <p>2- Si son similares, te escucha y te aconseja, sobre la comida, el cuerpo, sobre los síntomas de la enfermedad, con situaciones familiares.</p> <p>3- Si me ayuda a recuperarme, no me dejó que abandonara el tratamiento, me llaman, me aconsejan. Realizamos distintas actividades juntas, como las comidas y actividades recreativas. Te ayuda a asumir la enfermedad porque te das cuenta que a muchos les pasa lo mismo y todas esas cosas se tratan de una enfermedad.</p> <p>4- Como herramienta te brinda la posibilidad de pedir ayuda, te das cuenta que no estás sólo, te dan consejos prácticos para superar los síntomas de la enfermedad. Y los valores... compartir, escuchar, acompañar, te brinda afecto y cariño.</p> <p>5- Si, pude ampliar mis amistades y retomar las que ya tenía que estaba alejada. Y también reforcé la relación familiar.</p>



<p>C- Lazos sociales y familiares fomentados desde la participación en grupos de autoayuda</p> <p>1-¿Qué participación tuvo tu familia en la detección del problema y búsqueda de posibles soluciones?</p> <p>2-¿Cuáles fueron los cambios producidos al interior de la familia a partir de esta problemática?</p> <p>3-¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia?</p> <p>4-¿Qué información y orientación recibieron de los profesionales para participar en el proceso de recuperación de su familiar?</p> <p>5-¿Qué participación tiene la familia en la incorporación de hábitos saludables y pautas de conductas ordenadas?</p>	<p>1-No se dieron cuenta de lo que me pasaba, cuando la psicóloga me derivó ahí “cayeron”, y le recomendaron este tratamiento y me llevaron. Yo tampoco asumía lo que me estaba pasando.</p> <p>2-Si cambiaron, empezaron a ponerme límites a través de las pautas que les enseñó el tratamiento. Entienden lo que me pasa y se arrepienten de cosas que dijeron cuando era chica.</p> <p>3-Me acompaña en todo, en el cumplimiento de las pautas del tratamiento, nunca dejaron que abandonara por más que yo quisiera.</p> <p>4-Recibieron información y orientación, estaban muy perdidos cuando empecé. Aprendieron a ponerme límites.Cuál es la importancia de la alimentación, y que no tiene nada que ver con los problemas que puedo tener. Ya no es una opción comer en mi casa. Lo tengo que hacer siempre.</p> <p>5-Ahora mi familia comemos todos juntos, lento, incorporamos alimentos que antes no comíamos, comen de forma más ordenada, podemos comunicarnos mejor, decir lo que nos molesta para superarlo.</p>
--	--

CATEGORIAS	ENTREVISTA 4
<p>A-Trayectoria de adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación de Trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>Preguntas:</p> <p>1-¿Cómo llegaste a la Institución ALDA y qué patología de diagnosticaron?</p> <p>2-¿Quién tomó la decisión de realizar un tratamiento?</p> <p>3-¿Qué los motiva a mantener el tratamiento y lograr su mejoría?</p> <p>4-¿Cómo inicias tu enfermedad y qué factores reconoces que incidieron en esta patología?</p>	<p>1-Llegué al tratamiento... “A través de mis amigos que hablaron con mi papá”... ... Me sentí muy mal cuando me enteré que mis amigas hicieron eso... “Hoy se los agradezco” Conocía la Institución porque está en San Rafael y vivía ahí...“es muy conocida en el sur”. El diagnóstico que me dieron fue Desorden Alimentario con rasgo de Anorexia Nerviosa.</p>



<p>5-¿Qué consecuencias ha provocado los trastornos de la conducta alimentaria en tus actividades familiares y sociales?</p> <p>6-¿Qué aspectos conductuales y sociales has mejorado en el proceso de recuperación?</p>	<p>2- Mi papá tomó la decisión de iniciar un tratamiento pero yo también estaba dispuesta a hacerlo. Mi patología no estaba tan avanzada por tratarse sólo de un desorden alimentario.</p> <p>3-...“Me motivó darme cuenta que estaba mejor, que podía ir avanzando y en esto me ayudó principalmente el grupo de autoayuda y la terapia psicológica”. ...“Pude dejar de pensar que el cuerpo y la comida como lo más importante”</p> <p>4- “Fue terrible la enfermedad”... ...Lo peor es la “exigencia” que tenía en todos los ámbitos de mi vida,... “no poder comunicar mis sentimientos y mis problemas, los volcaba al cuerpo y la comida”. ...“Es más fácil pensar en esas cosas”...Practico deporte y en ese momento estaba en un seleccionado argentino y es muy exigente, me costaba más asumir que me pasaba algo, “que me estaba enfermando”. También los problemas familiares,... “no los podía ver porque no me gustaba enfrentar situaciones de mi casa.” “Siempre me escapaba, haciendo un montón de actividades”... “Empecé mi enfermedad cuando terminé el secundario”.</p> <p>5-...Principalmente “el aislamiento, los cambios de humor”... ...“no comía en las salidas que tenía con mis amigas o en mi casa con mi familia”, ... no disfrutaba de las salidas, tuve un alejamiento familiar muy grande,... ... “dejé de compartir todo situación que hubiera comida de por medio”.</p>
---	--



