

01921
151



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ESTUDIO PILOTO DE UNA INTERVENCION BASADA EN LA TEORIA DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA

Dirección General de Bibliotecas
en formato electrónico e impreso el
de mi trabajo recepcional.
de: Matus Lopez Fabiola

30-Junio-2003
2003

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N
FABIOLA MATUS LOPEZ
PILAR MONROY VARGAS

DIRECTOR: DRA. GILDA L. GOMEZ PEREZ-MITRE
ASESORA: LUCY REIDL MARTINEZ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



CD. UNIVERSITARIA

2003

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.



A



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PAGINACIÓN DISCONTINUA

AGRADECIMIENTOS

"La fuente de lo mejor esta en tu interior"

A la Universidad Nacional Autónoma de México por abrirme sus puertas y permitirme realizar uno de mis sueños en la vida. Y con profundo agradecimiento a la Facultad de Psicología y sus docentes que me han formado.

Quiero agradecer a Dios por darme la vida y con ello la oportunidad de realizarme en las cosas que he deseado, por darme la fuerza que en muchas ocasiones sentí perder, y por la salud que es lo más preciado de lo que he gozado.

Le dedico esta tesis en especial a: David y Gabino

Como testimonio de las penas y las alegrías, las horas de cansancio que tantas veces pasamos; de las tormentas y los oasis que hemos atravesado siempre con amor sin ustedes no sería lo que soy. Por todo el apoyo y fuerza que su cariño y compañía me dan cada día: GRACIAS

A ti David por tu amor incondicional, y por permitirme realizar este proyecto, que en ocasiones absorbía todo mi tiempo y sacrificaba el estar a tu lado. Esperando que en un futuro te impulse a lograr todos tus propósitos: Gracias bebé.

A ti Gabino por conocerte, porque siempre me animaste, y escuchaste no sólo en la realización de este trabajo sino en todos los momentos difíciles y agradables de mi vida, hoy aprovecho para darte las gracias, aunque se, no es suficiente comparado con todo lo que tú has hecho por mí Te Amo: Gracias

A mis padres que han estado conmigo en todo momento; quienes me enseñaron que los éxitos son el logro de nuestro esfuerzo y que hay que luchar por ellos. Por su apoyo y entusiasmo con el que siempre me impulsaron a seguir adelante.

A mis hermanas Laura, Estela y Bren; porque a cada momento estuvieron cerca y nunca se negaron a brindarme su apoyo cuando lo necesite. Porque gracias a Laura, en particular, logre culminar la carrera y comenzar con este proyecto, por todo el tiempo que me has brindado siempre: Gracias

Y con un profundo agradecimiento a todos aquellos que en algún momento de mi carrera y durante la realización de este trabajo se vieron involucrados, para que lograré salir adelante y llegara a esta gran meta : Mil Gracias.

"Nunca lamentees el ayer, la vida está en ti hoy, y tu haces tu mañana."

"Da algo de ti mismo cada día al mundo en que vives recuerda que lo importante no es pasar sino dejar huella"

Pilar Monroy Vargas

A mi madre por el cariño que siempre he recibido de ella, por su empeño, dedicación y ayuda diaria, y las ganas que me ha transmitido de salir adelante. Por sus enseñanzas y consejos que siempre guiaron mi camino y que siempre llevare conmigo en todo momento.

A mi padre por el apoyo y la motivación que siempre he recibido de él, por sus valiosos consejos y la energía transmitida que siempre me ha impulsado a seguir creciendo, por su gran esfuerzo por siempre darme y lo mejor y no permitir que nada me hiciera falta.

A mi hermano por el ejemplo que recibí de él, por su apoyo que nunca me ha negado, sus alegrías, su ayuda incondicional.

A Oscar por enseñarme a valorar las cosas, por ser parte de lo que me inspiró a concluir mi carrera y este proyecto y por sus enseñanzas.

A la Universidad que me abrió las puertas para realizar este sueño y por supuesto a la Facultad de Psicología por haberme facilitado el conocimiento a través de un sinnúmero de posibilidades que no imagine y a los profesores por el tiempo y el empeño que dedicaron a mi enseñanza.

A Alicia por su gran apoyo para la culminación de este trabajo, por su amistad incondicional. Gracias.

Gracias a Dios por darme la vida y la oportunidad de crecer y desarrollarme, por haber estado a cada paso y en cada momento de la realización de este trabajo, y por cada uno de los momentos y personas que ha puesto en mi camino.

Matus López Fabiola.

C

A la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré por el apoyo y tiempo dedicado a la revisión de esta investigación y sobre todo por su valiosa ayuda, ya que sin ella no hubiera sido posible.

A Gis: por su amistad, apoyo y gran ayuda durante toda la investigación.

A Chivis por su amistad y apoyo adicional durante la investigación.

A la Escuela Secundaria Diurna #68, por todas las facilidades prestadas y por el interés que mostraron, para que se realizara el estudio.

Por su tiempo dedicado a la revisión de este trabajo, así como a la aceptación del mismo, les damos nuestro más sincero agradecimiento en especial a nuestros sinodales:

Dra. Lucy Ma. Rigid Martínez

Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa

Mtro. Sotero Moreno Camacho

Mtra. Lilia Joya Laureano

"La responsabilidad distingue a los grandes de los pequeños"

INDICE

Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Pubertad y Adolescencia	
1.1. Definición de Pubertad.....	5
1.1.1. Pubertad precoz.....	6
1.1.2. Pubertad retardada.....	6
1.2. Definición de Adolescencia.....	7
1.2.1. Desarrollo Físico.....	7
1.2.2. Desarrollo cognitivo.....	12
1.2.3. Cambios psicológicos.....	14
1.2.4. Identidad.....	15
1.2.5. Imagen Corporal.....	18
1.2.6. Personalidad.....	20
1.2.7. Aspecto Emocional.....	21
1.2.8. Desarrollo Social.....	22
Capítulo II. Familia y Autoestima	
2.1. Definición de familia.....	26
2.1.1. Estructura familiar.....	28
2.1.2. Tipos de familia.....	28
2.1.3. Dinámica Familiar.....	31
2.2. Patrones de crianza.....	35
2.2.1. Padres autoritarios.....	36
2.2.2. Padres con autoridad.....	37
2.2.3. Padres permisivos.....	37
2.2.4. Padres no comprometidos.....	37
2.3. Comunicación en la Familia.....	39
2.4. Familia disfuncional.....	39
2.4.1. Familia con un miembro anoréxico.....	40
2.4.2. Familia con un miembro bulímico.....	41
2.4.3. Familia con un miembro obeso.....	42
2.4.4. Familia como parte del tratamiento ante un padecimiento.....	42
2.5. El papel de la familia en la autoestima.....	44
2.6. Desarrollo del autoconcepto.....	47
Capítulo III. Medios de Comunicación y Moda	
3.1. Definición de comunicación.....	50
3.1.1. Objetivos y funciones de la comunicación de masas.....	51
3.2. Medios de comunicación.....	51
3.2.1. Cine.....	51
3.2.2. Radio.....	53
3.2.3. Medios Impresos.....	53
3.2.4. Prensa.....	53
3.2.5. Revista.....	54
3.2.6. Historieta.....	56
3.2.7. Anuncios.....	56

FE

3.2.8.	Publicidad	57
3.2.9.	Televisión	58
	3.2.9.1 Utilidad de la Televisión	59
	3.2.9.2.Efectos negativos de la televisión	62
3.2.10.	Internet	63
3.3.	Esterotipos	63
3.4.	Modelos de los anuncios	64
3.5.	Consumismo	66
	3.5.1. Influencia de los medios de comunicación	66
	3.5.2. Influencia de los medios de comunicación en los adolescentes	67
3.6.	Moda: cuerpo y vestido	
	3.6.1. Definición de Moda	69
	3.6.2. Análisis estructural de la moda	72
	3.6.3. La vestimenta deportiva en la moda	72
	3.6.4. La mujer	73
	3.6.5. Vestido	73
	3.6.6. Minifalda	73
	3.6.7. El pantalón	73
	3.6.8. Los jóvenes	74
	3.6.9. El cuerpo y sus técnicas	75
 Capítulo IV. Nutrición y Dieta		
4.1.	Definición de nutrición	76
4.2.	Alimentación de acuerdo a la etapa de desarrollo	
	4.2.1. La alimentación en la infancia	77
	4.2.2. Alimentación del adolescente	77
	4.2.3. Alimentación de acuerdo al nivel socioeconómico	79
4.3.	Nociones básicas de nutrición	79
	4.3.1. Energía	79
	4.3.2. Calorías	80
	4.3.3. Que es el alimento	80
	4.3.4. Que es un nutriente	80
4.4.	Leyes de la alimentación	81
	4.4.1. Pirámide de alimentos	81
4.5.	Peso e Índice de Masa Corporal	82
4.6.	Dieta	
	4.6.1. El centro del Control del Apetito	84
	4.6.2. La alimentación y las modas culturales	85
4.7.	El fenómeno Rebote.	90
 Capítulo V. Trastornos de la alimentación y factores de riesgo		
5.1.	Antecedentes históricos de los trastornos de la alimentación	91
	5.1.1. En qué consisten los trastornos del comer	94
	5.1.2. Porque se dan en general en la adolescencia	95
5.2.	Anorexia Nervosa	
	5.2.1. Definición	96
	5.2.2. Clasificación	96
	5.2.3. Síntomas principales	97
	5.2.4. Diagnóstico de la Anorexia Nervosa	96
	5.2.5. Diagnóstico Diferencial	99
	5.2.6. Complicaciones de la anorexia Nervosa	99
5.3.	Bulimia Nervosa	

F

5.3.1.	Definición	100
5.3.2.	Clasificación	101
5.3.3.	Síntomas principales	101
5.3.4.	Diagnóstico de la Bulimia Nervosa	103
5.3.5.	Diagnóstico Diferencial	104
5.3.6.	Complicaciones de la Bulimia Nervosa	104
5.4.	Tratamiento de la Anorexia y Bulimia Nervosas	105
5.5.	Obesidad	107
5.5.1.	Definición	108
5.5.2.	Clasificación	108
5.5.3.	Sígnos y síntomas	109
5.5.4.	Causas de la obesidad	110
5.5.5.	Secuelas de la obesidad	111
5.5.6.	Tratamiento	113
5.6.	Orthorexia	114
5.6.1.	Definición	114
5.6.2.	Síntomas	115
5.6.3.	Secuelas	115
5.6.4.	Prevalencia	115
5.7.	Comedor Compulsivo	
5.7.1.	Definición	116
5.7.2.	Diagnóstico	117
5.7.3.	Complicaciones	117
5.8.	Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	117
5.9.	Factores de riesgo	
5.9.1.	Factores predisponentes de la Anorexia	117
5.9.2.	Factores precipitantes	123
5.9.3.	Factores de mantenimiento	124
5.9.4.	Factores de riesgo en la Bulimia	126
5.10.	Estadísticas de los trastornos del comer	129
5.10.1.	Bulimia	130
5.10.2.	Anorexia	130
5.11.	Factores de riesgo en Trastornos de la alimentación	131
5.11.1.	Imagen corporal	131
5.11.1.1.	Factores de riesgo asociados con la imagen corporal	131

Capítulo VI. TDC como modelo en la prevención de trastornos alimentarios

6.1.	Salud	135
6.2.	Factores determinantes para un comportamiento saludable	135
6.3.	Modelos de creencias de la salud	135
6.3.1.	"locus de control"	136
6.3.2.	TDC	136
6.3.3.1.	Definición	137
6.3.3.2.	Elementos de la Disonancia Cognoscitiva	137
6.3.3.3.	Pasos necesarios para la Producción y Cambio de Actitud en la TDC	137
6.3.3.4.	Magnitud de la Disonancia	139
6.3.3.5.	Expresión de la Disonancia	139
6.3.3.6.	Métodos para Reducir la Disonancia	139
6.3.3.7.	Paradigmas de Investigación Inspirados en la TDC	140
6.4.	Prevención	141
6.4.1.	Niveles de prevención	142
6.4.2.	Tipos de estrategias de prevención	142
6.4.3.	¿Por qué hacer prevención?	142

6.5. Prevención de Trastornos Alimentarios	143
6.5.1. Nuevas Perspectivas	145
Capítulo VII. Metodología	
7.1. Objetivo	146
7.2. Planteamiento del problema	146
7.3. Hipótesis	146
7.4. Definición de variables	146
7.5. Control de variables	148
7.6. Sujetos	148
7.7. Muestreo	148
7.8. Tamaño de la muestra	148
7.9. Diseño de investigación	149
7.10. Instrumento	149
7.11. Procedimiento	150
Capítulo VIII. Resultados	151
Capítulo IX. Discusión	158
Conclusiones y Sugerencias	160
Referencias	161
Anexos	176

RESUMEN

El objetivo central de la presente investigación consiste en emplear la teoría de la Disonancia Cognoscitiva, enfocada al cambio de actitudes, como estrategia de intervención, cuyo propósito específico es conocer su efectividad esperando que tenga mayor probabilidad de éxito en la prevención de factores de riesgo en trastornos de la alimentación, asociados con conducta alimentaria, dirigido a la población de mujeres adolescentes. Sujetos. Se formó una muestra de mujeres adolescentes igualadas en algunas de las variables sociodemográficas y en las variables seguimiento de dieta restrictiva, y preocupación por el peso. Diseño de investigación. La investigación fue de campo y longitudinal, con un diseño intrasujeto. Instrumento. Para la recolección de datos se utilizaron instrumentos que permitieron detectar válida y confiablemente factores de riesgo. Procedimiento. Al seleccionar a los sujetos, se estableció una línea base, a través de un pretest, para conocer las actitudes actuales. Posteriormente, se hizo la intervención, y se midieron los efectos al finalizar ésta tres meses después. Análisis de datos. Se aplicaron tanto estadísticas descriptivas como inferenciales, dentro de éstas últimas se utilizó la prueba t de Student para comparaciones intra grupo.

INTRODUCCION

En las últimas décadas se ha adoptado el ideal de un cuerpo bien proporcionado esbelto, rechazando la imagen obesa. Con este entorno no sorprende que los trastornos alimentarios hayan alcanzado proporciones epidémicas. A fines de milenio, en una sociedad que sobredimensiona la estética corporal, el binomio "anorexia nerviosa-bulimia" ha adquirido una expansión alarmante, considerándose una verdadera "epidemia social".

Los trastornos de la alimentación parecen incrementarse en nuestro siglo y especialmente en el mundo occidental. De acuerdo con Rausch (1996) afectan entre el 1 y el 4% de adolescentes mujeres adultas jóvenes, estudiantes principalmente de clase media y alta. Estas cifras son alarmantes pues implican que cada uno de nosotros conoce por lo menos a una persona que padece de Anorexia o Bulimia nerviosas, o algún otro trastorno alimentario no especificado. El problema que enfrenta la mujer actual es, o bien intentar forzarle el brazo a la biología y vivir trinitizada por los dictados de la moda, o bien propender a otra escala de valores que no dependa de la apariencia exterior. Los varones no están libres de estas presiones, lo que explica el auge de gimnasios dedicados al físico-culturismo.

Es por ello que en el presente estudio se presenta un capítulo dedicado a la etapa de la adolescencia, en donde observamos los diferentes cambios por los que pasa una joven adolescente principalmente, que cambios físicos, psicológicos, sociales, familiares, escolares se presentan y como al equilibrar todas estas presiones del mundo exterior se conformará su mundo interior formándose lo que se conoce como identidad. Se presentan muchas preguntas, dudas y no tantas respuestas. En esta búsqueda se encuentran con infinitud de propuestas, las de la familia, los amigos, el colegio y también las propuestas de la televisión. Tienen que decidir muchas cosas, entre ellas por quien se guiarán: familia, amigos ídolos, colegio, padres o por la televisión y deben tratar de combinarlos de la forma más acorde para no confundirse más.

Ahora bien, como la familia es parte primordial dentro del desarrollo de un individuo es muy importante retomar su papel en la formación del autoestima y el autoconcepto con el que el individuo crecerá y desarrollará por toda su vida. En este segundo capítulo lo que se intenta es conocer que es una familia, que tipos existen, como es su interacción, así como también conocer que porcentaje de nuestra sociedad vive aún como familia nuclear, que cantidad de divorcios se han presentado y como los hijos dentro de esta variedad de familias logran llevar una relación estable, y si no es así que problemas pueden surgir ante los cambios tan drásticos que se presentan en el núcleo familiar.

Se incluye un capítulo dedicado a los medios de comunicación y la moda, tratando de hacer énfasis en lo que hoy en día influye mucho en el pensar de la gente. Los niños, los adolescentes y los adultos se ven afectados por "la caja de ilusiones". A la hora en que los chicos ven televisión muchas veces aparecen propagandas o escenas de programas que no son aptos para ser vistas por niños. Las propagandas intentan vendernos un producto y siempre ofrecen "algo más" que tiene que ver con la fantasía y no tanto con el producto en sí. En la adolescencia, la propaganda o la televisión afectan, pero de una manera diferente. Esto es por el producto y porque quieren estar "fashion" y a la moda. La influencia de los medios de comunicación, que cada vez dedican más tiempo y espacio a temas dietéticos y a escándalos en viveres de consumo, ha podido incidir en muchas personas que deciden optar por un tipo de alimentación que, en ocasiones, puede ser más perjudicial que beneficiosa (Fernández y Turón, 2001).

De acuerdo con Gómez Peresmitré, Unikel y Saucedo (2001) existe un culto a la delgadez en todo al cual se han creado intereses millonarios, por ejemplo; a la ropa de marca y ni siquiera nacional (Zara) a la que sólo tienen acceso las chicas y mujeres delgadas. De acuerdo a Pineda (2001) en el caso de Brasil donde se prohibió a las mujeres obesas usar bikini. En donde las tiendas de moda se vuelven aborrazativas con las telas y mentirosas con los tallas, los cuales no toman en cuenta la formas de las mujeres, pero forzan a las clientas a entrar en ellos a cualquier precio, estando de por medio su salud.

Por otra parte, la nutrición es un tema de suma importancia y de poca difusión, por lo cual en el capítulo cuatro se hace referencia acerca de los alimentos, los grupos, como combinarlos porque sabemos que lo esencial para una buena salud, recae en una buena alimentación. A pesar de que todos en algún momento nos preocupamos en mayor o menor medida por comer alimentos sanos; cuando ese comportamiento normal pasa a convertirse en una obsesión puede entrañar peligros para la salud, en este caso, la preocupación por la comida sana lleva a consumir exclusivamente alimentos procedentes de la agricultura ecológica; libres de componentes transgénicos, sustancias artificiales, pesticidas o herbicidas. Esta práctica puede conducir muchas veces a que se supriman las carnes, las grasas y algunos grupos de alimentos que, en ocasiones, no se reemplazan correctamente por otros que puedan aportar los mismos complementos nutricionales. Además, al haber crecido sin pesticidas, la agricultura ecológica encierra riesgo de albergar larvas o parásitos nocivos para la salud. Es por ello que también se ofrecen una serie de recomendaciones que deberíamos seguir para comenzar a cambiar nuestros hábitos alimenticios, e inclinarnos por una dieta equilibrada.

Los desórdenes en la alimentación en un principio comienzan con una dieta para perder unos kilos, se sienten más ágiles y esbeltos, más satisfechos conlgo mismos porque obtienen una mayor aceptación en el grupo, la gente los felicita y deciden llegar un poco más allá, hasta que llega un momento en que el asunto se les va de las manos. Una dieta aparentemente "inocente" puede hacer ingresar a la persona predispuesta en la peligrosa pendiente de la anorexia nerviosa. Cuanto más tiempo transcurre, más difícil es detenerse, con mayor probabilidad de que queden secuelas irreversibles. Por lo tanto si no fueran tan comunes las dietas, los trastornos de la alimentación no serían tan frecuentes, en el capítulo de nutrición se incluyen algunas de las "dietas" para perder peso con sus respectivas ventajas y desventajas.

Es muy importante conocer los diferentes trastornos de la alimentación que existen, y que en un momento dado tengamos la posibilidad de realizar un diagnóstico precoz de estas enfermedades, ya que así será mucho más fácil alcanzar un tratamiento efectivo, para ello los padres deben estar atentos a cualquier signo de alarma en sus hijos, ya que si se detecta a tiempo, el pronóstico es bueno. Dentro de los capítulos que se presentan se encuentra el de los desórdenes de la alimentación del cual se presentan: antecedentes, signos, síntomas, definiciones, diagnósticos, tratamiento, complicaciones y secuelas, que permitan conocer y comprender un poco más sobre estos trastornos. Una prueba de que no es una enfermedad de esta época está en la historia: en siglos anteriores hubo casos de mujeres que se negaban a comer. En esa época, la Iglesia regulaba los ayunos, y muchas mujeres los exageraban: pasaban muchos meses comiendo sólo algunas hierbas. Y eso no tenía nada que ver con la moda.

Por otra parte dentro de los desórdenes del comer se encuentra la obesidad, en donde también se debe tener cuidado con las secuelas y complicaciones que acarrea, pero dentro de lo más importante y en lo que la mayoría de los especialistas coinciden es en que estar delgado supone ciertos sacrificios (especialmente para aquéllas con predisposición genética a acumular kilos) y que la única manera segura y efectiva de evitar el sobrepeso es cambiar los estilos de vida: seguir una dieta sana y equilibrada y hacer ejercicio habitualmente.

A pesar del alto costo que suponen estas enfermedades, tanto para el paciente y su familia como para la sociedad en su conjunto, no existe ayuda oficial para labores de investigación y prevención. En tal sentido no es exagerado afirmar que, de hecho, la población está desguarnecida frente a tan seria amenaza, que día a día cobra creciente número de víctimas. Mucha gente con responsabilidad dirigente piensa que los desórdenes de alimentación son típicos problemas de chicas y chicos, problemas propios de la edad que se curan con el simple peso del tiempo.

Es indispensable realizar campañas de educación nutricional que permitan empezar a crear una cultura de la nutrición; una alimentación sana puede ser atractiva para el paladar e incluso más económica. Los niños aprenden a comer mal, de ahí que las costumbres dietéticas que transmitirán a sus hijos también serán erróneas.

Así, el creciente anhelo de la delgadez influido por cambios en el papel de la mujer, desarrollo de la industria de la moda, impregnación y homogeneización social a través de potentes medios de

comunicación y ubicación del cuerpo como centro privilegiado de la autoestima y valoración social, cosificación social del cuerpo femenino, el culto a la línea recta, la manifestación y exhibición progresivas del cuerpo femenino, son todo ello consecuencia y causa de este fenómeno.

Las diversas investigaciones realizadas en México, han estado encaminadas a encontrar los factores psicológicos, fisiológicos y sociales que dan origen a la Anorexia Nervosa, pero un problema con el que se han topado es que no hay una población considerablemente significativa en México. No obstante se han obtenido datos acerca de la aparición de ciertas características en la población joven con determinadas actividades o carreras; que si bien no presentan el trastorno como tal, si muestran una variedad de rasgos del padecimiento, así que la podemos considerar una población de alto riesgo.

La alta incidencia tanto de factores de riesgo como de los trastornos alimentarios diagnosticados clínicamente, sugiere la necesidad de crear programas de prevención primaria. Por estas razones se hace necesario el desarrollo de un programa de prevención basándonos en las características individuales, familiares y contextuales de los jóvenes con rasgos anoréxicos y bulímicos. Buscando con este programa, a través del cambio de actitudes basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, desarrollar en los jóvenes una mayor valoración de sí mismo, la toma de decisiones, interés en las relaciones familiares; y dado que la familia es un ente importante para que ello se conforme en el individuo, se orientará a los padres para tener una mayor comunicación con el adolescente y conozca lo importante que es su papel en la formación de la autoestima de su hijo.

CAPITULO I

Pubertad y Adolescencia

1.1. Definición de Pubertad

La pubertad es una metamorfosis que transforma el cuerpo de la niña en un cuerpo de mujer capaz de fecundar. La pubertad dura varios años e interesa al conjunto del organismo. Es la fase final y la más rápida del proceso, ya empezado desde la concepción, y que conduce a la posibilidad de la reproducción (Petersen y Taylor, 1979 citado en Moraleda, 1999).

Ausubel (1954 citado en Lutte, 1991) define la pubertad como la condición necesaria para acceder al estado adulto. Fernández (1991 citado en San German, 2000) define la pubertad como un proceso de desarrollo hormonal, de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual, al intensificarse la producción de hormonas elaboradas por las glándulas suprarrenales, de los óvulos y de los espermatozoides se crea un puente entre el niño y el adulto.

Para Hurlock (1987) la pubertad se inicia con el comienzo de la transformación del cuerpo infantil en el de un adulto y finaliza cuando la transformación se completa, la pubertad es el periodo en el que se produce la madurez sexual, forma parte de la adolescencia pero no equivale a esta comprende todas las fases de la madurez y no sólo la sexual.

Los primeros años de la pubertad se conocen como "preadolescencia" y se dice que el individuo es un "puer o niño pubescente". La edad media de la pubertad son los 12 años para la mujer y los 14 años para los varones, sin embargo existe un amplio margen de edades que pueden ser consideradas normales (Papalia y Wendkos, 1992). Una de las características más notables de la preadolescencia son las profundas transformaciones fisiológicas que afectan al sujeto tanto en su configuración corporal como en el proceso de maduración sexual. Estas transformaciones fisiológicas incluyen, a su vez, transformaciones psíquicas tales como el cambio de actitud del sujeto frente a su propio cuerpo (modificación en la percepción de su esquema corporal, en las actitudes hacia su propia imagen), así como las transformaciones del ambiente hacia el individuo transformado físicamente, actitud que al mismo tiempo, repercute secundariamente en la representación que tiene de sí mismo.

La preadolescencia se divide en tres periodos:

- Primer periodo, *prepuberlano*, se caracteriza por una actividad de crecimiento, así como por la aparición de algunos caracteres secundarios en particular la aparición de vello pubiano y axilar, crecimiento acelerado de los testículos y el pene, en los chicos, y el desarrollo de los senos en las chicas.
- Segundo periodo, *puberlano*, en este periodo el crecimiento se aminora. Los caracteres sexuales primarios se desarrollan: es la época de la menarquia (primera menstruación en las chicas).
- Tercer periodo, *postpuberlano*, en él las glándulas sexuales y los órganos genitales adquieren su desarrollo y funcionamiento completo, este periodo se extiende a la adolescencia (Moraleda, 1999. pp.183).

La preadolescencia se caracteriza también por cambios de naturaleza cognitiva tales como el paso progresivo del pensamiento concreto al formal, social y actitudinal. No podemos pasar por alto los fenómenos psicológicos que van unidos a las transformaciones fisiológicas, por una parte nos encontramos con la reelaboración del esquema corporal, las actitudes ante el propio cuerpo percibidas de forma inmediata o a través del medio que le rodea. (Moraleda, 1999).

1.1.1. Pubertad Precoz

Ciertas patologías relacionadas con la pubertad son la amenorrea y la pubertad precoz. La primera se caracteriza por una ausencia o cese del flujo menstrual sin que exista embarazo. La segunda es la aparición prematura, en hombres o mujeres, de las características fisiológicas típicas de la pubertad, está causada por trastornos de las secreciones del lóbulo anterior de la hipófisis o adenohipófisis, de las glándulas adrenales o de las gónadas. La pubertad precoz es aquella en donde los cambios corporales se inician antes de los 8-9 años en la mujer y antes de los 9-10 años en el varón. En estos casos es posible la presencia de algún trastorno hormonal siendo en tal caso necesario la consulta de un especialista. Sin embargo, hay casos en que la pubertad se inicia antes de lo habitual aunque no exista ningún tipo de trastorno. En ellos los problemas derivan de la adaptación del adolescente al ambiente escolar y social; ya que si un chico empieza a cambiar su cuerpo hacia los 10 años, es posible que hacia los 12 ya sea un púber, justo en la época en que sus compañeros son aun niños. Entonces su físico le puede causar problemas, ya sea por imponerse a los demás, o por tratar a sus compañeros como unos pequeñines. Empero, el mayor problema será su falta de estatus; un chico así no se siente bien con los niños, pero le será difícil relacionarse con los mayores (Papalia y Wendtlos, 1992).

Su pensamiento evoluciona también rápidamente, por lo que pronto estará en plena adolescencia mientras que los demás terminaran su infancia. Sin embargo, en desarrollo afectivo no siempre va al mismo ritmo que los cambios del cuerpo, y aunque ello depende de la familia y del grupo, es común encontrar en estos jóvenes sentimientos contradictorios. Por un lado, sus impulsos y deseos los llevan a entablar acciones osadas; por otro, la falta de experiencia les genera inseguridad, temor y sentimientos de incomprensión. Las mujeres que inician muy temprano la pubertad tienen, además de los problemas de su apariencia, el de una sexualidad que implica el riesgo de embarazo, en una época en la que socialmente están consideradas como niñas. La contradicción se acentúa por el hecho de parecer mujeres cuando sus compañeras son niñas. Sin embargo, cuando llegan a ligarse afectivamente con un joven de más edad, esto se vuelve fuente de conflicto, ya que en ciertos medios las chicas no deben ligarse con jóvenes mayores. En suma, apariencia, expectativas sociales e integración al grupo son los problemas más serios que enfrentan los individuos con pubertad precoz. Su evolución depende en parte del azar, pero las circunstancias pueden variar según la actitud de los padres, los educadores y demás adultos que rodean al adolescente. Es imposible modificar el entorno, y pedir a los adultos que traten como a los otros niños a alguien cuya apariencia es de un joven. Los padres deben esforzarse por comprender y ayudar a sus hijos precoces, aunque, desde luego, esto les causará mayores problemas. Sin embargo, si los padres no los ayudan, nadie más podrá hacerlo. Lo más importante es no dejarlos a su suerte, ya que en el adolescente pueden surgir sentimientos de soledad, abandono o inadaptación (Rice, 1997).

1.1.2. Pubertad Retardada

Rice (1997) menciona, que cuando existe un retraso en la aparición de los cambios de la pubertad es conveniente descartar cualquier trastorno hormonal mediante la consulta médica. Sin embargo, el retraso simple de la pubertad es frecuente en algunas familias donde alguno de sus miembros ha tenido también algún retraso. En estos casos el problema está circunscrito al ámbito emocional del individuo, y se aprecia más en los varones. En efecto, la falta de desarrollo genital puede hacerlos sentir en desventaja con sus compañeras, en especial después de los 16 años, cuando la mayoría ha alcanzado la pubertad. Además de las burlas a las que será sometido por su apariencia infantil, el individuo tendrá una ansiedad considerable hacia su desarrollo, que influye en el peso, talla, tamaño de los genitales, voz de niño, etc. Son comunes los sentimientos de que algo falta o de que se ha quedado a la zaga de los demás. Aquellos experimentan como desaliento, temor, ansiedad y, en ocasiones baja en estado de ánimo. De nuevo la actitud de los padres es muy importante para auxiliar a estos chicos: tan malo es dar falsas expectativas como ignorar el problema. Como este se va resolviendo con el tiempo, lo importante es que los padres y los educadores hagan sentir al jovencito la confianza de que la pubertad llegará tarde o temprano.

En el caso de las chicas, el problema es menos serio, quizás por menores demandas sociales. Sin embargo, no es raro que se pongan nerviosas por la falta de desarrollo del busto o el retardo de la aparición de las formas femeninas. Incluso puede sufrir la presión de sus compañeras que les preguntan por su menstruación, teniendo a veces que aparentar lo que aun no sucede. Necesita entonces platicar con la madre o hermanas mayores, para asegurarse de que nada extraño le está pasando, ya que al igual que en el varón, el apoyo familiar y de los mentores es importante para esperar, sin grandes sobresaltos, la aparición de la pubertad. (Rice, 1997)

1.2. Definición de Adolescencia

El término *adolescencia*, cuya etimología proviene del latín *adolescencia* de *ad/olescer*: crecer y éste a su vez originado de *ad/alere*: alimentar, puede ser definido: (Macías-Valadez, 2000) como el período comprendido aproximadamente de los 10 a los 20 años de edad, es decir, cuando una persona pasa de la niñez a la edad adulta. En esta etapa suceden no solo los cambios físicos de un cuerpo en maduración, sino también muchos cambios cognoscitivos y socioemocionales (Morris, Maisto y Wolman, 2001).

En el origen del término está implícito un crecimiento acelerado y sin trabas, para lo cual es necesario una alimentación no solo física, sino espiritual. Cuando se estimula dicho crecimiento se libera energía, que si es dirigida de manera adecuada, permite al individuo enfrentar su situación existencial sin grandes conflictos. Además facilita la armonía con el grupo social en donde le ha tocado en suerte desarrollarse. Sin embargo muchos adolescentes irrumpen en esta etapa con problemas no resueltos y son presa fácil de las tensiones que ejerce el crecimiento acelerado del cuerpo (Macías-Valadez, 2000)

1.2.1. Desarrollo físico

El comienzo de la pubertad está asociado con cambios drásticos en la estatura y en los rasgos físicos. En este momento, la actividad de la hipófisis supone un incremento en la secreción de determinadas hormonas con un efecto fisiológico general. El primer cambio físico lo produce la hormona del crecimiento, que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años. Las principales hormonas que dirigen estos cambios son los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos. Estas sustancias están también asociadas con la aparición de las características sexuales secundarias (Aguirre, 1996).

La aceleración del crecimiento femenino comienza entre los 8.5 y los 11.5 años, con un pico en velocidad del desarrollo que ocurre a los 12.5 años, como promedio. Después, el ritmo declina gradualmente hasta que se produce un alto en el proceso entre los 15 y 16 años. Los varones muestran un patrón similar de desarrollo acelerado, pero lo inician más tarde y siguen creciendo durante más tiempo que las muchachas. Como promedio arranca entre los 10.5 y 14.5 años, con un pico de velocidad alrededor de los 14.5 años y una subsiguiente declinación gradual hasta los 17 ó 20 años, momento en el que el crecimiento se completa. Quedando el aumento de estatura virtualmente completo hacia los 18 años (Behrman y Vaughan, 1983 citado en Papalia y Wendkos, 1997). De tal forma que el tamaño corporal se mide en función de la estatura y del peso.

Estatura. La estatura está regulada por la hormona del crecimiento, que proviene del lóbulo anterior de la glándula pituitaria. En cantidad suficiente permite que los niños sanos y bien nutridos alcancen su máximo tamaño normal. Cuando la provisión de esta hormona es deficiente ocurre el fenómeno de enanismo, en contraparte el suministro exagerado de hormona del crecimiento produce lo que se denominada gigantismo (Hurlock, 1987).

El crecimiento en altura sigue un modelo bastante regular y, de manera general, aunque no siempre, precede al desarrollo del peso. Los adolescentes cuya constitución es ectomorfa (individuos altos y delgados), tienen mayor estatura al llegar a la adultez, que los de constitución mesomorfa (individuos

bajos, gruesos y musculosos). De las influencias ambientales sobre la estatura adulta, el factor singular más importante es la nutrición (Grínder, 1984).

Se ha podido observar que los adolescentes alcanzan su peso y estatura adulta más rápido a su generación anterior, dicha explicación se establece a través de la tendencia secular, la cual parece explicarse a través de un nivel de vida más elevado. Después de los años 50s se alcanza el máximo potencial genético en cuanto al crecimiento físico, mejor nutrición y cuestión genética explican porque los jóvenes maduran más rápido y son más altos que los padres (Papalia y Wendkros, 1997).

Peso. El aumento de peso, durante la adolescencia se debe en gran parte al crecimiento de huesos y músculos. Los huesos se hacen más grandes y más pesados. Cambian en cuanto a su forma, sus proporciones y su estructura interna. Hacia la época en que la muchacha tiene 17 años, sus huesos están maduros o cercanos a la madurez en tamaño y osificación; los huesos de los varones completan su desarrollo unos 2 años más tarde. En la madurez cerca del 16 por ciento del peso corporal corresponde a los huesos (Hurlock, 1987). En la infancia, los músculos contribuyen al peso total del cuerpo en proporción cerca del 25%; en la madurez, la proporción se halla entre el 45 y el 50%. Los músculos inciden más en el peso de los muchachos que en el de las muchachas. El aumento más pronunciado de tejido muscular aparece entre los 12 y 15 años en las muchachas y entre los 15 y 17 años en los muchachos (Papalia y Wendkros, 1997).

Las muchachas experimentan el mayor aumento de peso poco antes y poco después de la pubertad. Como promedio, 2 años antes de la pubertad el peso se incrementa en unos 4,5 kilogramos. El mayor aumento, unos 6,5 kilogramos, se produce en el año que precede inmediatamente a la pubertad, produciéndose un aumento adicional de 4,5 kilogramos en el año que sucede a la pubertad. Esto significa que en el lapso de 3 años promedio de incremento en el peso de las muchachas es de unos 15,5 kilogramos. En cuanto a los varones, el aumento rápido de peso se presenta uno o dos años después que en las muchachas. El incremento medio durante el período puberal es de unos 18 kilogramos, con un alcance entre 7,8 y 29,3 kilogramos (Hurlock, 1987).

A menudo, los adolescentes experimentan un "período de obesidad" en los comienzos de la maduración sexual. Esto se debe en parte a la dislocación hormonal que acompaña a la maduración sexual y en parte al aumento de apetito que acompaña al rápido crecimiento físico. La apariencia de obesidad desaparece normalmente en cuanto aumenta la estatura y se restaura el equilibrio hormonal. Los muchachos tienden a una marcada acumulación de tejido graso alrededor de la teta y en el abdomen, las caderas y los muslos. La apariencia facial es alterada por el aumento de adiposidad en las mejillas, cuello y mandíbula. Este período de obesidad dura unos 2 años, transcurridos los cuales el cuerpo recupera sus proporciones normales (Aguirre, 1996).

El período de obesidad de las muchachas tiene lugar en el comienzo de la pubertad. Como aumenta el apetito, a menudo comen con exageración. Como en el caso de los varones, desarrollan tejido graso en áreas del cuerpo en que la adiposidad se considera inapropiada, en especial en el abdomen y las caderas. A medida que continúa el desarrollo puberal, la apariencia de obesidad desaparece, por lo general, aunque es posible que el peso corporal no cambie. Los adolescentes que siguen obesos son relativamente pocos, en el momento en que el peso se incrementa más, cuando se llega a la madurez sexual, los jóvenes comienzan a parecer flacos. Sus músculos y huesos se desarrollan con rapidez, de manera que sus brazos, piernas y brazos hacen que sus cuerpos sean más grandes y más pesados, pero también esbeltos. La segunda transformación física importante que se produce en la pubertad comprende modificaciones (exteriores e interiores) en las proporciones del cuerpo. El crecimiento es asincrónico (el ritmo máximo de desarrollo de las diferentes partes del cuerpo no se da forzosamente al mismo tiempo). El cuerpo desgarbado, los brazos y piernas sin forma y el rostro de rasgos desproporcionados (en especial cuando los dientes de tamaño adulto llenan la boca infantil) mejoran, por supuesto, cuando adquieren formas y proporciones adultas (Hurlock, 1987).

El crecimiento interno no es tan evidente como el externo, pero no es menos notable. Está estrechamente relacionado con el aumento de estatura y de peso y, como el crecimiento externo, es asincrónico. Durante la pubertad, los órganos del aparato digestivo casi alcanzan su tamaño y forma maduros. El estómago se

hace más largo y menos tubular, incrementándose así su capacidad. Crece el diámetro y la longitud de los intestinos se espesan, y los músculos lisos del estómago y de las paredes intestinales se hacen más gruesos y más fuertes. En el aparato circulatorio se produce el aumento del tamaño del corazón, y también de la longitud y grosor de las paredes de los vasos sanguíneos (Brooks, 1981). El corazón crece con tanta rapidez que a los 17 o 18 años es doce veces más pesado que en el nacimiento. Por el contrario el aumento de venas y arterias es de sólo el 15%. Como resultado del crecimiento de los pulmones, durante la adolescencia hay notables cambios en la respiración, que ahora es más pausada que en la infancia, aunque el volumen del aire inhalado y exhalado sea mayor. El hecho de que los varones consuman más oxígeno después de la pubertad se debe a que tienen más tejido muscular que adiposo, en comparación con las muchachas, no sólo porque su cuerpo tenga mayores proporciones (Hurlock, 1987).

Las glándulas del sistema endocrino se desarrollan según distintos ritmos y alcanzan la madurez en diferentes edades. La tiroides ubicada en la garganta crece en las muchachas en la época de la menarca; esto produce irregularidades en el ritmo metabólico basal. Las glándulas crecen con rapidez en la pubertad y llegan a la proporción adulta (Hurlock, 1987).

Las neuronas continúan desarrollándose longitudinalmente, mientras dura el desarrollo físico del individuo, y probablemente aumenta también algo su diámetro transversal. Por los comienzos de la adolescencia, el *encefalo*, ha alcanzado ya casi el peso normal del adulto. Si bien el cerebro puede en algunos casos, aumentar de peso hasta los 20 o 25 años, el proceso es casi imperceptible a partir de los 14 o 15 años. En todas las edades, probablemente, el cerebro de los varones es más pesado que el de las niñas. Desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, la *medula espinal* crece con mayor rapidez que el *encefalo* o cualquiera de sus partes principales, es claro que su crecimiento longitudinal se efectúa paralelamente al del tronco (Brooks, 1981).