	<p>6-He podido mejorar muchos aspectos... “como juntarme con mis amigos y reuniones sociales”.... “Alimentarme correctamente y poder hacerlo acompañada” ... poder expresarme y comunicarme. Poder disfrutar sin relacionar la comida con la situación. No afectarme el cuerpo... “poder aceptarme como soy”.</p>
<p>B- Contención y Apoyo Social en Grupo de Autoayuda</p> <p>1-¿Qué importancia tiene el grupo de autoayuda en tu proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>2-¿Consideras que tus problemas y dificultades son similares a los demás integrantes del grupo? ¿Qué características tenés en común?</p> <p>3- ¿Consideras que el grupo de autoayuda facilita la recuperación de la salud? ¿De qué manera?</p> <p>4-¿Qué herramientas y valores te brinda el grupo de autoayuda para superar dicha patología?</p> <p>5-¿Pertener a un grupo de autoayuda te permite ampliar tus redes sociales? ¿Cuáles y por qué?</p>	<p>1- Fue uno de los palares para poder recuperarme, es muy importante.</p> <p>2-Si son similares, síntomas de la enfermedad, formas de actuar, personalidades similares, pensamientos y sentimientos.2-Si son similares, síntomas de la enfermedad, formas de actuar, personalidades similares, pensamientos y sentimientos.</p> <p>3-Me ayuda a ser constante, pensar en el otro. Herramientas prácticas para mejorar síntomas, como la hiperactividad, con la ropa, el apoyo fuera de acá. El grupo se da cuenta de cosas que en una terapia no salen, porque no se ven.</p> <p>4- Los valores que me brindó el grupo o mejor decir que me ayudó a reforzarlos y compartirlos, fue el respeto, honestidad, tolerancia, comprensión, constancia. Como herramientas me ayudó a darme cuenta de lo que me pasaba y que sola no podía. Aprendí a pedir ayuda. “ALDA me cambió la vida”, hay cosas para cambiar y mejorar del grupo, el compromiso por ejemplo.</p> <p>5- Si totalmente, antes tenía un solo grupo, ahora pude abrirme a otras personas.</p>
<p>C- Lazos sociales y familiares fomentados desde la participación en grupos de autoayuda</p> <p>1-¿Qué participación tuvo tu familia en la detección del problema y búsqueda de posibles soluciones?</p>	<p>1-Al principio del tratamiento participaron, busqué las soluciones acompañada. Después no estuvo, nunca tuve muy buena relación, no les permitía que participaran.</p>



<p>2-¿Cuáles fueron los cambios producidos al interior de la familia a partir de esta problemática? 3-¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia? 4-¿Qué información y orientación recibieron de los profesionales para participar en el proceso de recuperación de su familiar? 5-¿Qué participación tiene la familia en la incorporación de hábitos saludables y pautas de conductas ordenadas?</p>	<p>2-Mi familia estaba más pendiente de las comidas, del estado de ánimo y los cambios de humor. Reconocen mis cambios y están atentos al peso. 3-Es constantes sólo con su tía que vive conmigo, para lo que necesitara estaba presente. 4- Información sobre pautas y de qué manera me tenían que ayudar. Entendieron de qué se trataba mi enfermedad. 5-Han incorporado hábitos alimentarios, cocinan más sano, comen lento como lo hago yo, no picotean antes de cada comida. También están atentos a su entorno para detectar los desórdenes alimentarios</p>
---	---

CATEGORÍAS	ENTREVISTA 5
<p>A-Trayectoria de adolescentes y jóvenes en proceso de recuperación de Trastornos de la conducta alimentaria</p> <p>Preguntas: 1-¿Cómo llegaste a la Institución ALDA y qué patología de diagnosticaron? 2-¿Quién tomó la decisión de realizar un tratamiento? 3-¿Qué los motiva a mantener el tratamiento y lograr su mejoría? 4-¿Cómo inicias tu enfermedad y qué factores reconoces que incidieron en esta patología? 5-¿Qué consecuencias ha provocado los trastornos de la conducta alimentaria en tus actividades familiares y sociales? 6-¿Qué aspectos conductuales y sociales has mejorado en el proceso de recuperación?</p>	<p>1-Mi terapeuta me derivó, hacía un tratamiento psicológico, “estaba muy mal anímicamente y físicamente”... Mi diagnóstico fue bulimarexia. ... “Entré contenta porque estaba más contenida” En mi casa estaba mucho tiempo sola.</p> <p>2- Bueno... “mi papá y la psicóloga”... fueron los que tomaron la decisión de iniciar un tratamiento específico de desórdenes alimentarios,... “lo que hacía antes me ayudaba pero no en este tema, por eso no avanzaba y cada vez estaba peor”...</p> <p>3- Muchas cosas... “Me motiva querer estar bien, quiero tener salud”... ... “Me da miedo volver a caer en lo mismo. No me quiero volver a sentirme sola”. ...Por esto quiero avanzar, seguir adelante hasta que me den el alta.</p>



	<p>4- Lo que más me afectó fueron... “peleas en mi casa, que mis papás se separaran”, ... me costó superar que no estuvieran más juntos... ...los comentarios de afuera sobre mi persona, “los tomaba muy en cuenta para todo lo que hacía”. “Mi vulnerabilidad y sensibilidad” Creo que esto siempre puede estar presente. “Siempre comí mal así lo hacían en mi casa”... Eso llevó a que nadie me dijera que estaba mal con la comida Inicio mi enfermedad a los 17 años.</p> <p>5-Fue terrible mi enfermedad... “perdí muchas cosas y no me daba cuenta”. “Exigencias con el estudio”,... “siempre estaba triste y enojada”,... lo que me llevo a aislarme de mis amigos. Extrañaba mucho a mi papá porque vive en Bs. As y por eso no me alimentaba bien, “no comía nada”... .No tenía ganas de salir, “me sentía fea”. ...Me sentía distante y fría con mis amigos. “sufrí mucho con todo lo que me pasaba, nadie le pasaba lo mismo que a mí”... Mucha soledad</p> <p>6-He superado muchas cosas, “he recuperado gran parte de la salud” ...“hoy puedo hablar, decir lo que me molesta”... puedo expresarme especialmente con mi papá. Puedo tener una relación, estoy de novia... Puedo compartir todas las comidas y comer de todo. Antes me arreglaba pensando en los demás, ahora lo hago para mí,.. “para sentirse bien.” ...Siempre tuve autoestima baja, pero ahora logro verme bien. Y quiero sostener todo lo que aprendí... “no es algo del momento”...</p>
--	---