Hurlock (1987), Moraleda (1999), Papalia y Wendkos (1997) mencionan que la tercera transformación fisiológica importante durante la pubertad es el desarrollo de las características sexuales primarias, que son, los propios órganos sexuales cuya función es la reproducción. Los órganos sexuales masculinos comprenden los genitales externos e internos. Los que se hallan en el exterior del cuerpo son el pene y el escroto, o sea el saco que contiene los testículos, mientras que los localizados en el interior son el conducto deferente y sus partes asociadas; la próstata y la uretra.

Este patrón tiene cinco etapas.

- I. El pene, los testículos y el escroto son esencialmente los mismos que en la primera infancia.
- II. Los testículos y el pene se agrandan de manera perceptible; aparece vello muy pigmentado.
- III. El pene se ha alargado perceptiblemente; el vello se hace más grueso.
- IV. Se nota que los testículos son más grandes y que el pene tiene mayor diámetro. El vello del pubis tiene apariencia adulta, pero el área cubierta es menor.
- V. Los genitales son adultos en tamaño y forma; el vello del pubis es adulto (Hurlock, 1987, pp: 58).

Órganos sexuales femeninos. La parte más importante del aparato reproductor femenino son los ovarios, órganos que producen los óvulos o huevos, que inician con la producción del estrógeno. Entre los 12 y los 18 años inician el crecimiento veloz que continúa durante algún tiempo. El óvulo ingresa en la trompa de Falopio, conducto a través del cual llega al útero o matriz. Más tarde se desplaza por la vagina, que es el pasaje que lleva desde el útero hasta el orificio genital externo. Los ovarios y el útero crecen con rapidez durante la pubertad. Los ovarios no llegan a su peso y tamaño maduros hasta que la muchacha tiene 20 o 21 años (Hurlock, 1987).

La primera indicación definida que tiene una jovencita acerca de su madurez sexual es la menarca. A esta sigue un período de esterilidad adolescente, momento en el cual las glándulas endocrinas no vierten su hormona en la corriente sanguínea con la debida intensidad como para hacer posible la ovulación y reproducción. La duración de este período es en extremo variable; puede extenderse entre 1 mes y 7 años (Papalia y Wendkos, 1997).

La *menarca* es el comienzo de una serie de descargas periódicas que suceden con cierta regularidad cada 28 días hasta que la mujer llega a la menopausia en su cuarta o quinta década de vida. Estas descargas periódicas se conocen como "menstruación", de la palabra latina *mensis* que significa "mes". Se refiere al mes lunar de 28 días. En los primeros períodos menstruales, no es nada raro que el flujo dure sólo un día o aun menos. Más tarde, puede prolongarse desde 1 a 14 días. El término medio es de 3 a 5 días (Hurlock, 1987).

La menstruación puede ir acompañada de incomodidades o dolores físicos. Los trastornos más comunes son las cefalalgias, los dolores de espalda, los calambres y los malestares abdominales agudos. Así como también pueden presentarse vómitos, sensaciones de fatiga, irritación en la vejiga, inflamación de los órganos genitales, dolor en las piernas, hinchazón de los tobillos y erupciones dérmicas. A medida que la menstruación se regulariza, las perturbaciones se hacen cada vez menos serias (Hurlock, 1987).

La cuarta transformación física que *ocaece* durante la pubertad y, sin duda alguna, la más llamativa, es el desarrollo de las características sexuales secundarias, los aspectos físicos que dan una apariencia "femenina" a las muchachas y "masculina" a los muchachos. Estas características sexuales secundarias son signos fisiológicos de madurez que no incluyen de forma directa los órganos sexuales (Papalia y Wendkos, 1997).

Varones	Mujeres
Ensanchamiento de los hombros, debido a la presencia de músculos pesados, lo que da al tronco una conformación triangular	Ensanchamiento de los hombros en la amplitud y redondez de las caderas quedando así limitada la cintura, que da al tronco una forma similar a la de un reloj de arena
Forma definida de brazos y piernas debido al desarrollo muscular	Conformación definida de brazos y piernas debido principalmente al tejido adiposo
Nudos o levea protuberancias alrededor de las tetillas	Desarrollo del busto
Veño púbico que se extiende hasta los muslos	Veño púbico
Veño en las axilas	Veño axilar
Veño facial sobre el labio superior, a los costados y en la barbilla, y el pelo en la región de la garganta	Veño facial sobre el labio superior, en la parte inferior de las mejillas y al borde del mentón
Pilosidad en los miembros, pecho y hombros	Pilosidad en los miembros
Cambios de voz	Cambios de voz de una tonalidad aguda a otra grave
Cambios en el color y la textura de la piel	Cambios en el color y la textura de la piel

Fuente: Hurlock, 1987. pp: 61

El desarrollo de las características se debe al aumento del suministro de hormonas provenientes de las gónadas, durante la pubertad. Estas hormonas no sólo estimulan el crecimiento de los órganos sexuales (características sexuales primarias) sino que dan lugar al desarrollo de los aspectos sexuales secundarios. También aquí el crecimiento es asincrónico (las características sexuales secundarias se desarrollan en diferentes momentos y alcanzan la madurez en distintas edades) (Aguilre, 1996).

El primer signo de la pubertad en las niñas suele ser el crecimiento de los senos; los pezones aumentan y se pronuncian, el área pigmentada alrededor de los mismos aumenta y los senos adquieren primero una forma cónica y después redondeada; por lo general, se desarrollan por completo antes de la primera menstruación. El cambio de voz en el varón que es uno de los indicadores más obvios de la maduración puberal, se debe al rápido crecimiento de la laringe ("voz de Adán") y al alargamiento de las cuerdas vocales que se extienden a través de ella. Con el transcurso del tiempo, las cuerdas vocales llegan casi a duplicar su longitud. También se produce un aumento de volumen, y la calidad tonal es más agradable que la de la aguda infantil. Es bastante raro que el comienzo del

cambio se produzca antes de la aparición de vello en el pubis. La ronquera antecede al cambio real en el tono (Hurlock, 1987).

En la piel se producen varios cambios importantes en el periodo puberal. La piel suave, delicada y transparente del niño se hace cada vez más gruesa y rústica a medida que el individuo madura sexualmente. Al principio de la pubertad se produce un incremento definido en el espesor del tejido subcutáneo. La coloración suave de la piel transparente del niño adquiere más intensidad. Los poros se agrandan, y el vello facial no sólo se hace más grueso sino que es acompañado de pilosidad ordinaria y más pigmentadas en áreas corporales del todo carentes de vello en la infancia (Hurlock, 1987; Papaña y Wendkos, 1992).

Poco antes de la pubertad, las glándulas sudoríparas "apocrinas" comienzan a agrandarse, pero no llegan a la plenitud de su desarrollo hasta que la pubertad está bien adelantada. El olor característico de la transpiración axilar se detecta por primera vez en la pubertad, en especial cuando hay tensión emocional (Hurlock, 1987).

Las glándulas sebáceas se agrandan y activan especialmente, y durante un tiempo deben funcionar por conductos en extremo pequeños. El resultado es una perturbación dérmica que se conoce como "acne". Cuando la materia de las glándulas sebáceas no tiene un drenaje adecuado a consecuencia de la desproporcionada estrechez de los conductos conectados a glándulas que, transitoriamente son demasiado grandes, forma tapones duros en los poros. Estos son denominados "puntos negros", localizados con mayor frecuencia en la nariz, el mentón y el centro de la frente (Grinder, 1984).

Secuencia usual de los cambios físicos en la adolescencia

Características de las niñas	Edad de aparición
● Crecimiento de los senos	● 8-13
● Crecimiento de vello púbico	● 8-14
● Crecimiento del cuerpo	● 9.5-14.5 (promedio 12)
● Menarquia	● 10-16.5 (promedio 12.5)
● Vello axilar	● Dos años después del vello púbico
● Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas.	● Casi al mismo tiempo del vello axilar
Características de los niños	Edad de aparición
● Crecimiento de los testículos y el saco escrotal	● 10-13.5
● Crecimiento de vello púbico	● 10-15
● Crecimiento del cuerpo	● 10.5-16 (promedio 14)
● Crecimiento del pene, la próstata, y las vesículas seminales	● 11-14.5 (promedio 12.5)
● Cambio de la voz	● Casi al mismo tiempo del crecimiento del pene
● Primera eyaculación de semen	● Casi un año después de la aparición del vello púbico

<ul style="list-style-type: none"> ● Vello facial y axilar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Casi dos años después de la aparición del vello púbico.
<ul style="list-style-type: none"> ● Aumento de producción de glándulas sebáceas y sudoríparas (puede producir acné) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Casi al mismo tiempo que el vello axilar

Fuente: Papalia y Wendkos, 1997. pp: 263

1.2.2. Desarrollo Cognitivo

El desarrollo cognoscitivo del preadolescente se caracteriza por la aparición de una serie de características nuevas: más lógico, abstracto, hipotético y reflexivo o metacognitivo; es decir más formal. Dale, Dulit, Levell (1976, 1972, 1961 citados en Delval, 1994), entre otros, señalan que aunque el pensamiento formal comienza a aparecer en algunos sujetos alrededor de los 12-13 años, en la mayoría de los casos no llega a darse de modo plenamente sistémico y eficaz hasta los 16-17 años e incluso en algunos otros hasta la juventud o edad adulta.

De acuerdo con Delval (1994; pp: 38-42), este pensamiento se caracteriza por:

a) *Uso creciente de pensamiento abstracto:*

- En formación de conceptos predominando las ordenaciones y agrupaciones de conceptos, desligando los fundamentos concretos-sensoriales del concepto.
- En la solución de problemas, progresiva desvinculación de los contenidos concretos de los objetos; imponiéndose más de forma progresiva referentes con contenidos abstractos e incluso las operaciones mentales se convierten en objetos de pensamiento.

b) *Uso creciente de operaciones lógico-formales caracterizadas por:*

- Carácter hipotético-deductivo, es la facilidad de formar hipótesis acerca de los problemas planteados, elaborando posibles soluciones por vía deductiva de dichas hipótesis.
- Carácter posicional, los adolescentes operan ahora cada vez con menos imágenes concretas y más a través de lenguaje interno.
- Capacidad de concebir lo real como un subconjunto de lo posible, en donde el adolescente es capaz de enfocar la solución de un problema involucrando todas las situaciones y relaciones causales posibles entre sus elementos.
- Uso creciente de lo metacognitivo, que consiste en la capacidad de reflexionar sobre sus propios procesos mentales, de conocer las estrategias cognitivas más adecuadas para cada tarea y de controlarlas y aplicarlas adecuadamente a las mismas.

Cambios en la percepción y representación

- a) Perfeccionamiento progresivo de la percepción visual y auditiva.
- b) Creciente complejidad de la percepción cada vez más influida por los factores intelectuales.

La transformación más significativa es el mayor nivel de complejidad perceptiva por influencia del pensamiento abstracto, así con este tipo de percepción se modifica también el carácter de las representaciones que se toman más generales y abstractas y por lo mismo más apagada y menos plástica, disminuyendo en consecuencia el rendimiento reproductivo del preadolescente cuando se le presentan modelos visuales pero aumentando sus contenidos abstractos. (Moraleda, 1999).

Este estado se caracteriza por ser una fase de transición del pensamiento concreto, al abstracto y formal. Según Flavell y Wohlwill (1969 citados en Moraleda, 1999), este paso progresivo se da a través de cuatro fases:

1. Fracaso en todas las tareas que exijan operaciones formales.
2. Exhibición de algunas competencias formales poco significativas.
3. Aplicación de operaciones formales de modo poco consistente.
4. Razonamiento formal permanentemente consistente (Inhelder y Piaget, 1955, pp: 261-277).

Para Flavell (1966 citado en Moraleda, 1999, pp: 40,41) los procesos esenciales del pensamiento lógico formal se resumen en los siguientes puntos:

- a) Capacidad para plantear hipótesis acerca de un problema expuesto y comprobarlo de modo sistemático.
- b) Capacidad para elaborar posibilidades de solución por vía deductiva sobre problemas hipotéticos que carecen de fundamento real y que incluso pueden ser fantasiosos.
- c) Capacidad para utilizar operaciones lógicas como procesos abstractos, es decir, independientemente de un contenido concreto.
- d) Capacidad para tratar relaciones complejas; relación de relaciones.
- e) Capacidad para elevar las distintas operaciones a un plano más elevado y utilizarlas como reglas abstractas, en la solución de una amplia gama de problemas.
- f) Capacidad para reflexionar sobre su propio pensamiento de volverse hacia él para criticarlo o justificarlo.

Los preadolescentes son capaces de pensar sobre los pensamientos de los otros, si bien algunas veces fracasan en sus intentos al no ser capaces de diferenciar entre lo que ellos están pensando y los que piensan los otros (Looft, 1972 citado en Carretero, Palacios y Marchesi, 1995).

Durante la adolescencia no se producen cambios radicales en las funciones intelectuales, sino que la capacidad para entender problemas complejos se desarrolla gradualmente. El psicólogo francés Jean Piaget (citado en Moraleda, 1999) determinó que la adolescencia es el inicio de la etapa del pensamiento de las operaciones formales, que puede definirse como el pensamiento que implica una lógica deductiva.

Los adolescentes son ahora capaces de generalizar y describir una realidad con términos más amplios de utilizar más abstracciones apartando lo concreto para contemplar lo posible y lo imposible (Moraleda, 1999).

Durante la adolescencia se produce una ampliación de los horizontes del pensamiento, su capacidad de subordinar lo real a lo posible le permite elaborar y verificar hipótesis, resolver problemas, planificar actividades, etc. Pueden también comprender el pensamiento, conocer las actividades del conocimiento y los mecanismos que pueden hacerlo más eficaz. Son también más capaces de memorizar de reflexionar sobre sus aptitudes mnemónicas y evaluar sus potencialidades y sus límites (Keating 1979 citado en Moraleda, 1999). Los adolescentes pueden también interesarse por ideas que no le impliquen personalmente, identificarse con hecho o personas fuera de su entorno inmediato, darse cuenta de cómo razona, y comprender mejor a los otros, utilizar la introspección, analizar sus sentimientos y sus estados de ánimo, prestar atención al mundo interior.

Piaget (citado en Moraleda, 1999) considera el pensamiento formal como el último estadio del desarrollo cognitivo, el estado de equilibrio final. Para Flavell (1963 citado en Moraleda, 1999) el pensamiento formal es también un pensamiento proposicional en donde las entidades fundamentales que el adolescente maneja no son ya los datos brutos de la realidad, sino afirmaciones, formulaciones que contienen estos datos. En donde para resolver un problema, el adolescente aísla todas las variables y estudia todas las combinaciones posibles, siendo cada combinación una hipótesis que él verifica en la realidad.

Este pensamiento recibe el nombre de *formal* porque su validez no depende del contenido del razonamiento y de su concordancia con los datos de la experiencia, sino de su *forma* (Piaget, 1949 citado en Moraleda, 1999).

Se ha observado que existen variables que pueden facilitar o dificultar la construcción del pensamiento formal.

- a. *El sexo*: Algunos investigadores no encuentran ninguna diferencia entre niños y niñas; otros, por el contrario encuentran que acceden al pensamiento formal un mayor número de niños (Neikmark 1975, Peskin 1980, Meehan 1984).
- b. *La clase social y grado de instrucción*: algunos estudios han probado que, en las operaciones concretas no se advierten diferencias entre las clases sociales (Armann-Gainotti, 1977), pero que sí existe correlación entre el grado de instrucción y el pensamiento formal (Neikman, 1975).
- c. *Tipos de educación y variables personales*: los adolescentes alcanzan más fácilmente el estadio del pensamiento formal en los medios que favorecen el intercambio de opiniones, que relativizan los conocimientos, que les ayudan a darse cuenta de sus capacidades (Schmid-Kitiskis, 1977).
- d. *Cultura y estructura socioeconómica*: las pocas investigaciones efectuadas han encontrado que muchas de las personas en las sociedades no occidentales no utilizan este género de operaciones mentales (citados en Moraleda, 1999).

1.2.3. Cambios psicológicos

Los cambios radicales del cuerpo tienen repercusiones tanto psicológicas como físicas. Las transformaciones corporales se acompañan generalmente de fatiga, falta de ánimo y otros síntomas de una salud deficiente.

Las repercusiones psicológicas de la transformación física en la pubertad provienen principalmente las expectativas sociales respecto de las actitudes y la conducta propias de la madurez. Una de las tareas evolutivas más difíciles para el joven adolescente es la aceptación de su cuerpo y figura cambiados. No sólo ha de ajustarse sino aceptar su nuevo tamaño y conformación como la figura que tendrá por el resto de su vida. Aunque el crecimiento rápido y el cambio físico alteran de tal manera el cuerpo, que el pubescente que es incapaz de aceptar en seguida su nueva figura y de efectuar una revisión de su propia imagen física puede convertirse en un individuo sumamente cohibido (Raich, 2000).

Casi todos los niños aguardan con paciencia el momento de su crecimiento, pero los cambios que se operan en sus cuerpos les causan más angustia que placer. La insatisfacción respecto de la apariencia se agudiza poco después de haberse alcanzado la madurez sexual, el grado de conocimiento y de preaviso que el adolescente tenga de los cambios que se operan en su cuerpo incidirá notablemente en su actitud hacia estas modificaciones. Todo rasgo que desvie considerablemente del ideal de apariencia madura imaginado por el adolescente en su infancia, será fuente de inquietud. A partir de entonces, los adolescentes bien equilibrados muestran una aceptación creciente de sí mismos y de su apariencia. Los muchachos tienden a tener una opinión desfavorable de sus aptitudes, en tanto que las muchachas se inclinan por la crítica de su propia figura (Hurlock, 1967).

Todos los adolescentes se interesan vivamente por sus cuerpos en desarrollo. De manera constante se comparan con sus padres y se angustian cuando notan un estancamiento en su crecimiento. Las muchachas, como grupo, se preocupan más que los varones por sus cuerpos en desarrollo porque, para ellas, sus cuerpos están más estrechamente relacionados con sus funciones en la vida, particularmente en cuanto concierne al noviazgo y al matrimonio. Además de que pueden valerse de cosméticos y seleccionar su vestimenta para realzar sus rasgos buenos y disimular los defectuosos; esto aumenta el interés e intensifica su preocupación por sus cuerpos (Grinder, 1984).

Cuando se ha llegado a la madurez sexual, se modifican las pautas de conducta, Macfarlane menciona (citado en Hurlock, 1987): "esta tensión, que puede deberse a los cambios fisiológicos, a los aspectos sociales de la maduración o, con mayores probabilidades, al conjunto de estos factores, disminuye en intensidad. Se hace más enérgico y se muestra deseo de ejercitar su fuerza y de intervenir en competencias deportivas; se interesa por las actividades sociales, por los miembros del otro sexo, por la vestimenta y por la apariencia; demuestra mejor control emocional, menor inquietud, menos fastidio, una actitud menos crítica hacia familiares y amigos y una más fuerte motivación para realizar cosas".

Estos varones y estas chicas reprimen a menudo sus deseos activos, se sienten socialmente culpables, y entran en un repliegue pasivo, impotente, que a veces se traduce en un estado crónico de cansancio que en realidad es un cansancio histérico, sin que ellos lo sepan, es un resultado directo del rápido crecimiento físico de la pubertad que absorbe sus energías y los lleva a tal grado de cansancio que no tienen ni gusto ni la motivación para realizar más de lo que es absolutamente necesario. Muestran una característica aversión al trabajo, descuidan a menudo los deberes asignados en el seno familiar y dejan sin hacer las tareas escolares (Lutte, 1991).

No pueden hacer deportes, obligan a sus padres a correr tras los médicos tan pronto como se presenta una competición, un trabajo cualquiera, tan pronto como los implica una obligación de la sociedad. Todo los agota. Emotividad tenebrosa, palpitaciones, tono en ecípase, ¿enfemeros?. Lo que los deprime es un clima de abandono afectivo en el que se encuentran. Se oye con frecuencia un "yo no pedí vivir" en tono perseguido y reivindicador; a veces, un "nadie me quiere" que, en realidad, traduce un "no tengo a nadie a quien querer". También está la fragilidad ante el primer amor, esta vez se trata de un deseo amoroso, cuando por fin alcanzan al objeto de su amor esa persona los rechaza, entonces vemos suicidarse a jóvenes o no fallar, o a otros que no expresan su depresión y entran en estados psicósomáticos de efectos orgánicamente graves (Dotto, 1997).

La conducta típica del culto al ídolo consiste en admirar y adorar desde lejos al ser amado. Preocuparse por recoger información sobre sus actividades o intereses, imitarle en el vestir, modales y conducta, etc. (Moraleda, 1999)

Ocurre que el objeto amado por el adolescente o el adulto joven, chico o chica enamorado, sea puesto en el pináculo, totalmente idealizado al punto de que ni siquiera es concebible, para él o ella, entrar en comunicación con tan sublime entidad; con ello el sujeto pierde por completo todos sus recursos para cualquier cosa. Es la enfermedad de los jóvenes, algunos de los cuales integran grupos de fans de sus estrellas, héroes o heroínas soñados. Esto es lo que, en particular sucede en los sujetos en quienes puede descubrirse, cuando se conoce su historia, que no fueron narcisizados cuando eran niños en una época en que sus hermanos y hermanas parecían ser los preferidos de los padres (Dotto, 1997).

1.2.4. Identidad

Eric Erikson (1959 citado en McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982) ha sugerido que el periodo de la adolescencia es un periodo en el que el individuo lucha entre identidad y difusión o pérdida de identidad. En la forma en que lo usa Erikson, el término identidad significa "la confianza intensificada de que la realidad y continuidad íntimas que se han preparado en el pasado corresponden a la realidad y continuidad de significado que uno tiene para los demás". En un sentido vago, significa aquello que ha sido designado como el sí mismo; saberse que se es único y diferente a los demás (Erikson, 1968 citado en Aguire, 1996).

Este esfuerzo por darle sentido al yo y al mundo no es "una especie de malestar de maduración", es un proceso sano y vital que contribuye a reforzar el yo del adulto (Rice, 1997). La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido y durante los cambios fisiológicos de la adolescencia cuando desempeña un papel muy importante en el desarrollo. El problema del adolescente que va creciendo es cómo conservar la continuidad de una persona que en un tiempo, fue inmadura, asexual y no responsable y que ahora es

madura, sexual y responsable. La interrogante ¿Quién soy yo?, se convierte en una pregunta punzante ante el cambio tan rápido (Pick de Weiss y Vargas, 1995).

La "lucha por encontrarse así mismo" puede revestir una gran variedad de formas: la búsqueda de una vocación o carrera, la elaboración del propio papel sexual, logros especiales, o la identificación con otros, etc. Por lo tanto, la rebelión en contra del grupo establecido, al igual que la conformidad, pueden ser una señal de la búsqueda de identidad (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Al llegar a la adolescencia, con los intensos cambios corporales, afectivos, sociales, etc., aquel Yo infantil que estaba más o menos estructurado deja de tener sentido, y el niño y la niña deben de aventurarse a la búsqueda de un Yo adulto que pueda encajar en la nueva situación. Se puede hablar, así de identidades transitorias, que se adoptan por un periodo de mayor o menor duración, adoptas ante situaciones vividas por vez primera como la primera relación de pareja, y de identidades o identificaciones parciales, que responden a distintos comportamientos que aparecen en situaciones diferentes. También corresponden a estos tantos encaminados a configurar la propia identidad la adopción de determinadas vestimentas, la adhesión a ciertas modas y la intensa vinculación al grupo que representa el adolescente (Doño, 1997).

Aguirre (1996) menciona que la crisis de identidad presenta dos etapas: una individual y otra social. La primera se caracteriza por la afirmación del yo y la segunda por la rebelión contra todo sistema de valores de los adultos.

- *Afirmación del yo.* La constatación del propio yo, lleva ineludiblemente al adolescente a resaltar sus diferencias respecto a los demás.
- *Una tendencia a la soledad.* El adolescente siente un atractivo fascinante hacia la soledad. Busca aislarse, pero no para convertirse en un ser solitario, sino en cuanto es en la soledad en la que conversa consigo mismo y desde la que entiende y profundiza en la propia identidad.
- *Un excentrismo.* Es otra forma de afirmación del yo. Sus rarezas y extravagancias están relacionadas principalmente con: el modo de vestir; la forma, el color, el modo de llevarlo, el peinado, el calzado.... son formas de singularizarse. Su comportamiento excéntrico busca un doble objetivo: unas veces escandalizar a los demás, y otras proporcionarse la pequeña satisfacción personal de gozar de sus hazañas y su ingeniosidad. El lenguaje y la escritura, es una muestra más, rompiendo los moldes convencionales del lenguaje, de su deseo de autoafirmación. La formación de grupos, el actual asociacionismo y la formación de pequeños grupos en los que se fijan nuevas actividades, no son otra cosa que una forma de afirmarse a sí mismos.
- *Rebelión contra todo sistema de valores de los adultos.* Es su forma de comportamiento social, ante todo principio establecido frente a la autoridad y tradición, el adolescente adopta una actitud de desconfianza y de desprecio: porque atentan contra su independencia y por la falta de comprensión (Aguirre, 1996; Hurlock, 1987).

Según Erikson (1986), la principal tarea de esta etapa de la vida es reducir el conflicto de la identidad versus la confusión de la identidad. Para construir la identidad el yo organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de la persona para adaptarlos a las exigencias de la sociedad. En esta etapa el adolescente se hace preguntas como: ¿qué soy?, ¿quién soy? y ¿qué seré?, siendo la forma en que pueda contestarlas lo que conforme su identidad, si no es así, se producirá una confusión. Así pues, para que dicho proceso siga un camino satisfactorio deberá de lograr:

* Identidad yocica (para contestar ¿quién soy?). Darse cuenta de que sigue siendo el mismo, a pesar de que su apariencia a cambiado (Shilder, 1977).

* Identidad sexual (¿qué soy?). Reafirmar su identidad de hombre o mujer, aceptar los cambios físicos y comportamientos propios de su sexo (Aguirre, 1996).

* Identidad vocacional (¿qué seré?). Sobreidentificación temporal con múltiples héroes de la camarilla, etc. (Mussen, Janeway y Kagan, 1974)

Logrando con lo anterior decidir su vida. Aunado a lo anterior, Aguirre (1996) presenta ciertos elementos para que se lleve a cabo la formación de la identidad estos son:

1. El establecimiento del concepto de sí mismo o la toma de conciencia de sí mismo. El yo empírico del niño es sustituido por el yo reflexivo del adolescente.

- El nivel alto de autoestima, manifiesta una gran confianza en sí mismos, capacidad de liderazgo, habilidad para causar buena impresión, por otro lado la autoestima negativa presenta conductas depresivas y ansiosas, dificultad en las relaciones personales, sentimientos de incompreensión (Mussen, 1986).

- La imagen del cuerpo. El adolescente se siente más interesado por el aspecto físico y la apariencia corporal que por sus cualidades intelectuales y morales (Coleman, 1984 citado en Aguirre, 1996). La insatisfacción con el propio cuerpo se halla considerada positivamente hacia sí mismo, mientras que la insatisfacción respecto a la estatura y el peso ejerce una influencia negativa respecto a la autoestima.

- El ambiente familiar. Los adolescentes manifiestan tendencia a una autoestima más alta y a una autoimagen más estable cuando sienten cerca la atención de sus padres; y que ésta aumenta el nivel de autoestima en la medida en que son objeto de una atención equilibrada y madura por parte de los padres (Papalia y Wendkos, 1997).

- El ambiente o el contexto sociocultural. Los factores sociales determinan en gran medida, el concepto de la imagen de sí mismo, puesto que la evaluación que uno hace de sí mismo, no la hace en abstracto, sino en conformidad con los criterios y condiciones de una sociedad particular (Aguirre, 1996).

2. Independencia y autonomía. La autonomía personal y de independencia social tiene un papel importante en la emancipación de la familia. El niño ha necesitado del afecto materno y el calor del hogar; pero ahora ese afecto y protección le estorba en orden a dar el paso a una vida autónoma (Hoffman, Scott y Hall, 1996; Shaffer, 2000).

3. Adopción de decisiones frente a la vida. La necesidad de poner orden respecto a la nueva situación, por una parte, y la de ajustarla a las demandas de la sociedad, por otra, hace que el adolescente tenga que plantearse en este momento algunos problemas principales: el ajuste a las demandas sociales propias de su sexo, la elección ocupacional, el status de la familia, las posibilidades económicas, la motivación de los padres (Aguirre, 1996).

En la formación de la identidad, varios autores como: Rico, (1997), Papalia y Wendkos, (1992) y Aguirre, (1996) coinciden en que, hay que tener en cuenta cuatro cosas:

- Es algo que de una manera gradual y regular va realizando día a día y que tiene un momento especial en la adolescencia. Haciendo un esfuerzo por dar sentido a sí mismo y al mundo.
- Es un problema de cada generación adolescente, y que consigue la identidad cuando, descubre su destino en la vida, cuando ha superado aquello en lo que los demás desearían verle convertido y cuando ha alcanzado aquello en lo que él mismo había soñado que podía ser.
- La rapidez de los cambios sociales y los continuos avances tecnológicos, por una parte, y la desconfianza en los valores y creencias de los adultos, por otra, hacen que los adolescentes se encuentren incapaces de resolver sus problemas de identidad.
- El proceso de convertirse en adulto tiene la máxima importancia la formación de la propia identidad. Los éxitos y los fracasos de cada una de estas etapas preparan los éxitos y los fracasos de las siguientes; de manera que la identidad de la adolescencia se va conformando mediante las resoluciones hechas en las etapas anteriores.

Al establecer varios estados de identidad y correlacionarlos con otros aspectos de la personalidad, el psicólogo Marcia (1980 citado en Rice, 1997; pp: 410-412), amplió y clarificó la teoría de Erikson. Según Marcia, la crisis es un período de toma de decisiones conscientes, cuando los viejos valores y las viejas selecciones son reexaminadas y el compromiso es una inversión personal en una ocupación o sistema de creencias (ideología), resultado de la revolución. Siendo necesario pasar por una crisis para llegar al compromiso. Identificándose cuatro estados de identidad determinados por la presencia o la ausencia de crisis y compromiso:

- I. Confusión de identidad. (sin compromisos, crisis incierta) Cuando el joven no ha experimentado aún la crisis ni ha establecido compromiso alguno, ni hay indicios de establecerlo.
- II. Identidad prematura o hipotecada. (aceptación sin raciocinio) Cuando el joven se ha comprometido con unas ideas o creencias, debido en gran parte a elecciones realizadas por otros, pero sin haber experimentado la crisis. Ha aceptado cómodamente el plan de vida marcado por otra persona sin haber explorado personalmente posibilidades.
- III. Moratoria. (crisis no compromiso) Cuando el joven se encuentra en un estado de crisis y aún no se ha comprometido busca entre distintas alternativas que se le presentan, con la intención de elegir o determinarse por una. Parece encaminada al compromiso y probablemente logrará la identidad.
- IV. Logro de identidad. (crisis que conduce al compromiso) Cuando el joven ha experimentado una crisis, la ha resuelto por sus propios medios y se ha comprometido con una profesión o alguna ideología.

Respecto a la información de la identidad femenina, se sabe que la definición femenina del yo está menos relacionada con el logro de una identidad individual que con las relaciones con otras personas: las mujeres jóvenes y las adultas se juzgan a sí mismas por sus responsabilidades y su capacidad para cuidar de los demás y de sí mismas. Incluso las que logran una fuerte identidad, lo hacen más a través de la cooperación que de la competitividad (Gilligan, 1982 citado en Rice, 1997).

El lograr consolidar la identidad significa formar un sistema de teorías, valores éticos, intelectuales, que pueden organizarse en una ideología que trascienda su existencia individual y se reviste de un carácter de permanencia e inmortalidad.

1.2.5. Imagen corporal

La imagen corporal se define como, restricción del cuerpo que cada individuo construye en su mente. La imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como el movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos (Raich, 2000).

Piero (1926 citado en Moraleda, 1999) define a la imagen corporal como la representación que cada uno se hace de su propio cuerpo y que sirve de punto de referencia en el espacio fundada en los datos sensoriales múltiples propioceptivos.

Thompson (1990 citado en Raich, 2000, pp: 24,25) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes:

- a) Un componente *perceptual*. Precisión que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (proporciones del cuerpo mayores de las reales) o subestimación (tamaño corporal inferior al que realmente corresponde).
- b) Un componente *subjetivo* (cognitivo-afectivo). Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones, que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física.
- c) Un componente *conductual*. Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados del cuerpo provocan.

El conocimiento del mismo depende en gran medida, de nuestra acción. La percepción de nuestro propio cuerpo no difiere gran cosa de la percepción de cualquier objeto exterior. La imagen corporal es una unidad, pero esta unidad no es rígida, sino variable. Al decir esquema corporal se hace referencia a la imagen que todos llegamos a poseer de nuestro cuerpo como un todo formado de partes y de partes que integran un todo (Shilder, 1977; De Moragas, 1966).

En los primeros meses de vida los límites entre el cuerpo y el exterior no son precisos. Después de haber reconocido el individuo por trozos separados, va integrando las diferentes partes del cuerpo por medio de datos visuales y sensoriales. El niño que llega a la pubertad habitualmente ya se ha formado una imagen mental de su cuerpo, siente que lo domina, lo controla, siente actitudes positivas o negativas hacia él. Al llegar a la pubertad, la imagen corporal se fragmenta: "Distintas partes del cuerpo parecen ocupar de un modo desordenado cantidades del espacio psíquico y de la atención" (Rosenbaum, 1979 citado en Moraleda, 1999).

La imagen corporal es la representación que cada individuo se forma de su propio cuerpo, de la cara, de los ojos, del cabello, de la estructura somática global. Es "el conjunto de las percepciones y de las representaciones que nos sirven para evocar nuestro cuerpo, no sólo como objeto que posee ciertas propiedades físicas (peso, altura, color, forma) sino también como parte de nosotros mismos, cargados de afectos múltiples y contradictorios" (Bruchon-Schweitzer citado en Lutte, 1991); no es el "espejo fiel de nuestro cuerpo tal como es... sino la interpretación del cuerpo por el individuo" (Abraham, 1963 citado en Lutte, 1991).

El cuerpo total, completo, se asume ahora como una entidad totalmente diferenciada (dicotomía "yo - no yo"), el adolescente se encuentra ante la imperiosa necesidad de estructuras un nuevo Yo corporal y conformar entorno al mismo una identidad (Dotto, 1997). Nada fácil si tenemos en cuenta que el Yo a esta edad es lo suficientemente débil como para tener dificultades en la aceptación e integración del cúmulo de transformaciones que de forma intrusiva se apoderan de él. Viéndose perturbado el sentido de la propia identidad (Shilder, 1977). La imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales. Gracias a nuestra imagen del cuerpo portada por y entrecruzada con nuestro esquema corporal, podemos entrar en comunicación con el otro (De Moragas, 1966).

Los preadolescentes se sienten extraños de sí mismos, raros, no como los demás, necesitan aprender los volúmenes, las distancias, las medidas del medio material y humano en que se desarrollan. Necesitan volver a reconocer su cuerpo situado en un espacio reevaluado. El espejo llega a ser indispensable testigo y aliado preciso para defenderse de las angustias referentes a sus rasgos faciales o corporales modificados. Y es que el preadolescente no puede aceptar lo real, sino en la medida en que se reconoce a sí mismo (Moraleta, 1999).

Parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros dan a los atributos físicos, y de la percepción cada vez mayor de las expectativas culturales (Raisch, 2000). El estándar estético para las mujeres es: ausencia de grandes curvas, cuerpo tubular, cadenas estrechas. El atractivo físico, en la medida en que favorece la consecución de pareja, garantiza la supervivencia de la especie. La búsqueda del atractivo físico no es algo circunscrito a las mujeres. En el siglo XVI los hombres llevaban pelucas, se maquillaban y llevaban vestidos recargados. Esta moda desapareció con la Revolución Francesa, en la que se interpretó como clasismo y la forma de ir de los hombres fue mucho más sobria (Moraleta, 1999). En la época actual, el hombre vuelve a prestar atención a su apariencia externa, a pesar de que la presión social no es tan importante, también la sociedad les exige tener un determinado físico. Han de ser altos, fuertes, con hombros anchos, un pecho musculoso y bíceps desarrollados; su trasero debe ser pequeño, rasgos faciales bien definidos y una gran mata de cabello (Lutte, 1991).

En una investigación sobre los modelos de comportamiento (Lutte, 1991) se comprobó que, por término medio, las niñas de 13 años y los muchachos de 14-15, son los que presentan mayor atención a su cuerpo. Para las niñas, el retrato físico de la persona ideal se resume en una palabra: belleza. Desean

el cuerpo de una modelo, longilíneo, esbelta, alto, con cabellos rubios y ojos claros; un deseo que revela la necesidad de ser aceptada, solicitada y admirada. Muchas adolescentes tienen dificultades para aceptar su cuerpo porque el mito de la belleza las rodea por todas partes y crea una especie de racismo.

Estos modelos estéticos causan problemas, a veces importantes de salud, al abusar de esteroides o realizar ejercicio físico excesivo. Actualmente hay cada vez más hombres que buscan remedios de belleza a fin de mejorar su aspecto, confiando que éste les aportará éxito en sus relaciones y trabajo (Raich, 2000).

La individualización en muchas ocasiones por la misma familia, que comenta la importancia de la apariencia delgada, refuerza los comportamientos de dieta y estimula su seguimiento o rechaza el sobrepeso o la obesidad. Los progenitores, si hacen observaciones despectivas de características físicas como la corta talla, la falta de musculatura o el pene pequeño de un hijo, retraso de la menarquia, los pechos pequeños o el peso excesivo de una hija, pueden fomentar la ansiedad (Schonfield, 1966 citado en Grinder, 1984). Las actividades del adolescente hacia su propio cuerpo influyen los conceptos que de sí tiene y que las actitudes de los demás para su cuerpo afectan sus respuestas a las expectativas de éstos. Se ha observado que las personas que han sufrido de burlas en la infancia tenían mayor preocupación por su imagen corporal.

La sociedad espera que la mujer haga resaltar su atractivo mediante el empleo de indumentaria sexualmente excitante y con joyas, por lo que es más seguro que posean un concepto del cuerpo más matizado que los muchachos; mientras que los hombres sienten menos presión para interesarse por la apariencia de su cuerpo (Kurtz, 1969 citado en Grinder, 1984).

1.2.6. Personalidad

Es la organización total de los sistemas de reacciones instintivas, emocionales y habituales del individuo, junto con sus propias características físicas diferenciales. Es el total, integrado de todas sus posibilidades de respuesta e incluye los caracteres que perturban la adaptación adecuada, así como los que la favorecen. La personalidad ha sido considerada por algunos como un núcleo físiol, como una esencia íntima del individuo, que resiste el análisis; como el espíritu, la conciencia, lo inconsciente, como una partícula de la sustancia del alma que existe independientemente de la corriente de la conciencia, pero que es la fuerza o la entidad que las integra (Brooks, 1981).

"Personalidad" se refiere a un patrón organizado de comportamientos y rasgos que caracterizan la forma en que un individuo se relaciona con el mundo (Sherman y Thompson, 1999). Por su parte Allport (1961) la define de la siguiente forma: la personalidad es la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su conducta y pensamiento característicos.

La personalidad se realiza a través de los distintos conceptos de sí, cada uno de los cuales es una definida referencia sociocultural o es el resultado de la interacción entre el individuo y su específico ambiente socioespecífico cultural. El concepto primero y más básico del yo es "dentro del útero de las relaciones familiares". Los otros conceptos del yo se adquieren en los ambientes fuera del hogar. El concepto del yo primario influye sobre la selección de situaciones en que se formaron los conceptos secundarios. No solo los padres sino cualquier miembro del grupo familiar contribuyen al desarrollo del concepto que tiene el niño al desarrollo del concepto que tiene de sí mismo. La manera de cómo la gente de fuera del hogar le trata, lo que dicen de él y el tipo de situación que logre en el grupo, refuerzan o modifican el concepto del yo aprendido en el ambiente del hogar. Las relaciones del niño con gente fuera del hogar son más importantes que las experiencias que comparte con los del hogar (Vasta, Heath y Miller, 1996).

La aparición de ciertos caracteres sexuales secundarios y la transformación física general se unen a la pujanza de los deseos, para transformar un comportamiento antes tímido, discreto e incluso sensato, en un continuo "pavoneo" o exhibición de sí mismo (Pedagogía y Psicología Infantil, 1998).

En la adolescencia inicial muchachos y chicas ya tiene desarrollado un concepto de lo que consideran la personalidad ideal. El concepto se fundamenta en individuos de la vida real, que desempeñan un rol prestigioso y ocupan un lugar en la sociedad que es objeto de reconocimiento colectivo (Mussen, 1986). Los adolescentes de la actualidad extraen sus personajes ideales principalmente de figuras conspicuas en el mundo del espectáculo. Pocos adolescentes tienen tanto éxito como quisieran en el perfeccionamiento de su personalidad (Brooks, 1981). Las influencias combinadas de la herencia y el ambiente traen como consecuencia la formación de patrones de personalidad bastante persistentes. En la vida del adolescente entran nuevos factores ambientales que también dejan marcas en su personalidad. Por consiguiente puede considerarse que los años de la adolescencia constituyen un período crítico en el desarrollo de la personalidad; durante estos años se determina si el individuo ha de ser maduro, resuelto y socialmente consciente o, por el contrario, si ha de ser frustrado, asocial, dependiente e inmaduro (Watson y Lindgren, 1991).

La razón fundamental para la persistencia en el patrón de personalidad ha de hallarse en la estabilidad del autoconcepto. Esto se ve bien en la persistencia de los sentimientos de inadecuación, inferioridad y martirio que se desarrollan como consecuencia de la exposición constante al prejuicio y a la discriminación (Vasta, Haith y Miller, 1996).

Los niños y los adolescentes que logran buenos ajustes en lo social y lo personal, tienden a repetirlo en el estado adulto. También, tienen menos probabilidades de entregarse a prácticas delictuosas y criminales, cuya adaptación ha sido precaria. Ya que como hace referencia Watson y Lindgren (1991) un número importante de características de la personalidad permanecen estables desde la niñez hasta la adolescencia y la edad adulta.

Según Rosanoff (citado en Brooks, 1981), las personalidades deseables presentan una afortunada combinación de caracteres. En la personalidad normal se encuentra la capacidad de inhibición, un equilibrio racional, el controlador emocional y la permanencia. Una personalidad amplia, bien equilibrada, efectiva en el adolescente, presupone una niñez feliz y sana, ocupada en actividades reales, vitales y absorbentes, muchas de ellas colectivas por medio de las cuales el joven se habitúa a hacer frente a muchas situaciones. En la misma forma la personalidad del adolescente se acostumbra y se adapta a ambientes más amplios y más complejos, los sistemas de reacción se fijan más firmemente, y el joven llega sin inconveniente a la edad vital.

1.2.7. Aspecto emocional

Woodwort, sostiene que una emoción es un estado de agitación consciente del organismo. Gates, la define como un complejo de sensaciones que resulta de una respuesta corporal bastante profunda y difusa, que se relaciona, en particular, con los mecanismos viscerales y glandulares (citados en Brooks, 1981).

La madurez emocional se refiere a la etapa de desarrollo alcanzada por la vida emotiva de un individuo en comparación con la alcanzada por otros de más o menos edad, o de la misma edad. En general el desarrollo emocional que se opera durante la adolescencia, es continuación del que comenzó mucho antes de la pubertad. Sin embargo es indudablemente cierto que la adolescencia presenta sus propios cambios característicos, como es lógico, en razón de las más numerosas experiencias de la vida, del desarrollo de los poderes intelectuales u otros, y de la mayor intensidad de ciertas emociones y ciertos impulsos (Brooks, 1981; Hurlock, 1987).

Para Brooks (1981), las profundas transformaciones del metabolismo hormonal y las perturbaciones del equilibrio físico o psíquico en el púber traen como consecuencia profundas perturbaciones en la vida

afectiva. Una de ellas es la profunda excitabilidad de su vida afectiva, la cuál se manifiesta de la siguiente manera:

- a) *Predisposición a las emociones:* En ella se observa una tendencia a los arrebatos de ira y cólera, a la indignación y a la impaciencia, irritación y hostilidad. La tendencia al mal humor es doblemente más frecuente en los chicos que en las chicas, mientras que la tendencia a la obstinación ocurre a la inversa.
- b) *Por un aumento de la tensión nerviosa:* que se manifiesta en ciertos hábitos, tales como morderse las uñas o la piel circundante, chuparse el pulgar, etc.
- c) *Por un aumento en la labilidad afectiva:* en ella el púber se encuentra expuesto a dos estados afectivos extremos y frecuentes en los que se alternan estados de relajamiento como cansancio y sentimientos de fuerza; satisfacción como disgusto, alegría y simpatía como tristeza y mal humor (Brooks, 1981, pp: 217-223).

La cólera, el miedo y otras emociones no sexuales se dominan mejor durante la adolescencia que antes, siendo más estables en adolescentes que en la pubertad, no quiere decir que la adolescencia en sí misma establezca un efecto estabilizador, sino que la experiencia, la ejercitación, la guía y el controlador, generalmente facilitan la estabilidad (Brooks, 1981). Las pautas emocionales comunes en la adolescencia comprenden el miedo, la preocupación, la ansiedad, la ira, los disgustos, las frustraciones, los celos, la envidia, la curiosidad, el afecto, el pesar y la felicidad (en su forma de euforia y júbilo) (Hurlock, 1987).

Las emociones tienen efectos favorables y desfavorables sobre la adaptación personal y social del adolescente. Lo favorable es que las emociones proporcionan fuentes de gozo, motivación y vigor y energía corporales; lo desfavorable, es que las emociones perturbando la homeostasis corporal, la eficiencia y la personalidad. La repetición hace que las emociones se conviertan en hábitos. Por consiguiente, si las emociones placenteras se hacen habituales pueden resultar útiles para la adaptación; si por el contrario, son las desagradables las que se convierten en costumbre, entonces constituyen un riesgo para la adaptación (Hurlock, 1987).

Parte de la inquietud del pubescente proviene de tensiones interiores resultantes de una emotividad exaltada, el pubescente que se aparta de los deportes y pasatiempos carece de esta forma de catarsis emocional. Se convierte en un ser taciturno y malhumorado que sólo está en rabietas en crisis de lento incontrolado a la más ligera provocación (Brooks, 1981). El grupo social espera que el adolescente llegue a un mayor control de sus emociones a medida que se hace mayor, y las opiniones sobre él están influidas en gran parte por su mayor o menor aproximación (Hurlock, 1987).

Al control emocional contribuye la catarsis física y mental. La primera sirve para eliminar la energía física reprimida, y la otra para el cambio de actitudes. Los cuatro elementos esenciales para una catarsis mental satisfactoria son: reconocimiento de los sentimientos persistentes; capacidad de comunicar a otros esos sentimientos como auxilio para lograr una perspectiva más sana; voluntad de establecer comunicación con otros; y aproximación a las personas con las cuales uno puede y quiere comunicarse. El adolescente que aprende cuándo y cómo controlar sus emociones con el auxilio de la catarsis emocional es considerado por el grupo social como un individuo emocionalmente maduro (Hurlock, 1981).

1.2.8. Desarrollo Social

Socialización: es el proceso por medio del cual el individuo va a aprender las normas, principio y motivos apreciados por la familia y el grupo social. Intento por adoptar los valores de su grupo social (Papalia y Wendkos, 1997).

Allison Davis (1902 citado en Muss, 1994) define socialización como el proceso por el cuál el individuo aprende y adopta los modos, ideas, creencias, valores y normas de su cultura particular y las incorpora a su personalidad.

Relaciones entre Iguales

La transición hacia la socialización adulta se da en el área de las actitudes y de la conducta. Las presiones sociales determinan en gran parte la forma que asumen las modificaciones de actitudes (Rice, 1997). Estas presiones se originan principalmente en el grupo de pares. Con el fin de asegurar la aceptación del grupo el adolescente trata de cambiar sus actitudes y su manera de conducirse de modo que se conforma a las normas establecidas por el grupo con el cual quiere identificarse (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

La pauta de conducta social del adolescente está marcada por actividades heterosexuales (el adolescente olvida el antagonismo intersexual que prevalecía en su infancia y desarrolla un agudo interés por representantes del sexo opuesto), conformidad con el grupo (asume dos formas: alocuación, significa acuerdo con las opiniones expresadas por el grupo en situaciones que implican presión; y convencionalismo, significa coincidencia con las costumbres y prácticas sociales de una cultura o subcultura determinadas), afirmación personal (el adolescente desea convertirse en un individuo por derecho propio por lo que se revela en él el deseo de aprobación y de atención), resistencia a la autoridad adulta (forma común de los adolescentes para afirmar su personalidad), deseo de ayudar a otros, (las principales fuentes de satisfacción en la ayuda a otros se encuentran en el desahogo emocional y en los sentimientos de superioridad y de seguridad), prejuicio (lo manifiestan mediante denuncias nulas y despiadadas contra quienes consideran sus "inferiores"), competencia social (facilidad para tratar con personas y para actuar en situaciones sociales) (Hurlock, 1967).

La amistad es más importante en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida, quizá porque los adolescentes luchan por diferenciarse de los padres, y en consecuencia, necesitan el apoyo de las personas que se hallan en las mismas circunstancias (Weiss y Lowenthal, 1975 citado en Rice, 1997). Se piensa que la base de la amistad reside en la ayuda, la interacción y los gustos mutuos. Haciendo más duradera la amistad a medida que se mantiene y se involucran en los mismos conflictos.

La amistad es más estrecha y se brinda más apoyo que en las etapas anteriores, los jóvenes aprecian la lealtad en la amistad, compiten menos y comparten más que los niños más jóvenes (Brendt y Perry citado en Rice, 1997). Estas características de la amistad se mantienen hasta la edad adulta. Ya que el adolescente se involucra en una relación íntima que se caracteriza por el compartir (Seiman, 1981 citado en Hofman, Scott y Hall, 1996). Las amistades íntimas aumentan de golpe entre los 12 y 14 años, quizá debido a que a esa edad los jóvenes están preparados para este tipo de relación más profunda.

El apoyo emocional y las confidencias son parte esencial en las relaciones femeninas a lo largo de la vida. En general los hombres, jóvenes y adultos, tienden a tener más amigos que las mujeres, pero las amistades masculinas no son tan estrechas como las de las mujeres. En la mitad de la adolescencia las muchachas desean confiar en alguien que pueda ofrecer apoyo emocional y comprensión. A esta edad un amigo ha de ser leal, alguien en quien se pueda confiar y aportar apoyo en una crisis emocional (Douvan y Adelson, 1966; Steinberg, 1989 citados en Hofman, Scott y Hall, 1996). Los chicos quizá comparten secretos sobre lo que han hecho o van hacer, mientras que las chicas tienden a compartir sus sentimientos. Las amistades entre las féminas son mucho más emocionales que las de los varones. (Buhmester y Furman, 1987 citados en Hofman, Scott y Hall, 1996).

A los 17 o 18 años, las chicas se sienten más seguras en su propia identidad y ya no necesitan identificarse con su compañera emocional. Se preocupan menos por la lealtad, la seguridad y la confianza y muchas se han decantado por íntimo con los chicos. Respecto a los muchachos más mayores, muchos pasan su vida social en camarillas y bandas en vez de en parejas. Esto hace que en la vida de los muchachos el grupo de compañeros sea especialmente amplio (Hofman, Scott y Hall, 1996). Los adolescentes pueden expresar con mayor facilidad sus pensamientos y sentimientos y compartirlos con los amigos; también pueden considerar mejor el punto de vista de las demás personas y, comprender los pensamientos y los sentimientos de los amigos (Papalia y Wendkos, 1997).

Autores como Mussen, Janeway y Kagan (1974); McKinney, Fitzgerald y Strommen (1982); Hoffman, Scott y Hall (1996); Watson y Lindgren (1991), mencionan que por primera vez los jóvenes ven al grupo como una comunidad de gente con ideas similares. Empezan a formarse las camarillas que se caracterizan por tener actividades especiales, el sentido de pertenencia a un grupo especial reafirma el sentido de seguridad a nivel social y facilita la separación de la familia y la formación de la identidad. Las camarillas pueden basarse en los deportes, las actividades, los estudios o la riqueza, pero el factor más importante es la popularidad. Los jóvenes tienden a seleccionar amigos que se les parezcan bastante; por consiguiente, la influencia de éstos es recíproca, lo cual hace que sean más parecidos (Berndt y Perry, 1990 citados en Hoffman, Scott y Hall, 1996). Sus amigos influyen no sólo en sus prendas de vestir y en el peinado sino también en sus actividades sociales, su comportamiento sexual y el consumo o no de drogas. Los miembros de los grupos de adolescentes influyen y reciben influencia constante de los demás integrantes del grupo. Incluso los más abiertos "disidentes" practican las costumbres del grupo que eligen.

Para los chicos la habilidad deportiva parece ser lo más importante, aunque el aspecto y la personalidad se vuelven casi tan importantes. Para las chicas la apariencia física destaca sobre todas las otras cualidades, quedando la personalidad en un segundo lugar muy poco destacado. Los hallazgos de los estudios de Coleman (citado en Watson y Lindgren, 1991) sobre las actitudes y valores de estudiantes de preparatoria coinciden con un estereotipo popular; que el espíritu prevaleciente en las escuelas secundarias es de divertirse sin importar nada más. Lo que los estudiantes de Coleman dijeron fue que el fútbol, la popularidad, el aspecto personal, y la diversión importaban más que el aprovechamiento académico.

Rice (1997), Hoffman, Scott y Hall, (1996); McKinney, Fitzgerald y Strommen, (1982) coinciden en que la amistad es un aspecto crucial en el desarrollo del adolescente. Dicho desarrollo tiene las siguientes dimensiones:

- **Similitud:** se identifican aquellos que tienen las mismas características y por tanto mayor afinidad.
- **Reciprocidad:** posibilidad de ayuda y comprensión, intimidad, posibilidad de compartir, lazos íntimos, a veces no tan seguros y firmes. Los varones establecen lazos más firmes y seguros con todo su grupo de amigos.
- **Competitividad:** situación de disfrutar de estar juntos.
- **Contexto:** la cercanía geográfica y la posibilidad de estar juntos más tiempo, para compartir cosas.
- **Permiten el moldeamiento de papeles:** El grupo modela al grupo a las normas. Siendo el grupo de compañeros los que dan las pautas para la conducta social.

Los amigos y compañeros son cada vez más importantes en la vida de un niño durante la adolescencia. El creciente apego hacia los compañeros no interfiere en sus relaciones con los padres, sino más bien las complementa. Los adolescentes pasan la mayor parte de sus horas de vigilia en compañía de sus contemporáneos, y los progenitores tienen pocas oportunidades de influir en sus hijos adolescentes (Hoffman, Scott y Hall, 1996).

Relaciones con los padres

La emoción de esperar ver que un hijo alcanza un nuevo nivel de independencia se equilibra con el hecho de que los padres se dan cuenta que en cierta forma él necesita cada vez menos de ellos (Watson y Lindgren, 1991).

Durante los años de adolescencia, el individuo aún es dependiente, tanto funcional como emocionalmente de los padres y de otros adultos. Los jóvenes experimentan una constante tensión entre querer alejarse de los padres y darse cuenta de cuánto dependen de ellos (Watson y Lindgren, 1991). La mezcla de sentimientos de los adolescentes con frecuencia concuerda con la propia ambivalencia de los padres. Indicios entre el deseo de que sus hijos se independicen y el de que mantengan la dependencia, siendo difícil que los dejen partir (Shaffer, 2000; Mussen, 1986).

Por tanto una de las tareas más importantes del desarrollo que enfrentan los adolescentes es lograr un sentido de autonomía maduro y sano. Este complejo atributo tiene dos componentes importantes: la *autonomía emocional*, capacidad para servir como la propia fuente de fuerza emocional, en lugar de depender en forma infantil de los padres para obtener comodidad, tranquilidad y seguridad emocional, y *autonomía conductual*, es decir, capacidad para tomar decisiones propias, gobernar los asuntos propios y cuidar de sí mismo. A medida que los adolescentes se afirman a sí mismos y los padres aflojan las riendas poco a poco, la relación padre-hijo evoluciona de manera gradual. ¿Cómo pueden los padres estimular con éxito la autonomía? Todo parece indicar que los padres de adolescentes bien adaptados renuncian paulatinamente a controlarlos a medida que éstos comienzan a aceptar un mayor grado de responsabilidad, pero continúan supervisando la conducta de los mismos y también exigen más autonomía (Lamborn y cols, 1991; Younis y Smollar, 1985 citados en Shaffer, 2000).

Conyers (citado en Watson y Lindgren, 1991) indica que los padres influyen mucho al ayudar a obstaculizar los esfuerzos que hacen sus hijos para enfrentarse a los retos y problemas con los que tropiezan fuera de casa. Hay considerable evidencia para mostrar que los adolescentes que tienen las mejores relaciones con sus padres son los más competentes y adecuados en otros aspectos (Morrow y Wilson, 1961 citados en Watson y Lindgren, 1991).

Muchos adolescentes muestran todos los síntomas de mantener una verdadera "guerra fría" con sus padres. Convencidos de que todavía les siguen tratando como a niños, reaccionan con absoluta indiferencia y desgana ante todo lo que la familia representa. Los hay que cuando han de permanecer en casa procuran aislarse completamente, y pueden llegar de la calle y dirigirse a su habitación sin apenas saludar (Rice, 1997). Cualquier limitación de su libertad puede provocar su resentimiento: las restricciones en las salidas y el control del tiempo que permanecen fuera de casa, la prohibición de las salidas nocturnas, la imposición de unos horarios de llegada, la prohibición de pasar la noche fuera, así como también las cuestiones ideológicas, son las principales causas de los conflictos que en estos momentos parecen enfrentar a padres e hijos (Shaffer, 2000).

Estos conflictos giran alrededor de dos preguntas, "cuánto" y "a qué edad": cuánta libertad deben tener los adolescentes para programar sus propias actividades y a qué edad pueden tomar el automóvil familiar. Los padres de los adolescentes deben tener un pensamiento flexible y ser más equitativos con los hijos que cuando tenían menos edad. Deben guardar las proporciones para conceder a los hijos independencia gradual y ayudarlos a madurar en sus juicios (Montemayor, 1983; Smetana, Yau, Restrepo y Braeges, 1991 citados en Rice, 1997). Sin embargo los adolescentes necesitan que sus padres les vayan concediendo autonomía de manera gradual según vayan aprendiendo a usarla en forma responsable. Si se les concede demasiada libertad a una edad muy temprana pueden llegar a pensar que los padres no se interesan en ellos. Los jóvenes desean libertad, pero no la quieren repentinamente porque no saben cómo emplearla. Los adolescentes que tienen buenas relaciones con los padres siguen buscándolos para recibir orientación y consejo (Greene y Grimsley, 1990; Papini y Roggman, 1992 citados en Rice, 1997).

Los adolescentes desean que sus padres se interesen en las cosas que hacen y que les brinden apoyo moral y emocional cuando lo necesitan y se resienten cuando los padres están tan ocupados con sus propios asuntos que nunca tienen tiempo para sus hijos o no están cerca cuando los necesitan (Jensen y Borges, 1986 citados en Rice, 1997).

CAPITULO II

Familia y Autoestima

2.1. Definición de familia.

Según el *Oxford English Dictionary*, la palabra inglesa *family* viene del latín "familia", que significa "hogar" y *familus*, "sirviente". Un viejo dicho europeo define la familia en el mismo sentido, como "aquellos que comen de la misma olla" (Burín y Meler, 1998).

La familia es el elemento diario que va estructurando al niño, y de esta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se de origen. En el ciclo vital hay muchos factores que intervienen en la formación de la personalidad de un individuo, siendo la familia el primero y más activo agente socializante que establece y moldea el comportamiento presente y futuro de los individuos (Quiroga, Echeverría, Mata y Ayala, 1990 citados en Saucedo, 1996).

Por lo general la familia es la unidad que más influencia ejerce en la vida de un individuo. La "familia" abarca a padres, abuelos, hermanos, cónyuges o incluso parientes políticos. O puede referirse a aquella persona o grupo más importante para un individuo (Sherman y Thompson, 1999). La familia es un grupo humano cuya razón de ser es la procreación, la crianza y la socialización de los hijos (Gracia y Mustio, 2000).

Para Rice (1997) la familia es: "Cualquier grupo de personas unidas por los vínculos del matrimonio, sanguíneo, adopción o cualquier relación sexual expresiva, en que las personas compartan un compromiso en una relación íntima interpersonal, en donde los miembros consideran su identidad propia".

La familia, por lo tanto, es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, la familia proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. Toda familia tiene como base la relación afectiva que existe entre los padres y por ello, el ambiente familiar que se establezca dependerá de la personalidad de ambos (Encarta, 1999).

La segunda relación afectiva que se establece en la familia es la de los padres con los hijos, específicamente la de la madre con su hijo, ya que ella es la primera persona con la que entra en contacto el recién nacido, en una relación íntima y única. Incluso se sabe que desde el seno materno el niño percibe todos los sentimientos de su madre, mismos que posteriormente influirán en su personalidad. Esta dependencia que el niño tiene con su madre, disminuirá poco a poco en la medida en que vaya adquiriendo seguridad y confianza en sí mismo; ya que este amor maternal es generador de una fuente incesante e indispensable de experiencias sensoriales, mediante las cuales el infante aprenderá a desempeñar diferentes papeles que se le asignen y a percibir su propia conducta gracias a las aprobaciones, el rechazo y el castigo que esta provoca (Padrón, en prensa).

Ningún país del mundo, ningún sistema político puede pensar en el propio futuro si no es a través de la imagen de estas nuevas generaciones que tomarán de sus padres el múltiple patrimonio de valores, de deberes, hábitos y actitudes. En la familia nacen las personas y es en ella donde se tiene la primera e insustituible escuela de socialización. La familia constituye el lugar natural y el instrumento más eficaz de humanización y personalización de la sociedad, sociedad que corre el peligro de ser cada vez más despersonalizada y modificada, con los resultados negativos de tantas formas de evasión como son, por ejemplo: el tabaquismo, el alcoholismo, la droga y la comida (Juan Pablo II, 1981 citado en Saucedo, 1996).

A lo largo de la historia antropólogos y sociólogos han desarrollado diferentes teorías sobre la evolución de las estructuras familiares y sus funciones. Según éstas, en las sociedades más primitivas existían dos o tres núcleos, a menudo unidos por vínculos de parentesco, que se desplazaban juntos parte del año

pero se dispersaban en las estaciones en que escaseaban los alimentos. La familia era una unidad económica: los hombres cazaban mientras que las mujeres recogían y preparaban los alimentos y cuidaban de los niños. En este tipo de sociedad era normal el infanticidio y la expulsión del núcleo familiar de los enfermos que no podían trabajar (Padrón, en prensa).

Con la llegada del cristianismo, el matrimonio y la maternidad se convirtieron en preocupaciones básicas de la enseñanza religiosa. Durante la Edad Media, el lugar social de las mujeres era la casa feudal, las mujeres de la casa feudal sólo salían de ella para contraer matrimonio o para profesar en los conventos. Las únicas alternativas para este destino social eran la servidumbre o la prostitución (Burin, y Meier, 1998)

Después de la Reforma protestante en el siglo XVI, el carácter religioso de los lazos familiares fue sustituido en parte por el carácter civil. Los estudios históricos muestran que la estructura familiar ha sufrido pocos cambios a causa de la emigración a las ciudades y de la industrialización. El núcleo familiar era la unidad más común en la época preindustrial y aún sigue siendo la unidad básica de organización social en la mayor parte de las sociedades industrializadas modernas. Sin embargo, la familia moderna ha variado con respecto a su forma más tradicional en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres (Encarta, 1999).

La única función que ha sobrevivido a todos los cambios es la de ser fuente de afecto y apoyo emocional para todos sus miembros, especialmente para los hijos, siendo la familia todavía responsable de su socialización, aunque en esta actividad los amigos y los medios de comunicación han asumido un papel muy importante (Satir, 1993). La familia tendía a la acumulación de los bienes transmisibles hereditariamente, y se formaba a partir del consenso previo entre las familias de origen de los contrayentes. Se trataba de una familia basada en la propiedad productiva, que otorgaba condición de sujeto a cada uno de los miembros que la componía (Burin y Meier, 1996).

El matrimonio es una institución social (sancionada públicamente) que une a un hombre y a una mujer bajo diversas formas de mutua dependencia y, por lo general, con el fin de crear y mantener una familia. Cuando se formaliza una unión conyugal, aunque el contrato explícito le consagra como una alianza entre iguales, de forma implícita se pactaba que una mujer entregaba su sexualidad y su capacidad reproductiva a un hombre en exclusiva, a cambio de la protección social y económica derivada de su status conyugal. La promesa formal de fidelidad recíproca pocas veces se cumplía, y el poder era ejercido por el hombre considerado jefe de la familia (Burin y Meier, 1998). Las prioridades debían modificarse ya que los deberes fundamentales de los nuevos esposos conciermen a su matrimonio (Gracia y Musilo, 2000).

Dada la necesidad que tienen los niños de pasar por un largo periodo de desarrollo antes de alcanzar la madurez, su cuidado durante los años de relativa indefensión parecen haber sido la razón principal para la evolución de la estructura de la familia (Gracia y Musilo, 2000).

La Reforma, la Revolución Industrial y una creciente ideología individualista han provocado grandes cambios sociales que han hecho variar de modo considerable la institución del matrimonio. El crecimiento de una clase media fuerte y la extensión de la democracia han llevado a una mayor tolerancia hacia la idea del matrimonio basado en la libre elección por ambas partes. La composición familiar ha cambiado de forma drástica a partir de la industrialización de la sociedad (Encarta, 1999).

Entre los cambios sociales que han afectado al matrimonio en los tiempos modernos se encuentran el incremento de las relaciones sexuales prematrimoniales, el aumento gradual de la edad media para contraer matrimonio, el creciente número de mujeres que desarrolla una actividad profesional fuera de casa (con el consecuente cambio de estatus económico de la mujer), la liberalización de la ley del divorcio en algunos países desde 1970, la legalización del aborto, la mayor accesibilidad al control de natalidad, la supresión de obstáculos legales y sociales para los hijos de personas solteras y los cambios en los estereotipos de los roles de la mujer y del hombre en la sociedad (Satir, 1993).

2.1.1. Estructura familiar

La característica de la familia que permite satisfacer la necesidad de seguridad es su estructura, la cual se refiere a la pronosticabilidad y estabilidad de las relaciones sociales (Watson y Lindgren, 1991). La estructura implica cierto tipo de jerarquía, de condición y poder, con personas a la cabeza, capaces de asignar funciones y de imponer castigo a aquellos miembros que no se desempeñen en forma adecuada. La estructura familiar es un conjunto indivisible de demandas funcionales que organizan los modos de interacción de los miembros de una familia, estos conocen sus funciones; por tanto saben qué hacer en diferentes situaciones y qué esperar de los demás miembros.

La familia desarrolla una concepción de sí misma que incluye el sentido de responsabilidad que cada miembro de la familia tiene con los otros, responsabilidades que se definen en los roles familiares, y la noción de lo que la vida familiar es o debería ser. Las personas desarrollan un sentido de identidad que se deriva de la interacción que tiene lugar con los demás en la vida cotidiana, incluyendo la vida familiar, donde los individuos se comprometen a una "identidad familiar" (Gracia y Musito, 2000). En la actualidad las familias pueden estar menos estructuradas que las de hace una generación. La urbanización es una de las razones de este cambio; así mismo, los padres han tenido mayor educación, hecho que tiende a asociarse con mayor tolerancia.

Algunos de estos cambios están relacionados con la modificación actual del rol de la mujer. En las sociedades más desarrolladas la mujer ya puede ingresar (o reingresar después de haber tenido hijos) en el mercado laboral en cualquier etapa de la vida familiar, por lo que se enfrenta a unas expectativas mayores de satisfacción personal a través del matrimonio y de la familia. En la década de 1970 el prototipo familiar evolucionó en parte hacia unas estructuras modificadas que englobaban a las familias monoparentales, familias del padre o madre casado en segundas nupcias y familias sin hijos (Papalia y Wendkos, 1992). Las llamadas "familias desorganizadas", tienen constantes conflictos que amenazan la paz del hogar. Comúnmente en dichas familias reina el desorden y la anarquía, la lucha por el poder o ambos. Los niños provenientes de este ambiente pueden verse afectados en su rendimiento escolar y en el desarrollo global de su personalidad (Padrón, en prensa).

Padrón, (en prensa) describe una clasificación de las familias de acuerdo al número de miembros que la integran: Familia completa: integrada por el padre, la madre y uno o más hijos; familia incompleta: en esta falta el padre o la madre o ambos (las causas pueden ser pérdida natural, muerte, divorcio o abandono); familia sobrepoblada o extensa: cuando se integran al núcleo familiar básico otros parientes o personas como los abuelos, hijos adoptivos, tíos, amigos, etc.

2.1.2. Tipos de familia

- **Con un solo padre:** Formada por el padre o la madre (Rico, 1997). En la edad madura y la vejez, las personas que viven solas son en su mayoría mujeres, debido a la expectativa de vida que suele acompañarse de vejez, ya que a la mayor longevidad femenina se agrega el hecho de que, por razones culturales, los hombres tienden a ser mayores que sus esposas. Por otra parte, existe una menor tendencia a casarse nuevamente por parte de las mujeres. Aclarando que esta menor probabilidad de nuevo matrimonio se explica en parte porque muchos hombres eligen mujeres más jóvenes en sus segundas nupcias, lo que constituye un indicador de continuidad de la dominancia masculina, tanto económica como intersubjetivamente (Burns y Meier, 1996). Cerca de una cuarta parte de las mujeres solteras del país son madres, lo que refleja un incremento del 60% desde 1982 (Papalia y Wendkos, 1997).

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda realizado por el INEGI (1995), de un total de 19 848 319 hogares y familias, el porcentaje de hogares unipersonales es de 5.9% en los Estados Unidos Mexicanos.

- * **Familia nuclear:** Consiste en el padre, la madre y sus hijos (Rico, 1997). Cuando un niño nace de esta pareja se crea la familia nuclear. Esta unidad comparte una residencia común y su estructura está

determinada por vínculos de afecto, identidad común y apoyo mutuo. Una gran mayoría asume que la familia nuclear es la más dominante en la sociedad contemporánea. Se dice que lo que distingue a la familia nuclear de otro tipo de familias es, más que el número de integrantes, un aspecto subjetivo o intersubjetivo, y que caracteriza como un sentido especial de solidaridad que separa la unidad doméstica de la comunidad que la rodea (Gracia y Musito, 2000). Respecto a los datos obtenidos a través del Censo de Población y Vivienda realizado en 1995; de 19 848 319 de hogares y familias; reporta que el porcentaje de hogares compuesto de 2 a 4 integrantes es de 48.5.

Estas uniones, caracterizadas por la jefatura masculina y una estricta división sexual del trabajo, se encuentran en franco retroceso, pero aún son vigentes para amplios sectores poblacionales, integrados por personas maduras o por aquellos que provienen de subculturas conservadoras (Burrin y Meier, 1998). Al respecto el INEGI (1995), confirma dicha información al reportar que el porcentaje de hogares con jefatura masculina es de 82.2; en tanto que el porcentaje de hogares con jefatura femenina es de 17.8.

* *Familia extendida*: Consta de una persona, un posible compañero, los hijos que pueden tener y otros familiares que viven con ellos en la misma casa. De manera más general, la familia extendida puede incluir o a parientes que viven en cercana proximidad o que están en contacto frecuente con los miembros de la familia (Rice, 1997). Se cree que los buenos valores familiares corresponden a la gran familia extensa de antaño: por ejemplo, la presencia de abuelos, asegura la continuidad familiar, facilita el cuidado y la educación de los hijos. Sin embargo, la pareja contemporánea en la que los esposos trabajan, no puede conocer la verdadera vida familiar, los hijos son confiados a la guardería, a la escuela, e incluso a la calle, lo que crea la delincuencia juvenil, drogodependencias, etc., y todo porque dicen que la transmisión familiar ya no existe (Gracia y Musito, 2000).

* *Matrimonios sin convivencia*: Son generalmente segundas nupcias o terceras uniones, fruto de encuentros producidos en la madurez de la vida. El acentuado proceso de individuación, característico de nuestros tiempos, favorece la preferencia por conservar el propio hábitat y no alterar un estilo y un ritmo de vida ya consolidados. A la calidez de la compañía cotidiana, se prefiere en estos casos la seguridad emocional derivada del compromiso recíproco y el atractivo de los encuentros elegidos (Burrin y Meier, 1998).

* *Familia mixta o reconstituida*: Formada por una persona viuda o divorciada, con o sin hijos, que contrae nuevas nupcias con otra persona que pueda haber estado o no casado antes y que pueda tener hijos. Los segundos matrimonios parecen ser menos estables que los primeros. Si ambos cónyuges tienen hijos de su respectivo primer matrimonio se forma una familia compuesta. En los últimos años la tasa de divorcio se ha elevado, por lo cual una gran cantidad de niños se cría con un solo padre (Papalia y Wendkos, 1997).

* *Parejas innovadoras*: En estos vínculos existe un igualitarismo proclamado en las palabras donde la diferencia de poder se deniega, al revés que en las relaciones tradicionales en las que resulta explícita. Los varones suelen estar menos identificados con el personaje del hombre dominante y expresan de forma manifiesta su disconformidad respecto de las presiones laborales, deseos de hacer "lo que les gusta" sin pensar en los requerimientos económicos, conflicto respecto del éxito laboral y deseo de diferenciarse del modelo de sus padres, que en algunos casos se describen como alienados en el trabajo, con escasa satisfacción vital, acortamiento del ciclo de vida y exceso de desgaste (Burrin y Meier, 1998).

* *Familia binuclear*: Es una familia dividida en dos por el divorcio. Consta de dos familias nucleares, la nuclear maternal encabezada por la madre, y la nuclear paternal encabezada por el padre. Las familias incluyen a los niños que se hayan tenido en la familia original. Cada nueva familia puede estar encabezada por un solo padre o por dos padres, si los anteriores esposos vuelven a casarse (Ahrons y Rogers, 1987 citado en Rice, 1997).

* **Familia comunal:** Consiste en un grupo de personas que viven juntas y comparten diversos aspectos de sus vidas. Puede ser considerada una familia, si el grupo cae dentro de las definiciones generales precedentes. Algunos grupos comunales no son familias en este sentido. Las comunas (familias constituidas por grupos de personas que no suelen estar unidas por lazos de parentesco) han existido en el mundo desde la antigüedad. Estas unidades familiares aparecieron en Occidente en las décadas de 1960 y 1970, pero en la década siguiente disminuyeron de forma considerable (Rice, 1997).

* **Parejas contraculturales:** Se trata de parejas constituidas por mujeres activas, sujetivadas de un modo innovador, en el sentido de proponerse ideales para el yo a realizar por medio de trabajo personal. Establecen un vínculo amoroso en el que demandan gratificación afectiva y erótica y donde, aunque la consagración narcisista deriva del ser amada, ésta no es la fuente exclusiva ni principal de suministros para la autoestima (Burin y Meier, 1998).

* **Familia homosexual:** Formada por adultos del mismo sexo que viven juntos con sus hijos y que comparten la expresión y el compromiso sexual, viven juntas como una familia de forma más abierta, compartiendo a veces sus hogares con los hijos de una de las partes o con niños adoptados (Rice, 1997). Es otra figura hasta hace poco inusual en lo referido a las parejas. Las parejas homosexuales más tradicionales imitan la división sexual: el trabajo, de modo que mientras uno de los convivientes trabaja a tiempo completo y es el principal proveedor económico del hogar, el otro no trabaja o lo hace a tiempo parcial, haciéndose cargo de las tareas domésticas, gestiones, etc., en fin, de los roles tradicionalmente femeninos (Burin y Meier, 1998).

* **Familia cohabitante:** Consta de dos personas del sexo opuesto que viven juntas, con o sin hijos, y que comparten la expresión de compromiso sexual sin que se haya formalizado el matrimonio legal. Algunas parejas de personas mayores, a menudo viudas o viudas, encuentran que es más práctico desde el punto de vista económico cohabitar sin contraer matrimonio (Rice, 1990). Vivir juntos o cohabitar se hizo popular en las ciudades universitarias hacia finales de los sesenta, cohabitar no ha de implicar necesariamente el sexo. La cohabitación puede ser una especie de prueba para comprobar si la relación tiene una base sólida para el matrimonio (Hoffman, Scott y Hall, 1996). Es cada vez más frecuente que jóvenes de sectores medios convivan sin casarse, practica que antes fue considerada poco honorable y que sólo se encontraba entre los poseídos (Burin y Meier, 1998).

* **Uniones internacionales:** es una variante curiosa respecto del matrimonio tradicional, que se relaciona con la facilidad de las comunicaciones y el hábito de viajar, lo que han permitido a personas residentes en distintos países entablar relaciones amorosas. Si en los años 40s estos romances hubieran sido motivo de historias desdichadas, en los 90s se mantienen a lo largo de los años merced a periódicos desplazamientos de uno u otro miembro de la pareja. Existe posiblemente una preferencia inconsciente por este tipo de relación amorosa, que constituye una formación de compromiso entre el deseo de estar solos y los anhelos de amor (Burin y Meier, 1996).

En los Estados Unidos Mexicanos, la población de doce años y más es de 69 235 053. El INEGI (2000), ofrece la siguiente información respecto al sexo y al estado civil de las mismas:

Hombres				Mujeres			
Casados	Unión libre	Separados, divorciados y viudos	No especificado	Casadas	Unión libre	Separadas divorciadas y viudas	No especificado
15 170 879	3 461 465	1 305 477	93 549	15 637 495	3 641 900	4 173 516	84 847

Fuente: INEGI, 2000 www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/est.html.

2.1.3. Dinámica familiar

- Familia con un solo padre

Aumentan los hogares monoparentales, generalmente con jefatura femenina, como consecuencia del divorcio, y existe, una pequeña proporción de hogares donde el padre está a cargo de los niños, tendencia incipiente pero en rápido crecimiento (Burin y Meier, 1998). Los niños que se crían con un solo padre no tienen a dos adultos que puedan compartir las responsabilidades de la crianza, acompañarlos en sus actividades, servir como modelos de rol de género y moldear las interacciones de las personalidades. Los niños que crecen con un solo padre, en especial aquellos cuyas madres nunca se han casado, tienen una probabilidad significativamente mayor de vivir por debajo de la línea de pobreza (Papalia y Wendkos, 1997). También tienen mayor probabilidad, en comparación con los niños que viven con ambos padres biológicos, de tener un mal desempeño escolar, repetir algún grado escolar o haber sido expulsado, y mayor probabilidad de mostrar problemas emocionales o conductuales. Los problemas de salud más comunes son los accidentes, lesiones y envenenamientos. El modo como la madre explica a su hijo la ausencia del padre en forma negativa o positiva es un moderador muy importante de la ausencia del padre, tal vez más importante que la ausencia misma (Rice, 1997).

• Encabezada por una mujer: Uno de los problemas más importantes de la familia, encabezada por una mujer, es el ingreso limitado. Las madres que tienen que criar solas a sus hijos pueden tener poco tiempo y energía para realizar las tareas domésticas, lo que significa que la casa estará menos limpia, que disponen de menos tiempo para preparar los alimentos o que desatiende el cuidado físico y emocional de los niños. Después del divorcio, muchas madres que retienen la custodia tienen más problemas para comunicarse con sus hijos, para demostrarles afecto, controlarlos y dedicarles mucho tiempo (Rice, 1997). En estudios realizados, se ha observado que este tipo de madres tienen menos cultura, menos recursos financieros, menos cuidados prenatales y es más fácil que tengan bebés de bajo peso en comparación con las mujeres que son casadas (Hoffman, Scott y Hall, 1996).

• Los padres solos enfrentan muchos de los problemas de las madres solas; sin embargo, por lo general no sufren de pobreza en el mismo grado que las madres solas, aunque las presiones financieras siguen siendo una de las quejas más comunes. A la mayoría de los padres les preocupa no pasar suficiente tiempo con sus hijos. Parte de su estrés se debe a que a menudo se ven obligados a cambiar su círculo de amistades y a reconstruir su vida social (Greif, 1988 citado en Rice, 1997).

Los niños que se crían en familias de un solo padre son más autónomos y responsables en los deberes de la casa, tienen más conflictos con los hermanos y menos cohesión familiar, menos control, castigo y apoyo del papá, si se comparan con los niños criados en familias que se mantienen intactas (Amato, 1987 citado en Rice, 1997).

Entre más temprano se vea separado un chico de su padre y entre más sea la separación, más afectado se verá en sus primeros años. Cuando tienen dos años se ha encontrado que confían menos, son menos productivos y tienen más sentimientos de inferioridad que los muchachos cuyo padre se ausentó cuando tenían entre 3 y 5 años de edad. La ausencia del padre también puede afectar el desarrollo de la masculinidad. Los niños cuyo padre sustituto como un hermano mayor se ven menos afectados que los que no tienen un padre sustituto (Papalia y Wendkos, 1997).

La falta en la niñez de relaciones hombre-mujer significativas puede dificultar la relación con el sexo opuesto. Durante la adolescencia las hijas de padres divorciados que habían vivido con sus madres eran inadecuadamente asertivas, seductoras y en ocasiones sexualmente promiscuas, perseguían a los hombres de maneras ineptas e inapropiadas. Empezaron pronto a salir con chicos, cortejo acelerado y era probable que tuvieran relaciones sexuales a edad temprana (Rice, 1997).

- La madre que trabaja

El número y porcentaje de esposas y madres en la fuerza laboral sigue creciendo. Una de las consideraciones más importantes en la satisfacción de las mujeres trabajadoras es el hecho de que

hayan logrado integrar su vida familiar con su vida laboral y de si existe o no conflicto entre sus roles familiares y laborales (Rice, 1997).