<p>B- Contención y Apoyo Social en Grupo de Autoayuda</p> <p>1-¿Qué importancia tiene el grupo de autoayuda en tu proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>2-¿Consideras que tus problemas y dificultades son similares a los demás integrantes del grupo? ¿Qué características tenés en común?</p> <p>3- ¿Consideras que el grupo de autoayuda facilita la recuperación de la salud? ¿De qué manera?</p> <p>4-¿Qué herramientas y valores te brinda el grupo de autoayuda para superar dicha patología?</p> <p>5-¿Pertener a un grupo de autoayuda te permite ampliar tus redes sociales? ¿Cuáles y por qué?</p>	<p>1-Es importante, te da el empujón para salir adelante, te sentís apoyada, te comprenden, les pasa lo mismo que a vos, ves que el resto del grupo va saliendo adelante, “si pude ella, yo también puedo.”</p> <p>2-Si son similares, la sensibilidad, todos tienen algún problema familiar, las dietas que realiza tu entorno, molestias con el cuerpo. Ganas de no comer, en función de cada patología. Autoestima baja, inseguridades.</p> <p>3- Si facilita la recuperación, ya que te habla, te aconseja desde la salud, te ayuda a trabajar tu seguridad, a quererte vos misma.</p> <p>4- ... Como herramientas te aporta a aprender a salir de uno mismo para ayudar al otro a través de consejos y límites claros. A valorarte, a darte cuenta que uno no es un cuerpo sino un todo. Te ayuda a separar las emociones del cuerpo y la comida. A pedir ayuda y aceptar la realidad. “Que no todo tiene que ser perfecto”.</p> <p>Y como valores, a valorar lo que uno tienen, la solidaridad, honestidad, el respeto.</p> <p>5-Si se ampliaron, amigos, grupo de compañeras del tratamiento, mejoré la relación con mi familia y me relaciono más con ello. Pienso que esto lo pude hacer porque el grupo de refuerza que es muy importantes tus vínculos, que tenés que pedir ayuda y para eso es necesario tener vínculos fuertes.</p>
<p>C- Lazos sociales y familiares fomentados desde la participación en grupos de autoayuda</p> <p>1-¿Qué participación tuvo tu familia en la detección del problema y búsqueda de posibles soluciones?</p> <p>2-¿Cuáles fueron los cambios producidos al interior de la familia a partir de esta problemática?</p>	<p>1-Mi hermana fue la que se dio cuenta que algo me pasaba y mi papá buscó ayuda y soluciones. Lo que más ayudó fue la derivación de la psicóloga.</p> <p>2- Me uní más a mi hermana, sólo vivo con ella. Y con mi papá mejoré la relación a la distancia.</p>



<p>3-¿Cómo es el proceso de acompañamiento de la familia? 4-¿Qué información y orientación recibieron de los profesionales para participar en el proceso de recuperación de su familiar? 5-¿Qué participación tiene la familia en la incorporación de hábitos saludables y pautas de conductas ordenadas?</p>	<p>3- No me acompañan mucho, el principio sí pero actualmente hago el tratamiento sólo, quiero salir adelante. Mi papá vive lejos y no participa de su tratamiento y no pregunta sobre sus avances. 4-Recibieron información y orientación, para poder entender como es la enfermedad, cuales son las pautas que te ayudan a salir, la importancia de los límites. Pero esto fue al principio del tratamiento actualmente no se hacen cargo de las pautas y controles. 5- No han incorporado hábitos saludables.</p>
--	--

De acuerdo a la categoría D que trata sobre Roles y Funciones del Trabajo Social en Grupos de Autoayuda, las preguntas desarrolladas fueron:

CATEGORÍAS	ENTREVISTA 1- Lic. En Trabajo Social Ivana Macho Mat: 1584
<p>D- Roles y funciones del Trabajador Social en grupos de autoayuda</p> <p>1. ¿Considera los grupos de autoayuda como una posible estrategia de intervención profesional en problemáticas de salud? ¿De qué manera?</p> <p>2. Si se considerara al sujeto social como protagonista de su propio aprendizaje, en el proceso de recuperación de la salud, ¿Cómo sería el rol y función del Trabajador Social en este proceso?</p> <p>3. ¿Tiene conocimiento de alguna experiencia en el ámbito de salud en relación a los grupos de autoayuda? ¿Qué valoración tiene de la misma?</p>	<p>1-... Si claro... como una estrategia de intervención profesional en el ámbito de la salud, considero... que es ideal ya que genera una gran flexibilidad y apertura a los miembros del grupo. Para nosotros... el grupo de autoayuda es un instrumento muy importante de intervención profesional... y además, un mecanismo efectivo para recuperar la autoestima y superar ciertos miedos... ...Es muy útil... para trabajar el tema de la identidad por ejemplo, y esto será en función del grado de compromiso y competencia que tenga cada profesional para analizar sus prácticas e intervenciones...</p> <p>2-Bueno el rol y la función pueden ser como facilitador en la Interacción de los miembros... ...Mantener el clima constructivo haciendo que cada miembro se sienta aceptado y no evaluado... ...crear confianza y afectuosidad en el grupo y buena capacidad empática... ...También como mediador social, capacidad de dinamismo... la capacidad de asesorar al grupo una vez que el mismo este consolidado...</p> <p>3- La que tengo presente es el grupo de Alcohólicos Anónimos... por ejemplo es una experiencia en el ámbito de salud muy conocida... Y la considero de gran valor.</p>