Al respecto Hoffman (1974 citado en Hoffman, Scott y Hall, 1995, 1996, pp: 19-21, 225-227). Ha hecho un análisis del empleo materno, reorganizándolo en cinco hipótesis:

- a) Las madres que trabajan presentan un modelo de papel distinto de las madres que no trabajan, por lo que hay un desarrollo distinto del papel del sexo femenino. Los hijos de madres que trabajan tienen un estereotipo menos tradicional de los papeles del sexo y tiene en mayor estima la competencia, son más independientes y tiene aspiraciones de algo más elevado que las de madres que no trabajan.
- b) El trabajo afecta emocionalmente a las madres que trabajan y esto a su vez tiene un efecto adverso en el trato con sus hijos. Por una parte si siente remordimientos excesivos por el trabajo sobrepasará sus atenciones con los hijos. Si le disgusta su trabajo, la influencia será negativa.
- c) Las madres que trabajan, usan prácticas de crianza infantil distinta de las madres que no trabajan. Las madres que trabajan pueden fomentar más independencia a menos que se presente el punto anterior.
- d) Las madres que trabajan proporcionan una supervisión inadecuada a sus hijos, y por lo tanto, los niños están más propensos a convertirse en delincuentes. Aunque no siempre se presenta este hecho.
- e) Los hijos de madres que trabajan se sienten rechazados por el hecho de que la madre trabaje, pero no hay nada que confirme esta postura.

Al ir aumentando el número de mujeres casadas que más trabajan fuera de casa, parecería justo demandar que los maridos asuman mayores responsabilidades en los quehaceres domésticos y en el cuidado de los niños. Cuando los padres participan en las tareas domésticas y el cuidado de los niños, usualmente "ayudan" en tareas de su propia elección (Mansiglio, 1991 citado en Rice, 1997). Algunos pasan tiempo con su hijos en especial cuando éstos son lo bastante mayores para jugar, pero dejan a sus esposas la crianza de las hijas. Cuando ambos padres comparten las responsabilidades mejora la relación marital, se incrementa el bienestar individual de la esposa y los niños resultan beneficiados porque la calidad de las relaciones padre-hijo mejora (Haas, 1980; Olson, 1981 citados en Rice, 1997), los hijos ven otra cara de la personalidad del hombre, que tradicionalmente ha estado poco visible. Las hijas de las madres que trabajan y los hijos de los padres comprometidos en la crianza tienen menos estereotipos acerca de los roles de género que los hijos de las familias "tradicionales".

La reducción de jordanas laborales es un recurso posible de ser implementado en un periodo caracterizado por la escasez del empleo y permitiría a todos dedicar más tiempo a la crianza de los niños, sin establecer diferencias discriminatorias entre mujeres y varones. En el mismo sentido debería ocurrir la combinación de horarios escolares y laborales, la amplia disposición de guarderías, jardines y escuelas, etcétera (Burin y Meier, 1998)

Los adolescentes gozan de mayor libertad que antes, pero ésta parece ser una libertad "para nada", ya que su inserción ocupacional es dudosa en un periodo de retracción del empleo, por otra parte, los adolescentes desean ser independientes y tomar sus propias decisiones (Burin y Meier, 1998). En comparación con los hijos de madres que trabajan se ha observado que muestran mejor adaptación social, se sienten mejor con ellos mismos, tienen más sentido de pertenencia y se llevan mejor con la familia y con los amigos de la escuela que con otros adolescentes. Desde la perspectiva negativa se observa que los adolescentes de madres que trabajan dedican menos tiempo al trabajo en el hogar y a la lectura que a ver televisión. Al tener menos supervisión, quizás estén más sujetos a las presiones de los grupos de compañeros, lo cual conduce a problemas de comportamiento, como la creciente adicción a las drogas y la violencia juvenil, problemas que exceden a la perspectiva familiar (Milne, Myers, Rosenthal y Ginsburg, 1986 citado en Rice, 1997).

• Divorcio

A diferencia de otras crisis evolutivas que son previsibles durante el ciclo de la vida familiar, tales como las que se producen con el nacimiento del primer hijo, la escolarización o la adolescencia, el divorcio constituye una crisis accidental dentro de la familia. El divorcio contemporáneo es entonces una causa de disolución de la estructura familiar originaria, proceso que muchas veces ocurre cuando los hijos son pequeños, y que crea nuevas circunstancias para la vida de mujeres, varones y niños o adolescentes (Burin y Meier, 1998).

Los hijos de los padres que se divorcian con frecuencia sienten temor ante el futuro, se creen culpables del divorcio, los lastima el rechazo del padre que se marcha, se enojan con ambos padres, sienten confusión e incertidumbre, pueden deprimirse, mostrarse hostiles, irritables, solitarios, tristes, propensos a los accidentes e incluso al suicidio; pueden perder interés en los trabajos escolares y en la vida social (Rice, 1997).

En la mayoría de los casos el divorcio de ninguna manera significa una solución, sino que equivale al mero reconocimiento de la propia incapacidad para resolver una situación de conflicto interior, el divorcio tampoco evita la repetición del mismo conflicto en el segundo, cuarto o enésimo matrimonio (Bergler, 1987). Por su parte, Berenstein (1987) menciona que la desavenencia conyugal y la falta de acuerdos firmes entre los padres, o también entre la madre y el padrastro, pueden generar trastornos psicopáticos en los hijos, quienes no cuentan con un marco normativo estable, debido al desacuerdo existente entre quienes deberían ser sus figuras de autoridad (citados en Burin y Meier, 1998).

Aproximadamente en un año la mayoría de los niños recupera el equilibrio psicológico y reanuda una curva normal de crecimiento y desarrollo. De acuerdo con Wallerstein (citado en Rice, 1997), la secuencia de ajustes que el niño tiene que hacer es: 1) reconocimiento de la ruptura matrimonial, 2) recuperación de un sentido de dirección y libertad para seguir las actividades acostumbradas, 3) manejar los sentimientos de pérdida y rechazo, 4) perdonar a los padres, 5) aceptar la permanencia del divorcio y renunciar a los deseos de restaurar la familia antes divorciada y, 6) llegar a sentir comodidad y confianza en las relaciones. La realización exitosa de esas tareas, depende de los recursos de afrontamiento y del apoyo de que disponga.

Los contactos constantes con el padre que no ejerce la custodia son muy importantes para el niño, quien está restringido por la práctica de limitar las visitas. Los niños cuyo contacto con el padre que no ejerce la custodia son frecuentes y confiables se adaptan mejor a la separación (Papalia y Wendkos, 1997).

Cuando los padres se involucran emocionalmente con otras personas es necesario hacer ajustes especiales. Cuando la madre vuelve a contraer matrimonio, el niño tiene que adaptarse de nuevo, y muchas veces tiene que soportar el rompimiento de este nuevo matrimonio. Los padres que han vuelto a contraer matrimonio tienden a ser más felices, mejor adaptados y más satisfechos con la vida, y los hijos se llevan mejor con el padrastro. Sin embargo las hijas tienen más problemas que las de aquellas que permanecen sin contraer nuevo matrimonio o que no se han divorciado. Si el padre se vuelve a casar, como sucede en la mayoría de los casos, los niños se ven confrontados con un reajuste total a una madrastra (Hetherington, 1986 Baylar, 1988 citado en Rice, 1990).

La palabra madrastra remite a las viejas historias de malvadas y crueles entrometidas. En tanto la familia con padrastro, se diferencia de la familia "natural", ella abarca un rango mayor, al incluir los parientes de cuatro adultos y es fuente de mucho estrés. La lealtad que los niños puedan sentir por un padre ausente o muerto quizá interfiera en la formación de vínculos con los padrastros, en especial cuando el niño pasa de un hogar a otro. También surgen diferencias en el ciclo de vida, como cuando un padre de hijos adolescentes contrae matrimonio con una mujer sin hijos. (Papalia y Wendkos, 1997). El papel del padrastro está mal definido, se espera que los padrastros asuman muchas de las responsabilidades de los padres, pero no tienen ninguno de los privilegios y satisfacciones de la paternidad (Rice, 1997).

El hombre tiene mayores posibilidades de que el hijastro lo acepte, si en primer lugar intenta ganarse su amistad, apoya las decisiones de la madre y al final asume su rol de autoridad. No ocurre lo mismo con las niñas, quienes son más reacias a aceptar un padrastro (Kelly, 1987 citado en Papalia y Wendkos, 1997).

A continuación se presentan brevemente los datos proporcionados por el INEGI (2000), respecto al número de divorcios (52, 358) registrados, en los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo al tipo de trámite: administrativo (8, 307), o judicial (44, 051); y sus principales causas:

Judicial								
Mutuo consentimiento	Abandono del hogar	Servicio amenaza a o injurias	Separación por dos años y más	Incompatibilidad de caracteres	Separación del hogar conyugal	Negativa a contribuir al sostén del hogar	Otra causa	No especificado
29,630	4,649	970	3,767	565	2,812	764	808	86

FUENTE: INEGI, 2000 www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html

Incluye: alumbramiento ilegítimo; propuesta de prostitución; incitación a la violencia; corrupción a los hijos; enfermedad crónica e incurable; enfermedad mental incurable; declaración de ausencia o presunción de muerte; acusación calumniosa; comisión de un delito infamante; hábitos de juego; embriaguez y drogas; cometer un acto delictivo contra el cónyuge; bigamia; por negarse la mujer a acompañar a su marido cuando cambie de residencia y por petición de divorcio o nulidad del matrimonio por causa no justificada (www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html).

- **Ambos padres profesionales**

Los problemas de tensión y conflicto de roles son mayores en las familias en que ambos cónyuges trabajan en su profesión. En esas familias la pareja está formada por individuos comprometidos con su carrera que tratan de cumplir a la vez los roles profesionales y familiares (Skinner, 1980 citado en Rice, 1997). Resulta difícil que tenga éxito un matrimonio en que ambos cónyuges tienen una vida profesional, por lo problemático que resulta y las responsabilidades de los roles padre / madre y esposo / esposa; encontrar una atención adecuada para los hijos o mantener la compañía y la intimidad entre marido y mujer para que el matrimonio siga siendo una relación viable. El matrimonio en que ambos cónyuges tienen una carrera ofrece algunas satisfacciones y ganancias reales, por ejemplo; en este tipo de matrimonio las recompensas financieras son considerables (Rice, 1997).

Los matrimonios más exitosos en que ambos son profesionales son aquellos en que el marido y la mujer se tratan como compañeros iguales. Pero se enfrentan a varios problemas: 1) el de la movilidad (promoción en el trabajo), 2) el de los viajes (regiones, conferencias, etc.), 3) el correspondiente al cuidado de los hijos, 4) las responsabilidades y roles domésticos, 5) programación de actividades, 6) identidad y la competitividad. Cuando las dos partes se sienten seguras de su identidad y de sí mismas, esa seguridad les permite elaborar compromisos de modo que ninguno se sienta amenazado por el éxito y las demandas del otro (Atkinson y Boles, 1984; Rubenstein, 1982 citados en Rice, 1997).

- **Parejas sin hijos**

Hoy en día, la mayoría de las personas todavía desea tener hijos, aunque algunos no se sienten presionados a hacerlo, ¿Cuál es el motivo de esta decisión? Algunas personas se comprometen en causas sociales o con sus carreras, a las cuales dedican tiempo y energías. Otros prefieren tener contacto con los hijos ajenos, antes de criar los propios porque se sienten mejor en compañía de los

adultos o piensan que no serían buenos padres; desean mantener la intimidad de su matrimonio, libres de las exigencias emocionales de la paternidad; quieren disfrutar de la libertad de viajar o hacer lo que decidan, o no desean tener más gastos (Campell, 1982 citado en Rice, 1997). Las parejas que no tienen hijos muestran actitudes menos tradicionales hacia las mujeres y realizan juntos más actividades agradables. Las parejas sin hijos no parecen diferenciarse de las otras a nivel de autoestima, satisfacción en la vida o madurez (Hoffman, Scott y Hall, 1996).

Dentro de otros datos importantes que se pueden mencionar, en cuanto a estadísticas sobre hogares y familias. El INEGI (1995), reporta que el número total de hogares es de 19 848 319, correspondiendo el tamaño medio del hogar a 4.6 integrantes. El porcentaje de hogares familiares es de 93.5%; en tanto que el porcentaje de hogares que son nucleares corresponde al 73.8%. Por último se menciona el porcentaje de niños por hogar el cual corresponde al 2.2%. Respecto a las cifras que ofrece el INEGI (2000) en cuanto a grupos de edad del conyugente se encuentra que de un total de 707,422. Las personas que cuentan con menos de 15 años y contraen matrimonio son 684. Correspondiendo el número más elevado a las personas que se encuentran dentro del rango de edad de 20 a 24 años las cuales son 257,844 (www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/niest.html).

Aunado a lo anterior se presenta una tabla con indicadores seleccionados correspondientes a datos sobre nupcialidad de 1970-2000.

Indicador	1970	1980	1990	2000
Matrimonios registrados	357 080	493 151	642 201	707 422
Edad mediana del conyugente	23.6	23.2	23.5	26.7
Edad mediana de la conyugente	20.3	20.5	21.2	23.9
Divorcios registrados	31 181	21 548	46 481	52 358
Edad mediana del divorciado a/	30.2	30.6	32.3	34.2
Edad mediana de la divorciada a/	26.9	27.3	29.3	31.5
Índice de divorcios por cada 100 matrimonios	8.7	4.4	7.2	7.4
Porcentaje de la población de 12 años y más:				
Casada o unida	53.6	53.9	53.5	54.8
Alguna vez unida (viudos, separados y divorciados)	6.0	5.8	5.6	7.9

FUENTE: Para 1970, ya que los datos no están disponibles, éstos corresponden a 1976
 INEGI. Estadísticas de Matrimonios y Divorcios, 1950-1992, 1994-1995 y 2000.
 INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Resumen General.
 INEGI. Estados Unidos Mexicanos. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Tabulados Básicos. Tomo II.

2.2. Patrones de crianza

Sea cual sea el tipo de familia de la que se trate, su principal propósito es el de ser transmisor del conocimiento, los valores, actitudes, roles y hábitos que una generación transmite a la siguiente. Mediante la palabra y el ejemplo, la familia moldea la personalidad de los niños y les instiga modos de pensamiento y formas de actuar que se vuelven habituales (Kochaska, 1990 citado en Rice, 1997). Aunque no todos los padres tienen una influencia positiva sobre sus hijos, ni son capaces de crear un ambiente familiar positivo y saludable en el que sus hijos puedan crecer. El ajuste psicológico de los

padres, el estilo de paternidad y la calidad de su matrimonio son factores que afectan la madurez emocional, la competencia social y el desarrollo cognoscitivo de los niños (Miller, 1993 citado en Rice, 1997).

La concepción que tienen los padres sobre la niñez, su desarrollo físico, necesidades afectivas y sociales, determinan el tipo de crianza que adoptarán (Oropeza, 1995). De igual manera, las prácticas de crianza están influenciadas por las normas que ha impuesto la cultura y la sociedad pues estas son diferentes para cada sexo, proponiéndose ideales masculinos para el hijo y femeninos para la hija. A los niños se les presiona para valerse por sí mismos, buscando el logro, mientras que a la niña se le presiona a que sea obediente y hacendosa, educándola para la crianza (Fernández 1992 citado en Saucedo, 1996). Siendo el tipo de control que ejerzan los padres (si es que lo ejercen) lo que influya notablemente en el desarrollo de la personalidad del adolescente y en su desarrollo social (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Los padres para favorecer el proceso de socialización deben ser cuidadosos al elegir las recompensas y castigos que emplearán con sus hijos en una situación determinada. La recompensa consolida la conducta productiva lo que facilita o satisface el logro de la meta. Esta incrementa las posibilidades de que una acción particular ocurra nuevamente en situaciones similares. El castigo deteriora permitiendo la aparición de condiciones estresantes y dolorosas. Disminuye la aparición de una acción particular la cual pudiera ocurrir nuevamente, al suprimir o inhibir directamente esa acción. En ocasiones el efecto del castigo puede provocar que el niño se torne aprensivo y temeroso con respecto a situaciones similares en el futuro. Tal tipo de aprendizaje es llamado ansiedad. La no recompensa es la ausencia tanto de recompensa como de castigo. Cuando el aprendizaje es ignorado o tratado de manera indiferente (no recompensa) la tendencia es reiterarse de acciones inútiles en pro de aquellas que aparentemente proveerán alguna recompensa. En circunstancias de este tipo, no se asocian actitudes ni positivas ni negativas con la situación vivida, así como tampoco se detectan condiciones de ansiedad (Mc David y Garwood, 1978 citados en Saucedo, 1996).

La combinación de recompensa y no recompensa pueden ser usadas para lograr la socialización, especialmente en aquellas áreas del aprendizaje del lenguaje, apariencia y arreglo personal y en las conductas y hábitos al comer. Siendo los padres sumamente significativos porque aportan modelos o ejemplos que muestran al infante la conducta apropiada o convencional esperada por otros en su sociedad (Shaffer, 1979 citado en Saucedo, 1996).

Los análisis feministas sobre las familias destacan las jerarquías existentes entre las connotaciones de lo femenino y lo masculino, ellos tienen un desempeño instrumental mientras que el de ellas es expresivo; ellos son racionales; ellas emotivas; mientras ellos son objetivos; ellas son subjetivas, y en tanto ellos utilizan su agudeza mental para la resolución de conflictos, ellas "ponen el cuerpo" (a menudo enfermándose para evitar conflictos) (Burín y Meier, 1996).

2.2.1. Padres autoritarios.

Éste es un patrón muy restrictivo de crianza en el que los adultos imponen muchas reglas, esperan una obediencia estricta, rara vez o nunca le explican al niño por qué es necesario obedecer todas estas regulaciones y a menudo se basan en tácticas punitivas enérgicas (afirmación del poder o retro del amor) para conseguir la obediencia. Los padres autoritarios no son sensibles a los puntos de vista o conflicto de un niño, esperando en lugar de ello que el niño acepte su palabra como ley y respete su autoridad (Shaffer, 2000).

Algunas de las variables que explican la adopción de este estilo de crianza son: ignorancia, juventud, bajo nivel educativo, socioeconómico y ocupacional, familias numerosas, conflictos conyugales, poca cohesión familiar, situaciones estresantes, personalidad obsesivo-compulsiva, baja tolerancia a la frustración y algunas otras (Neil, 1978 citado en Saucedo, 1996). La comunicación entre padres e hijos es casi inexistente.

2.2.2. Padres con autoridad (democrático).

Este es un estilo controlador pero flexible en el que los padres implicados realizan muchas demandas razonables a sus hijos. Tienen cuidado en proporcionar fundamentos para obedecer los límites que establecen y se aseguran de que sus hijos siguen estos lineamientos (Shaffer, 2000). A menudo buscan la participación de sus hijos en la toma de decisiones familiares, los padres con autoridad ejercen un control racional y democrático que reconoce y respeta las perspectivas de sus hijos. Evitan la sobre-restricción y sobre-protección y rechazan el conformismo (Neil, 1978 citado en Saucedo, 1996).

2.2.3. Padres permisivos.

Este es un patrón parental aceptador pero laxo en el que los adultos exigen relativamente poco, permiten que sus hijos expresen con libertad sus sentimientos e impulsos, no supervisan en forma estrecha las actividades de éstos y rara vez ejercen un control firme sobre su comportamiento. Los hijos de padres permisivos a menudo son impulsivos y agresivos, en especial si son varones. Tienden a ser autoritarios y egocéntricos, carecen de autocontrol y son bastante deficientes en independencia y logro (Shaffer, 2000).

Los padres manifiestan poco control sobre ellos, no promueven el conformismo pero sus técnicas de disciplina son muy laxas. En ocasiones se llega a caer en la negligencia y el descuido de los hijos (Papalia y Wendkos, 1988 citados en Saucedo, 1996).

Relaciones entre los patrones de crianza de los niños y los resultados del desarrollo en la niñez media y adolescencia.

Patrón de crianza de los niños	Infancia	Adolescencia
Con autoridad	Competencias cognitoscivas y sociales altas	Autoestima alta, excelentes habilidades sociales, preocupación moral y prosocial fuerte, logro académico alto.
Autoritario	Competencias cognitoscivas y sociales promedio	Desempeño académico y habilidades sociales promedio; más obedientes que los adolescentes de padres permisivos
Permisivo	Competencias cognitoscivas y sociales bajas	Autocontrol y desempeño académico deficientes; más uso de fármacos que los adolescentes de padres con autoridad o autoritarios

Fuente Shaffer, 2000. pág. 566

2.2.4. Padres no comprometidos.

Es el estilo parental menos exitoso, con un enfoque en extremo laxo y sin exigencias exhibido por padres que han rechazado a sus hijos o que están tan abrumados por sus propias tensiones psicológicas y problemas que no tienen mucho tiempo ni energía para dedicarse a la crianza de los hijos. Los hijos de padres no comprometidos muestran un nivel relativamente alto de agresión y de comportamientos externalizados tales como los berrinches. A menudo se convierten en adolescentes hostiles, egostas y rebeldes que carecen de metas significativas de largo alcance y son propensos a cometer actos antisociales y delictivos como el abuso de alcohol y fármacos, mal comportamiento sexual, faltas a clase y una amplia variedad de delitos (Shaffer, 2000).

Tendencias de conducta que caracterizan la personalidad de los niños criados por medio de los diferentes estilos de crianza:

Patrón Democrático	Patrón Autoritario	Patrón Permisivo
(El niño confiado en sí mismo, orientado al acorramiento, bullicioso)	(El niño ansioso, inquieto, deprimido y desafecto)	(El niño inmaduro)
Confiado	Se retira de una situación que implica riesgo físico	Impetuoso
Acepta la culpa	Actúa con demasiada madurez para su edad	Fatigado en la escuela *
Resiste el estrés	No disfruta su estancia en el jardín infantil	Actitud omnipotente *
Rinde al máximo en el juego y en la tarea	Tiene dificultades para relacionarse con otros adultos, aparte de su madre.	Se autocrítica *
Sigue procedimiento de operación normal	No se arrepiente de sus errores	Apreensivo *
Ayuda a otros niños a adaptarse	Divulga secretos o informa sobre otros niños	Se toma más infantil u hostil cuando se le lastima *
Disfruta de la compañía de otros niños	Engañoso	Irritable *
	Innecesariamente irrespetuoso hacia los adultos	Saca provecho de la dependencia *
	Más los rasgos marcados (*) del permisivo	Llora con facilidad *
		Se fija metas fáciles *
		Desconsiderado *
		Es jactancioso *
		Obstruivo *

Fuente: Watson, y Lindgren. 1991. pág. 420

Aunado a lo anterior Neil (1978 citado en Saucedo, 1996) hace referencia a dos estilos más:

Con lo anterior podemos observar que el niño bien ajustado obtiene más de todo y aprovecha los recursos que se ofrecen, en tanto el niño ansioso y el inmaduro obtienen menos, por lo cual su conducta y personalidad son más infantiles.

Erikson y otros como Macoby y Martín, (1983 citados en Shaffer, 2000), afirman que en la mayoría de estos estilos podemos haber dos dimensiones básicas que determinarán la socialización de los hijos a lo largo de la niñez y la adolescencia, estas son: la aceptación y sensibilidad, la cual se refiere al nivel de apoyo y afecto que exhibe un padre. Los padres que aceptan y son sensibles a menudo sonríen a sus hijos, los elogian y los alientan, expresando una gran cantidad de afecto, aún cuando pueden ser bastante críticos cuando un niño merece su reprobación, y la exigencia y el control, que hace referencia al nivel de regulación o supervisión que los padres ejercen sobre sus hijos. Los padres controladores y exigentes ponen límites a la libertad de expresión de sus hijos por medio de numerosas demandas y vigilando en forma activa su comportamiento para asegurarse del estricto cumplimiento de las reglas y regulaciones.

2.3. Comunicación en la Familia

La comunicación es: "Un proceso mental-físico cuya finalidad es el licitar el mensaje al que apunta el hablante. Según el tipo de mensaje se puede diferenciar una comunicación informativa, educativa, etc." (Katz, 1980)

La comunicación con sus semejantes es inherente a la condición humana, por lo que el hombre se ve obligado a transmitir sus impresiones, necesidades, sentimientos, emociones, etc. Es por ello que la naturaleza lo ha dotado de medios de comunicación (emisión de voz o la mímica) y de formas racionales e inteligentes de utilizarlo (lenguaje codificado). Es por ello que resulta indispensable para que el hombre pueda vivir en comunidad, haciendo partícipes a sus semejantes de sus sentimientos, ideas y deseos; de igual manera, lo es la reciprocidad y el intercambio de estas ideas, planes, proyectos y acuerdos para que la comunicación sea mutua. Una información puede estar acompañada tanto de un aspecto verbal (contenido) como de uno verbal (relación). La cual puede ser positiva y constructiva, de la misma manera que puede ser negativa y destructiva, aunque también puede llevar la intención consciente de ser positiva y, sin embargo, percibirse como negativa (Encarta, 1999).

Educar al niño mediante el ejemplo, modelando la manera como se quiera que el hijo lo haga, gratificando las conductas que apoyan e ignorando las que se quieren desalentar, explicando en ambos casos. No es la única manera en que el niño aprende, es por ello que dentro de este complejo proceso no se debe olvidar el comportamiento verbal, cualquier acción que no sea estrictamente verbal pero que cumple la función de informar y educar. Con frecuencia los padres emplean gestos simbólicos en la crianza de sus hijos tales como: enfado, ya sea real o fingido, amenaza, advertencia, castigo o agrado. Otros tipos de comportamiento no verbal empleados por los progenitores durante el proceso de socialización son los ilustradores y los reguladores. Los primeros son gestos que acompañan a la comunicación verbal vocal e ilustran el contenido del mensaje verbal o su entonación, se localizan especialmente en los movimientos de los brazos y manos. Los reguladores son una categoría de comportamiento no verbal y son todos aquellos movimientos cuya función no consiste en complementar el mensaje verbal, sino controlar la interacción en que se produce tal comunicación verbal (Galaviz, 1991, Demcik, 1992 citados en Saucedo, 1996).

Concluyendo los niños no hacen solamente lo que los adultos les dicen que hagan sino también lo que les ven hacer, siendo la comunicación verbal más poderosa que la no verbal. Cuando las acciones de una persona comunican el mismo mensaje que sus palabras, entonces no hay problema; pero cuando esto no sucede, casi siempre se presenta una multitud de conflictos (Borden, 1974). Sin dejar de ser objetivo, debemos hacer que la comunicación sea lo más asertiva posible. Es de suma importancia que las personas que rodean al individuo lo reconozcan su valor intrínseco y recompensen sus logros con estímulos y alabanzas sinceras, claro está, esto debe ser recíproco (Galaviz, 1991 citado en Saucedo, 1996).

2.4. Familia disfuncional

Como se ha mencionado anteriormente, el medio ambiente y las relaciones familiares pueden dañar a los integrantes de la familia; pero también un miembro de ésta puede ocasionar diferentes trastornos; es decir, si existe dentro de este hogar un niño con problemas, esto va a generar diferentes conflictos, ya que requerirá de mayor atención por parte de sus padres y familiares. Esto muchas veces provocará que los demás integrantes de la familia asuman una gama muy diversa de actitudes hacia él, como son: comprensión, simpatía, ridiculización, desprecio, agresión, etc. No hay padre que no haga propios los problemas de sus hijos y más aún si estos pudieran trastornar su desarrollo y condicionar su futuro (Sherman y Thompson, 1999).

Para que una familia permanezca sana, es necesario que reaccione en forma equitativa entre las presiones individuales de sus miembros, es decir, que los padres acepten los cambios físicos y psicológicos del niño en su evolución. Un hogar que no proporcione lo anterior, puede ocasionar

desadaptaciones personales y sociales en el niño, algunas de las cuales podrá superarlas gracias a las influencias externas que recibe durante su crecimiento. Los padres o madres que exageran o desconocen su rol dentro de la familia, pueden influir, entre otras cosas, en el desarrollo de trastornos afectivos y bajo rendimiento escolar, incluso en aquellos niños que tengan una buena capacidad para el aprendizaje (Satir, 1993).

Es importante establecer que aunque todos los integrantes de la familia, influyen en la educación del niño, los principales responsables son los padres, ya que ellos son los que modelan las conductas de su hijo, de acuerdo con su escala de valores y según las metas y expectativas que pretendan alcanzar en su formación (Satir, 1993). Cada familia tiene rasgos propios, por lo que la dinámica familiar varía de un caso a otro; la armonía y desarmonía de las relaciones conyugales; la organización de los papeles de autoridad y guía, de derechos u obligaciones que rigen su sociedad patrimonial, etc., van a repercutir en la personalidad del niño, acelerando o deteniendo su desarrollo biopsicosocial. A través del medio ambiente familiar y de las relaciones que se establezcan, el niño obtendrá la satisfacción de sus necesidades básicas, así como una seguridad afectiva y psicológica, con la cual alcanzará un desarrollo integral y armónico. En general, el niño aceptado tiene un buen grado de adaptación social, es cooperativo, amistoso, leal y estable, desde el punto de vista emocional y social (Padrón, en prensa).

La familia actúa como un contexto ambiental para el individuo, como un sistema dinámico en el que las relaciones organizacionales entre sus miembros permiten la identificación de patrones, lo que los hace predecibles. Los casos clínicos reportados y la teoría del sistema familiar sugieren que los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Constanzo y Woody, 1985 citados en Saucedo, 1996).

2.4.1. Familia con un miembro anoréxico

Para investigar la relación entre las dinámicas de apego padres-hijos y los trastornos de la alimentación, se realizó un estudio en jóvenes estudiantes anoréxicas y bulímicas y se encontró que estas experimentaban la crianza materna como emocionalmente fría, distante, inherente y rechazante en comparación con las estudiantes normales. La protección materna la consideraban significativamente más intrusiva, con excesivo contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia al compararla con sujetos normales (Rhodes y Krogar, 1992 citados en Saucedo, 1996).

Minuchin y sus colaboradores (1976 citado en Saucedo, 1996) identificaron cinco patrones primarios observados a partir de 60 familias de anoréxicas y bulímicas mismas que pueden ser los causantes de estas patologías: entrapamiento, sobreprotección, autoritarismo, evasión de conflictos y poca resolución de problemas.

Dentro de los rasgos que caracterizan a las familias anoréxicas y las distinguen de otras son la poca capacidad que tienen sus miembros para enfrentar cambios tales como mudanzas, pérdida de trabajo, muertes, y hechos imprevistos; no logran reformular sus relaciones ante dichos cambios o lo hacen con mucha dificultad y no son capaces de experimentar cambios ellos mismos. Existiendo, de esta forma, poca individuación dentro de estas familias. La individuación hace referencia a la capacidad por parte del individuo de: ser capaz de trazar fronteras tanto internas como externas; ser capaz de definir y alcanzar metas y objetivos propios; ser capaz de aceptar aspectos contradictorios de sí mismo; y ser capaz de asumir la responsabilidad de su propia conducta. Aunado a ello estas familias presentan códigos interiorizados de conducta construidos en torno de principios tales como "mejor dar que recibir", "la abnegación eleva a la persona", "mis propias necesidades y deseos no son tan importantes como los de los demás" (Sterlin y Weber, 1990).

Son familias que insisten en la cohesión familiar, obstaculizan la individualización, enfatizan el autosacrificio y la abnegación, con un marcado control de los impulsos; es decir, mantienen reprimidos los propios sentimientos en todo momento, presentando una apariencia externa amistosa y controlada,

suprimiendo actitudes o sentimientos. Sus principales características estructurales, tal como las describieron Minuchin, Rosman y Baker, (1978 citados en Horney, 1973), son el entrelazamiento, la sobreprotección, la rigidez y la evitación del conflicto (Doern-Zegers, Petrasic, y Morales, 1988).

Stierlin y Weber (1990) mencionan que las familias con miembros anoréxicos son centripetas y presentan las siguientes características:

1. Poseen rígidas barreras externas.
2. Se restringen los intentos hacia la autonomía y la separación, se atribuye un máximo de importancia a la cohesión.
3. Los miembros proyectan sobre la familia sus deseos de satisfacción de necesidades emocionalmente significativas; el mundo exterior se considera como amenazante.
4. Se evitan los conflictos.
5. La coesión materno-paterna es sumamente eficaz, y la relación con los progenitores es un modelo de dominio-sumisión.
6. Se asigna gran valor a las palabras.
7. Los progenitores son incoherentes respecto a la crianza de los hijos.
8. Las familias suelen acudir a terapia pero suelen delegar sus responsabilidades a los terapeutas (Stierlin y Weber, 1990. pp: 40-41).

2.4.2. Familia con un miembro bulímico

Un factor que se encuentra en la mayoría de las familias con un miembro bulímico es una comunicación deficiente y destructiva. Estas familias rara vez modelan o alientan una expresión emocional directa y abierta. Las familias en las cuales los sentimientos, en especial, la depresión, se manejan indirectamente, y existe una falta de control del impulso, tienen más probabilidades de desarrollar hijos bulímicos (Sherman y Thompson, 1999). La mayoría de las familias bulímicas conceden una gran importancia a la dieta, la alimentación, el peso o el atractivo físico. Quizás los padres se someten a dietas con frecuencia o comentan sobre el tamaño de su propio cuerpo o la figura de otros; con ello obviamente están comunicando a los hijos la importancia que conceden a la alimentación, el acto de comer y el peso (Rhodes y Kroger, 1992 citados en Saucedo, 1996).

Cada familia es muy diferente, pero existen características similares de modo que Root, Fallon y Friedrich (1986) pudieron describir tres tipos comunes de familias con bulimia. Los tres tipos descritos por Root y colaboradores son la "familia perfecta", la "familia sobreprotectora" y la "familia caótica". La familia perfecta da la impresión de ser exitosa y la bulímica aparece como la perfecta "hija buena". Esta es una familia en la cual la apariencia y la reputación son de primordial importancia. La lealtad familiar es muy fuerte, por tanto, se ocultan los secretos y problemas de la familia. Existen ideas claras y rígidas acerca de los logros de la familia y se espera que los miembros de ésta mantengan un aspecto exterior feliz y siempre se vean alegres. Con frecuencia los miembros de este tipo de familia son grandes triunfadores, lo que ayuda a la bulímica a creer que sus familiares son perfectos (citados en Sherman y Thompson, 1999).

La familia sobreprotectora carece de una confianza básica en la capacidad de los otros miembros de la familia. Estas familias dificultan que la bulímica, se separe, ya que se le enseña que nadie fuera de la familia puede ocuparse de ella ni ser digno de confianza. Este sistema familiar no alienta a los hijos a ser autónomos e independientes. Finalmente la familia caótica, carece de estructura y estabilidad. En este caso, es frecuente que los padres no estén disponibles y los hijos, casi siempre, se crían solos. La familia caótica es diferente de las otras familias bulímicas en cuanto a que sus emociones, especialmente el enojo, se expresan con más frecuencia. Cuando las emociones llegan a expresarse se hace de manera incontrolada e inadecuada, algunas, al punto de ser destructiva y violenta. La inseguridad e incertidumbre que existe en la familia caótica contribuyen intensamente a la aparición de la bulimia (Sherman y Thompson, 1999). Se ha propuesto que la bulimia es el reflejo de un sentimiento profundo de no haber sido cuidado con amor y como un remedio al intenso dolor que causa el haberse sentido rechazado y solo

(Humphrey citado en Saucedo, 1996).

2.4.3. La familia con un miembro obeso

Bruch (1973, citado en Saucedo, 1996) propone que la anorexia nervosa y la obesidad temprana están relacionadas con distorsiones en el proceso de concientización interna. Ella postula que estos individuos no son capaces de reconocer cuando tienen hambre y cuando están satisfechos, así mismo no pueden diferenciar la necesidad de alimentos de otras sensaciones y sentimientos desagradables. Aparentemente estos niños se confían a signos externos para saber cuando comer y cuanto, debido a que su propia capacidad de consciencia interna ha sido programada incorrectamente. Las madres de este tipo de pequeños dan respuestas inapropiadas e inconscientes a las necesidades de sus hijos, y tienden a ser negligentes o sobreprotectoras, limitantes o indiscriminadamente permisivas, lo que crea en el niño gran confusión. Característicamente los padres de estos niños mencionan que han intentado "TODO" para conseguir que su hijo coma normalmente es decir, que han recurrido al castigo, chantaje, distracción, obligarlo a comer y sus resultados son negativos (Chatoor, 1987 citado en Saucedo, 1996).

Aunque en el caso de los problemas clínicos que suelen ser considerados de origen constitucional y genético, se hace evidente que el modelo juegala un papel en el establecimiento de la disfunción. Se ha advertido que los niños que desarrollan obesidad precoz que se continuaba en la adolescencia, provienen de familias en donde por lo menos uno de los padres era obeso, y cuyas preocupaciones y ansiedades giraban alrededor de la comida. Además ellos mismos estructuraban su ambiente familiar e tal manera que promovían, modelaban y reforzaban las conductas alimentarias que favorecían una ingesta caótica excesiva y una actitud física sedentaria (Epstein, McCurley, Wing y Valoski, 1990 citados en Saucedo, 1996).

Minuchin (1986) menciona que el tipo de funcionamiento familiar se va a caracterizar por un aglutinamiento, sobreprotección, rigidez e incapacidad para la resolución de conflictos, con evitación y maniobras de rodeo. En el aglutinamiento los miembros se encuentran excesivamente involucrados entre sí. La sobreprotección se ejerce por parte de todos los miembros. Cuando hay un miembro enfermo, toda la familia se ve involucrada. La rigidez de las normas dificulta el cambio. La evitación o negación de los conflictos permite que el niño psicósomáticamente enfermo pueda desempeñar un papel vital en la evitación del conflicto por parte de su familia, al presentar un foco de preocupación.

En las familias con un miembro enfermo, el síntoma puede constituir un intento de solución de disfunción familiar o surgir en un miembro individual de la familia debido a circunstancias particulares de vida, siendo luego utilizado y apoyado por el sistema familiar como un mecanismo tendiente a perpetuar el síntoma (Minuchin, 1978 citado en Speier 1986).

2.4.4. Familia como parte del tratamiento ante un padecimiento.

Padrón, (en prensa) ha observado el tipo de reacción que presentan los padres cuando se les informa acerca del padecimiento de sus hijos, indicando que estos pasan por varias etapas de elaboración interior que van desde la incredulidad hasta la habilidad para controlar la situación. Esto sucede debido a un proceso psicológico que les ayuda en la asimilación completa del problema. Estas reacciones generalmente se presentan de la siguiente forma:

- Incredulidad, negación, sentimientos de culpa: En esta fase se da una devaluación de la figura del profesional, debido a que sus expectativas no corresponden a la realidad, lo que les provoca tristeza, coraje o enojo, o resentimiento hacia este. A menudo aparecen dudas o sospechas acerca de la información presentada por este.
- Ataque verbal: En esta fase se presenta un intento por confundir al profesional, de manera consciente o inconsciente, con información contradictoria y provocación.
- Aceptación superficial: Aquí los padres siguen instrucciones esperando que el problema desaparezca; si

no observan cambios de inmediato, aparecen sentimientos de depresión y abandono del tratamiento.

- Depresión y desilusión: Esta es una etapa de transición, en ella los padres aceptan la enfermedad con tristeza. Esta actitud favorece la aceptación del problema y el inicio del tratamiento. En esta fase, los padres se despiden de la imagen idealizada que tenían de un hijo sano y empiezan a buscar soluciones.
- Aceptación: En esta fase los padres tienen una disposición práctica y activa. Reconocen y aceptan el trastorno de su hijo. Aparece una convicción de que hay más por hacer y empiezan a establecer metas a corto y largo plazo (Padrón, en prensa. pp: 2-3).

Por lo anterior es importante que la familia entienda el problema y se sienta impulsada para buscar soluciones y participar activamente en este proceso. Para ello, es necesario que los padres sientan la confianza de acercarse al profesional y solicitarle información y apoyo para sus necesidades particulares. Al estar en contacto con los profesionales encargados del caso, los padres obtienen un acercamiento mayor hacia la enfermedad y, por consiguiente, hacia la institución. Además, cuenta con información más clara acerca del padecimiento, lo cual agiliza su atención (Minuchin, 1986).

Entre los aspectos más importantes a trabajar, en la orientación, según Vanderycken, Castro y Vanderlinden (1991), se pueden mencionar:

- Fomentar la comunicación entre los padres y los profesionales.
- Hacer todo lo posible por ayudar a los padres para que vean a su hijo como persona.
- Promover el apego entre los padres.
- Escuchar
- Entender-no juzgar.
- Hablar con los padres de las principales preocupaciones.
- Involucrar a los hermanos en la vida del niño lo más pronto y de modo importante (Vanderycken, Castro y Vanderlinden, 1991. pp: 10- 15).

Es de vital importancia que el ambiente y las relaciones familiares sean favorables, y armónicas, siendo necesaria una madurez emocional en los padres, para que el niño tenga una base sólida desde la cual puede enfrentar y manejar su problema. Para el tratamiento, no solo se necesita el apoyo profesional del equipo multidisciplinario formado por los médicos, sino que también es indispensable la ayuda y el apoyo de los padres, quienes formarán parte de este importante equipo. Para lograr la cooperación y el apoyo por parte de los padres, es necesario que el profesional cuente con la información adecuada acerca del problema del niño o adolescente, así como de su progreso escolar y terapéutico. Para ello es indispensable proporcionarles ayuda práctica a través de métodos, materiales y ejercicios que puedan manejar con su hijo en las diferentes situaciones que se presentan dentro de la vida familiar (Padrón, en prensa).

Silvini-Palazzoli (citado en Speier, 1986) describe familias anoréxicas desde la perspectiva de la teoría de la comunicación y encuentra que estas familias tienen mayor dificultad en la comunicación y el liderazgo, exceso de pautas de responsabilidad y un alto grado de disfunción matrimonial. En tanto Michael White (citado en Speier, 1986) le otorga un rol en el sistema familiar a las creencias rígidas e implícitas transmitidas de generación en generación. Estas se traducen en restricción de las conductas y asignación de roles específicos a ciertas hijas mujeres. En cuanto a la adjudicación de roles específicos, pareciera que en estas familias se espera que las mujeres sean sensitivas, devotas y autosacrificantes, y que este rol se adjudique más específicamente a alguna de ellas.