<p>4. Desde la formación del Trabajo Social, ¿Tiene alguna referencia sobre grupos de autoayuda y como intervenir en ellos? ¿De qué manera?</p> <p>5. ¿Qué elementos de ayuda podría reconocer desde la familia y la sociedad que podría acompañar en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>6. Desde la problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿Los grupos de autoayuda fortalecerían el apoyo social y redes? ¿Por qué?</p>	<p>Por la doble misión que encara... ésta es por un lado ayudar a afrontar la situación vital crítica, como es el caso de la adicción al alcohol, y por otro informar, orientar y apoyar a las familias ofreciendo recursos para soportar la angustia y sobrellevar los prejuicios vinculados a la enfermedad.</p> <p>4-Si, grupos de autoayuda para mujeres golpeadas, en la municipalidad de Godoy Cruz, Personalmente me resultan muy interesantes y el impacto que tiene socialmente es muy alto.</p> <p>Las técnicas de intervención profesional utilizadas son varias.... Para comenzar, en cada encuentro se utilizan técnicas de relajación... con el objeto de que las mujeres puedan desconectarse de sus problemas cotidianos y entrar de esta manera en contacto con ellas mismas... con sus emociones, con su cuerpo, con sus ser más íntimo.</p> <p>...También se utiliza la técnica de lluvias de ideas, que ellas misma van aportando a través de una frase que sirve como disparador...</p> <p>...Además, por supuesto, se utiliza la técnica de la entrevista en profundidad.</p> <p>...Los encuentros son muy intensos y emotivos, dado que allí las mujeres relatan sus historias de vida...</p> <p>Algunas mujeres al principio no pueden relatar sus historias y esto se debe fundamentalmente a dos motivos: sentir vergüenza o atravesar por una crisis emocional que sólo les permite expresarse a través del llanto. Sin embargo, otras tienen la imperiosa necesidad de ser escuchadas, así que comienzan a relatar sus historias de vida sin ninguna dificultad.</p> <p>Como estas intervenciones tengo entendido que existen varias, en la modalidad de grupos de autoayuda...</p> <p>Pensar en la acción transformadora de nuestra profesión como Trabajadores Sociales y en su rol de inclusión social, es pensar en la construcción de nuevas identidades. Este privilegio lo tiene el trabajador social y no lo debe desaprovechar. Privilegio en el sentido que puede conocer de cerca las historias de Vida, relatos y aparte por que no todas las profesiones ni todos los profesionales pueden llegar a construir un vínculo tan fuerte como el que se establece en el caso entre el trabajador social y los sujetos q concurren a los grupos en busca de ayuda.</p>
--	---



	<p>5-Elementos de ayuda desde la familia y de la sociedad: - Dialogar en el núcleo familiar y con amigos acerca de la temática. – Tratar de que la persona se acepte tal y como es, Ayudar a construir una buena autoestima.- demostrarles con afecto que no están solos. (Saber que lo quieren como persona) y que el valor no radica en físico ni en la imagen. – Consultar con un especialista que de pautas a la familia y al sujeto afectado sobre el tema. - Tener información sobre la enfermedad y sobre los recursos disponibles en el entorno.- Enseñar a las personas desde niños a tener conductas saludables sobre todo en lo referido a la alimentación y al ejercicio.- Como sociedad rechazar los estereotipos poco saludables que establecen los medios de comunicación. – Tratar de no criticar al joven, permitir la independencia con la debida supervisión. No concentrarse en el físico vendiendo una imagen equivocada del éxito.</p> <p>6-Desde ya lo fortalecen por que el grupo de autoayuda en un entorno de pares permite el compartir experiencias buenas y malas fracasos y éxitos ayudando a educar mutuamente reforzando las redes primarias vinculares de sujeto social proporcionando apoyo , aliviando sensaciones de frustración, colaborando así en el apoyo y contención de la persona afectada.</p> <p>Evidentemente las personas que padecen trastornos de conducta alimentaria tienen insatisfechas ciertas necesidades percibiendo que las redes sociales de apoyo a las que pertenecen son débiles, pequeñas, sintiéndose ansiosos, incómodos, o alienados.</p> <p>Es por ello que considero que el Apoyo Social es una de las Variables de especial interés en el caso de los trastornos de conducta alimentaria. Ya que si es fuerte la Red Social próxima al paciente esta ayudara a mejorar la autoestima, aumentar sus ganas de vivir, mejorar el humor. De este modo cuanto mayor sea el apoyo social que una persona reciba y perciba ira satisfaciendo sus necesidades en estos grupos de autoayuda mejorando paulatinamente sus relaciones con la familia, amigos, parientes y sobre todo con la enfermedad.</p>
--	--



CATEGORÍAS	ENTREVISTA 2- Lic. En Trabajo Social Laura Ferreira Mat: 1600
<p>D- Roles y funciones del Trabajador Social en grupos de autoayuda</p> <p>1. ¿Considera los grupos de autoayuda como una posible estrategia de intervención profesional en problemáticas de salud? ¿De qué manera?</p> <p>2. Si se considerara al sujeto social como protagonista de su propio aprendizaje, en el proceso de recuperación de la salud, ¿Cómo sería el rol y función del Trabajador Social en este proceso?</p> <p>3. ¿Tiene conocimiento de alguna experiencia en el ámbito de salud en relación a los grupos de autoayuda? ¿Qué valoración tiene de la misma?</p> <p>4. Desde la formación del Trabajo Social, ¿Tiene alguna referencia sobre grupos de autoayuda y como intervenir en ellos? ¿De qué manera?</p> <p>5. ¿Qué elementos de ayuda podría reconocer desde la familia y la sociedad que podría acompañar en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p>	<p>1-...Si claro... Los grupos de autoayuda es una instancia muy válida, ya que genera recursos, derriba barreras, permite la circulación de información, genera salud a través de la comunicación, expresando lo que les pasa, supera el aislamiento.</p> <p>2- El rol y la función de nuestra profesión sería desde la formación e información para que las personas se apropien de los Derechos y también tomen conciencia de las responsabilidades. Promover que el sujeto se ponga en “movimiento”. Generar espacios de reflexión, construcción de su poder, generación de redes sociales, fortalecerlas, ampliarlas. Asesoramiento en materia de lo legal.</p> <p>3-... Si tengo conocimiento en el área de discapacidad, grupo de autoayuda de ciegos en la provincia de Bs. As. Esta experiencia que pude participar me parece muy enriquecedora a nivel profesional, se pudo trabajar con ellos el proyecto de vida, la inclusión social y laboral a través de capacitación laboral, la identidad, la autoestima, y a su vez el asesoramiento legal.</p> <p>4- Desde mi experiencia los considero un recurso muy interesante para trabajar y especialmente en el área de salud. Principalmente trabajando desde una acción transformadora que permita la inclusión, construcción de nuevas identidades. Este tipo de grupos pueden generar grandes cambios en los que participan en ellos. Nosotros podemos orientar, acompañar, mediar y principalmente ser el nexo entre la institución la familia y la sociedad.</p> <p>5- Desde la familia es fortalecer la identidad y autoestima de la persona, la comunicación es fundamental para generar confianza y aprender a resolver diferentes problemas que se presentan. La familia es la que ayuda a sus miembros a desarrollar su personalidad y lograr una adecuada adaptación social. Si esto se lograra tendríamos jóvenes más sanos.</p>



<p>6. Desde la problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿Los grupos de autoayuda fortalecerían el apoyo social y redes? ¿Por qué?</p>	<p>... Y desde la sociedad poder tener una actitud crítica dejar de lado los modelos que muchas veces se nos imponen como ideales a seguir y trabajar otro tipo de valores.</p> <p>6- ...Considero que si ya que los grupos de autoayuda promueven la inclusión, ya que está muy presenta la imagen corporal distorsionada que los lleva a aislarse, sumado que la sociedad nos llena de necesidades y nos hace creer en modelos estéticos poco reales. También está presenta el tema de los talles que se logra la implementación y regulación de la ley actual. Lo que lleva a que la accesibilidad no sea para todos y genera discriminación.</p> <p>La sociedad exige muchas cosas pero no sola ella está presente, sino también las exigencias familiares que muchas veces son más determinantes que las sociales.</p>
---	---

CATEGORÍAS	ENTREVISTA 3- Lic. En Trabajo Social Miriam Patrón de Pozzi Mat: 2210
<p>D- Roles y funciones del Trabajador Social en grupos de autoayuda</p> <p>1. ¿Considera los grupos de autoayuda como una posible estrategia de intervención profesional en problemáticas de salud? ¿De qué manera?</p> <p>2. Si se considerara al sujeto social como protagonista de su propio aprendizaje, en el proceso de recuperación de la salud, ¿Cómo sería el rol y función del Trabajador Social en este proceso?</p> <p>3. ¿Tiene conocimiento de alguna experiencia en el ámbito de salud en relación a los grupos de autoayuda? ¿Qué valoración tiene de la misma?</p> <p>4. Desde la formación del Trabajo Social, ¿Tiene alguna referencia sobre grupos de autoayuda y como intervenir en ellos? ¿De qué manera?</p>	<p>1-...Considero que los grupos de autoayuda en una temática como esta, las patologías alimentarias, y con una población de riesgo como lo es la adolescencia, tienen validez como estrategia en salud si tiene un acompañamiento o dirección de un profesional. Teniendo en cuenta que desde esta problemática las personas tienen ambivalencia en darse cuenta cuales son las acciones para recuperar la salud y necesitan que alguien referencia cual es la noción de salud y cuál es el objetivo para el cual trabajan.</p> <p>2- Desde nuestra profesión la intervención se daría desde la coordinación del mismo, generando una orientación hacia el objetivo que tienen la conformación del grupo, también se interviene desde la conformación, desarrollo.</p>



<p>5. ¿Qué elementos de ayuda podría reconocer desde la familia y la sociedad que podría acompañar en el proceso de recuperación de los trastornos de la conducta alimentaria?</p> <p>6. Desde la problemática de los Trastornos de la Conducta Alimentaria ¿Los grupos de autoayuda fortalecerían el apoyo social y redes? ¿Por qué?</p>	<p>3- Actualmente no conozco ninguna si puedo referenciar como muy importante Alcohólicos Anónimos y considero que es un excelente tratamiento para este tipo de problemáticas.</p> <p>4- Si desde el trabajo social nos formamos para intervenir en grupos de cualquier característica que sea, intervenimos desde los diferentes roles que adoptamos como mediadores, coordinadores, educadores. Acompañando, siendo un referente, asumiendo un papel de tutor. Generando y manteniendo un encuadre adecuado que permita la escucha activa, poder expresar los problemas a los cuales acudo para resolver colectivamente.</p> <p>5- Desde la sociedad ser más conscientes de los ideales de belleza impuestos y no referenciarlos como modelos a seguir, guiar a los niños y adolescentes a tener una mirada crítica y desarrollar una identidad fuerte que les permita crecer. Y desde la familia recuperar los espacios de diálogo. Y estar informados porque muchas veces no están en condiciones de abordar una enfermedad como esta, porque de alguna manera ellos también están enfermos.</p> <p>6-... Si fortalecería las redes sociales y el apoyo social, ya que pueden dar a conocer a la comunidad la problemáticas, transmitir información a las personas que pasan por este problema. El intercambio relacional en el grupo lleva a fortalecer todo tipo de red social.</p>
---	--



Programa y Tratamiento ALDA.