La familia cuyos miembros comparten una comunicación positiva y constructiva, se vuelve un baluarte de fuerza y seguridad. El individuo que ha crecido en una familia semejante, emprende la vida con recursos interiores que pueden ayudarlo a través de los problemas más difíciles (Vanderycken, Castro y Vanderlinden, 1991).

2.5. El papel de la familia en la Autoestima

La autoestima se define como el valor que nos asignamos a nosotros mismos, y que se relaciona con cuánto nos aceptamos como somos y que tan satisfechos estamos con nosotros mismos. Esto a su vez está íntimamente relacionado con el grado en que creemos que tenemos derecho a ser felices y cuánto respetamos y defendemos nuestros propios intereses. Las personas que han desarrollado estas habilidades y una alta valoración de sí mismas tienen una autoestima más alta que aquellas que no han logrado esta meta (Givaudan y Pick, 1997).

Para Gómez Pérez-Mitre (1981), la autoestima es el fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo; se entiende como un proceso psicológico cuyos contenidos se encuentran acíralmente determinados. En este sentido, se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social.

Coopersmith (1976) por su parte considera que la autoestima no es más que la actitud favorable o desfavorable que el individuo tiene hacia sí mismo, es decir, un grupo de cogniciones y sentimientos. Así, los componentes del self (el sí mismo) para dicho autor son los mismos que los de las actitudes: un aspecto afectivo que se equipara con la autoevaluación y el aspecto connotivo que representa la conducta que se dirige hacia uno mismo.

Según Echeverri (en prensa) una adecuada autoestima está conformada por, sentimientos de orgullo sobre los logros obtenidos, independencia en los actos, aceptación de responsabilidades, adecuada tolerancia a la frustración, confianza ante los retos, sentimientos de que se defienden los puntos de vista y se ejerce influencia sobre otros, poder exteriorizar sentimientos y emociones, tener metas a corto y largo plazo, tendencia a ser más optimista, relaciones interpersonales sin conflicto. Así como una inadecuada autoestima se caracteriza por evasión de situaciones que provocan ansiedad, devaluar sus propios talentos, sentimientos de que los demás no lo valoran, culpar a los otros de sus propias debilidades, fácilmente son influenciados por otros, conductas defensivas y baja tolerancia a la frustración, sentimientos de impotencia, expresión de sentimientos de forma limitada y, relaciones interpersonales conflictivas.

Aguilar (2000), menciona que la autoestima se encuentra compuesta por:

- Un componente emocional, (sentimientos de agrado-desagrado)
- Un componente mental, cognocitivo (ideas falsas o correctas de mí mismo, de mi valía personal, de la valía de los demás)
- Un componente conductual-social, (reacciones de comportamiento abierto para relacionarme productivamente con el mundo).

Los padres son modelos para sus hijos, de ellos copian sus sentimientos y actitudes, aprenden sus patrones de conducta, también imitan su lenguaje, modismos, manierismos y las cosas que ellos hacen. Las voces de los padres se convierten en el lenguaje interno de sus hijos, quienes incorporan a su mente la información de la autoridad disponible durante los primeros años. (Aguilar, 2000; Jenkins y Hacter, 1988 citados en Saucedo, 1996)

Echeverri, (en prensa) ha observado que existen conductas de los padres, que aún sin darse cuenta, fomentan una inadecuada autoestima en sus hijos, como son:

a) **Padres que tienden a vivir a través de la vida de sus hijos.** Estos padres pretenden que los hijos realicen lo que ellos no lograron, y se desilusionan cuando los pequeños no lo logran. El niño cree tratando de lograr las expectativas de los padres dejando a un lado lo que quiere hacer o ser.

b) **Padres que tienden a ser ansiosos.** Este tipo de padres provocan la distorsión en la comunicación con sus hijos debido a sus cambios de temperamento, su nerviosismo, nunca están conformes con los logros de los hijos y son demandantes.

c) **Padres que sobrevaloran la autoestima de sus hijos.** Cuando los propios padres tienen baja autoestima tienden a elevar la de sus hijos, especialmente cuando ellos buscan independencia y autonomía.

d) **Padres que ven un problema o catástrofe de cualquier acontecimiento.** Estos padres viven los problemas de tal modo que no tienen principio ni forma de resolverse, generando angustia en el niño al tratar de encontrar la razón o el por qué de lo sucedido.

e) **Padres que tienen dificultades para expresar alabanzas reales-precisas.** Estos padres tienden a alabar poco, en el momento inadecuado o por el contrario de forma desmesurada, siendo estas alabanzas globales y generales, es decir, rara vez específicas (Echeverri, en prensa). Coopersmith (1976) señala la importancia que para el desarrollo de la autoestima en los niños tiene la interacción con sus padres. Así, ha encontrado que el nivel de autoestima, ya sea alto o bajo, se relaciona principalmente con tres condiciones: 1) debe existir la total aceptación del niño por parte de los padres, 2) es necesario que reciban instrucciones claras y definidas, evitando ambigüedades, y 3) debe haber respeto por la individualidad del niño.

Para Conde (2002) los elementos necesarios para el desarrollo de una alta autoestima son:

a) **Sentimientos de pertenencia:** sentir que es parte importante para alguien, que funciona como alguien importante dentro de la familia, y el grupo al que pertenece; relacionarse con otras personas (compartir sentimientos y un alto grado de cuidado y cariño con él y los demás); identificarse con un grupo en especial (relacionarse con otros, para identificarse como miembro de un grupo); sentimientos importantes de que algo le pertenece; sentir que pertenece a alguien (alguien que lo va a cuidar y proteger) y; aceptación de su propia imagen corporal (esto le va a permitir poder confiar en poder hacer lo que desea).

b) **Sentimientos de ser único:** respetarse a sí mismo. (valorarse como alguien con un buen desempeño y aprender a confiar en sus percepciones y apreciaciones), esto lo aprende al ser respetado y ser tomado en cuenta por los adultos; saber que hay algo especial en sí mismos (resulta del trato que le han dado las personas más significativas en su vida); sentir que él sabe y puede hacer cosas que nadie más puede hacer (la forma de pensar, su estilo de relacionarse, de resolver problemas, sus valores y actitudes); saber que para otros él es especial (el niño lo entiende y aprende a través de lo que los demás dicen y hacen por él); y utilizando su propia imaginación y libertad de poder guiar su propio potencial creativo (a través del juego).

c) **Sentimientos de Poder:** El niño debe tener un alto grado del sentido de poder (los padres necesitan ayudar al niño a tener éxito en lo que emprenda), lo cual permite al niño pensar que el puede ejercer influencia en lo que pasa con su vida (los padres necesitan orientar y permitirle tomar sus propias decisiones); para que esto ocurra el niño debe aprender muchas habilidades, saber tomar decisiones y resolver problemas; aprender a manejar sus emociones; tener voluntad para tomar responsabilidades y lograr cumplirlas.

d) **Sentido de Modelos:** Este aspecto se da cuando el niño tiene capacidad para desarrollar sentido común en la vida, realizando lo que se debe hacer a través de sus valores personales, de las metas logradas, y de las ideas que reflejan los sentimientos del niño acerca de los modelos que desean seguir, así como las habilidades para aclarar sus propios principios y vivir aceptándose como es, para esto el niño necesita: conocer a gente con valores que sirve como un modelo para su propia conducta; crecer conociendo sus habilidades y distinguiéndolas de sus disfunciones; obtener provecho de sus experiencias; tener un sentido de orden (vivir en un ambiente estructurado en cuanto a jerarquías y límites en el hogar, limpieza, compromiso y con una comunicación clara) (Conde, 2002).

La adolescencia es uno de los periodos más críticos para el desarrollo de la autoestima; es la etapa en la que la persona necesita hacerse con una firme identidad, es decir, saberse individuo distinto a los demás, conocer sus posibilidades, su talento y sentirse valioso como persona que avanza hacia un futuro. Un adolescente con autoestima alta aprende más eficazmente, desarrolla relaciones mucho más gratas, está más capacitado para aprovechar las oportunidades que se le presentan, para trabajar productivamente y ser autosuficiente, posee una mayor conciencia del rumbo que sigue, actúa independientemente, asume

sus responsabilidades, enfrenta nuevos retos con entusiasmo, está orgulloso de sus logros, demuestra amplitud de emociones y sentimientos, tolerará bien la frustración y, se sentirá capaz de influir en otros (Marsellach, 1998).

Algunos de los factores que Echeverri (en prensa) considera para fomentar una adecuada autoestima son:

- ✓ Mostrar afecto por medio del contacto físico. Tocando a los hijos; un abrazo, un beso, tocar el hombro, etc.
- ✓ Mostrar expresiones positivas en la expresión facial. Esto tiene que ver con la forma de expresar nuestros sentimientos a través del rostro y la postura corporal.
- ✓ Expresar verbalmente a los hijos cuando se siente uno bien con ellos, a reconocer los logros que han tenido y que en consecuencia los recompensamos.
- ✓ Compartir sentimientos con los hijos
- ✓ Permitirle a los hijos saber las causas y efectos de sus acciones, tanto los positivos como los negativos.
- ✓ Compartir intereses, pasatiempos, actividades y experiencias familiares.
- ✓ Poner atención a las preguntas que hagan sus hijos.
- ✓ Explicar los roles y funcionamiento de cada uno de la familia, y delimitar las reglas en casa.
- ✓ Resaltar las habilidades o valores de los hijos.
- ✓ Motivar a los niños para que traten de solucionar sus problemas, defender sus opiniones, expresar sus sentimientos, y fomentar su creatividad.
- ✓ Ayudar al niño a hacerse cargo de su persona, responsabilidades y cuidado personal (Echeverri, en prensa).

Según Harris y Reynol (1996) la autoestima puede desarrollarse convenientemente cuando los adolescentes experimentan positivamente cuatro aspectos o condiciones bien definidas:

- Vinculación: resultado de la satisfacción que obtiene el adolescente al establecer vínculos que son importantes para él y que los demás también reconocen como importantes.
- Singularidad: resultado del conocimiento y respeto que el adolescente siente por aquellas cualidades o atributos que le hacen especial o diferente, apoyado por el respeto y la aprobación que recibe de los demás por esas cualidades.
- Poder: consecuencia de la disponibilidad de medios, de oportunidades y de capacidad en el adolescente para modificar las circunstancias de su vida de manera significativa.
- Modelos o patrones: puntos de referencia que dotan al adolescente de los ejemplos adecuados, humanos, filosóficos y prácticos, que le sirven para establecer su escala de valores, sus objetivos, ideales y modales propios (Harris y Reynold, 1996, pp: 4-44).

Pero la transición a la adolescencia presenta problemas a veces. Muchas investigaciones han observado que hacia los 11 a 12 años la puntuación de la autoestima decae, para volver a aumentar de nuevo sólo durante los años de la escuela superior. El aumento de la autoconciencia conduce a autoevaluaciones más críticas que a su vez bajan la autoestima. Esto parece ser cierto en el caso de las mujeres, quienes muestran una mayor autoconciencia como una menor autoestima durante este periodo en comparación con los varones (Schulenberg, 1981; Hartar, 1990 citados en Guzmán, 2002).

Otro factor que podría causar disminución de la autoestima son los cambios biológicos asociados con la pubertad. Simmons y Blyth (1987 citados en Vasta, Haith y Miller, 1996) sugieren que dichos cambios producen tensión física y psicológica que conduce a la depresión y otros estados emocionales negativos. Oster y Caro (1990 citados en Mestre y Frías, 1996) también consideran que esa serie de cambios, de responsabilidades y competencias que el joven tiene que afrontar, pueden generar estados de inestabilidad emocional. Este punto se asocia con la imagen del propio cuerpo, ya se ha constatado que el adolescente se siente más interesado por el aspecto físico y la apariencia corporal que por sus cualidades intelectuales y morales. Por lo tanto la satisfacción con el propio cuerpo se halla correlacionada positivamente hacia sí mismo, mientras que la insatisfacción respecto a la estatura y peso ejerce una influencia negativa respecto a la autoestima (Aguirre, 1996).

Por supuesto no hay que dejar de mencionar que el ser objeto de una atención equilibrada y madura por parte de los padres se relaciona con una autoimagen más estable (Rosenberg, 1973).

En la actualidad para mantener la autoestima elevada por los esquemas actuales de belleza, el 90 por ciento de las mujeres de más de 14 años han seguido una dieta; al respecto los talleres de reflexión sobre el tema promovido por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, concluyeron que esta búsqueda irracional de juventud y belleza tiene fundamentos en la construcción social de lo femenino. Según la cual las mujeres son valoradas por su aspecto antes que por su intelecto, siendo el cuerpo un instrumento de seducción, y que es usado como objeto sexual que da poder frente a los hombres y la sociedad (Ruiz, 2000). El entorno favorece las imágenes de alguien que vale más por consumir todo tipo de productos y servicios (Aguilar, 2000).

Tachierhart y Donovan (1991) han realizado estudios que han mostrado repetidamente patrones muy preocupantes en las mujeres: falta de autoestima, inhabilidad para poder controlar sus vidas, vulnerabilidad a la depresión y tendencias a verse a sí mismas como menos capaces de lo que en realidad son. La exploración de la autoestima y experiencia con las mujeres se apoya, para estas autoras, en cuatro premisas. 1. "La baja autoestima de las mujeres es el resultado de una larga opresión de la cultura de dominación del hombre en la sociedad"; 2. "La baja autoestima es el detonador de muchos de los problemas psicológicos que plagan a la mujer de hoy"; 3. "Se ha encontrado que la baja autoestima tiene relación con el aumento de los problemas psicológicos; las mujeres se ven menos capaces, menos creativas e inóhiles. Con esto se facilita que siga existiendo la opresión de la mujer en un mundo dominado por los hombres"; y 4. "El desarrollo de la autoestima de la mujer, en el nivel individual, es necesario para el avance de la mujer como grupo".

2.6. Desarrollo del autoconcepto

Ausubel (1983) define el autoconcepto como "la combinación de tres elementos de cada persona: la apariencia física, las imágenes sensoriales y los recuerdos personales".

Para Maritus y Nurius (1984 citado en Papalia y Wendkos, 1992) el autoconcepto es el sentido de sí mismo. La base de este es nuestro conocimiento de lo que hemos sido y hecho, su función es guiamos a decidir lo que seremos y haremos en el futuro. El autoconcepto, entonces nos ayuda a entendernos a nosotros mismos y, también a controlar o regular nuestra conducta.

Rogers (1980) entiende el autoconcepto como un proceso psicológico, cuya configuración organizada de percepciones acerca de sí mismo son parcialmente conscientes; está compuesto de percepciones de las propias características y habilidades, los conceptos de sí mismo en relación con los otros y con el medio ambiente. Por su parte, Fitts (1965), señala que el autoconcepto es la imagen que el sujeto tiene de sí mismo.

Rosenberg (1973), considera que hay cuatro principios a tener en cuenta en la formación del autoconcepto comparación social, valoración reflejada, auto-atribución y centralidad psicológica, el autoconcepto se produce en el curso de la interacción con el prójimo significativo, es decir, las personas que más significativamente han influido a lo largo de nuestra existencia. Esta percepción influye en su autoconcepto, el cual a su vez guiará su conducta.

Aun no se sabe con precisión cuando comprende un niño por primera vez que él existe independientemente del mundo que le rodea. Algunos investigadores creen que los bebés tienen una conciencia innata de su existencia o al menos que esa conciencia se desarrolla dentro de las primeras semanas de vida. Mientras que otros argumentan que nada de lo que los bebés hacen requiere que se asuma que tienen autoconciencia antes de su primer año (Vasta, Haith y Miller, 1996).

Al acercarse a los 2 años, los niños pueden mostrar una creciente conciencia de sí mismos por medio del uso de pronombres como mí, mío, y también por el uso de su propio nombre. Además, el infante tiene su

primer momento de autoreconocimiento visual cuando se ve así mismo en el espejo. Gratiot-Alphander y Zazzo (1980) considera el reconocimiento del sí mismo en el espejo como muy importante para el desarrollo del Yo, por ser uno de los medios por los cuales el niño llega a la conciencia de sí, pero no el único. De hecho para llegar a este reconocimiento, debe tener conciencia de sí como individuo (Gergen, 1971). Y aunque durante el primer año de vida, los bebés sonríen y vocalizan ante su reflejo en el espejo, estudios recientes indican que lo anterior no significa que reconozcan su propia imagen. En un estudio de autoreconocimiento en los niños maltratados, se encontró que estos muestran un apego menos seguro y que reaccionan negativamente ante el reflejo de su imagen, lo que lleva a sus investigadores a especular que podría reflejar los inicios de un bajo sentido de autoestima (Cicchetti y cols., 1984, 1990 citados en Vasta, Haith y Miller, 1996).

Los niños entre 9 y 10 años empiezan a definirse en términos psicológicos; comienza a hablar sobre características menos tangibles como las emociones y a considerarse parte de una categoría. Basan sus descripciones en comparaciones sociales con otros niños, logrando describir sus capacidades o talentos relativos a las de sus amigos o compañeros (Lindenfield, 1999). Para la mitad de la escuela elemental la mayoría de los niños empiezan a desarrollar un concepto del yo más realista, admitiendo que no son tan capaces en unas áreas como en otras. Esta más consciente de sus características, de sus propios valores, normas, metas y conductas. Se da cuenta que su conducta es regulada menos por sus padres y más por él. Durante la segunda infancia se empieza a regular la conducta para conseguir lo que se necesita y desea. Para satisfacer las necesidades y deseos de otras personas. En la medida en que se empeña el niño en convertirse en miembro activo de la sociedad, este debe cumplir varias tareas importantes encaminadas al desenvolvimiento del autoreconocimiento (Tamayo, 1982; Markus y Nurius, 1984 citados en Papalia y Wendkos, 1992):

Para Coopersmith (1967 citado en Papalia y Wendkos, 1992) Las personas basan la imagen de sí mismas en 4 criterios:

- 1) Significación. Grado en que sienten que son amados y aceptados por aquellos que son importantes para ellos.
- 2) Competencia. Capacidad para desempeñar tareas que considera importantes.
- 3) Virtud. Consecución de niveles morales y éticos.
- 4) Poder. Grado en que pueden influir en su vida y en la de los demás (Papalia y Wendkos, 1992. pp: 302-304).

Al entrar a la adolescencia, las autodescripciones continúan cambiando. El adolescente se preocupa por sus actitudes ("odio la química"), atributos personales ("soy curioso") y opiniones referentes a situaciones hipotéticas (Lehalle, 1992).

Aguirre (1996) menciona los elementos del autoconcepto en el adolescente:

- ⇒ Autoimagen-física: Comprensión de sus cualidades tales como altura y obesidad la educación al sexo pertinente a las imperfecciones.
- ⇒ Autoimagen-psicológica: construcción de rasgos tales como la timidez, la honestidad, la mezquindad y la agresividad:
- ⇒ Autoimagen-real: Es una "imagen por reflejo" de lo que el adolescente cree que las personas que importan en su vida piensan a su respecto tanto física como psicológicamente según el trato y la evaluación que merezca de estos (padres, hermanos, maestros y amigos), determinará en grado considerable su propia estimación.
- ⇒ Autoimagen-ideal: Es un cuadro de lo que el adolescente quisiera ser en lo físico y en lo psicológico, sirve como norma internalizada compuesta de sus esperanzas y aspiraciones basadas en lo que conforme a su conocimiento, el grupo social tiene en alta estima (Aguirre, 1996. pp: 36-39, 68-72).

Los padres, por tanto van a influir en el autoconcepto que se forme el individuo en la adolescencia, por ser sujetos reactivos ante las conductas de sus hijos, percibiéndolos como seres pensantes, con

sensibilidad hacia sus problemas, tolerancia, respeto a criterios educativos y, confianza en sus capacidades (Paz, 1997).

Coopersmith (1967 citado en Papalia y Wendkos, 1992) ha observado que en las familias en donde se le da más valor al niño, se le elogia, apoya, acepta y quiere, hay buena relación afectiva, equilibrio entre protección y autonomía, se le manifiesta amor y más aprecio, al llegar a la adolescencia tendrá un autoconcepto más alto. Los adolescentes que se sienten comprendidos por sus padres poseen mejores imágenes de sí mismos y de factores que abarcan las relaciones entre los padres y los jóvenes así como suficiencia académica, en comparación con los adolescentes que se consideran incomprendidos. (Aguirre, 1996)

Pulido (1988) reportó un estudio acerca de madres que inculcaron en sus hijos, a edad temprana, una conducta independiente, autosuficiente y en la cual proporcionaban recompensas frecuentes así como valiosas a las realizaciones autónomas y observó que evidentemente el entrenamiento a temprana edad, por lo que toca a independencia y al dominio de destrezas, contribuye al desarrollo de una fuerte motivación de logro en los preadolescentes y a un elevado autoconcepto, este tipo de adolescentes se caracterizan por reconocer tanto sus valores, como defectos propios, presentaban un patrón de objetividad, organización, enfoque positivo y una tendencia a utilizar los recursos del hogar.

Dentro de estos factores sobresalen principalmente los de los padres, que parecen asociarse con un autoconcepto negativo en el niño como lo son: profesiones donde se ejerce autoritarismo y violencia, bajo concepto, desesperanza, debilidad, pasividad, poco amor y atención, negativismo y agresión física. Así mismo, si los padres son demasiado críticos y les exigen imposibles a sus hijos, es probable que este trate de pasar por alto los desafíos por miedo al fracaso (Hernández, 1997).

Nixon (1964 citado en Horrocks, 1986) menciona que cuando los adolescentes se perciben a sí mismos como inadecuados, tienden a desarrollar más defensas hostiles contra las concepciones adversas de sí mismos, adoptan más defensas de retirada, en tanto los que se perciben como adecuados, muestran; amor propio, ausencia de conducta rebelde, y destructiva, revisión de los antiguos valores y un grado de ansiedad.

Un autoconcepto bajo o escaso, en los adolescentes, generalmente se asocia con padres indiferentes a sus logros y sus fracasos, y esto parece ser más perjudicial que las reacciones de castigo, porque para todos los individuos el ser importante para el otro es esencial para el desarrollo de un sentimiento del autoconcepto (Rosenberg 1973 citado en Fernández, 1992). De acuerdo a esto puede ocurrir que el niño tenga un autoconcepto más alto que el de los hijos de madres indiferentes, aún cuando la madre se interesa por el hijo sólo lo suficiente como para castigarlo o regañarlo e incluso en los casos que es tan desinteresado con sus amigos que resulta desagradable, el niño posee un autoconcepto más alto que el de los hijos de madres indiferentes (Rosenberg, 1973).

Cuando el padre establece una buena relación con su hijo, cuando le muestra afecto, los escucha, es cercano, empático, los apoya, juega, participa con ellos en sus tareas, contribuye a su salud psicológica y a un alto nivel de autoconcepto; cuando dicha relación no se establece, el adolescente se caracterizará por ser rechazante, maltratador, autoritario, hipercrítico, desinteresado, y va a tener poca comunicación, es decir: que se pone en riesgo su salud psicológica, contribuyendo así a un autoconcepto más bajo y a una gran desesperanza (Fernández, 1992).

Respecto al factor de nivel económico y su relación con el autoconcepto de los adolescentes, Collins y Bruger (1969 citados en Horrocks, 1986), realizaron una investigación aplicando la escala de Tennessee observando que los niños de suburbios tenían más alto autoconcepto en comparación con niños de nivel bajo, tratando de comprobar dicha investigación se realizó otro estudio administrando 4 subescalas del inventario de autoestimación personal de Coopersmith, observándose que los niños de bajo nivel, ya se trataba de niños, adolescentes tempranos, ambos sexos, negros y blancos, tenían puntuaciones más altas. Una y otra vez se corroboró dicho resultado, por lo que se ha concluido que los niños de condición baja mantienen un sentido relativamente bueno de su mérito personal.

CAPITULO III

Medios de comunicación y Moda

3.1. Definición de comunicación

Comunicación es el proceso mediante el cual se transmiten significados de una persona a otra. Para los seres humanos este proceso es fundamental y vital. La comunicación de masas consiste en la difusión sistemática y organizada de comunicaciones preparadas de forma especial para un auditorio disperso, empleando medios técnicos para emitir la información (Jiménez y Rodríguez, 1997).

Todos los medios de comunicación que utilizamos cotidianamente para ponernos en contacto con otras personas, nos son tan necesarios en la vida como el aire, el alimento, el vestido, el albergue o la locomoción. En el proceso de comunicación intervienen muchos elementos: nuestro cuerpo, los sentidos, los valores, expectativas, la capacidad para hablar y para escuchar, y la capacidad para comprender y asimilar lo que se está comunicando (EnCarta, 1999).

El interés por el estudio de los medios, de sus características productivas y técnicas, de su influencia e impacto, llevaran al análisis de tres procesos que subyacen en ellos; información, persuasión y comunicación. El proceso *informativo* se da a nivel de transmisor, es de una sola vía y permite que un emisor envíe un mensaje a un receptor. Se trata de un proceso vertical y autoritario donde lo importante son los contenidos. La *persuasión* pone énfasis en los efectos. En este proceso el emisor manda un mensaje al receptor, quien puede retroalimentarlo, enviando una respuesta al emisor, aunque no se trata de una comunicación participativa, también es un modelo autoritario y unidireccional. Apelar a los sentimientos del interlocutor tiene influencia en los resultados de la persuasión. Los argumentos que contienen una referencia de este tipo tienen la finalidad de estimular las emociones y voluntad de los oyentes (Jiménez y Rodríguez, 1997).

Para que se de una *comunicación* es necesario que exista un emisor (el que comunica), un receptor (el que recibe el mensaje) y un mensaje (que involucra una información) y una intervención. El mensaje lleva consigo el contenido establecido también por la actitud, el tono de voz, la expresión corporal, etc., por lo que la comunicación puede darse de forma verbal o no verbal, la comunicación verbal es aquella que se establece con palabras, y la no verbal se lleva a cabo con gestos, actitudes o conductas (EnCarta, 1999).

Información, persuasión y comunicación son procesos que se llevan a cabo en distintos niveles, que pueden ser: intrapersonal, interpersonal, intermedio, social y masivo. En el nivel intrapersonal el sujeto realiza un intercambio consigo mismo. Donde intervienen los procesos perceptuales y cognoscitivos. Codificar significa "manipular los signos que componen un código de manera tal que pueda ser transmitido y decodificado, o sea, descifrado por el receptor y perceptor a quien va dirigido" (Jiménez y Rodríguez, 1997).

El nivel interpersonal o grupal es cuando la interacción se da cara a cara en un grupo donde los interlocutores se conocen y realizan directamente su intercambio simbólico. El nivel colectivo, social o masivo, generalmente pertenece al ámbito de la información o la persuasión. Intervienen los medios masivos de comunicación, los cuales emiten mensajes para un público heterogéneo, disperso y no identificado, donde prácticamente no hay posibilidad de respuesta debido al carácter unidireccional y vertical del mensaje (Jiménez y Rodríguez, 1997).

3.1.1. Objetivos y funciones de la comunicación de masas

La comunicación de masas se caracteriza por un conjunto de técnicas que permiten la difusión de mensajes escritos o audiovisuales a una audiencia vasta y heterogénea (Diccionario Larousse, 1996).

Las principales funciones de la comunicación de masas en la sociedad son: supervisar el medio ambiente, la cohesión social, transmitir la herencia cultural de una generación a la siguiente y el

entretenimiento. Jiménez y Rodríguez, (1997) analizan brevemente las funciones de los medios masivos de comunicación:

- Información. Logrando una sensación de seguridad a través del conocimiento, en donde la persona satisfice su curiosidad y su interés general. Con respecto a la publicidad Wilson Bryan (1992) señala que a menos que las revistas, periódicos o programas de televisión comuniquen una imagen de confianza y seguridad en el contenido de la publicidad no motivará efectiva y predeciblemente las preferencias por una marca o por cierta compra.
- Identidad personal. Se considera que los modelos que presentan los medios aportan una imagen muy fantasiosa e incluso los valores morales los minimiza o distorsiona. Por ejemplo, la infidelidad se ha manejado en las telenovelas como algo normal y cotidiano. "Una vez que el lector o espectador, confía cree o se identifica con el contenido de la publicidad se puede controlar o modificar un comportamiento humano (Wilson Bryan citado en Key, 1992)".
- Interacción social e integración: A través de los medios de comunicación la persona obtiene intuiciones de las circunstancias de otras personas, desarrollando empatía social.
- Entretenimiento. Los medios de comunicación permiten al individuo la evasión y distracción de los problemas, descarga emocional, relajamiento, así como goce cultural o estético intrínseco, le ayudan a pasar el tiempo y a obtener cierta excitación sexual (Jiménez y Rodríguez. pp: 54,55).

Al respecto Gil (1993) destaca que las funciones que los medios masivos deberían de cumplir son:

- ✓ Informar, difundiendo las noticias, datos, hechos, opiniones, comentarios y mensajes necesarios para entender las situaciones individuales, colectivas, nacionales e internacionales;
- ✓ Socializar dicha información constituyendo un fondo común de conocimientos y de ideas que permita a todos los individuos integrarse en la sociedad en la cual viven;
- ✓ Motivar a los individuos en torno a los objetivos inmediatos y las finalidades últimas de cada sociedad, estimulando las actividades individuales o colectivas orientadas hacia la consecución de objetivos comunes;
- ✓ Promover el debate y el diálogo entre los sectores de la sociedad sobre los asuntos de interés público en la resolución de todos los problemas locales, nacionales e internacionales;
- ✓ Educar transmitiendo los conocimientos que contribuyan al desarrollo del espíritu, a la formación del carácter y a la adquisición de conocimientos y aptitudes en todos los momentos de la vida;
- ✓ Prover la cultura difundiendo las obras artísticas y culturales para preservar el patrimonio del pasado;
- ✓ Esparcir, difundiendo el teatro, la danza, el arte, la literatura, la música, el deporte y el juego (Gil, 1993. pp: 83).

3.2. Medios de comunicación

3.2.1. Cine

La cinematografía es el arte de representar, sobre una pantalla, imágenes en movimiento por medio de la fotografía (Diccionario Larousse, 1996). Las imágenes móviles dan la impresión de tercera dimensión y de profundidad (Howard, 1975).

El cine es uno de los instrumentos más potentes que se haya inventado para la diseminación y la comprensión mutua entre los pueblos. Permite la posibilidad de aprender algo por medio de una cierta repercusión afectiva (Añre, 1963, en Torreblanca, 1986 citado en Jiménez y Rodríguez, 1997). Puede ser utilizado para deformar la realidad con el fin de manipular a las personas, pero no hay que olvidar que usándolo adecuadamente el material también puede promover el aprendizaje (Jiménez y Rodríguez, 1997).

En los años 80, la aparición e introducción del video, y el aumento de los canales televisivos por vías diferentes, hacen que el público vea más cine que nunca, sin salir de casa. Es preciso buscar de nuevo

espectacularidad; películas con muchos efectos especiales que pueban atraer a los espectadores hacia la sala oscura. Actores musculosos se convierten en héroes de la pantalla en títulos violentos cuando no reaccionarios. Frente a este cine consumista aparecen autores más preocupados por los temas políticos y, sobre todo, por la injerencia de los EEUU en otras zonas. También son tiempos de grandes melodramas y de recuperación de la comedia; en ésta última destaca Woody Allen. La globalización de la economía afecta al cine norteamericano que se alía con la industria electrónica oriental (www.xtec.es/xripall/ecine6.htm)

Comenzada la década de los 90, la crisis de ideas se apoderó del cine norteamericano; así que decidió inspirarse en los héroes del cómic, aprovechándose de los nuevos procedimientos para la creación de efectos especiales. También algunas series históricas de televisión serán objeto de versiones para la gran pantalla. Géneros como la comedia clásica, los grandes dramas, los dibujos animados, el *fantástico* o el western han retornado con fuerza; géneros tradicionales a los cuales se les ha de sumar la sexualidad como ingrediente importante en diversos films y la aparición de un nuevo grupo de actores jóvenes conocidos como la "generación X", además de actores infantiles intérpretes de películas familiares. Por otra parte, la comedia española y el resurgimiento del cine latinoamericano han marcado durante estos años la cinematografía hispanohablante (www.xtec.es/xripall/ecine6.htm).

El cine es uno de los medios de comunicación electrónico menos usado, pues aún cuando su combinación de imágenes y sonidos pueden ser de mejor calidad, su difusión queda restringida a grupos de personas, y su labor queda relegada a ser de los otros medios como repelidor de mensajes (Espínosa, 1988).

Los magnates de Hollywood no anduvieron equivocados al ponerla en activo dando por supuesto que el cine proporcionaba sin tardanza al inmigrante un medio de realización de sí mismo. Por deplorable que fuese esta estrategia viéndola a la luz del "bien ideal absoluta", estaba totalmente de acuerdo con la forma filmica. Significó que en los años veinte, el modo de vida norteamericano se exportó a todo el mundo en latas. El mundo se puso afanosamente a hacer cola para comprar ensueños enlatados. La película no sólo acompañó la gran era del consumidor, fue incentivo, anuncio y, mercancía capital (www.xtec.es/xripall/ecine6.htm).

Zazzo (1951, en Torreblanca, 1986 citado en Jiménez y Rodríguez, 1997) opina que el cine, al igual que otros medios modifican el mundo material del ser humano, así como su inteligencia, es decir, que no solo transforman los hábitos de la vida, sino también los modos de operar del pensamiento y el tiempo, son diferentes a las que prevalecían antes del cine, el teléfono y la radio.

Bandura y Walters (1963 citado en Jiménez y Rodríguez, 1997) por su parte, reconocen el papel del cine dentro del aprendizaje del individuo, el cual se basa en tres características del ser humano, y son: su capacidad de aprender por observación, su capacidad cognoscitiva para representar simbólicamente influencias externas que después utiliza para guiar su acción, y su capacidad de crear influencias autorreguladoras.

Ascencio (1972 citado en Jiménez y Rodríguez, 1997) menciona que el impacto de los mensajes subliminales que se transmiten durante una película pueden lograr que un espectador salga de la sala a comprar el producto que se le proyectó sin saber porqué lo hace. Lejos de ver nuestras películas como inofensivos para las multitudes criminales y la revolución, las tomamos como una forma de pago gracias a nuestros sueños despiertos (McLuhan, 1977).

En los ochenta hemos sido testigos de una revolución en las formas de acceder a los productos cinematográficos, con la sustitución del espectáculo en las salas de cine por el video doméstico, en el que los títulos de estreno, están disponibles poco después de su pase por las salas. Este hecho, unido a la implantación progresiva de la televisión por cable, con canales temáticos, en las que hay y habrá aún más canales especializados en la emisión continua de películas, amenaza seriamente no ya a la industria, sino el hecho mismo del cine (Erreguerena, 1999).

3.2.2. Radio

La radiodifusión es una emisión por medio de ondas hertzianas, de noticias, programas literarios, científicos, artísticos, etc., para uso del público en general (Diccionario Larousse, 1996). Refleja las condiciones sociales y geográficas de cada país (Erreguerena, 1999).

Las canciones que se escuchan todo el día en la radio, o en el teatro de revista o en los discos, reproducen ideológicamente el trabajo enajenado al hacerlo olvidar por unos minutos mientras se recuerdan los "sufimientos" a los que está expuesto el hombre "por culpa de las mujeres", o viceversa, la impotencia por alcanzar "un gran amor". Los elementos discriminativos de las canciones provocan asimismo una conducta emocional que a veces llega al "masoquismo" al presentar los estímulos aversivos apareados con reforzadores positivos: "te odio y te quiero" (Hernández, 1974).

Una de las aportaciones más importantes de la radio fue la industria del disco, el consumo de los adolescentes del jazz y el rock and roll se hizo rápidamente un lenguaje universal y abrió un mercado de consumo muy importante para el mundo (Erreguerena, 1999).

La radio afecta íntimamente a la mayoría de la gente, de persona a persona, pues ofrece un mundo de comunicación inexpressada entre escritor-locutor y oyente. Esto constituye el aspecto inmediato de la radio: una experiencia propia y particular. La radio está provista de su manto de invisibilidad, al igual que cualquier otro medio. Llega hasta nosotros ostensiblemente con su modo directo de persona, que es privado e íntimo, mientras que como hecho más apremiante es, realmente, una cámara de resonancia subliminal por poderes mágicos para que pulse cuerdas remotas y olvidadas. La radio promoció una aceleración de la información que también es causa de aceleración en otros medios. Innegablemente contra el mundo a la magnitud de una aldea y crea gustos insaciables de chismorreo, rumores y malicia personal (McLuhan, 1977).

3.2.3. Medios Impresos

Puede decirse que los medios escritos permiten el aprendizaje a través de un efecto más intelectual. Requieren de mayor reflexión que los medios audiovisuales y la habilidad para detenerse en el tiempo y dar marcha atrás. En los medios impresos las palabras son precisas y suscitán significados muy claros en el lector, pues se trata de una actividad básicamente racional (el lenguaje escrito, al igual que el oral, implica el ordenamiento del caos, de la realidad) (Afyre, 1963 en Torreblanca citado en Jiménez y Rodríguez, 1997).

3.2.4. Prensa

Se denomina como el conjunto de publicaciones diarias y periódicas (Diccionario Larousse, 1996).

El periódico es el medio publicitario de mediana utilización ya que su vida es corta y su impresión no siempre es de la mejor calidad. Las tintas y el papel y la tecnología de la impresión de periódico limitan lo que se puede hacer en relación al color de algunas reproducciones, que ayudarían a mejorar, el producto o servicio en forma más real. Pero es ideal para enviar un mensaje tanto a públicos reducidos y especializados como a grandes grupos de lectores (Espínosa, 1988). La prensa era leída por la población más ilustrada y no transformó la vida cotidiana de las familias. Los periódicos incluyeron historietas y fotografías para hacer accesibles la prensa escrita a un público más amplio (Erreguerena, 1999).

La prensa diaria y los noticieros de radio y televisión forman la parte final de una cadena, la importancia que tiene para nuestra vida diaria el que escuchemos, leamos o veamos noticias radica en que este es el único medio que tenemos a nuestra disposición para conocer de los eventos sociales del medio ambiente físico con el cual no estamos en contacto directo (Hernández, 1974).

Puede "dar color" a los acontecimientos utilizándolo o dejando totalmente de utilizarlos. Pero es la exposición comunal cotidiana de múltiples artículos o puntos de yuxtaposición lo que da a la prensa su compleja dimensión de interés humano (McLuhan, 1977). Las noticias verdaderas son noticias malas, y tal como puede atestiguarlo cualquier periódico desde que se comienza a imprimir. En tanto son noticias, los incendios, inundaciones, y otros desastres colectivos en tierra, mar y aire, sobrepasan en importancia cualquier clase de horror o villanía individual. Los anuncios, por el contrario, tienen que hacer resonar su feliz mensaje en forma alta y clara para que así alcancen el poder de penetración de las malas noticias (Wimmer y Dominick, 2000).

3.2.5. Revista

Es otro medio de difusión poderoso ya que en este medio publicitario la imagen desempeña un papel preponderante. Las revistas dan al producto del anunciante una inapreciable exhibición de sus envases, impresiones perfectas para la referencia rápida al momento de la compra, anulando confusiones (Espinosa, 1988).

La industria de las revistas es algo particular: las hay para niños (Superman, El pato Donald, El hombre Araña), para adolescentes (Dimensión, Onda, Susy, Por ti, etc), para los hombres adultos (Caballero, Audaz) para mujeres adultas (Kena, Buen Hogar), para todos los gustos (Duda, Sucesos, Siempre) y especialmente para el "morbo" (Alarma). Todas poseen características propias y comunes, contienen los mismos elementos conductuales e ideológicos. Están bajo el amparo del modo de producción burgués, su característica más propia (por lo menos en muchas de ellas) es la reproducción del "estilo de vida" del norteamericano con los valores y las normas burguesas de ese país (Hernández, 1974).

Bustos (1989) en su estudio acerca de las revistas femeninas encontraron que en las diferentes revistas analizadas se define a la mujer como un elemento valioso únicamente por su belleza y por el sexo. Cualquier otra característica en el caso de aparecer no constituye algo importante para la realización de la mujer como ser humano. La imagen ideal que ofrece es la de una mujer de los sectores medios y su arribo al consumo: ya sea dentro de los límites del hogar manejando el presupuesto familiar o como mujer "activa" que compra ropa y perfumes para lucir atractiva en su trabajo (Bustos 1980).

Se observa la imposición de modelos físicos mujeres y niños cuyos rasgos corresponden a características raciales de la población europea. Con base en los datos de la investigación de García-Calderón (1980) citado en Bustos, (1980) en las revistas mexicanas un 70% de los anuncios promueven un nivel socioeconómico y cultural que sólo puede ser alcanzado por una minoría, y el 49% promueve un modelo físico que no corresponde a nuestras características étnicas (Bustos, 1980).

Dentro de un análisis particular realizado por Monroy, a través de algunas revistas se puede observar brevemente que en ellas se califica de bellas, interesantes y atractivas a aquellas mujeres que son delgadas, que no se les nota la edad, todo ello por efecto de uno y mil tratamientos que incluyen mascarillas y horas de ejercicio diario. Poco a poco introducen la idea de seguir dietas, que ayudan a bajar de peso.