“Prevención, tratamiento y recuperación de patologías y desórdenes alimentarios”.

Historia Institucional:

Asociación de Lucha de Desórdenes Alimentarios, con Personería Jurídica N° 274/95, ha sido creada para apoyar un programa de prevención, tratamiento y recuperación de patologías y desórdenes alimentarios.

Con sede en las instalaciones del Hospital Dr. Teodoro Schestakow en San Rafael, Provincia de Mendoza, la institución ha logrado desde 1.988 aunar los esfuerzos de sus colaboradores para coordinar acciones de prevención, detección precoz y tratamiento de casos con trastornos en la conducta alimentaria.

Misión:

A.L.D.A. tiene como misión promover la prevención de patologías y desórdenes alimentarios mediante asistencia y difusión de hábitos de alimentación saludable, así como el tratamiento para la pronta recuperación de quienes los padecen y el apoyo a sus familias.

Objetivos:

Los objetivos de A.L.D.A. consisten en:

- Concientizar a la población sobre los beneficios de fomentar la salud y adoptar una conducta alimentaria nutricionalmente adecuada.
- Procurar la recuperación física y psicosocial de quienes padecen patologías y desórdenes alimentarios.

Nuestro compromiso:

La perseverancia es quizás una de las virtudes que acompañan al equipo terapéutico de A.L.D.A. para concretar su misión de prevenir patologías y desórdenes alimentarios en poblaciones de riesgo. Es conocido que estas enfermedades son el resultado, entre otros aspectos, de una paulatina alteración en el orden de los valores, que se presentan como atractivos pero que están destinados al exitismo vacío como meta de vida y a la felicidad, confundida simbólicamente con un bajo peso idealizado.

Es por ello, que en A.L.D.A. se busca revalorizar a las personas y estimular el reconocimiento de sus capacidades para aprender a valorar la salud y vivir en plenitud.



Integración de la familia:

La familia es el medio esencial y el contexto natural para crecer y recibir apoyo y educación. Es transmisora de cultura, al instruir a cada uno de sus miembros en relación con su rol social. La familia hace humano al hombre.

Para A.L.D.A. la integración de la familia es fundamental en el proceso de valorización de la salud.

El compromiso asumido por el equipo terapéutico responde a la interacción permanente con la familia en todas las etapas de recuperación del individuo en busca de una mejor calidad de vida.

Desde este ámbito se busca la incorporación de hábitos saludables en cada grupo familiar para que fomenten y transmitan pautas de conducta ordenadas con una escala de valores en relación con la vida y los alimentos.

Programas Terapéuticos:

Programa Terapéutico para Bulimia y Anorexia.

Programa Terapéutico para Desórdenes Alimentarios

Programa para Obesidad Infantil

Desarrollados a través de:

•Asistencia Integral:

A.L.D.A. ofrece asistencia terapéutica a personas que padecen patologías y desórdenes alimentarios y apoyo a sus familias.

La experiencia de los profesionales que colaboran con la Institución ha permitido llevar adelante tratamientos para la recuperación integral de pacientes con diagnósticos de Bulimia y Anorexia Nerviosa, Desórdenes Alimentarios y Obesidad Infantil

•Grupos de autoayuda:

Los especialistas de A.L.D.A. infieren la autoayuda como la necesidad que tiene el individuo de encontrar un espacio, un tiempo para sí mismo y para el otro, donde los une el mismo propósito de cambiar e intercambiar algo. La búsqueda del igual, del semejante de aquel que comprende su dolor, su padecimiento, lleva al ser que sufre a cobijarse bajo el amparo protector y solidario del encuentro grupal. En todo momento se hace hincapié en el protagonismo del grupo de autoayuda en el camino de la recuperación. En el intercambio



grupales, el paciente encuentra un mayor grado de empatía y disponibilidad. Esta dinámica es apoyada desde la sesión terapéutica, de forma tal que el paciente pueda acceder a una nueva identidad y proyecto de vida.

•Enfoque multidisciplinario e interdisciplinario:

Los tratamientos de A.L.D.A. incluyen la asistencia integral del paciente a través de control médico y nutricional; atención psiquiátrica y psicológica en terapia individual, familiar y grupal; práctica de actividad física y talleres de áreas programáticas que incluyen manualidades, expresión corporal, pintura, etc.

Durante el día de hospital los pacientes realizan algunas comidas como el desayuno, una colación a media mañana, almuerzo y merienda. El objetivo es lograr que los pacientes modifiquen su conducta alimentaria y adquieran nuevos hábitos saludables. En este aspecto es notable el desempeño de la autoayuda en el grupo, ya que los pacientes más avanzados en tiempo y evolución transmiten las pautas adquiridas a quienes ingresan al tratamiento. Paralelamente, se educa a la familia sobre los planes de alimentación, la forma de servir los alimentos y las normas de salud a tener en cuenta para continuar en su hogar con los mismos cuidados que se observan en el hospital.