Además de las dietas estrictas que tienen que seguir estas mujeres, las revistas proporcionan artículos destinados al apartado de nutrición, los cuales son buenos en algunos números, pero en Buenhoger (No. 15) en especial fue bastante desagradable leer lo que invitan a hacer, a las mujeres, para bajar de peso.

Estas sugerencias absurdas son:

- ◆ Verse desnuda al espejo diariamente para verse como luce
- ◆ Ocuparse en otras cosas que no sean comer
- ◆ Anclar todo lo que come y meditar por qué lo hace
- ◆ Vestirse con ropa ajustada para no comer más de lo debido
- ◆ Pesarse todos los días
- ◆ Compararse con otras mujeres

- ◆ Imaginarse gorda y delgada
- ◆ Competir con otra amiga a ver quien lleva mejor su dieta
- ◆ Evitar ir a la cocina sin motivo, entre otras

Basta con hojear una revista para mujeres o mirar un poco la televisión para percatarse de la cantidad de comerciales y anuncios publicitarios que ofrecen infinidad de métodos que parecen inspirados en la magia o el milagro, nutriendo la obsesión que afecta a muchas mujeres (Hanson, 1994 citado en Nava, 2001).

Obviamente el peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de las mujeres. Los medios "prometen" a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito. Las revistas para mujeres mencionan lo siguiente:

- ◆ "Vendemos siete mil números más si mencionamos la palabra 'dieta' en la tapa".
- ◆ Según David Garner de la Universidad de Toronto, el número de artículos referido a dietas en las revistas femeninas en los últimos diez años se ha incrementado en un 70%.

El contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicio contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos 30 años. A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva. En una publicidad de una revista en el año 1933 se ofrecía una cerveza que ayudaría a las mujeres a "acumular sólida y saludable grasa". Pero en estas últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimo y que crea que el éxito es inversamente proporcional al peso. Los estudios realizados sobre los estereotipos femeninos fotografiados por las revistas Play Boy demuestran que el modelo de figura femenina se ha ido afinando y aligerando en este periodo. Sin embargo, se ha dado en nuestra sociedad un aumento de peso y tamaño de la mujer, seguramente debido a mejores condiciones de alimentación y a mayor acceso a nivel general. El resultado es que entre el modelo ideal y la realidad posible hay cada vez más disparidad. Esto indudablemente lleva a las siguientes cifras: 90% de las mujeres disconformes con su forma corporal, dispuestas a embarcarse en dietas (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Según Key (1992) las revistas gancho (Play Boy) presentan ilusiones maestras de mujeres que son artículos de consumo dada la hábil tecnología fotográfica iluminación o cosméticos. Nunca ha habido ni nunca habrá una mujer real igual a la de la página central de Play Boy. Ella sólo existe en la fantasía del lector. Algunos estudios muestran que desde 1958 los modelos se han ido encogiendo, en épocas anteriores el ideal de mujer era curvilíneo pero ahora es angular además de que los fotógrafos actuales manipulan la imagen para que parezcan aún más delgadas (Nava, 2001).

A diferencia de los siglos XVII y XVIII, hoy la delgadez es sinónimo de estrato social, por lo menos para las ciudades industrializadas del Primer Mundo occidental. La industria de lo dietético florece también a partir de los beta señores sobre dietas, supresores del apetito, centros de tratamiento para bajar de peso, existiendo hasta productos light para mascotas. Es muy escasa la vigilancia social de las falsas promesas que se les hacen a las mujeres a través de la publicidad. Por ejemplo existen dietas en las que llegan a superarse la autoprovocación de diarreas por ingesta exagerada de frutas, con el fin de controlar el peso (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Las revistas de moda y los anuncios publicitarios utilizan modelos tan delgadas que contribuyen a la idealización de la delgadez extrema entre las mujeres. No se puede afirmar que la presentación de estas modelos sea la causa de la prevalencia de los trastornos alimentarios pero pueden ser una fuerza más que favorezca su aparición (Byus y Peterson 1999 citados en Nava, 2001).

3.2.6. Historieta

Es una anécdota, chiste o cuento divertido, cómic. Se caracteriza por una secuencia de representaciones gráficas acompañadas por un texto, que relatan una acción a través de saltos sucesivos de una imagen a otra sin que por ello se interrumpa la narración ni el desarrollo y comprensión de la situación (Diccionario Larousse, 1996).

Fue gracias a la imprenta que Dickens se hizo escritor de historietas. Comenzó proporcionando textos para un dibujante popular. Examinar ahora las historietas, inmediatamente después de "lo impreso", significa fijar la atención en las persistentes características parecidas a la estampa. La televisión es un tema tan difícil para la gente letrada que hay que abordarla oblicuamente. Es por este motivo que la estampa y las historietas proporcionan un enfoque útil para comprender la imagen de la televisión, puesto que ofrecen muy poca información visual o detalles inherentes. Con la llegada de la televisión y su imagen icónica en un mosaico, las situaciones de la vida "burguesa" comenzaron a aparecer muy naturales. La televisión enfrió al público de los anuncios hasta que la constante vehemencia y diversión de los anuncios ajustaron muy bien al programa del mundo de la revista MAD. En realidad, la televisión convirtió los anteriores medios caídos de la fotografía, el cine y la radio en un mundo de historietas con el sencillo expediente de presentarlos como conjuntos recalentados. La historieta y el anuncio pertenecen al mundo de los juegos, al mundo de los modelos y prolongaciones de situaciones en todas partes. La revista MAD, mundo del grabado en madera, la estampa y la caricatura, los conjugó con otros juegos y modelos sacados del mundo de la diversión (McLuhan, 1977).

3.2.7. Anuncios

Elevan el ruido hasta el clímax de la persuasión. Están totalmente de acuerdo con los procedimientos de lavado de cerebro. Este enraizado principio de ataque al inconsciente puede constituir una respuesta. Cualquier anuncio caro se ha construido sobre los probados cimientos de los "estereotipos" o "conjuntos" de actitudes establecidas, poniendo con ello el mismo cuidado con el que cualquier rascacielos se construye sobre un lecho de roca (McLuhan, 1977).

Así mismo, McLuhan (1977), menciona que su sola existencia es testimonio del estado sómbulo de una metrópoli cansada, tanto como contribución al mismo. Cabía abrigar muy poca esperanza de que los Italianos llegaran jamás a ninguna especie de prosperidad o calma nacional hasta que comenzaran a preocuparse por las afirmaciones rivales de los Corn flakes y los cigarrillos más bien que por las capacidades de los hombres públicos. A decir verdad, llegó hasta el extremo de decir que la libertad democrática consiste, en gran parte, en hacer, caso omiso de la política y, en lugar de ello, preocuparse por la amenaza de la caesa en el cuero cabelludo, de las piernas velludas, de los intestinos perzoacos, de los senos caídos, de las encías encogidas, del exceso de peso y de la sangre cansada. La propaganda o publicidad llegó a su pleno desarrollo solamente a finales del siglo pasado, con la invención del fotograbado. Entonces los anuncios de imágenes se hicieron intercambiables y han seguido siéndolo. Y lo que es más importante, las fotografías hicieron posible los grandes aumentos de circulación de diarios y revistas, que también hubieron de aumentar la cantidad y los beneficios de los anuncios.

Cuando llegó el cine toda la pauta de la vida norteamericana pasó a la pantalla como un anuncio interrumpido. Todo cuando llegaba, utilizaba o como un actor o una actriz constituta, un anuncio como jamás se había soñado. Con la radio, los anuncios pasaron abiertamente al encantamiento comercial cantado. El ruido y la náusea, como técnicas para lograr que las cosas se hagan inolvidables, pasaron a ser universales. La confección de anuncios e imágenes se convirtió en la única parte verdaderamente dinámica y en crecimiento de la economía (McLuhan, 1977).

Por otra parte encontramos al cartel. El cual es considerado como medio publicitario efectivo y una de sus mejores cualidades es su tamaño que domina y con un colorido bastante vistoso. También es flexible por lo que se puede presentar en lugares estratégicos y como siempre está a la vista del transeúnte, y su repetición es constante (Espinoza, 1988).

3.2.8. Publicidad

Se refiere a la comunicación pública que se vale de técnicas y medios especializados, para propagar entre personas o grupos previstos, mensajes cuya índole y finalidad puede tener diversos propósitos. Es en el siglo XIX en el que la publicidad comercial principia. La publicidad utiliza todos los recursos que posee un producto para poder elaborar la campaña publicitaria, para lo cual se diseñan estrategias publicitarias particulares para cada producto tomando en consideración los diversos objetivos que se espera conseguir en cada una de las etapas de la campaña (Matterlat, 1991).

El objetivo de la publicidad es suscitar deseos para transformarlos en necesidades. La sobreestimulación del gusto tiende a fracturar los hábitos alimenticios de cada cultura, las maneras como las familias tradicionalmente se organizan en torno a esos hábitos, permitiéndoles a los individuos una interacción verbal más intensa. Como consecuencia ha generado la masificación indiferenciada en las formas de buscar, cocinar e ingerir alimentos (Gil, 1993).

Espinosa (1988) hace referencia a algunas estrategias publicitarias:

1. Análisis del producto y su envase
2. Identifica grupos sociales que lo utilizan
3. Aplica los procesos y teorías psicológicas
4. Elabora pruebas y entrevistas de las cuales pueda obtener información relevante para la producción del anuncio.
5. Selecciona el medio de comunicación adecuado
6. Boceta el anuncio para los medios de comunicación que van a utilizar, seleccionando en base a la información que ha obtenido de las otras estrategias aplicadas.
7. Produce el anuncio del producto
8. Lanza la campaña publicitaria, en los diversos medios de comunicación
9. Verifica su efectividad y alcance social
10. Correlaciona la técnica utilizada, con la venta de los productos (Espinosa, 1988. pp: 7).

La publicidad utiliza todos los medios de comunicación pero principalmente los electrónicos como la televisión, la radio y el cine; y en segundo término los impresos como el periódico, las revistas y el cartel. Los mensajes son la expresión de ideas puestas en forma determinada para ser interpretados por las personas a las que va dirigido, éstos se componen de signos, imágenes, palabras y colorido en impresos o audiovisuales, que son transmitidos en los medios de difusión (Paoli y González, 1988).

Por otra parte, Espinosa (1988), clasifica los mensajes de la siguiente forma:

- 1) Referencial (o denotativo): que ante todo tiene que dar información sobre lo referente.
- 2) Expresivo (o emotivo): pretende expresar la actitud del sujeto con respecto a lo que dicen las interacciones.
- 3) Conativo (o implicative): se orienta esencialmente hacia el destinatario.
- 4) Metalingüístico: explica los términos que utiliza
- 5) Poético: comunicación en donde los signos han sido tratados con especial cuidado (Espinosa, 1988. pp: 17, 18).

Este mismo autor considera que además de presentar a los individuos un objeto material que es el producto o servicio, es portador de un mensaje cultural. Al respecto, Paoli y González (1988), indica que la publicidad comunica un conjunto de normas, símbolos, mitos, e imágenes que se asumido por la gente, determinando su estilo y concepción acerca de la vida.

En general, los anunciantes consiguen incrementar las ventas de sus productos y servicios al estarlos publicitando reiteradamente. Los niños son más manipulables por la publicidad, ya que son más ingenuos y crédulos que los adultos, sobretodo si lo que se les ofrece por este medio es gratificante (Chávez, 1995). Es por ello que la publicidad obliga a tratar al medio como si fuera un escaparate de mercancías (Viches, 1993).

La verdadera actitud que la publicidad genera es angustia. El receptor es la mula que trae al cuello una vara que sostiene un alfiler de alfalfa y corre tras ella hasta el agotamiento. Cuando cre estar a punto de llegar, la moda ha cambiado, el alfiler pasó y el modelo de coche es ya otro; nuevos productos inundan ya el mercado. Ahora es sólo un obsoleto, un demodé, un conservador. Cambiarán los productos y sus formas pero surgirán nuevos enunciados contruidos con el mismo sentido de absoluto, teniendo que adquirir lo nuevo (Paoli y González, 1988).

3.2.3. Televisión

La televisión es un vocablo híbrido compuesto de la voz griega: *tele* = lejos y *visión*. Quiere decir: la transmisión de la imagen a distancia, valiéndose de las ondas hertzianas (Cortés, 1972).

El sistema de transmisión de imágenes en movimiento está basado en varios descubrimientos. A finales de la II Guerra Mundial la televisión se adueñó de los hogares estadounidenses. El número de emisoras de televisión pasó de 6 en 1946 a 1.362 en 1988. La televisión se ha extendido por todo el mundo; los satélites de comunicaciones permiten transmitir programas de un continente a otro y enviar acontecimientos en vivo a casi cualquier parte del mundo (Wimmer y Dominick, 2000).

A cuatro décadas de la incursión de la televisión en la sociedad mexicana, ésta sigue creciendo y teniendo más poderío sobre las personas, incluso hasta llegar a la enajenación, principalmente de los niños (Castañeda, 1979). Ver la televisión era un lujo para las personas de bajos recursos, así que, en ocasiones, personas de toda la colonia se reunían en casa o salas adaptadas para ese fin pagando un importe de acuerdo al número de programas que deseaban ver; generalmente esos lugares eran casas de "ricos" o sea, dueños de alguna tienda o negocio productivo, similar dentro de la comunidad (Carrillo, 1994).

Los mayores (padres y abuelos) invertían la misma cantidad, 25 centavos por hora aproximadamente, en ver la tan acostumbrada lucha libre o el partido de fútbol domingo en compañía de los amigos y compadres del vecindario, desde luego no podía faltar la cerveza o la botana, no importándoles si a su familia le alcanzaba para comer, es ahí en donde comienzan las repercusiones de la televisión en la cultura del mexicano, o lo que es peor las acentúan aún más. El padre ya no ocupa su tiempo disponible en sus hijos. De los niños ni que decir, los programas de antes eran más ingenuos y didácticos en comparación con los actuales, un ejemplo son los enseñantes caricaturas Dragón Ball y muchas más de este tipo, con las cuales además de volverse más violentos preferían embriagarse viendo televisión a dedicar más horas en el estudio (Carrillo, 1994; Hernández, 1996).

Al respecto, ¿qué programas de televisión veían ó "podían" ver las amas de casa en el tiempo que les quedaba disponible? Definitivamente la cantidad de madres y esposas abnegadas que podían ver la televisión era inferior, ¿debido a qué?, posiblemente porque preferían darle ese dinero a sus hijos para programas infantiles; o bien, la autoridad que siempre ha presentado el hombre ante "su mujer", quedándose en casa a terminar sus quehaceres; si tenían oportunidad de reunirse con la vecina antes que llegara el marido, veían sus telenovelas: Fronteras con la actriz Julieta, Rubí con Fanny Cano y Gutierrez con Rafael Banquero; sin embargo, para ellas les era más fácil escuchar las radionovelas mientras cuidaban a sus hijos o hacían otras cosas, entre las más famosas estaban: Una flor en el pantano, Tres patines y Calimán, transmitidas por la estación de radio RNC (Carrillo, 1994).

Actualmente la televisión es el elemento más importante entre la serie de objetos con que cuenta un hogar de clase obrera. El televisor está instalado en su propia mesita y aparenta tener la importancia de un monumento, decorado típicamente con una carpeta tejida. El viejo aparato de radio, situado cerca del televisor, ya ha perdido su carisma, pero aún permanece allí como un modo de documentar la forma anterior de este artículo social (Leal citado en Silverstone, 1996).

Así en un sentido metafórico, la televisión llega a convertirse en un miembro más de la familia, aunque podría decirse que también lo es en un sentido literal en la medida en que se ha incorporado a la pauta

cotidiana de relaciones sociales domésticas y constituye el foco de cierta energía emocional o cognitiva que, por ejemplo, libera o contiene tensiones o brinda una sensación de seguridad o comodidad (Silverstone, 1996).

La televisión es la que decide cuándo se acuesta la familia (después del noticiero de las 11 p.m.) cuando va al baño la familia o entabla una conversación (durante los comerciales) cuándo la familia hace las corridas y botanas, que actividades familiares tendrán lugar los fines de semana (relacionados con los partidos y botanas de la programación y temporadas de deportes) cuándo los padres tienen relaciones sexuales y cuándo no. Además del dominio de tiempo quizás la parte más devastadora del legado de la televisión es la destrucción de la comunicación entre los miembros de la familia (Key, 1994).

Para Key (1992) no existe un mecanismo simple o múltiple a disposición del hombre moderno que tenga el poder tan devastador para la destrucción del individualismo (por supuesto con la participación de los demás medios de comunicación). Los modelos para el comportamiento individual los sentimientos o las acciones no se encuentran actualmente en los mitos de los dioses ni en la vida, de los famosos científicos, artistas o intelectuales sino en el montón de basura estereotipada de los productores de televisión.

Existe muy poca duda acerca de que el llamado entretenimiento de la televisión suministre a cientos de millones de espectadores una educación en los valores humanos o relaciones mucho más penetrante y significativa que la socialización o los procesos educativos comunicados en las escuelas públicas (Latapi, 1996). Como miembro dominante de la familia la televisión no sólo establecerá patrones por los que otros miembros de la familia (de la vida real) valoran a los demás sino que establece una base para sus propias imágenes individuales, la forma en que perciben sus propias vidas). El psicoanalista inglés R.D. Laing concluyó en sus estudios de esquizofrenia entre los niños que el mejor medio de controlar y manipular a un individuo es no decirle lo que tiene que hacer eso simplemente genera resistencia hostilidad y desafío. En lugar de ello dígame a una persona quién o qué es. Por supuesto la televisión es el dirigente más obvio de los valores y motivaciones humanas entre los medios de comunicación masiva aunque los periódicos y las revistas, la radio, los anuncios etc., son fuentes reforzadas recíprocamente en la lucha de identidad (Key, 1992).

3.2.9.1. Utilidad de la televisión

La televisión puede ser válida para el crecimiento intelectual siempre y cuando podamos utilizarla de modo educativo, controlándola, haciéndonos frente a ella analíticos y, críticos. La publicidad que se dirige especialmente a los niños se centra en dos motivos: golosinas y juguetes. A refrescos, bollos,... evidentemente una dieta normal y equilibrada puede prescindir de ellos, evitando además problemas de caries y obesidad, los juguetes que se presentan tampoco son los más adecuados para sus hijos, por precio y utilidad (Chávez, 1995).

La televisión, advierte contra el tabaquismo y el uso de drogas, alienta a los niños a cepillarse los dientes para evitar caries y los recomienda que coman productos alimenticios con un alto contenido de azúcar, cuyo consumo se incrementó gracias a los comerciales en televisión; por lo tanto la televisión, también puede utilizarse para promover la buena salud y los buenos hábitos alimenticios entre los niños (Calvert y Cocking, 1992 citados en Rice, 1997).

3.2.9.2. Efectos negativos de la televisión

No solamente les induce a comprar y consumir determinadas cosas, también les organiza inadvertidamente las instancias temporales y espaciales de su vida cotidiana. Les dice cómo y con qué alimentarse, cómo vestirse, a dónde viajar, dónde divertirse, cómo llevar a cabo sus relaciones de noviazgo y matrimonio, de quienes alejarse y de quienes no, en fin, cómo cuidarse el pelo, el rostro, las piernas, los senos, cómo evitar las molestias de la menstruación y hasta que preservativos utilizar para evitar la preñez. La televisión ocupa después del trabajo y del sueño, la mayor parte del tiempo de la gente (Clayton citado en Gil, 1993).

El ideal del cuerpo femenino es presentado en la televisión, a través de los comerciales y programas (Alvarado, 2000). Se puede observar que pocos personajes de la televisión están en sobrepeso, aproximadamente el 5% mientras que la mayoría son delgados o muy delgados; esto no representa de forma alguna la realidad, al tiempo que refleja el estereotipo cultural de belleza y refuerza la asociación mujer delgada igual a atractiva, valiosa y deseable (Nichols, 1997). Algunas investigaciones sugieren que ver la televisión tan solo media hora puede alterar la percepción y el afecto que tiene una mujer hacia su cuerpo. Las mujeres que están insatisfechas de alguna manera con su figura son más influenciadas por la publicidad en la que aparecen mujeres delgadas y atractivas (Fouts y Burggraf, 1999; Byus y Peterson, 1999; Hanson, 1994 citados en Nave, 2001).

El mensaje publicitario se emite unipersonalmente y también se recibe de las dos maneras. Habita los espacios del hogar a partir de etiquetas y envases, llega por la pantalla de televisión, por la prensa, por la radio y así mismo por boca de niños y adultos que repiten las canciones pagajosas y las frases de algún comercial. Con esas expresiones se hacen chistes, se lanzan alburas y bromas. Además de los inmensos carteles que pueblan las fachadas de calles y más calles, letreros, cartelones, grafismos y marquesinas luminosas que nos hablan de las maravillas de tal o cual mercancía (Paoli y González, 1986).

El televidente cree reconocer a través de esa imagen seres y cosas localizadas en la realidad aun cuando de esa realidad no posea ningún conocimiento previo. Esa semejanza lo lleva a creer que lo que ve a través de la televisión es la realidad misma. En el niño esta situación es más contundente, pues los padres al permitirle que vea televisión están en realidad delegando a ese medio algo más que su autoridad moral; le delegan también la conducción que tradicionalmente ellos ejercían mediante el lenguaje y la señalización directa. Por esta razón la televisión está suplantando al dedo índice de los padres en su relación referencial con los objetos (Gil, 1993).

El efecto mejor conocido y patético de la imagen de la televisión quizá sea la postura de los niños de los primeros años escolares. Con perfecta habilidad llevan a la práctica los mandamientos de la televisión. Escudriñan, hurgan, desaceleran y se implican profundamente. Si el medio es de alta definición, la participación es baja. Si el medio es de alta intensidad, la participación es alta. Quizá éste sea el motivo de que los enamorados hablen tan quedadamente. La televisión ha cambiando nuestra vida sensorial y nuestros sistemas mentales. El otro aspecto de la cuestión se refiere al hecho de que, en el mundo educativo y social organizado visualmente, el niño que ve la televisión es un niño subprivilegiado (McLuhan, 1977).

La televisión modifica los hábitos y costumbres de la sociedad. Puede empobrecer la creatividad y la imaginación al dar casi "todo hecho". Enseña los valores de la sociedad "light" (modas, dinero). No toda la información es buena y aquí es donde el medio televisión pasa al campo de la influencia de los valores, que muy probablemente en la niñez, los condiciona, y a lo mejor incluso traspasa el terreno de la conducta. Una realidad que debemos aprender a interpretar a separar de nosotros mismos para darnos cuenta que el mundo real es mucho más que todo eso. Creemos que la televisión no nos puede hacer daño, la apagamos y la encendemos, esta ahí con su caudal de imágenes y sonidos. Y esto no es así, sino la dominamos, si no sabemos quien es, si no nos educamos intelectualmente para afrontar la analizando y seleccionando otros serán los que muevan nuestras vidas (Lolo, 1992).

La televisión, no sólo es importante considerarla desde su dimensión de contenidos sino que realmente los rayos que emite, la forma como llega a nuestro cerebro nos afecta, y de forma muy especial a los niños. La televisión, puede enriquecer el mundo mental de los niños y adolescentes, cuando se sabe usar, igual que cuando se lee analizando y comprendiendo un libro (Peyrú, 1993).

Los efectos nocivos no se limitan exclusivamente a los que están relacionados con violencia, sino con todas aquellas conductas negativas que continuamente se exhiben por la televisión. Como por ejemplo: escenas de infidelidad, de corrupción, de corrupción, inmoralidades, traiciones, mentiras, engaños, insultos, etc. (Chávez, 1995; Rice, 1997).

Si nuestros hijos no reciben una formación para poder "leer" lo que se le ofrece a través de este medio, la televisión puede resultar perjudicial e incluso peligrosa, pues no tener formado un criterio, puede llevar a que la atención quede atrapada, o confundir lo que se le ofrece con la realidad y esto puede trasladar al individuo hacia zonas altamente problemáticas. El factor tiempo es algo que debemos controlar. No puede ser bueno que desde los seis años hasta los 14 años nuestros hijos puedan ser expuestos frente al televisor un año (si sumamos el tiempo por día que pasan frente a él). Además durante este periodo el ser humano es sumamente sensible al aprendizaje. Se dice que la televisión no produce rasgos de personalidad, aunque condiciona las actitudes. Los niños y los jóvenes habitan en los colegios de los programas de televisión que más les llaman la atención, imitan a personas que les atraen o les resultan graciosos. Es decir, tienen los contenidos de la televisión en sus pensamientos; esto afectará también a la conducta, a las actitudes internas y a los deseos (Lolo, 1992).

El descontrol de la televisión ha llevado a un impacto desastroso en nuestra estructura sensorial. El gusto es el más afectado de todos. Este sentido está relacionado con la necesidad de comer y esta necesidad con el hambre. La publicidad busca incentivar la necesidad de comer y la programación nos muestra con reiterada frecuencia a individuos que comen, que buscan que comer o que de plano comen crímenes porque necesitan satisfacer esa necesidad. Primeramente el cómic norteamericano y posteriormente el dibujo animado tanto para el cine como para televisión han elevado la ansiedad de comer al rango de factor dominante. En ellos se expresan los delirios y las aberraciones de la cultura norteamericana y europea. Pero también el compromiso hiperfágico de su código genético (Gil, 1993).

El lobo feroz en su lucha eterna por comerse a los tres cerditos, el ingenioso cuervo engañado con infinidad de arimañas y disfraces al cándido Zorro en su afán por tragarse su despensa. Es Lorenzo, cuya vida rutinaria gira en torno a inmensos sándwiches, un solá y la televisión ejemplo típico promovido de un yanqui. El gato Tom y el ratón Jerry en una interminable contienda por el refrigerador. O Silvestre, en su perpetua ansiedad por engullirse a Píotín, su compañero de casa. O el conejo Bugs robando las zanahorias de la hortaliza de Elmer y el coyote utilizará hasta el infinito la más novedosa tecnología con tal de atrapar al veloz Correcaminos y saciar su hambre delirante. Y así hasta el infinito. De ahí que resulte ahora natural el hecho de que uno de los segmentos obligados que pronto se impusieron en toda programación sea el dedicado a recetas de cocina y no acerca de otras actividades cotidianas (Gil, 1993).

Cada vez aparecen más argumentos que demuestran que la televisión puede engordar a los niños. El doctor William Dietz, del Centro Médico de Nueva Inglaterra, encontró que la obesidad infantil ha aumentado dramáticamente en los últimos 20 años, precisamente en el tiempo en que la televisión se ha vuelto "mana" de los niños. La gordura aumentó en 39% para los adolescentes y 54% para los niños de 6 a 11 años. Así mismo, un estudio de la Universidad de Montana demostró que los niños son más susceptibles que las niñas a consumir los "alimentos chatarra" anunciados en la televisión. Durante un tiempo de exposición se ven bombardeados virtualmente con toda clase de comerciales sin actividad física por estar sentados frente al televisor, ganando kilos. Las personas se sientan una al lado de otra, frente al aparato, en lugar de enfrentarse entre sí alrededor de un fuego hogareño. Lo mismo ha ocurrido con la alcohol: ha llevado a la pareja a ubicar la cama matrimonial exactamente frente al televisor (Baggley y Duck, 1979 citados en Gil, 1993).

La televisión, interesa en alto grado a los niños, posee un alto potencial educativo y por lo tanto, la escuela, la debe aprovechar para educar a la niñez y combatir la influencia perjudicial del ambiente. Si sabemos que los niños se interesan por los programas televisados, se debe aprovechar ese interés y organizarles programas que sean de su agrado a la vez que los eduquen. Lo cual se hace de manera esporádica en nuestro medio (Cortés, 1972).

Los niños utilizan la televisión como un escape al estrés en el ambiente del hogar. Ver mucha televisión, también ha sido asociado con un menor logro académico incluyendo menos lectura de comprensión, un uso más pobre del lenguaje y el descuido de las tareas escolares. Algunas autoridades creen que la televisión disminuye la creatividad de los niños y los hace menos verbales, menos sociales y menos independientes (Rice, 1997).

Por todo lo anterior, hay que enseñarles a ver la televisión con sentido crítico. Así evitaremos algo tan negativo como consumir por consumir (González, 1999).

3.2.10. Internet

La creciente popularidad de la computadora personal tuvo sus inicios con la aparición del PC de la empresa Internacional Business Machines (IBM) en 1980. Desde entonces se han vendido unos 200 millones de ordenadores personales en todo el mundo. El uso generalizado del PC preparó el camino para la red mundial de redes, Internet que ya ha alcanzado los 65 millones de usuarios, una cifra que se dobla cada año (Agnus, 1994). Mediante la utilización de las redes informáticas y los dispositivos auxiliares, el usuario de un ordenador puede transmitir datos con gran rapidez. Estos sistemas pueden acceder a multitud de bases de datos. A través de la línea telefónica se puede acceder a toda esta información y visualizarla en pantalla o en un televisor convenientemente adaptado (Wimmer y Dominick, 2001).

Uno de los más grandes avances por computadora ha sido el uso del Internet, lugar en donde los jóvenes pueden encontrar todo tipo de información. Desgraciadamente es un medio por el cual pueden acceder a una cantidad impresionante de información acerca de la moda actual, y de dietas para estar a la moda y poder usar la ropa de hoy en día; tomando por iniciativa propia la decisión de realizarlas sin un chequeo ni autorización médica (EnCarta, 1999).

Respecto al impacto social del Internet hay mayor acuerdo cuando se trata de la demografía de los usuarios de la red. Más mujeres que nunca usan la red. Una encuesta de 1997 con 1, 000 participantes publicada en Business Week encontró que las mujeres representaban 43% de los usuarios de la red, arriba del 25% de 1995. Se encontraron resultados similares en una encuesta realizada por NetSmart que descubrió que 40% de los usuarios de la línea eran mujeres. Aunque todavía se tiene que realizar una lista definitiva de usos y gratificaciones, algunos resultados preliminares muestran tendencias generales. Con el riesgo de sobresimplificar, las funciones principales parecen ser: 1) información, 2) comunicación, 3) entretenimiento y 4) filiación. El uso principal parece ser la recopilación de información. Un estudio de 1998 realizado en la Universidad Carnegie Mellon planteó algunas preguntas interesantes acerca de la relación entre el uso de la Internet y los sentimientos de depresión y soledad (Harmon, 1998 citado en Wimmer y Dominick, 2001).

De alguna manera sin esperarlo, un estudio de panel de 2 años de 169 individuos encontró que el uso del Internet parecía provocar una disminución en el bienestar psicológico. Aunque la mayoría de los miembros del panel eran visitantes frecuentes a los chats y usaban el correo electrónico de manera intensa, sus sentimientos de soledad se incrementaban mientras aportaban una disminución en la cantidad de interacción con los miembros de la familia y los amigos. Los investigadores elaboraron la hipótesis de que la comunicación en línea no proporciona la clase de apoyo que se obtiene de la comunicación convencional en la persona (Wimmer y Dominick, 2001).

Es difícil imaginar la sociedad moderna sin los ordenadores y sus redes. Casi todo el mundo emplea cajeros automáticos, procesadores de texto para documentos y lectores de códigos de barras en las tiendas. En marzo de 1997, por primera vez, el número de mensajes por correo electrónico (e-mail) superó al correo tradicional manejado por los servidores postales en Estados Unidos (Erreguerena, 1999).

Pero hace poco un grupo de terapeutas y nutricionistas estadounidenses encendió la luz de alarma: año a año en Internet se multiplican los sitios que conducen a las jóvenes hacia la anorexia "Si no sos flaca no sos linda" "Ser delgada es más importante que estar sana" así comienza el decálogo de la anorexia irreducible publicado por "Bloody Eric Road" una de las tantas direcciones de la red que recibe la visita de millones de adolescentes. Según Vivian Meehan presidente y fundadora de la Asociación Nacional de Anorexia Nerviosa de los Estados Unidos la avalancha de páginas internet "pro-anorexia" ya puede ser considerada como un nuevo frente para los psicólogos y nutricionistas que trabajan en el tema: "La edad

promedio de la aparición de la anorexia esté bajando año a año y ya afecta a los preadolescentes que cada vez pasan más tiempo frente a la computadora y son cada vez más vulnerables a la proliferación de este tipo de sitios*(Entin, 2000).

3.3. Estereotipos

Históricamente las funciones o papeles asignados a las mujeres por parte de la sociedad, han sido los de esposa-madre-ama de casa, circunscribiéndolas en gran medida al ámbito del hogar, en tanto que a los hombres se les atribuyen funciones y actividades distintas a las señaladas. Esta diferenciación de funciones o papeles entre hombres y mujeres empieza a ocurrir desde el instante del nacimiento, a través de diversas instancias de socialización, entre los que están: la familia, la educación, la religión, y los medios masivos de comunicación, que son en su conjunto, los encargados de conformar, transmitir, mantener y perpetuar valores, normas, creencias y actitudes que van a influir en el modo de pensar y actuar de la gente, acorde con un sistema social determinado, que obedece a cierta ideología dominante (Bustos 1980).

La publicidad ha tomado como "blanco" a la figura femenina para la venta de productos, cualesquiera que éstos sean, presentándola frecuentemente como objeto sexual y de consumo. La imagen de la mujer en los medios masivos aparece estereotipada de muy diversas maneras, pero en muy contadas ocasiones estos estereotipos le son favorables. La verdad es que los estereotipos son producto de tradiciones históricas, modismos, historia cultural, marginación social, crisis o conflictos sociales o de la "imaginación" de quienes tienen el poder y los medios para crearlos y difundirlos. La publicidad se ha encargado de que la mujer introyecte el hecho de que, será a través del consumo de artículos como ella podrá ser valorada y podrá alcanzar sus metas. La publicidad también rodea a estos artículos de una serie de "cualidades" y "atributos" como: estatus, belleza, aceptación de la familia, juventud, etc. Debido a que la mujer es considerada como inferior al hombre por lo tanto se le niega toda capacidad para una actividad intelectual sería, generalmente a ella se le caracteriza y valora sólo por el cuerpo, asimilando muy bien esa consigna (Bustos, 1980).

Así la publicidad y los medios de comunicación cumplen con su función superestructural y por ello es bien pagada (Hernández, 1974). Los estereotipos permiten la producción de gran cantidad de imágenes reduciendo a los protagonistas de la información o de la acción dramática al nombre a su rol (Vilches, 1993).

Los hombres no cuentan con una apariencia específica lo cual se supone que deben ajustarse. De ellos no se espera que se vean como Brad Pitt, Mel Gibson, Arnold Schwarzenegger, o un modelo destacado. De hecho es probable que la mayoría de las personas no puedan siquiera nombrar un modelo masculino. A los hombres se les permite verse en muchas formas diferentes y aun así se les considera atractivos. Por ejemplo, cuando el cabello de un hombre muestra canas, se ve "distinguido". No obstante, las mujeres viven en un mundo diferente del de sus contrapartes masculinas. Ya el intento de adaptarse a ella es muy difícil, pero la apremiante situación de la mujer se complica más aún con el hecho de que el estilo cambia cada año más o menos. Hoy día aún se supone que las mujeres deben de tener cintura, caderas y piernas delgadas, pero con la parte superior del cuerpo más musculosa. Este nuevo tipo de cuerpo se acerca más a la forma tradicional. En realidad ambos tipos de cuerpo parecen negar o rechazar la forma física femenina natural (un cuerpo más suave, más redondo, con caderas y muslos más grandes en proporción con la parte superior del cuerpo). Al hacer esto ¿puede decirse que nuestra cultura está promoviendo un valor antifenemino?, los estándares de belleza son mucho más severos y restrictivos para las mujeres: es por ello que cuando el cabello de una mujer encanece se ve "vieja" (Sherman y Thompson, 1999).

Como apunta Fernández (1980 citado en Bustos, 1980), "la más mínima imperfección en nuestros cuerpos siempre es motivo de una íntima ansiedad y profundo miedo. Estas supuestas imperfecciones lo son en relación al modelo que la moda y la publicidad imponen en cada época. Una temporada debemos

tener el busto grande y otra pequeño, y alternativamente nos sentimos bien o mal, sentimos que somos bieners de consumo... porque nuestros cuerpos son utilizados para vender productos inútiles".

A pesar de los cambios que necesitan a operarse todavía en lo que respecta a la mujer los estereotipos más difundidos por los medios masivos son: a) la mujer como sexo débil; b) el lugar de la mujer; el hogar; c) la mujer como objeto sexual y consumidora; d) la mujer "liberada"; e) la mujer que trabaja (García, 1980; Santa Cruz y Erazo, 1983; Bustos, 1985, 1986 citado en Bustos, 1980).

En la mayoría de las ocasiones los medios encasillan a las mujeres dentro del ámbito de lo afectivo o lo emocional, con características, atributos o rasgos como ternura, pasividad, obediencia, servicio a los demás etc. O bien se presenta una imagen de mujer seductora objeto sexual o de decoración donde es valorada sobre todo por características como belleza, "buen cuerpo", juventud y en la cual el mensaje es que su función es agradar a los demás o bien que puede obtener y lograr cosas a través de estos atributos teniendo que consumir una cantidad desmesurada de productos de "belleza" convirtiéndose en "blanco" perfecto de la publicidad. Así pues pasan a segundo plano otras características como inteligencia iniciativa autonomía asertividad toma de decisiones etc. (Bustos 2000).

México presentó un documento (Situación de la mujer: Desafíos para el año 2000) en la VI Conferencia Mundial sobre la Mujer el cual señalaba: Acción para la igualdad de Desarrollo y la Paz celebrada en Pekín China en septiembre de 1995, estableciendo como necesario -dentro de las líneas de acción respecto a la esfera de preocupación de mujeres y medios de comunicación- lo siguiente:

- ◆ Empezar en los medios de comunicación campañas permanentes de revalorización de la imagen de la mujer difundiendo la diversidad de papeles que desempeñan.
- ◆ Realizar acciones sistemáticas de sensibilización dirigida a empresarios y profesionales de medios de comunicación para propiciar la eliminación de las imágenes estereotipadas de las mujeres y promover la difusión de representaciones realistas y plurales de mujeres y hombres.

Por su parte el documento de Pekín de la Plataforma de Acción en la sección J del capítulo IV estipula y reitera en el objetivo estratégico J.2: "Fomentar una imagen equilibrada y no estereotipada de la mujer en los medios de difusión". Y como parte de las medidas que han de adoptar los gobiernos y las organizaciones internacionales se menciona entre otras:

- ◆ Alentar a los medios de difusión a que se abstengan de presentar a la mujer como un ser inferior y de explotarla como un objeto sexual y de consumo en lugar de presentarla como un ser creativo agente principal contribuyente y beneficiaria del proceso de desarrollo (Bustos, 1989).

El énfasis que el rol femenino tradicional deposita en la belleza física de la mujer unido a las exigencias contemporáneas de desempeñar múltiples roles ha sido relacionado con el desarrollo de síntomas de los trastornos alimenticios (Mart y Kenny, 1997 citado en Nava, 2001).

3.4. Modelos de anuncios

Desde que somos jóvenes estamos expuestos a imágenes de mujeres encantadoras en los medios impresos, en la televisión y en el cine. El mensaje es sutil pero poderoso. Las mujeres atractivas están sonriendo, se ven felices, parecen exitosas y contentas, y así sucesivamente. Con el tiempo las mujeres han cambiado. Los anuncios de los años cincuenta presentan mujeres muy diferentes de las de los anuncios de los ochenta. Diferentes culturas consideran la belleza en muchas formas, pero existe cierto consenso en cada cultura respecto a los que es bello (Toro, 1996).

Las competiciones por el cuerpo se oficializan y se extienden por el mundo occidental. Los concursos de belleza hacen del cuerpo femenino objeto de contemplación, valoración y comparación colectivas. La práctica totalidad de estos concursos exigen de los participantes su exhibición en traje de baño, es decir, la manifestación pública de una cada vez más extensa área de cuerpo desnudo y de las características

más reales de su silueta. Los jurados se hacen voceros de los valores estéticos del momento, y sus decisiones se plasman en mujeres, cuyos cuerpos, se convierten en modelos sociales. El círculo vicioso queda así establecido (Toro, 1996). Las aspirantes al concurso Miss América y las modelos de la revista Play Boy son mucho más delgadas que en los años anteriores; estas mujeres ahora pesan aproximadamente 15% menos del peso esperado para su estatura.

Recientes investigaciones relacionan el grado en que la publicidad utiliza modelos muy delgadas y atractivas con la prevalencia de los trastornos alimentarios y el "estar a dieta" de manera crónica. Esto es de particular relevancia entre los adolescentes, pues las mujeres en edad universitaria ya han adoptado tanto el ideal de delgadez (Hanson, 1994; Degelman y Crouch 1998 citados en Nava, 2001).

La manera en la que los medios de comunicación mantienen el estereotipo de belleza actual es al presentar modelos con un peso corporal difícilmente alcanzable para la mayoría de las mujeres, manteniendo al mismo tiempo la inseguridad en ellas en cuanto a su apariencia y atractivo físico (Garner y Kazemey-Cooker, 1996; Mikie, 1999 citados en Nava, 2001). En años recientes los anuncios no habrían mencionado nada acerca de calorías. Ahora tenemos todo con etiquetas de "dieta" o light (Sherman y Thompson, 1999).