*** La derivación o acceso a los programas, requiere una entrevista diagnóstica del paciente y su familia.**

En todos los casos, se sugiere la participación de la familia formando grupos de autoayuda.

El Equipo Terapéutico está conformado por:

- * Director Médico**
- * Médico Psiquiatra**
- * Médico Clínico**
- * Lic. en Psicología**
- * Lic. en Nutrición**
- * Lic. en Trabajo Social**
- * Prof. de Actividad Física**
- * Prof. de Terapia Corporal**
- * Prof. de Cerámicas, Manualidades y/o Laborterapia**
- * Coordinadoras de Grupo de Pacientes**

Programa de Prevención de Patologías y Desórdenes Alimentarios. Educación para la Salud

Contenido: Información general y Testimonios relacionados con Patologías Alimentarias.



Destinatarios: Estudiantes, Docentes y Público en General.

Objetivos:

- Prevenir los TCA mediante el fomento de hábitos saludables, adquisición de valores y psicoeducación alimentaria.
- Dar a conocer características sintomáticas y rasgos de las Patologías y Desórdenes Alimentarios (anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad).
- Colaborar con la detección temprana de los síntomas vinculados a los TCA.
- Promover la labor de ALDA. y su Programa de Prevención, Tratamiento y recuperación de Desórdenes y Patologías Alimentarias.

¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son alteraciones del comportamiento en relación con los alimentos en lo que respecta a su elección, ingestión, eliminación y sus conexiones con el peso y el cuerpo.

En cualquiera de estos aspectos se manifiestan cambios que pueden condicionar gravemente la vida personal, familiar y social de quienes se rigen por la idea de ser delgados

¿Cómo advertir si alguien padece un trastorno alimentario?

Las personas que sufren un trastorno alimentario presentan una serie de características que, aunque pueden variar mucho de unas a otras, tienen puntos comunes. Tanto en la Bulimia como en la Anorexia Nerviosa, se pueden observar aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, al peso o al aspecto corporal, entre ellas:

- Variaciones significativas de peso sin explicación
- Comportamientos alimentarios ligados a una exagerada preocupación por los alimentos, las calorías, los productos light y las dietas. Excusas para saltarse las comidas. Retirarse de la mesa seguido de comer o no comer con la familia.
- Comienzo de dietas diversas sin consejo profesional.
- Preocupación excesiva por el aspecto físico: mirarse mucho al espejo, pesarse a menudo, despreciar el sobrepeso.
- Los temas de conversación se centran predominantemente en el peso, la silueta y las comidas
- Tendencia perfeccionista.



- Cambios exagerados en la forma de vestir. Uso de ropas amplias (se evita mostrar el cuerpo).
- Cambios de carácter y humor.
- Comunicación más controlada, se ocultan sentimientos
- Abandono de planes con amigos. Aceptación de amistades desde la propia desvalorización o subvaloración.
- Baja autoestima e inseguridad.
- Negación de tener problemas con la alimentación.
- Hiperactividad.

El ámbito familiar es el medio principal donde la persona se desarrolla y donde pueden surgir conflictos y dificultades en la maduración que pueden manifestarse a través de la comida. De hecho, es el lugar donde se presentan los primeros síntomas posibles de detectar y prevenir. Por eso es importante vigilar la calidad de las relaciones dentro de la familia.

En la ESCUELA, los profesores y preceptores también pueden advertir si un alumno/a presenta riesgo de un trastorno alimentario si se observan alguno o varios de los siguientes comportamientos y actitudes:

- Progresivo aislamiento de los compañeros/as, con apariencia infeliz, decaída y con una pérdida de interés por las actividades en las que participa
- Excesiva preocupación por los estudios, independientemente de los resultados obtenidos. Su nivel de exigencia personal no le permite disfrutar de sus logros y sus comportamientos son cada vez más “raros”.
- Comportamientos extraños con la comida, cambiando sus hábitos llamativamente en relación con la misma. Puede esconder comida, tirarla y desmenuzarla obsesivamente.
- Evita ponerse ropa ajustada y mostrar partes de su cuerpo, cuando eso es lo esperable en las circunstancias y estación del año (clases de gimnasia, verano...)
- Manifiesta un comportamiento marcadamente más desordenado y despreocupado y errático del que solía tener.

¿Cómo detectar si se trata de Anorexia Nerviosa?

La Anorexia Nerviosa se define por el rechazo a mantener un peso normal y la excesiva disminución del mismo sin causa orgánica.

Algunas de sus características son:

- Rechazo a mantener un peso dentro de la normalidad.
- Permanente deseo de adelgazar.
- Miedo a engordar y obsesión por el peso y la silueta.
- Distorsión de la imagen corporal (parcial o total) Amenorrea en las mujeres.
- Hiperactividad.
- Conductas ritualistas, perfeccionistas.



¿Cómo reconocer si se está ante Bulimia Nerviosa?

La Bulimia Nerviosa consiste en atracones de comida seguidos de conductas compensatorias, ya sean eliminatorias, como el vómito auto provocado o purgativo, como el exceso de ejercicio o dietas restrictivas.

En esta enfermedad se une el miedo a engordar con la sensación de pérdida de control en la ingesta. La obsesión por la imagen provoca cambios de humor, depresión, desmotivación y baja autoestima.