Ya en fechas más recientes, en los años cincuenta, vemos mujeres como Jayne Mansfield y Marilyn Monroe como diosas del sexo y como poseedoras de la figura femenina ideal. Estas mujeres eran mucho más llenas que las modelos de hoy. Cuando en los años sesenta Twiggy ocupó la atención del público, todo el público se quedó consternado ante lo delgada que era. Ahora esa misma apariencia se ha convertido en algo común y deseable (Rodríguez, 1994).

Las mujeres son más propensas que los hombres a ser juzgadas en como se ven: aunque la estigmatización de sobrepeso y obesidad sigue siendo más grande para las mujeres. La actitud de la sociedad que las mujeres deben ser esbeltas y los hombres fuertes puede haber estado determinado, en parte, por actitudes médicas. Para promover peso sano, adolescentes y profesionales de la salud deben entender el significado de los términos. En la práctica clínica la obesidad es más frecuentemente identificada por la apariencia física, pero hay poca información de cómo este método se compara con medidas objetivas de obesidad tal como Índice de Masa Corporal (Pritchard, King y Czajka-Narins, 1997).

Dentro del análisis realizado por Monroy, en las revistas al realizar alguna entrevista a las modelos se encuentran mensajes como "no me considero anoréxica" y tampoco admiten que hacen dietas, aunque basta escuchar la forma de alimentarse para dudarlo. Mencionan que "lo que las estimula día a día es el hecho de que varias mujeres se quieran parecer a ellas" (Kate, publicitaria de Calvin Klein). Sus dietas son desproporcionadas ya que algunas de ellas solo incluyen verduras, otras en cambio no lo hacen, comen alimentos de fibras y dejan del lado los alimentos que conllevan mucho calcio y la leche, tomando solo agua y en ocasiones jugos (como lo hace la modelo Claudia Schiffer), no dejando nunca de hacer ejercicio. Recomiendan que al sentir punzadas de hambre se rellenen el estómago con agua; no comer carne y realizar una exhaustiva rutina de ejercicios. Las dietas que están "supermodelos", como así les llaman, llevan son estrictas y las realizan porque no quieren ser voluptuosas. Con todo ello observamos claramente como van encaminadas a grandes pesos hacia un trastorno de la alimentación, (que aunque ellas lo niegan) comienzan a presentar signos.

La combinación de modelos extremadamente delgadas con el concepto de belleza puede estar afectando a muchas mujeres pues ellas aprenden a asociar belleza con delgadez extrema sintiendo que si no son muy delgadas no son atractivas. El que una mujer se adhiera a lo que la sociedad actual considera como atractivo o ideal puede ocasionarle insatisfacción corporal, baja autoestima y ansiedad social. Las revistas de moda y los anuncios publicitarios muestran imágenes de jóvenes delgadísimas que muestran su cuerpo no sólo como el ideal sino como el normal (Byrus y Perterson, 1999; Lozzi, 1999 citados en Nava 2001).

En algunos estudios se ha observado que una mujer se percibe de una forma más negativa y presenta una mayor insatisfacción corporal después de observar determinado tiempo fotografías e imágenes que

representan el ideal de belleza actual. Esto es comprensible pues posiblemente las mujeres toman como parámetro de "lo que está bien" a las mujeres que aparecen en los medios de comunicación, en las revistas, televisión y anuncios publicitarios (Thornton y Maurice, 1997 citados en Nava, 2001).

Actualmente "estar delgada" se ha vuelto un objetivo de vida una meta a corto y largo plazo un requisito de estar bien. Esto también se explica con las características sociales positivas y cualidades que se atribuyen a las personas delgadas. La delgadez es símbolo de autocontrol, fuerza de voluntad, la motivación, la fuerza de carácter, la disciplina, el amor propio y de status social entre otras cosas. Esto es predominantemente en las culturas occidentales y afecta a población femenina particularmente en aquellas sociedades que consideran a la delgadez una característica de la femineidad (Haworth, 2000 citado en Nava 2001).

Las imágenes que se muestran en los medios de comunicación influyen en la idea que la gente tiene de lo que se concibe como ideal ofreciendo parámetros con los que compararse que ni siquiera pertenecen a la cultura local. Lo que se muestra como ideal en los medios de comunicación afecta a muchas mujeres pues se muestran figuras muy distintas a las de las mujeres "reales". En años recientes la distancia entre el cuerpo ideal y el cuerpo real de las mujeres ha ido creciendo, mientras el ideal de belleza femenina se ha ido haciendo cada vez más delgado. Las estadísticas indican que las mujeres están sufriendo de peso por lo menos en Norteamérica (Wiseman, 1992 citado en Nava 2001).

3.5. Consumismo

Gran parte de la comunicación en masa depende de la explotación y la manipulación de las debilidades humanas. La inferioridad del consumidor es el aspecto más consistente que impregna prácticamente todos los anuncios comerciales. Los consumidores que dependen de los anuncios, cada vez quedan más insatisfechos. La imposibilidad de alcanzar los ideales propuestos por los anuncios fuzza la autoestima. Sin embargo, dicho mecanismo producto es autopreservado. Los consumidores son lanzados de un producto a otro, luego a otro y a otro más, mientras la vida prosigue en la rueda del consumismo. Consumen, por lo tanto existen (Key, 1994).

El cerebro humano crea y construye sus propias percepciones de la realidad en relación con las preconcepciones inculcadas, motivos elaborados, intereses propios y antecedentes culturales. De hecho, nosotros creamos estas ideas, conceptos y representaciones mentales, o permitimos que los medios de comunicación los creen por nosotros. Las fantasías sobre la realidad creadas por los medios de comunicación en beneficio de los anunciantes, reflejan las necesidades emocionales del público; en ellas se incluyen lo que ellos desearían escuchar de sí mismos y se excluye todo aquello que ofenderá las proyecciones de la fantasía (Key, 1994).

La percepción estereotípica de la sinceridad es un patrón cultural que puede descubrirse fácilmente. Cualquier comercial de televisión ilustra el concepto. Los anuncios son diseñados para evocar un sentido de inferioridad de la audiencia por medio de comparaciones con las personalidades de los medios de comunicación, esto es, con la gente bonita. Los jóvenes imitan a las acudadas estrellas de rock, atletas, actores, a cualquiera que, aparentemente, haya alcanzado la fama y la fortuna con poco esfuerzo, sacrificio y dedicación. El tema de "diviértase, hágase rico y acuéstese cuantas veces le sea posible" se ha convertido en la filosofía de los medios publicitarios del siglo XX (Key, 1994).

3.5.1. Influencia de los medios de comunicación.

Durante muchos años, se consideraba bellas a las mujeres chinas si tenían pies pequeños. De hecho, desde bebés se acostumbra vendarles los pies a las niñas para impedir que éstos crecieran. Como adultas, las mujeres seguían vendándose los pies y la mayoría terminaron con pies extremadamente deformados, y doloridos. Aun cuando ya no se practica este procedimiento, muchas generaciones de mujeres soportaron dolor y deformidad considerables en su aspiración por ser bellas. En la época

victoriana las mujeres sufrían una tortura corporal al forzar sus cuerpos a entrar en corsés tan pequeños que, con frecuencia, impedían el paso del oxígeno y como consecuencia se desmayaban. De hecho, se contaba con sillitas especiales para esos desmayos por la frecuencia con que ocurrían. Además, muchas mujeres sufrieron fractura de costillas al ser presionadas en esos corsés cuyo propósito era hacerlas lucir bellas. Una de las prácticas más insólitas con la belleza femenina ocurrió a fines del siglo XIX. En esa época, entre las muchas mujeres inglesas era elegante usar anillos de oro en los pezones. Para este efecto, se hacían perforaciones en los pezones y se insertaban anillos de oro a través de las perforaciones. Se creía que el uso de esos anillos hacía los senos más plenos y redondos, y que eran una vista estimulante para los hombres cuando se mostraban (Louis, 1983 citado en Sherman y Thompson, 1999).

No tenemos que revisar siglos anteriores para encontrar ejemplos de mujeres que soportaron incomodidades físicas en un esfuerzo por ser más atractivas. Incluso ahora, muchas mujeres usan regularmente incómodos zapatos con tacones altos para parecer más altas y, por lo menos a sus ojos, más atractivas. No cabe duda de que la forma en que cada sociedad determina lo que es bello sigue siendo un misterio, sin embargo es evidente que el mensaje que se desarrolla en cada sociedad es lo suficientemente fuerte y claro para que muchos, si no la mayoría de sus miembros lleguen a creer que dicho mensaje es verdad (Sherman y Thompson, 1999).

El rito de la belleza femenina nace con el espejo. Con el bombardeo de cine, televisión, millones de mujeres modernas están dispuestas a lo que sea con tal de conservarse jóvenes. La belleza es un negocio alimentado por la vanidad. A diferencia de hace unos 50 años la operación estética en rostro, senos, vientre, glúteos y muslos ya no es un mito en México, donde suele condensarse la papada, "ojos de monedero", "llantitas", "patas de gallo" y "senos caídos". Hoy ya es pecado no cambiar la apariencia que Dios nos dio. Mientras la sociedad vea el envejecimiento como una maldita tragedia, las razones para detener el reloj seguirán multiplicándose aunque el espejo de los años se niegue a engañarnos (Rubio, 1994).

3.5.2. Influencia de los medios de comunicación en los adolescentes

Mucho más que la mayoría de los hombres, las mujeres tienden a cifrar su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen piensan los demás acerca del mismo. El autoconcepto femenino suele fundamentarse significativamente en su atractivo corporal, mientras el de los varones acostumbra a basarse en la eficacia y en el estar en forma. Se ha dicho que la evolución de la estética corporal guarda estrecha relación con el vestido, aunque quizás mejor sería decir con el desnudo (Lerner, 1973 citado en Toro 1996).

La imagen corporal es especialmente importante durante los años de la adolescencia. Durante este periodo el cuerpo sufre cambios fisiológicos que afectan la autopercepción y el autoconcepto de las adolescentes. En este tiempo es necesaria una reorganización de la autopercepción, imagen corporal y autoconcepto, requiriendo una integración del sentido de sí misma a su identidad psico-social. La adolescencia temprana es un periodo de gran estrés para muchas niñas, y es un tiempo en que la insatisfacción corporal y los desórdenes alimenticios pueden establecerse (Usmiani y Daniluk, 1997 citados en Nava, 2001).

La imagen corporal propia se forma en función de la imagen corporal ideal establecida por la sociedad, misma que se convierte en el parámetro desde el cual se juzga la propia imagen, es definido por los estándares culturales de belleza (Nava, 2001)

Existen tres factores básicos de influencia sociocultural en cuanto a la apariencia física: 1) los medios masivos de comunicación; 2) los estándares de belleza sociales y; 3) la internalización de dichos estándares. El énfasis que la sociedad le da a la delgadez, la pérdida de peso y a la belleza son decisivos para el mantenimiento de la insatisfacción corporal entre las mujeres. El poder que ejercen los estándares culturales de belleza es decisivo en cuanto al valor que se le da a la delgadez en la identidad femenina.

Las mujeres sin trastornos de la alimentación también experimentan insatisfacción corporal, tan común que se habla de un "descontento normativo" (Jensen, 1997 citado en Nava, 2001).

El estereotipo del "gordo" es deplorable y equivalente a flojo y no dispensable, entre otras cosas. Estos estereotipos que igualan delgadez a belleza afectan el autoconcepto de las mujeres, pues ellas creen que las oportunidades sociales, románticas y profesionales dependen en parte de su atractivo físico (Monteath y McCabe, 1997 citados en Nava, 2001).

Hay quienes sostienen que los medios de comunicación tienden a reforzar los puntos de vista personales más que a modificarlos, y otros creen que, según quién los controle, pueden modificar decisivamente la opinión política de la audiencia. En cualquier caso, ha quedado demostrado que los medios de comunicación influyen a largo plazo, de forma sutil pero decisiva, sobre los puntos de vista y el criterio de la audiencia (Wimmer y Dominick, 2001).

La televisión aparece como la gran villana responsable del entretenimiento fácil que el espectador privilegia frente a la formación intelectual. Y se concibe a los jóvenes como sus espectadores más indefensos. La generación actual, con padres que por lo común trabajan fuera de su hogar, se ve orillada con frecuencia a que la televisión funcione como nana. Ciertamente, el televisor es un aparato necesario de la vida moderna, tanto por su carácter de vínculo con la realidad mundial como por su papel casero de nana electrónica. No es el tiempo que se pasa frente al televisor lo que afecta la formación académica de los espectadores jóvenes, sino la calidad de los programas que sintonizan. Así se demostró que los programas formativos y educativos (del tipo Plaza Sésamo, si hablamos de una población en edad preescolar) fomentan la lectura y la investigación estimulando a su público a pasar el resto de su tiempo libre dedicados a otras actividades formativas (Peyrú, 1993).

En contraste, los jóvenes que prenden el televisor a fin de obtener diversión evitando pensar a partir de lo que ven (sintonizando, en su mayoría, dibujos animados o series de la programación para adultos), no reciben aportación alguna a su vida académica (Gil, 1993). No somos seres indefensos ante su influjo, la formación académica puede beneficiarse del buen uso de los programas adecuados. Incluso, de no haber un gran número de programas educativos disponibles, siempre puede aplicarse un ojo crítico frente a los existentes. Olvidamos a veces que la televisión es simplemente un entretenimiento del que disponemos según nuestro criterio y formación. Un invento más, hecho por y para el hombre, a la medida de nuestras exigencias y del que podemos obtener ventaja (La televisión..., 1995).

En los últimos tiempos, la imagen predominante en el mundo de la moda y de la publicidad es de modelos extremadamente delgadas e incluso los fabricantes de ropa han disminuido las tallas de las prendas que ponen a disposición de los y las jóvenes de medio mundo. Esta reducción en las medidas ha llevado a que los adolescentes se sientan acomplejados por no satisfacer las necesidades de un mercado que no responde a la realidad. Y estos complejos se van convirtiendo, cada vez más, en trastornos psicológicos de tipo alimentario (Beilo, 2000)

Ramírez (2001) menciona que los cambios que se han generado en esta nueva relación se manifiesta en una mayor cercanía entre los medios de comunicación y sociedad, y esta tiene una mayor participación y contacto con los mismos, principalmente con la radio y la televisión mediante diferentes mecanismos: encuestas, tribuna informativa, mesas especializadas para apoyo a los individuos en diferentes temas, entre otros. Ante tal panorama el desempeño del medio de comunicación y el periodista tendrá que ser más comprometido con la sociedad, es decir, no olvidarse de la realidad que vive diariamente; siempre darle voz y voto en cualquier momento y no solo para la protección de intereses como se realizaba anteriormente.

En el caso de las adolescentes no podrán evitar cierto disgusto por la imagen que el espejo les devuelve, que nunca es tan perfecta como lo que acaba de ver en la propaganda. De ahí hasta llegar a un trastorno de la alimentación, no hay un camino muy largo para recorrer. "La mayoría de las adolescentes y adultos hacen dieta no por el colesterol temprano, sino porque el talle único de las tiendas les queda estrecho, porque en una discoteca no pudieron entrar por gorditos o simplemente porque se miran al espejo y no

encuentran a Claudia Schiffer, a Lorenzo Lamas o al joven o la joven que fueron". Los que se destruyen los pulmones fumando con tal de calmar la "ansiedad oral" le temen a la gordura más que al infarto y todo por una sencilla razón: morir es una desgracia, pero ser gordo es una vergüenza (Clarín 1994 citado en Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

Las expectativas que la sociedad impone a los adolescentes incluye una delgadez extrema y altas aspiraciones profesionales, enfocarse a alcanzar una de estas dos expectativas puede descartar la realización de la otra y el tratar de alcanzar ambas puede llevar a trágicos resultados (Frances, 1994 citado en Nava, 2001).

El entorno familiar, la presión del grupo de pares, el rol de la mujer en la sociedad y determinados rasgos de personalidad contribuyen a que algunas personas estén en riesgo. Por eso es importante estar alerta e informar a través de campañas publicitarias para contrarrestar los efectos dañinos de otras. De hecho, más allá del trabajo de médicos, psicólogos, nutricionistas y educadores para esclarecer e informar, ya se ven algunos intentos como por ejemplo la firma de ropa SAIL que incluye en sus campañas gráficas o televisivas advertencias sobre estas enfermedades (Bello, 2000).

3.6. Moda: cuerpo y vestido

3.6.1. Definición de Moda

Difusión súbita de un objeto o de un uso, sin justificación utilitaria válida. Una moda es lo que se propaga sin necesidad, por un mero gusto, es algo arbitrario o depende de la fantasía. Una moda es verdaderamente la difusión súbita, sin razón y efímera, de un objeto o un uso. La duración de esta moda suele estar en razón inversa de lo súbito de su aparición. Se dice una moda, pero sería más exacto decir un capricho, una manía o un antojo. No hay moda sino cuando se trata de renovación incesante de las modalidades de un uso. El fenómeno social de la moda por el momento sólo se ha establecido en un objeto: el vestido. Por eso conviene distinguir entre "la moda de" y "la moda en". La moda de ir a Venecia o a Suiza corresponde al primer grado (Descamps, 1986).

La moda es una sucesión ininterrumpida y rápida de difusiones súbitas, sin más razón que ellas mismas y de índole efímera. La antímoda, inventada recientemente por los jóvenes, blue jean y tee-shirt o suéter ajustado, es difícilmente considerada por quienes la llevan como moda si bien tiene todos los caracteres de ésta, y ante todo la obligación simultáneamente violenta e insidiosa que hace que jóvenes y estudiantes del planeta lleven todos alegremente el mismo uniforme, tomado de los vaqueros norteamericanos (Descamps, 1986).

Ford y Beach (1951 citados en Toro, 1996) observaron que en la mayoría de las sociedades estudiadas las mujeres gordas eran consideradas poseedoras de mayor atractivo sexual que las delgadas, la mujer hermosa ha de ser relativamente alta y de complexión vigorosa, una mujer gruesa ha constituido y constituye una señal de status elevado, de prestigio. Simboliza manifiestamente la capacidad de su cónyuge para dotarla.

Las ropas que cubren el cuerpo, en la medida en que han ido siendo algo más que protección y abrigo, debieron dar pistas sobre las facetas subjetiva y social de la imagen corporal. El vestido señala e insinúa, tapa y destapa, manifiesta y oculta, pone de relieve o desconoce, casi todas y casi cada una de las partes del cuerpo. Y cada una de esas funciones o características del vestido varía y cambia según tiempos, sociedades y culturas. Las damas de la nobleza y la incipiente burguesía probablemente cifraban más su atractivo personal en la ornamentación externa, superficial, que en la estricta conformación de su cuerpo. En efecto, incluso para asistir a los oficios religiosos se ataviaban con vestiduras riquísimas, ostentando joyas de oro, plata y piedras preciosas (Gordon, 1993 citado en Toro, 1996).

El uso de la camisa pudo ser decisivo. Esta prenda se ajustaba al cuerpo de modo que el tórax acusada todas sus formas, descendiendo luego en blandos pliegues desde el talle hasta los pies. Es probable que

estas cintas dieran origen a lo que luego sería el corsé. La vestimenta tenía que "sentar bien", debía denotar las formas del cuerpo. Poco a poco las mujeres no se contentaron con los cordones que ceñían su camisa y, por tanto, subrayan su busto, de modo que empezaron a agrandar su escote. Sin embargo, solían llevar varios vestidos superpuestos, lo que constituía precisamente una manera idónea de poner de relieve su silueta corporal (Von Boehn, 1944 citado en Toro 1996).

La mujer gruesa, incluso gorda, era considerada erótica y elegante. La mujer hermosa era una matrona rolliza dotada de senos llenos, alimenticios (Fallon, 1990 citado en Toro 1996). Las caderas también debían ser voluminosas, por lo que, bajo las faldas, solían disponerse unas contundentes almohadillas.

La preocupación por la apariencia personal a través del vestido vio su despegue probablemente definitivo a partir del siglo XVI. La falda, entonces, cae más perpendicularmente y la figura se hace más esbelta, además de la falda, las damas europeas solían llevar tres enaguas. Las faldas eran larguissimas, de modo que barían literalmente el suelo: enseñar los pies era para ellas poco menos que pecaminoso (Von Boehn, 1944 citado en Toro, 1996). El cuerpo era una especie de convidado de piedra alojado tras los muros de vestidos y maquillajes. Todo hace suponer que muy poca ansiedad causaría a las mujeres de esa época su auténtica silueta.

A mediados del XVII el escote se amplía y se suprimen las telas que lo tapaban. Cuello y pecho acaban por mostrarse enteramente al desnudo. En consecuencia, garganta y busto pasaron a ocupar un primer plano en la estética corporal social (Elias, 1978 citado en Toro, 1996; Descamps, 1986).

Al iniciarse el siglo XVIII, la moda en general, y la femenina en particular, siguió los dictados marcados por la Francia de Luis XIV. Los senos femeninos se exhibían sincera y profusamente. Las mujeres continuaron exhibiendo su busto, y por tanto preocupándose por él. Pero la aparición del miriñaque (crinolina) constituyó un significativo hito histórico en la forma de presentar o aparentar el cuerpo. Una mujer con miriñaque ocupaba un espacio tres veces mayor que otra sin él. Se alzaba por encima de las caderas de modo que los codos pudieran apoyarse bien. El vestido llamado caraco, escotado y encorconado en su parte superior, subraya contundentemente el volumen de los pechos. El uso de postizos permitía exagerar todavía más sus dimensiones. En uno u otro caso siempre se optaba por subrayar o exagerar una parte del cuerpo, nunca de reducirlo. Pero en este momento se respiraba ya el clima de la denominada en Francia "moda desnuda": supresión de miriñaques y similares, reducción radical de las vestimentas que se llevaban simultáneamente, y no ocultación sistemática de las formas corporales (Toro, 1996).

La moda imperio se mantuvo hasta los alrededores de 1820. En tal momento el talle se ajusta por vez primera a la parte más estrecha del tronco: la cintura. El "talle de avispa" se difunde profusamente. El deseo de hacerse con esta silueta provoca la reparación del corsé. Pero por supuesto, caderas, nalgas, abdomen y muslos se mantenían no sólo ocultos; sino, una vez más, exageradas. A mediados del siglo XIX, la ropa interior de una mujer elegante, se componía de las prendas siguientes: largos penitentes con volaos de encajes, enaguas de franela, un refajo de tres canas y media de ancho, una falda acotada hasta la altura de la rodilla y desde ésta cruzada de ballenas distantes un palmo una de otra, unas enaguas de hilo muy almidonadas con tres volantes muy almidonados también, dos refajos de muselina y por último la falda (Von Boehn, 1944 citado en Toro 1996).

En 1867 el miriñaque desapareció definitivamente, mientras que la falda se estrechó exageradamente hasta los pies. Se decía que las mujeres elegantes debían atarse las rodillas para andar porque, si no, reventaban la ropa (Von Boehn, 1944 citado en Toro 1996). En ese momento la silueta del cuerpo femenino se mostraba de manera bastante completa y veraz.

La estatua de la Libertad, una mujer de amplia osamenta y sensuales formas redondeadas, podía considerarse como un prototipo del cuerpo femenino modélico (Fallon, 1990 citado en Toro 1996). Pero al iniciarse el siglo XX, la moda tomó partido claro por el cuerpo alargado y delgado. Las señoras solían fajarse como anteriormente se fajaba a los niños. Las blusas se hicieron ligeras y transparentes, desapareciendo los cuellos. La estrechez de las faldas delataba la estructura de la parte inferior del

cuerpo, y a veces las piernas hacían su aparición a través de los cortes laterales que tenían algunas faldas. Cuando la figura delgada no podía conseguirse ayunando, se intentaba alcanzarla mediante el vestido.

El corsé permitía un cuerpo más delgado, una postura más elegante, aristocrática y movimientos, más leves, más femeninos. El corsé podía ejercer presiones de hasta 36 kilos; todo dependía de las aperturas que estuviera dispuesta a soportar su portadora. La cintura y sus aledaños eran comprimidos de tal manera que estómago, bazo, hígado y pulmones resultaban alejados de sus ubicaciones normales. En tales circunstancias, y con las consiguientes dificultades respiratorias, estaban justificados los frecuentes desvanecimientos que se producían, sobre todo en "sociedad", para gustar y gustarse, la mujer debía deformar su cuerpo. Pero también simbolizaba el sufrimiento que todo ello conlleva (Toro, 1996). Al iniciarse el siglo todavía predominaba el corsé "talle de avispa". Las cinturas resultantes, hasta de 40 centímetros, forzosamente hacían resaltar exuberantemente busto y caderas, el corsé se alargó hasta el máximo posible. El resultado fue una silueta en forma de "luna en cuarto menguante" (hubo quien dijo que las mujeres parecían tirar de un remolque), silueta mayoritaria cuando estalla la Primera Guerra Mundial (Morales, 1947 citado en Toro 1996).

Las mujeres comenzaron a sujetar sus pechos con prendas reforzadas que aplanaban su silueta. Los vestidos de los años veinte no revelaban curvas, y el cuerpo femenino ideal se aproximaba al de un muchacho. El ánfora había dejado paso al tubo. Así para empezar se gana en rectitud y lisura lo que se pierde en gracia y armonía (Morales 1947 citado en Toro 1996). Las ganadoras de los concursos de Miss América de los años veinte tenían unas medidas medias de busto-cintura-caderas de 81-63-89. En ningún caso las dimensiones del busto eran superiores a las caderas (Mazur, 1986 citado en Toro 1996).

Al finalizar el siglo, solo la aristocracia y la alta burguesía acostumbraban a frecuentar las primeras "playas de moda". El pudor femenino obligaba a muchas damas y damiselas a trasladarse hasta la orilla encerradas en su caseta. Transportaba a ésta hasta el agua, salía de ella la bañista, se introducía rápidamente en el mar y, una vez remojada, desarrollaba la operación inversa. Pero estos ropajes de baño pronto pasaron a convertirse en "trajes de baño". Los bombachos y las casacas entonaron su adivós. El pantalón quedó ceñido a los muslos, finalizando en la rodilla o algo más arriba. Un corpiño breve y escotado cubría el pecho. El cabello y los brazos quedaron al descubierto. Poco después cayeron las medias y una parte de la tela que cubría el cuerpo. La exhibición pública de ciertas áreas significativas del cuerpo y la revelación manifiesta de las zonas ocultas por la ropa habían comenzado. La gradual reducción del ya aceptado traje de baño daría lugar posteriormente al bikini y en los últimos tiempos al *top less* (Toro, 1996).

La Alta Costura es una expresión que designa la modalidad de elaboración a medida de trajes femeninos que firma un personaje de la moda, de fama y prestigio. El término francés *Couture*, equivalente a Alta Costura, surgió del historiador François Boucher, en 1858, momento en que llega a la corte Eugenia de Montijo, el modisto británico Charles Frederick Worth, que ha sido considerado el padre de la alta costura.

La progresiva complicación en las hechuras de los trajes románticos, basado en las crinolíνας, los nuevos recursos textiles de la industrialización y la consolidación de la burguesía, que reclamaba acceder a la vestimentaria de las cortes, fueron los pilares en que se basó la Alta Costura. Durante la Segunda Guerra Mundial, los creadores norteamericanos intentaron atraer a los franceses a Nueva York. La influencia del cine y la nueva industria de confección de prendas listas para llevar, bastaron para que los nombres norteamericanos se dieran a conocer por todo el mundo. Tras las consecuencias de la Guerra, París recuperó la hegemonía de la moda a través del "new look" de Christian Dior. La crisis llegó con la explosión de la minifalda en 1964; esto obligó a una reconversión y un ajuste del papel de la Alta Costura (www.solomoda.com/firmas/20/index.shtml).

3.6.2. Análisis estructural de la moda

Quienes la prefieren son los jóvenes, porque la moda siempre es joven. Parece tonta porque no sabemos entenderla, inquietante porque no logramos dominarla, pero es un fenómeno psicosocial que tiene su propia necesidad y su determinismo (Descamps, 1986).

Con su deseo de singularizarse por medio de la moda, el resultado es que todo el mundo se copia. Y finalmente, todo el mundo se viste igual y se parece a todo el mundo. La moda es la identificación con un modelo prestigioso: 1) Los lanzadores: Son personas excéntricas que siempre quieren estar en primera fila. Tratan de ir adelante y de llamar la atención. 2) La gente que va a la moda o seguidores: Les gusta la moda y desean distinguirse de la masa con ella. Pero no innovan y no corren el riesgo de imponer una moda nueva exponiéndose a que no los sigan y a pasar por excéntricos. 3) Los clásicos: Se tata de la masa, de los que sólo cambian de indumentaria a la fuerza, obligados por la necesidad de no llamar la atención. 4) Los anticuados: Son los que al negarse a seguir la moda conservan su ropa más de cinco años y cuya vestimenta es tradicionalista o muy clásica (Descamps, 1986).

El comercio y los medios de comunicación masiva la propagan actualmente a toda la población. La moda es un sistema universal, propio de las sociedades. El lanzamiento de cada moda es entonces, voluntario, meticolosamente preparado y científicamente realizado por los profesionales de la moda. La industrialización de la moda exige una previsión de un año y medio, cuya cronología resumimos en el siguiente cuadro:

Las etapas de la moda industrial

18 meses	Hiladero	Prepara los colores y las texturas de sus hilos, que
12 meses	Tejedor	propondrá al quien con esos hilos crea sus colecciones de tejidos, que;
6 meses	Confeccionador	propondrá al quien hace una colección de vestidos a proponer al,
4 meses	Mayorista	quien hace sus pedidos al confeccionador, que hace los suyos al tejedor, que a su vez hace los suyos al hiladero,
3 meses	Publicista	presenta la colección de nuevos modelos a la prensa y a los medios de difusión masiva para la próxima temporada,
0 meses	Detallista	expone en ejemplar en su aparador y pone en venta lo que acaba de recibir de sus pedidos sobre catálogo al mayorista.

Fuente: Descamps, 1986. pp: 53-54.

Después de las tres corrientes más claras de influencia social en la moda son: 1) El deporte; 2) Las mujeres; 3) Los jóvenes que antes se vestían como adultos. Ahora son ellos los que inventan e inspiran la moda (Descamps, 1986).

3.6.3. La vestimenta deportiva en la moda

Lo que intensificó fue la penetración del traje deportivo en la vida cotidiana. El deporte inspiró incluso el escándalo erótico: la moda del short femenino. Al subir cada vez más la falda descubría demasiado las medias. Lo que confirma esta influencia preponderante del deporte en la moda es su propagación a los sectores de la moda no vestimentaria. La moda del deporte ha invadido el conjunto de nuestra vida, como esas tiendas de artículos para deporte que venden de todo, desde prendas de vestir hasta artículos deportivos y alimentación. Por cierto que lo hacen a imitación de las grandes marcas de artículos deportivos, como El Gallo deportivo, Adidas, La Hutte, que han diversificado de sobremanera sus producciones. Los vocablos deportivos, como sprint, estadio, sporting, están de moda en la industria y el comercio (Descamps, 1986).

3.6.4. La mujer

Las tres modas principales que han tenido repercusiones importantes en nuestra época en la condición femenina y el conjunto de la sociedad son: 1. la minifalda; 2. las pantimedias; 3. el pantalón femenino. El hombre, únicamente preocupado por hacer negocio y por la economía, renunció a gustar y trato de liberarse de las futilidades de la moda. En cambio su mujer se entregó a ella. Lo que lleva encima debe de inspirar confianza en los negocios de su esposo. Mediante la moda hace valer su cuerpo y se vuelve objeto erótico excitante; fiel compañera de su marido, vive a su sombra y así se encuentra alejada de toda actividad económica seria y de toda competencia posible (Descamps, 1986).

3.6.5. Vestido.

Tradicionalmente, en nuestra sociedad es el vestido la prenda por excelencia de la mujer. La vestimenta amplia tradicionalmente destinada a la mujer proviene directamente del deseo sexual. En ciertas épocas, las mujeres ya no soportaron la acumulación de capas sucesivas de vestimenta para formar un caparazón protector, pero pesado. Todas las prendas que trababan la libertad de acción de la mujer desaparecen. Los vestidos con crinolinas, los grandes sombreros, son inconcebibles en los lugares de trabajo femenino o en los transportes colectivos. Se conciben como los atributos de la mujer-objeto. La mujer ha conseguido tener prendas más cómodas, que le dan más seguridad e independencia. Su vestimenta se ha ido equiparando insensiblemente a la del hombre. Ha adquirido principalmente el derecho de llevar el pantalón masculino (Descamps, 1986).

3.6.6. La minifalda.

La posguerra determinó la aparición de la falda corta. Las piernas femeninas quedaron al descubierto. Razones prácticas de todo orden determinaron este hecho (dedicación a distintos trabajos, el incremento de actividades físicas, el subir y bajar de vehículos, el vivir a más velocidad, la necesidad de cumplir horarios).

Pero en el mismo vestido se ha manifestado la independencia de la mujer. Se trata de la aparición de la minifalda. Logró ponerla de moda la costurera Mary Quant en 1965. Su presentación era mucho más económica y se dirigía a un público más joven. No se puede estar a gusto con una minifalda sino teniendo piernas delgadas y pelvis plena. Las jóvenes inglesas hallaron una puesta en valor de su anatomía. Después esta moda fue ya un hecho aceptable y se facilitó la difusión a través de las revistas para jóvenes (Descamps, 1986).

3.6.7. El pantalón

Una aparente influencia masculina se plasmó en la vestimenta de las mujeres. Los hombres se ensancharon y aumentaron de volumen. El tórax femenino se hizo más atlético. Nunca hasta esta época la mujer había pretendido exagerar o subrayar sus hombros. Los rellenos se habían depositado alternativamente en pecho, caderas, naigas o incluso pantorrillas, pero nunca en los hombros. Esta apropiación de una característica más bien masculina se complementó con la aparición de los pantalones (Toro, 1996).

Su difusión se hizo remontando la escala de las edades: primero las niñas, después las adolescentes, las jóvenes, las mujeres de mediana edad, y cuando esto ya estuvo bien asentado, las mujeres de mayor edad también se decidieron a llevarlo. No hay entonces más que una sola moda y esta es la propuesta simultáneamente a la niña y a la adulta. La libertad de ponerse pantalón depende del empleo que se tiene en la empresa. La relación entre llevar pantalón y aceptar la mujer su propio cuerpo se manifiesta en el hecho de que el pantalón es un medio de disimular las piernas menos agraciadas. El pantalón clásico es neutro. Y el pantalón ajustado y la minifalda se consideran prendas más exhibicionistas (Descamps, 1986).

Los pantalones de mezclilla fueron una fuerte declaración contra lo establecido. Además eran amplios, baratos y confortables, al menos al principio. Pantalones ajustados y cortos o ultracortos para mujer, se transformaron de ropa unisex a erótica. En los noventa los jeans superhologados, de tallas muy grandes, largos y caldos de las caderas, se convirtieron en el estilo de los adolescentes que gustan el hip hop (Gelles y Levine, 2000).

3.6.8. Los jóvenes

La conclusión de muchas encuestas es que las exageraciones en el vestir son sobre todo obra de jóvenes en oposición a sus familias. El unisex se simboliza en el maniquí, ese masculino que designa un femenino y que acaba por no tener sexo alguno. Las prendas de los jóvenes se inspiran directamente en las norteamericanas. Dos elementos se han universalizado: el pantalón de jean californiano y los motivos decorativos inspirados en él (Descamps, 1986).

La juventud ha inventado una moda que es un arma terrible. Cualesquiera que sean las diversas variantes de poca importancia, lo esencial es que esta moda esté bastante pegada al cuerpo, ajustada hasta donde sea posible. Para los hombres, el traje aumentaba la importancia del volumen corporal, el saco ocultaba la prominencia del vientre, compensada por la amplitud de los hombros, con las hombreras de relleno. De igual manera para las mujeres de 40 años y más, con sus formas amplias, que resultan ridículas tanto con minifalda como con falda larga y que no caben en un jean. La oposición de la clientela es tal que no pueden encontrarse en una misma tienda, y que se necesitan tiendas especializadas tanto para los trajes clásicos como para las prendas de los jóvenes. Es comprensible la rabia de los cuarentones contra los jóvenes, porque esa moda exige que se conserve el cuerpo de tipo joven o sea, el vientre metido, como el lobo, para los hombres, con poca musculatura general, para estar a la moda, y la ausencia de celulitis y un cuerpo de anoréxica para las mujeres. Sabidas son las dolorosas restricciones alimentarias y los productos de régimen que eso impone para luchar contra el embarramiento producido por la edad (Descamps, 1986).

Los cuerpos y rostros de las fotografías de la publicidad, de las revistas, de la televisión, del cine y del teatro siempre son jóvenes. La juventud está en el centro de todo, pero al mismo tiempo es el punto de mira de la publicidad y el objetivo comercial de la industria, que cuenta así con un nuevo mercado. Ahora, los médicos y los padres de las adolescentes con anorexia y bulimia acusan a las tiendas de moda de ser ahorrrativas con las telas y mentirosas con los talleres, forzando a sus clientas a usar ropa cada vez más pequeña. "Los talles no sólo son chicos, son diminutos, no tienen en cuenta la forma de las caderas de las mujeres ni nada, son un pedazo de tela" (Bello, 2000).

Una inspección con metro en mano de faldas y pantalones por las tiendas femeninas en un elegante centro de compras de Buenos Aires demuestra claramente que no existe una medida común que determine un Chico, un Medio y un Grande. La cintura de un pantalón con una etiqueta Chico en una tienda con medidas sensatas mide 72 centímetros, al lado, de un Extra Grande que tiene una cintura sólo 2 centímetros más grande. La pregunta central es: ¿las chicas deben tratar de entrar en los talles producidos, o ellos deberían fabricar ropa que coincida con la anatomía de las mujeres de nuestro país? (Bello, 2000).

La Asociación de Lucha contra la Bulimia y la Anorexia dice que algunos negocios respetan los talles europeos y estadounidenses y los ponen en sus etiquetas, pero otros directamente inventan sus propios talles. "Tienen talles 'small' y 'extra small' para gente enferma". Obviamente utilizan mucha menos tela y las que compran son adolescentes inocentes, cuya salud no les importa. Víctima de todos estos mensajes la joven queda en muchos casos atrapada en esta trampa que le tiende la cultura reinante. Desde luego que esto sólo no basta porque todo el mundo se ve afectado por estas presiones pero no todo el mundo desarrolla un trastorno alimentario. Las víctimas describen una pesadilla de ayuno, comilonas y vómitos, laxantes y enemas, falaces pastillas para adelgazar, parches, pociones y ejercicio obsesivo, en la búsqueda por ese "00" o Extra Extra Chico, el santo grial de los delgados (www.cuidadopsiquiatrico.com).

Se transforman los jóvenes en superconsumidores, perfectamente adaptados a los mecanismos de la moda. Puesto que para seguirla es preciso renovarse lo más frecuentemente que sea posible, los objetos ya no están hechos para durar y se pueden vender caros, por estar a la moda, objetos de pacotilla (zapatos, bolsos, gafas, etc.). Piensan en la moda de los grandes modistas, de las boutiques que venden ropa hecha de estilo, la que se presenta en la televisión y las revistas. Lo que se ponen las leyes de la moda. La moda puede constituir un primer esbozo de personalidad (Descamps, 1986).

3.6.9. El cuerpo y sus técnicas

En las diferentes esferas del peinado, del maquillaje facial, de los barnices para uñas, de los perfumes, de la silueta, una serie de modas organizadas y espontáneas se suceden con bastante rapidez para corresponder a la moda cíclica acelerada. En el peinado reinó aproximadamente hasta 1945 la moda del pelo peinado hacia atrás y pegado al cráneo con algún producto de tipo crema o brillantina que lo ponía reluciente. Después eso pareció repetente al llegar la moda del pelo seco y flojo, erigido hacia la parte alta del cráneo en semioleillo. Siguiendo a los Beatles, los jóvenes renunciaron a despejar la frente y adoptaron la moda infantil del pelo peinado hacia delante y cortado en flequillo. En cuanto a las mujeres, la regla fue siempre no cortarse el cabello. Las mujeres siempre se decoloraron o tñieron el pelo de rubio o pelirrojo con henna o tinturas de hierbas (Descamps, 1986).

En conclusión en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende exageradamente como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: "fast food", gaseosas, golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante. Desde muy jóvenes, las representantes del sexo femenino están sometidas a gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones; sobre la "superwoman": la cual tiene que tener un cuerpo perfecto, una carrera profesional perfecta, un matrimonio perfecto y ser la madre ideal. Asociando que este ideal es por estar delgado (Rausch, 1996).

Para los varones esto ocurre en menor medida. Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos. Desde la pantalla y las revistas desfilan diariamente los máximos exponentes del "género". De esta forma una adolescente acomplejada alentada por anunciantes enamorados de modelos desnutridas puede ser empujada más allá del límite (Gelles y Levine, 2000).

El vestido trasluce, manifiesta, subraya, disimula, relega u oculta aquellas zonas corporales que la sociedad en cuestión ha consensuado implícita o explícitamente en un momento dado. La manipulación real o ficción del cuerpo ha sido la norma. Y las mujeres han pagado altísimos precios por ello, sacrificios y molestias dignos de ser invertidos en misiones más fructíferas (Toro, 1996).