Algunos signos a observar:

- Atracones de comida. Ingesta de una mayor cantidad de alimentos de lo correcto.
- Sensación de pérdida de control con la ingesta
- Conductas compensatorias inadecuadas
- Conductas eliminatorias
- Conductas purgativas: ayunos, excesiva actividad física.
- Miedo intenso a engordar.
- Variación del estado de ánimo.
- Depresión, irritabilidad, inestabilidad.
- Disconformidad con el cuerpo.

¿Cómo se manifiestan los trastornos por atracones?

Estos trastornos se manifiestan con la presencia de continuos episodios de comer en los que se ingiere una gran cantidad de alimentos asociada a la sensación de pérdida de control. No presentan conductas compensatorias eficaces. Habitualmente conduce al sobrepeso u obesidad.

Los efectos de los atracones:

- Gratificación inmediata (reducción de la inquietud y sensación de euforia)
- Malestares físicos (dolores abdominales, somnolencia, sensación de pesadez, etc.)
- Sentimiento de culpa ante la pérdida de control.
- Descenso de la autoestima. Estado de ánimo deprimido.
- Profundo malestar al recordar el atracón
- Probable la aparición de nuevos atracones para conseguir reducir –sólo momentáneamente- el malestar.
- Auto discriminación social.



Hay dos aspectos que diferencian la sobre ingesta compulsiva del mero comer mucho: la gran cantidad de alimentos ingeridos y, especialmente, la sensación de pérdida de control.

Estas circunstancias pueden dar lugar a grandes fluctuaciones en el peso y a una obesidad reactiva, sobre todo en personas con una predisposición a la obesidad. No es infrecuente que estas personas hayan hecho repetidos intentos de hacer dieta para perder peso.

Algunas de las más importantes complicaciones de quienes padecen este trastorno, están precisamente ligadas al aumento de peso y el aislamiento, y la influencia que éstos tienen sobre la autoestima, las relaciones interpersonales, la seguridad o confianza en sí mismo, y el impacto en áreas diversas como el trabajo, los estudios, etc.

¿Qué hacer ante la sospecha de la aparición de estos trastornos?

Cuando existe la sospecha de que una persona puede estar sufriendo un trastorno alimentario, se debe expresar interés por ella. Probablemente se avergüence y tenga miedo de reconocer su enfermedad, por lo que se aconseja adoptar una actitud decidida y hablar con personas de su confianza que puedan buscar ayuda profesional para su pronta atención. Cuanto antes se detecte y se inicie tratamiento eficaz, más fácil será la recuperación.

En el ámbito escolar los profesores deben tener presente que la mejor manera de ayudar es no angustiándose a sí mismos, sino teniendo claro que una sospecha de anorexia o bulimia nerviosa debe ser siempre derivada a un especialista. Por ello, es preciso intentar convencer al alumno/a para que cuente el problema a sus padres. Si el joven no sabe cómo hacerlo, pueden ofrecerse para ayudarlo a hablar con ellos. En caso de que no consigan convencerlo/a, deberán hacerle ver que la situación puede ser grave, que hay soluciones y que no pueden callar, no pueden convertirse en su cómplice, por lo que tendrán que hablar con los padres, aún a costa de que el alumno/a se niegue.

También hay que tener en cuenta que, cuando se sospecha que un/a alumno/a puede encontrarse en situación de riesgo, habría que estar alerta ante la posibilidad de que otros/as compañeros/as de su entorno próximo presentaran el mismo riesgo; ya que, en ocasiones, la experiencia sobre el manejo de las dietas, del ejercicio físico, etc., es compartida grupalmente, potenciándose en el seno del grupo las actitudes anoréxicas y bulímicas.

¿Qué es la obesidad?

La obesidad es una enfermedad caracterizada por la excesiva acumulación de grasa corporal en relación con el peso. Las complicaciones clínicas de esta enfermedad pueden ser severas a cualquier edad, debido a la alteración de la salud y el riesgo de desarrollar una enfermedad crónica.



Existen numerosas causas de sobrepeso, entre ellas se incluyen: alteraciones del sistema nervioso central, genéticas, hormonales, metabólicas, poliquistosis, sobrepeso inducido por fármacos, alteraciones emocionales, síndrome afectivo estacional, y el comer compulsivamente.

En la gran mayoría de los casos la personalidad del obeso oculta estados de depresión, ansiedad, inseguridad, irritabilidad y profunda insatisfacción.

En niños y adolescentes los efectos de esta enfermedad representan un grave problema social. En ambos casos es importante realizar diagnóstico y tratamiento precoces puesto que a mayor edad del niño obeso, más difícil es la reversión del cuadro, por los hábitos alimentarios incorporados y por las alteraciones metabólicas instaladas. En tanto que en los adolescentes el problema más relevante es el riesgo de que el sobrepeso se mantenga en la adultez.

Sin embargo, es importante identificar algunos factores de riesgo, tales como:

- Hábitos alimentarios incorrectos
- Falsos conceptos que relacionan niños obesos como exponente de belleza y salud
- Uso de lactancia artificial.
- Sobrealimentación en el niño con antecedente de alguna enfermedad.
- Sobreprotección familiar que limita la actividad física.
- Poca actividad física, consecuencia de alguna enfermedad o adicción a la televisión.(Sedentarismo)
- Hogares emocionalmente inestables.
- Las consecuencias clínicas más frecuentes de esta enfermedad son:
- Hipertensión arterial
- hiperlipidemia (altas concentraciones de colesterol total y triglicéridos).
- Cambios en el LDL, HDL.
- Alteraciones ortopédicas (epifisiolisis, pie plano, escoliosis)
- Alteraciones respiratorias y trastornos del sueño.
- Alteraciones psicológicas (inestabilidad emocional, conducta introvertida, baja autoestima).