La industria de la moda, los fabricantes de productos adelgazantes, de alimentos light, los editores de libros sobre dietas, los propietarios de gimnasios dotados de los más inverosímiles procedimientos moldeadores, los silicones, las prótesis y los especialistas en las mil y una técnicas para succionar la más diversa grasa; todos pretenden vivir del adelgazamiento de sus congéneres, se valen de los anuncios comerciales que utilizan elementos como el prestigio, la belleza, la comodidad, la modernidad y otros para promover sus productos. Finalmente, se puede concluir que en mayor o menor medida todos y cada uno de nosotros estamos viviendo y compartiendo el sentimiento de que delgadez corporal, se asocia de algún modo a belleza, elegancia, prestigio, etc. Evidentemente, no se nace con estos sentimientos, actitudes y creencias, más bien nos han sido inculcados desde la infancia (Toro, 1996 citado en Alvarado, 2000).

CAPITULO IV Nutrición y Dieta

4.1. Definición de nutrición

La **nutrición** es proceso involuntario por el que los nutrimentos y otras sustancias ingeridas se incorporan al medio interno y cumplen funciones plásticas o reguladoras. Consiste en un conjunto de fenómenos químicos, fisiológicos y bioquímicos, cuyo resultado final es el aprovechamiento de los nutrimentos por el organismo, ya sea mediante su transformación en elementos más simples o mediante su incorporación como elementos estructurales del organismo como elementos de reserva (Larrañaga, Carballo, Rodríguez y Fernández, 1997).

Anderson, Dibble, Turkkil, Mitchell y Rynbergen (1990) señalan que a pesar de que existen diversas definiciones sobre nutrición la Asociación Médica Estadounidense se refiere a ella como la ciencia que estudia los alimentos, nutrimentos y otras sustancias conexas; su acción, interacción y equilibrio respecto a la salud y la enfermedad. Estudia asimismo el proceso por el que el organismo digiere, absorbe, ingiere, transporta, utiliza y elimina sustancias alimenticias. Se ocupa además de las consecuencias sociales, económicas, culturales y psíquicas de los alimentos.

De acuerdo con los procesos que se cumplen en las células, en el organismo la nutrición no es una función, sino la resultante del conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí que tienen por objeto mantener la integridad normal de la materia y asegurar la vida. Comprende tres tiempos alimentación (aporte de materia); el metabolismo (consumo de nutrimentos y distribución a células o almacenaje para reservas) y la excreción (eliminación de materiales utilizados o no utilizados por el organismo (Espejo, 1984).

La nutrición aplicada da por resultado la buena selección de los alimentos (Fisher y Bender, 1972). Todo esto tiene como propósito la conservación de la vida, el crecimiento la reproducción, el funcionamiento normal de los órganos y la producción de energía (McLeran, 1993).

Conviene distinguir entre alimentación y nutrición. Se llama **alimentación** al acto de proporcionar al cuerpo alimentos e ingerirlos. Es un proceso consciente y voluntario, y por lo tanto está en nuestras manos modificarlo. Por lo tanto depende la calidad de la alimentación de factores económicos, culturales, aptencias, hábitos, clima, etc. (Larrañaga y cols., 1997).

La alimentación, es el eje de la vida social del hombre, elemento de comunicación y factor de socialización: el alimento cumple con diversas funciones, además de la de proveer de nutrimento al organismo (Olea y Orendáin, 1997). La alimentación es el acto de comer, masticar y engullir; dicho de una manera burda y sencilla, esta actividad se despierta por las cualidades propias del alimento como olor, color, presentación, etc. (Espejo, 1984 citado en Galicia y Vargas, 2000). Entendiéndose en una triple dimensión: biológica, psicológica y social (Plazas de Creixell, 1995).

Los alimentos ofrecen tres propósitos principales: desarrollar trabajo muscular, mantener la vitalidad y para la formación y renovación de tejidos del cuerpo. Además, al consumir algunos alimentos con el único propósito de procurarnos placer, agregamos una cuarta categoría: la del gusto (Fisher y Bender, 1972). El hombre solo come por tres razones; para satisfacer el hambre, por costumbre y por placer. Ninguna de ellas se relaciona con el contenido nutritivo del alimento. Si queremos mejorar nuestro estado nutricional sólo podemos hacerlo mejorando nuestros hábitos alimenticios (Pearce, 1995).

Para entender por qué comemos lo que comemos, debemos considerar no únicamente el factor fisiológico sino las cuestiones culturales, religiosas y sociales. El aspecto económico es determinante para la selección, puesto que modifica lo que se compra y cómo se distribuye en la familia. Si bien es cierto que la formación de hábitos empieza con el contacto familiar, también se modifica por el

aprendizaje escolar y por la manera de vivir, pues intervienen otros factores de hacer la selección de alimentos, tales como la publicidad, la moda y los nombres extranjeros. La importancia de conocer por qué comemos lo que comemos estriba en las consecuencias, que representan en la edad adulta, los abusos en los que se incurre cuando se es joven (Esquivel, 1996).

4.2. Alimentación de acuerdo a la etapa de desarrollo

4.2.1. La alimentación durante la infancia

Muchos problemas alimentarios tienen origen en la niñez y el mejor momento para prevenirlos son las comidas. Para el pequeño, alimentarse es una de las principales formas de socializarse, de entrar en contacto con otros seres humanos, principalmente con la madre. De este modo, comer o no hacerlo, comer mucho o poco, comer "DE TODO" o selectivamente, son hechos que encuentran un significativo lugar en las relaciones interpersonales del grupo familiar (Toro, 1996).

Habitualmente la cantidad de alimentos que se comen está determinada por los hábitos de alimentación, los cuales se van modelando a lo largo de la vida y cuyos cimientos son colados durante la infancia. El hábito es una disposición adquirida por actos repetidos, una manera de ser y de vivir. La conducta se vuelve hábito cuando se repite con tanta frecuencia, que acaba por permanecer; las fuerzas que la conservan, deben ser, por tanto, cotidianas y estables (Bourges, 1990). Los hábitos de alimentación se refieren no solo a los alimentos que se comen sino también a las cantidades, horarios, actitudes y conductas que en general se tiene ante la comida. Generalmente la madre es la que fija el patrón de hábitos y actitudes que se desarrollan en el niño, ya que ella la mayoría de las veces, es la que planea las comidas compra los alimentos, los prepara y los sirve (Robinson, 1986).

Los niños que comen a sus horas, aprenden a comer mayor variedad de alimentos y saben portarse mejor en la mesa (Plazas de Creixell, 1995). Pearce (1995), sugiere que las comidas pueden ser buena idea: para la comunicación familiar, para reunir a toda la familia, no distrayéndose con otras cosas que ocurren; es un buen momento para que los niños aprendan escuchando "el modo de hablar de los mayores" e interviniendo ellos mismos; aprender a sentarse en la mesa y esperar a que la comida llegue o que los demás acaben, ayuda a que los niños desarrollen su autocontrol.

Si se considera el impacto tan profundo y duradero que tiene el aprendizaje durante la niñez, es deberán de formar hábitos alimentarios positivos que beneficien a los niños a lo largo de toda su vida (Plazas de Creixell, 1995).

Rice (1997) propone algunas condiciones para no crear problemas alimenticios:

1. Reconozca que el apetito de los niños varía. En ocasiones comen mucho y otras poco. La cantidad usualmente se nivela con el tiempo.
2. Ofrezca gradualmente las comidas nuevas: al principio sirva solo pequeñas cantidades para permitir que el niño tenga tiempo de aprender a que le gusten.
3. Sirva comidas balanceadas, evitando el exceso de dulces y de grasas.
4. Cuando los niños tienen edad suficiente para comer en la mesa de los adultos, se debe servir a toda la familia, no por separado para ellos (Rice, 1997 p: 360-362).

4.2.2. Alimentación del adolescente

En la adolescencia empieza un crecimiento repentino que se manifiesta en el aumento de la estatura y el fortalecimiento de los huesos y músculos. Durante este período, les gusta tener un cuerpo fuerte y sano sin estar en sobrepeso, participar en distintos deportes y asistir a bailes y actividades sociales. Van a estar muy activos y tendrán mucho apetito (Papalia y Wendkos, 1997).

El buen apetito suele garantizar que se ingieran suficientes alimentos energéticos y es muy probable que se consuman suficientes proteínas, pero existe el peligro de rellenarse con alimentos que contienen "calorías vacías", como son los dulces, las paletas heladas y los refrescos. Por ello conviene que dispongan de alimentos de buena calidad nutritiva como bebidas a base de leche, helados con jugos de frutas, carnes frías, variedad de quesos, pan, bollos, pasteles, pescado y platos condimentados (Fisher y Bender, 1972).

Respecto a los cambios en la distribución corporal, es muy notable la diferencia entre chicos y chicas debido a la desigual distribución de la masa magra (músculo) y la masa grasa, y al diferente desarrollo de la masa ósea. Los chicos tienden a ganar más peso que corresponde al aumento de masa muscular, su esqueleto crece más y el período de crecimiento general dura más tiempo. Por su parte, las chicas ganan más masa grasa, el crecimiento de la masa ósea es menor y el período de crecimiento también. De un adolescente a otro de la misma edad se aprecian diferencias considerables en el peso, la talla, el morfotipo, los comportamientos, etc. (Cref, 1988).

Suele ser una etapa en la que prima el deseo por la comida de cafetería, los bocadillos, las hamburguesas, etc. Esto supone el abandono de la "buena comida de casa" para pasar al "yo como lo que me gusta". Esta situación de poca estabilidad psicosocial lleva a cuestionarse a "uno mismo". Es el momento de la vida en que no siempre se acepta uno tal como es: gordo, flaco, alto, bajo, etc. En este aspecto también influye la moda y así empiezan los problemas: estoy gorda, tengo mucho de aquí, poco de allá y un largo etc. Con tantas cosas en la cabeza, los adolescentes olvidan, con demasiada frecuencia, que para vivir sano es muy importante una dieta sana, equilibrada y suficiente (Mahan y Arlin, 1995).

Larrañaga y cols. (1997), mencionan los factores determinantes que influyen en los hábitos alimenticios en los adolescentes: 1. Las presiones de la publicidad con productos milagrosos o "naturales" al canon estético imperante; 2. Omíten una comida con frecuencia el desayuno; 3. Consumen alimentos entre horas (productos industriales pobres en vitaminas y minerales y muy ricos en grasas saturadas y azúcares); 4. Comidas *fast food* (alto contenido de grasa y energéticos); 5. Consumo en grandes cantidades de alcohol, bebidas refrescantes endulcorantes, desplazando los zumos naturales o la leche; 6. Falta de fibra vegetal y productos lácteos (Larrañaga y cols., 1997. pp: 203-204).

Así, en esta etapa, se requiere una dieta nutritiva, porque es importante para el desarrollo. Esta dieta ayudará para que el adolescente cuente con: mejor apariencia; mejor salud; mejor aprovechamiento escolar; peso y estatura adecuada; y más energía para llevar a cabo las actividades de la juventud. Por lo tanto, la alimentación del adolescente debe incluir 3 comidas y las meriendas tomando en consideración todos los alimentos de la pirámide (Mahan y Arlin, 1995).

Sugerencias para el adolescente respecto a las dietas (www.bim.com.mx/nutricion.htm).

1. No sigas una dieta porque esté de moda: las famosas "crash diets" - no sirven para que te reeduques en tus hábitos alimentarios. Las dietas rigurosas se fundamentan en grandes privaciones favoreciendo que en algún momento empieces a comer excesivamente. Resultado: más gordo/a que antes de hacer el régimen.
2. Estar permanentemente a dieta no es un método apropiado para mantener el peso durante toda la vida: realiza cuatro comidas principales por día, a horarios regulares, incluyendo alimentos saludables, ingiriendo abundante líquido, efectuando ejercicios físicos adecuados para tu edad periódicamente. Una dieta de una sola comida diaria inactivará tu tiroides con el tiempo y te será cada vez más difícil adelgazar o mantener tu peso.
3. Consulta a tu médico antes de comenzar una dieta: no puedes empezar a hacer dieta "así como así" sin antes haberte efectuado un chequeo general.
4. Nunca comas menos de lo que indica una dieta ni te saltes comidas: la irregularidad en tus hábitos trae irregularidades en tu organismo: menstruaciones irregulares, arritmias cardíacas, alternancia en tus estados de ánimo, etc.

5. Para prevenir la constipación consume cereales integrales, frutas (no más de tres por día), verdura fresca y toma abundante líquido: si cumples esto, jamás necesitarás laxantes que irritan tu intestino y generan acostumbamiento. Modera el consumo de té, café y gaseosas.
6. No abuses del azúcar: consume pequeñas cantidades de confituras, dulces, pasteles, etc. Si puedes evitarlo, tanto mejor; no se te haga hábito consumir dulces y alimentos con harina refinada. Puedes recurrir a la miel, con moderación, o al azúcar morena.
7. No abuses de los edulcorantes: algunos no son demasiado "inocentes".
8. No consumas productos dietéticos o "light" indiscriminadamente: todo lo artificial significa "agregados químicos" que son tolerados por el organismo, pero no lo benefician en absoluto.
9. Aprende a reconocer la sensación de saciedad: trata de interpretar los mensajes provenientes del interior de tu cuerpo. ¿Por qué seguir comiendo cuando ya estás "lleno"?
10. Aprende a reconocer la sensación de hambre: no llegues al extremo de negar esta sensación elemental para la supervivencia. La sensación de haber comido "lo justo" en el momento "justo" te proporcionará un gran bienestar.
11. Mantente lejos de las bebidas alcohólicas: el exceso de alcohol - y el consumo de drogas - puede conducir a descontrol alimentarios.
12. No te automediques con productos adelgazantes: la gran mayoría de ellos son muy peligrosos, provocando desde arritmias cardíacas hasta cuadros de deshidratación.
13. No te obsesiones con la balanza: durante el día hay grandes cambios en el agua corporal lo que determina fluctuaciones en el peso (+/- 1kg). Lo ideal es que te peses una vez por semana (www.bim.com.mx/nutricion.htm).

4.2.3. Alimentación de acuerdo al nivel socioeconómico

El país tiene numerosos patrones de dieta muy variados. La base alimenticia de una sociedad se sustenta en sus principios culturales, tradiciones y costumbres; y sin embargo, el balance entre los alimentos y los nutrientes dependen del conocimiento de los mismos, así como del estrato socioeconómico de los individuos (Bourges, 1988).

Los niveles socioeconómicos influyen en manera significativa en las categorías alimentarias que hay en México, pues no todas las personas tienen acceso a la información, sobre los alimentos razón por la cual sus hábitos varían entre sí. Los productores aprovechan para vender alimentos procesados; a los que, mediante la publicidad, atribuyen valores nutritivos con base en cuadros que no corresponden a los principios nutricionales del país, de esta manera desinforman al consumidor con el fin de incrementar sus ventas. Lo más importante es identificar los grupos de alimentos, combinarlos, variarlos y prepararlos higiénica y adecuadamente (López, 1995).

4.3. Nociones Básicas De Nutrición

Molinero (1998), refiere que la nutrición es, y seguirá siendo una ciencia en continua controversia, lo que nos obliga a mantener una mentalidad crítica y abierta que nos permite seguir un camino imparcial entre tantos "remedios mágicos", "dietas milagrosas", extractos de plantas exóticas o métodos revolucionarios para adelgazar o tratar esta o aquella patología.

4.3.1. Energía,

Necesidades energéticas: el cuerpo humano es una máquina que necesita un aporte constante de energía, para mantenernos como un organismo vivo. De acuerdo con Espejo (1984), además se requiere de energía para que se puedan descomponer los alimentos y ser utilizados por nuestro cuerpo y esto se conoce como acción dinámico-específica de los alimentos. Y cuando se realiza alguna actividad física de manera rutinaria, se requiere de mayor energía para realizarla y se conoce como energía adicional (James y Schofield, 1996).

Después de la ingesta de alimentos, en nuestro organismo se inicia el proceso de digestión, con lo cual se consigue que las proteínas, glúcidos y lípidos se transformen en sustancias más pequeñas y posteriormente se absorban, se oxiden y proporcionen energía (kilocalorías). Se afirma que toda la energía que un organismo animal necesita la obtiene por oxidación de los principios que se encuentran en nuestros alimentos (Espejo, 1984).

Metabolismo: Intercambios de energía en los organismos vivos. Suma de cambios físicos y químicos que tienen lugar en el cuerpo de un organismo vivo. Incluye los procesos constructivos (anabólicos) y destructivos (catabólicos). Calor mínimo producido por un individuo, medido de 14 a 18 horas, después de tomar alimento, y luego que el sujeto ha estado en completo reposo, pero sin dormir, por lo menos 30 minutos (Warren, 1987).

4.3.2. Calorías

El cuerpo humano requiere combustible para llevar a cabo todas sus actividades y conservar su temperatura. Y este combustible esta proporcionado por las calorías. Una CALORÍA es una medida de calor y físicamente consiste en la cantidad de calor necesaria para elevar en un grado centígrado, a un litro de agua (Warren, 1987).

Caloría: es unidad de medida utilizada actualmente, que equivale a una unidad de calor. La caloría es una unidad engañosa, utilizada para explicar la energía contenida en los alimentos, ésta esta disponible en el cuerpo. Su abreviatura es "C" (Jones, Shainberg, Byer, 1970).

4.3.3. ¿Qué es el alimento?

El alimento es toda sustancia o mezcla de sustancias naturales o elaboradas, que ingeridas por el hombre aportan a su organismo los materiales y la energía necesarios para el desarrollo de sus procesos fisiológicos (Coronas, 1991).

Escudero, (citado en Espejo, 1984) denomina alimento a toda sustancia que incorporada o no al organismo llena una función de nutrición. Desde antes de nuestro nacimiento hasta antes de nuestra muerte la alimentación es un factor dominante y necesario en nuestra vida diaria para nuestra supervivencia. Los alimentos nos proporcionan energía para nuestra actividad diaria y para nuestras funciones vitales como lo son la respiración, la contracción del corazón, el mantenimiento de nuestra masa ósea y muscular, la regulación del movimiento de nuestros músculos, el mantenimiento de la masa de nuestros huesos, la función adecuada de nuestro sistema nervioso y así podríamos seguirnos con todos los órganos de nuestro cuerpo desde la piel hasta el uso de nuestras funciones intelectuales (Esquivel, 1996).

4.3.4. ¿Qué es un nutriente?

Son aquellas sustancias químicas (+ de 50) contenidas en los alimentos y que nuestro organismo necesita. Una nutrición adecuada se logra cuando la ingesta de nutrientes y calorías NI es excesiva, NI es deficiente. Si la alimentación no es escogida acertadamente, habrá insuficiencia de uno o más de los nutrimentos indispensables (Krause y Hunscher, 1983).

Para el normal crecimiento y desarrollo del cuerpo se necesita obtener de los alimentos: sustancias nutritivas; llamadas nutrientes o principios nutritivos: carbohidratos, proteínas, grasas, agua, vitaminas y sales minerales; las cuales cumplen las siguientes funciones en el organismo:

1. Permiten obtener energía para toda actividad que se realiza en el día y el calor necesario para mantener la temperatura del cuerpo.
2. Proporciona el material necesario para construir y formar nuevos tejidos ya gastados.
3. Brindan los elementos que permiten el normal funcionamiento del organismo y lo protegen de B.

4.4. Leyes de la alimentación

El profesor y Doctor Pedro Escudero (citado en Quintín, 1989), dio con sus cuatro leyes de la alimentación, una de las aportaciones más valiosas a la nutrición moderna, porque sirven de norma para calcular en forma correcta las dietas y para clasificar los regímenes que se estudian en encuestas, anamnesis y consulta. A continuación se mencionan estas leyes:

1- Ley de la cantidad: La cantidad de alimentos debe ser suficiente para cubrir las necesidades calóricas del organismo. Los alimentos que proveen calorías (energía) son los hidratos de carbono y las grasas. La cantidad de calorías deberá ser suficiente como para proporcionar calor para mantener la temperatura corporal, la energía de la contracción muscular y el balance nutritivo. El requerimiento calórico para cada persona en particular deberá ser determinado por un profesional en nutrición, considerando edad, sexo, contextura, actividad, situaciones especiales: diabetes, obesidad, desnutrición, etc.

2- Ley de la calidad: Toda dieta deberá ser completa en su composición, asegurando el correcto funcionamiento de órganos y sistemas. En todo régimen deberán estar presentes: hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y agua. De acuerdo a esta ley, los regímenes se clasifican en completos (variados) e incompletos.

3- Ley de la armonía: Las cantidades de los diversos principios que componen la alimentación deberán guardar una relación de proporción entre ellos, de manera tal que cada uno aporte una parte del valor calórico total. Se recomienda que toda dieta normal contenga: Proteínas: 12 a 15% del valor calórico total, grasas: 30 a 35% del valor calórico total, carbohidratos: 50 a 60% del valor calórico total (McPearson, Figueroa, Colon y Esteves, 2000).

4- Ley de la adecuación: Toda dieta deberá ser la apropiada para cada individuo en particular, considerando: edad, sexo, actividad, estado de salud, hábitos culturales y economía. Ello implica una correcta elección de los alimentos, así como una correcta preparación (McPearson y cols., 2000).

4.4.1. Pirámide de alimentos

El Basic Food Guide o el Four Food Groups fueron desarrollados por el United States Department of Agriculture (USDA) a mediados de la década de 1950. Estos grupos se concibieron para ayudar a los individuos en la selección del tipo y la cantidad adecuada de alimentos que constituyen las bases de una dieta adecuada. Como resultado se creó en 1991 un nuevo concepto educativo, la pirámide de alimentos, que se vio adoptada y publicada en 1992 por el United States Department of Agriculture. La pirámide de alimentos enumera un intervalo correspondiente al número de porciones de cada uno de los cinco grupos de alimentos que resultan óptimas para cada individuo según su edad, sexo y nivel de actividad (Nelson, Moyness, Jensen y Gastineau, 1996).

	Mujeres y algunos grupos de edad avanzada	Niños, chicas adolescentes, mujeres activas	Varones adolescentes y hombres activos
Nivel de calorías*	Aproximadamente	Aproximadamente	Aproximadamente
	1600	2.200	2.800
Grupo del pan	6	9	11
Grupo de las verduras	3	4	5
Grupo de las frutas	2	3	4
Grupo de los productos lácteos	2-3**	2-3**	2-3
Grupo de las carnes	2, para un total de 150g.	2, para un total de 180g.	3, para un total de 210g.

Fuente: Nelson, y cols. (1996).pp: 5-8



Fuente :Nelson, Maness, Jensen y Gastineau (1996). Pp 5-8.

“Estos son los niveles calóricos si se escoge grasa escasa, alimentos magros pertenecientes a los cinco grupos fundamentales y se raciona el consumo de los alimentos incluidos en el grupo de grasas, aceites y dulces.

“Las mujeres embarazadas o con hijos lactantes los adolescentes y los adultos jóvenes hasta los 24 años requieren 3 porciones.

4.5. Peso Ideal e Índice de Masa Corporal (IMC)

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1989 mostró que el 59.9% de los mexicanos presentaban cifras de IMC de 25 o mayores; incluso en el 21.5% del total el IMC es de 30 o más. Por su parte, la Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (1995) encontró que el 48% de los hombres y el 57% de las mujeres presentaban un IMC de 25 o mayor. El problema es grave inclusive entre los estratos de menores recursos, donde los porcentajes fueron de 42% y 56% respectivamente (Esquivel, Martínez y Martínez, 1998).

El peso ideal

Es muy frecuente hallar tablas de peso ideal en libros y revistas pero los pesos que allí se indican son sólo promedios estadísticos. Algunos especialistas definen al controvertido peso ideal como “aquel con el cual un individuo se encuentra a gusto, permitiendo que se desarrollen normalmente todas las funciones biológicas”. Este concepto se fundamenta en ciertas bases fisiológicas: todos los individuos son diferentes; hay diferencias en la relación masa muscular/masa grasa, secreciones hormonales, inervación muscular, etc. La altura, entonces, no es más que uno de los tantos parámetros para estimar el peso teórico óptimo. La gran mayoría de los especialistas en nutrición consideran a la “complejión” como parámetro fundamental: el diámetro de los hombros, es muy variable según cada persona, indica si es pequeña, mediana o grande. Dentro de cada complejión se establece una gama, basada en el perímetro

de la muñeca. El perímetro de la muñeca (cubierta por escasa grasa y músculo) indica el espesor del esqueleto en general (esqueleto ligero, mediano o pesado) (Nelson y cols., 1996):

- Débil: por debajo de 16 cm
- Mediana: 16 a 18 cm
- Ancha: 18 a 20 cm
- Maciza: por encima de 20 cm

En cuanto a la edad, se debe conservar el mismo peso a partir de los 25 años aproximadamente, con ligeros aumentos luego de la cuarta década. Es natural que la mujer experimente un incremento de peso a partir de la menopausia, con una redistribución de la grasa corporal. Por otro lado, las mujeres en edad fértil aumentan de peso los días previos a la menstruación, hecho que se considera normal mientras no sobrepase los 2 kg. El sexo es otro factor determinante del peso: el hombre tiene mayor desarrollo de masa ósea y muscular, y el músculo es mucho más pesado que el tejido graso. Es por ello que se han diseñado tablas de pesos teóricos para hombres y tablas para mujeres (www.bulimarexia.com.ar/pesojusto.htm).

Tabla indicadora del peso ideal para personas de más de 25 años de acuerdo con la estatura *Altura sin zapatos, peso matinal en ayunas, sin ropa. Esta tabla está basada en la población promedio y puede no ser la ideal para algunos.

Altura (m)	Sexo masculino	Sexo femenino	Altura (m)	Sexo masculino	Sexo femenino
1,50		44,5-50kg	1,72	63,1-68,3	57,5-64,3
1,51		45,1-50,5	1,73	63,8-69,1	58,3-65,1
1,52		45,6-51	1,74	64,5-69,8	59-65,8
1,53		46,1-54,4	1,75	65,2-70,6	59,7-66,5
1,54		46,7-52,1	1,76	65,6-71,3	60,4-67,2
1,55		47,2-52,6	1,77	66,7-72	61,1-67,8
1,56		47,7-53,2	1,78	67,4-72,8	61,7-68,6
1,57	54,3-58,1kg	48,2-53,7	1,79	68,1-73,6	62,5-69,3
1,58	54,8-58,9	48,6-54,3	1,80	68,8-74,4	63,3-70,1
1,59	53,3-59,6	49,3-54,8	1,81	69,5-75,4	64-70,7
1,60	55,8-60,3	49,9-55,3	1,82	70,2-76,3	64,7-71,5
1,61	56,4-60,9	50,4-55,4	1,83	70,9-77,2	65,4-72,2
1,62	56,9-61,4	51-56,6	1,84	71,7-78,1	66,1-72,9
1,63	57,5-61,8	51,5-57,5	1,85	72,4-79	66,8-73,6
1,64	58-62,5	52-58,2	1,86	73,1-79,7	
1,65	58,6-63	52,6-58,9	1,87	73,8-80,8	
1,66	59,1-63,7	53,3-59,6	1,88	74,5-81,7	
1,67	59,6-64,4	54-60,7	1,89	75,4-82,6	
1,68	60,2-65,1	54,7-61,5	1,90	76,3-83,5	
1,69	60,9-65,6	55,4-62,2	1,91	77,2-84,4	
1,70	61,7-66,6	56,1-62,8	1,92	78,1-85,3	
1,71	62,4-67,4	56,8-63,6	1,93	79-86	

Fuente: (www.bulimarexia.com.ar/pesojusto.htm)

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

IMC (Índice de masa corporal-cálculo). Para medir el nivel de delgadez o sobrepeso algunos especialistas utilizan una fórmula que establece un **índice de masa corporal (IMC)** (Mahoney y Mahoney, 1995):

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

Peso en kilogramos
Altura en metros

En México el IMC ya ha sido validado en 1997 por Saucedo y Gómez Pérez-Mitré. Con base en los resultados obtenidos por estos investigadores, la obesidad en jóvenes y adultos se diagnostica cuando los valores del índice son mayores a 27. Sin embargo, el IMC es poco confiable para diagnosticar bajo peso, sobrepeso y obesidad en preadolescentes, por lo que es poco recomendable utilizar este índice para diagnosticar estado nutricional en la adolescencia temprana, por lo tanto Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1998) recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN).

4.6. DIETA

4.6.1. El centro del Control del Apetito

Hambre. Gana y necesidad de comer. **Apetito** o deseo ardiente de una cosa (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1992). El término "hambre" significa ansia de alimento, y se asocia a varias sensaciones objetivas. Por ejemplo, en una persona que no ha tomado alimentos durante muchas horas, el estómago sufre contracciones rítmicas intensas, llamadas *contracciones de hambre* (Guyton, 1997).

Apetito. Impulso instintivo que impulsa al hombre a satisfacer sus deseos. Ganas de comer (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1992). El término "apetito" se utiliza a menudo en el mismo sentido que el hambre, excepto en que habitualmente implica el deseo por un tipo específico de alimento en lugar de por el alimento en general. Por tanto, el apetito ayuda a una persona a elegir la cantidad de alimento que come (Guyton, 1997).

Saciedad. Hartura, hastio producido por el exceso de una cosa (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1992). Significa sensación de satisfacción en la búsqueda de alimento. La saciedad habitualmente es el resultado de una comida satisfactoria, sobre todo cuando los depósitos nutricionales de la persona, el tejido adiposo y el glucógeno, ya están llenos (Guyton, 1997).

Dieta. Deriva del latín y del griego y significa "régimen de vida" es decir es la alimentación cotidiana, el régimen que se sigue a diario, sin importar si se cumple o no con los requisitos nutricios (Eaquivel, Martínez y Martínez, 1998). Régimen en el comer y beber, consistente en la abstención total o parcial de alimentos (Diccionario Enciclopédico Ilustrado, 1992). Uno de los medios para conseguir la disminución del aporte calórico es el régimen, que consiste en la elaboración de dieta basada en la reducción de un aporte calórico (Saldaña y Rossell, 1988).

Ayunar. La práctica del ayuno resulta peligrosa, ya que la mayoría de las muertes se producen tras periodos prolongados, obedeciendo a la deficiencia de determinados sustratos (aminoácidos, vitaminas y minerales), indispensables para el correcto funcionamiento metabólico de las células (Grande, 1984 citado en Saldaña y Rossell, 1988).

Excepto en las primeras horas del ayuno, los principales efectos son un vaciamiento progresivo de las grasas y de las proteínas tisulares. Debido a que la grasa es la fuente principal de energía (en la persona normal se almacena 100 veces más energía en forma de grasas que en forma de hidratos de carbono). Las proteínas sufren tres fases de consumo: un consumo rápido al principio, después uno lento y, finalmente, un consumo rápido de nuevo poco antes de la muerte. En el caso de las vitaminas, los depósitos de algunas de estas especialmente de las vitaminas hidrosolubles (las vitaminas del grupo B y C) no duran mucho durante el ayuno prolongado. En consecuencia, tras una semana o más de ayuno empiezan a aparecer déficits leves de vitaminas, y tras varias semanas pueden producirse déficits graves que pueden colabrar con la debilidad que lleva a la muerte (Guyton, 1997)

La regulación en la ingesta de alimentos es un proceso muy complejo. El hambre es el conjunto de sensaciones experimentales por los cambios en el estado fisiológico del organismo, que en el hombre y en los mamíferos superiores conduce a la ingestión de alimento. La saciedad es la sensación de haber abolido el hambre y se relaciona con el sistema digestivo. El apetito es el deseo de alimento y un estado afectivo, y la saciedad es el estado afectivo correspondiente en relación con la saciedad y significa el deseo de no comer (McLeran, 1993).

En la zona del hipotálamo se ha determinado la existencia de un núcleo nervioso concreto, conocido como *centro de control del apetito*, que no es más que un dispositivo neuroendocrino que regula la ingesta de alimentos por parte del organismo. Esta capacidad reguladora puede verse influida, e incluso seriamente afectada, por toda una serie de circunstancias, tanto externas (temperatura ambiental, ingestión de determinados fármacos anorexígenos) como internas al propio organismo (estado hormonal, estado psicológico, problemas circulatorios, etc.) (Gómez, 1996). Según Guyton (1997), la estimulación del *hipotálamo lateral* hace que un animal coma vorazmente. Por otra parte la estimulación de los *núcleos ventromediales del hipotálamo* producen una saciedad completa. Por lo que los núcleos laterales del hipotálamo son etiquetados como los *centros del hambre* o la ingesta de alimentos, y los núcleos ventromediales del hipotálamo como *centros de la saciedad*.

Los factores que más directamente inciden sobre este centro regulador del apetito son:

- El nivel de glucosa: con el ayuno disminuye el nivel de glucosa en la sangre, lo cual estimula al centro del hambre; por el contrario, tras una comida abundante aumenta la glucemia, y esto produce a nivel cerebral una sensación de saciedad.
- La temperatura de la sangre (Gómez, 1996. pp.124).

El hipotálamo interviene además regulando las hormonas reproductoras y modulando las emociones, lo cual explica la estrecha relación que existe entre los estados de ánimo, niveles hormonales y comportamientos alimenticios. En la adolescencia, cuando el eje hipotálamo-hipofisario empieza a regular la producción hormonal, ligeras alteraciones en el metabolismo insulínico o en el nivel de aminoácidos indispensables, pueden alterar el centro del hambre, dando paso a la aparición de una anorexia o de una bulimia (Gómez, 1996).

4.6.2. La Alimentación y las Modas Culturales

Los hábitos alimentarios no son más que algo arbitrario, influido fundamentalmente por las modas y la cultura de cada época. Es interesante observar como la forma de alimentarse de las naciones va pasando por varias etapas a lo largo de la historia. En un principio, cuando un pueblo acaba de asentarse en un territorio y está luchando por desarrollarse, la dieta suele ser bastante frugal, consistiendo principalmente en alimentos de tipo vegetal. A medida que se va imponiendo el progreso, se incrementa el consumo de alimentos de origen animal. Más tarde se hacen habituales las excentricidades culinarias, la glotonería y la sobrealimentación (Gómez, 1996).

Pierre Dukan, en 1985 (citado en Galicia y Vargas, 2000) hizo referencia a una falta accidental de alimento en el hombre primitivo, lo cual dejó en nuestros genes una tendencia a ahorrar calorías y al almacenaje, que ha permitido al hombre sobrevivir alimentándose con poca comida, pero dado que el hombre no ha tenido tiempo de adaptarse biológicamente a la abundancia de hoy, las consecuencias de esa inadaptación son graves.

El hombre cambió de hábitos nómadas a sedentarios y en la actualidad está prácticamente estático en su silla o de pie 8 horas al día. El hombre primitivo se desplazaba constantemente para conseguir más alimento, caminaba mucho, trepaba a los árboles, perseguía a sus posibles presas y comía más vegetales que carne ya que era mal cazador. Es así como su cuerpo aprendió a almacenar energía en forma de grasas, ya que había periodos de carencia de alimentos; en la actualidad persiste esa "consigna" del cuerpo de almacenar energía para tiempos difíciles, sin embargo, para muchas personas, especialmente en ambientes urbanos, no existen ya los tiempos de carencia de alimentos: la comida abunda y se come igual o más que en otras épocas. El problema estriba en la distribución drástica del

movimiento y del desplazamiento que tenían nuestros antepasados (Dukan, 1985 citado en Galicia y Vargas, 2000).

En la antigua Grecia la dieta era un componente del arte del buen vivir, una técnica de la existencia cuyos secretos podían ser conocidos y practicados por cada persona en particular, los filósofos griegos; Pitágoras, Sócrates y Platón, así como el gran médico Hipócrates, recomendaban una alimentación frugal como parte de un programa de vida natural e higiénico. Todos ellos escribieron en contra de los excesos alimenticios porque creían que estos no sólo traían enfermedades, sino que además envejecían el espíritu humano (Quiroz, 1996).

A principios del siglo XIX se produjo en los países anglosajones un movimiento social de preocupación por la alimentación, motivado posiblemente por la vida insalubre y la errónea forma de alimentarse que llevaban los habitantes de las aglomeraciones urbanas creadas por la evolución de la industria desde finales del siglo XVIII. Uno de los líderes de este fortalecimiento a favor de la alimentación fue el doctor John H. Kellogg, creador de los famosos cereales para el desayuno y fundador así mismo de *Battle Creek* (Michigan) de uno de los primeros y más importantes sanatorios naturistas del mundo occidental en aquella época (Gómez, 1996).

Gómez (1996) escribe, por otra parte que en el mundo islámico, los médicos árabes produjeron una copiosa literatura de carácter dietético, la cual gozó de una enorme difusión así como en el orbe cristiano. Quizás los más conocidos fueron los tratados de dietética y nutrición redactados por el médico Judío Maimónides: su *Recomendación de la salud*, dedicada al sultán de damasco, fue el antecedente más remoto de los cuantiosos regímenes para la salud (*Regimen Sanitatis*) que surgieron como posteridad en toda la Europa Medieval.

En los siglos siguientes los autores cristianos, utilizando la versión latina del texto hebreo de Maimónides, popularizaron esta temática. Estos regímenes medievales enumeran las reglas o normas de la vida, así como una dieta que hay que llevar, a fin de mantenerse en un buen estado de salud (Gómez, 1996).

No obstante, las aportaciones más originales realizadas en los últimos diez siglos en el campo de la dietética han corrido siempre a cargo de las mujeres. Así, dentro de la Escuela de Salerno destaca Trótula, una de las científicas más importantes de la edad Media. La más conocida de las obras atribuidas a esta médica es *Passionibus mulierum curandorum*, conocida también como *Trótula maior*, y que fue un texto de obligado estudio en todas las escuelas y facultades de medicina europeas hasta bien entrado el siglo XVI. En sus escritos Trótula insiste en la importancia de llevar una dieta frugal y equilibrada y advierte sobre los efectos nocivos que tiene para la salud de las mujeres llevar una vida demasiado sedentaria y comer en demasía o bajo un estado de angustia o nerviosismo. Trótula fue asimismo una de las primeras en relacionar claramente la falta de menstruación con una dieta insuficiente o inadecuada, así como hacer hincapié en el hecho de que hombre y mujeres necesitan dietas muy diferentes (Gómez, 1996).

Más adelante en el siglo XII una de las escritoras y científicas más importantes fue Hildegarda de Bingen (*la Sibila del Rin*). Sus obras fueron de una originalidad considerable, adelantándose en ellas a lo que sería objeto de "descubrimiento" científico unos quinientos años después de su muerte. Hildegarda, dejó dibujados unos complejos esquemas acerca del Universo, esbozando la teoría de que era la tierra la que giraba alrededor del sol, y unas proliferas descripciones acerca de la circulación de la sangre en nuestro organismo. Fue asimismo la primera autora importante de textos médicos en Alemania; en el libro V de *Causa et curae* advierte de la importancia de hervir el agua para beber, para evitar la propagación de las enfermedades. En su obra advierte además de la importancia de la dieta alimenticia; en su opinión, las mujeres, de acuerdo con su temperamento y su forma de vida, deben de ingerir un tipo de nutrición adecuada a su constitución y sus necesidades específicas (Gómez, 1996).

Durante los siglos XVII y XVIII el interés por los alimentos fue más culinario y económico que dietético, hasta finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX cuando una estadounidense llamada Ellen G. White impulsó y promovió en Inglaterra un movimiento destinado a la revolución dietética. Esta mujer, a la que

debido a su condición femenina no se permitió el acceso a ninguna facultad de medicina, decidió estudiar por su cuenta, llegando a escribir a lo largo de su vida más de cien mil páginas relacionadas con la salud y la alimentación. En 1863, cuando era poco lo que se sabía acerca de la alimentación en la prevención de las enfermedades y mucho menos la importancia del colesterol y otras grasas en las dolencias cardíacas, ya White recomendaba un régimen a base de vegetales (frutas, cereales y hortalizas) en el que no hubiera grasas de origen animal. Propuso el uso de aceites vegetales en lugar de la manteca y mantequilla, así como la ingestión moderada de huevo (Gómez, 1996).

Gómez (1996), menciona otro asunto en el que está pionera de la alimentación mostró una clarividencia especial fue en la relación que existe entre la alimentación y el cáncer: ella recomendaba reducir el consumo de carne y aumentar el de los alimentos vegetales como forma de prevenir estos procesos malignos; hoy en día el *Código Europeo Contra el Cáncer* elaborado por la O.M.S. aconseja entre otras cosas, consumir abundantes frutas, verduras y cereales integrales, así como la reducción al máximo del consumo de carnes. Por otro lado, investigadores como el doctor Henri Joyeux, Premio Internacional de Cancerología en 1985, denuncia en sus escritos la relación claramente demostrada entre el consumo de carne y grasas saturadas y la aparición de determinados cánceres, especialmente los de colon y útero.

Ya en 1910 White sostenía que los frutos secos oleaginosos (nueces, avellanas, almendras) podían sustituir la carne con muchas ventajas y recomendaba su uso regular, así como preconizaba el consumo habitual de alimentos ricos en fibra (cereales integrales, salvado, germen de trigo) para prevenir el estreñimiento, sobre todo en personas de vida sedentaria. Otra de sus preocupaciones era la dieta de la adolescente; ella opinaba que las anoréxicas eran chicas de brillantez mental especial, con un cerebro muy activo; por ello, al llegar a la pubertad se debía llegar a un cambio en la dieta de estas chicas. White sostenía que la naturaleza femenina tiene por instinto una alimentación más vegetal, mientras que el hombre se inclina más a lo animal. Estudios recientes también han venido a darle la razón en este aspecto, pues diversas encuestas en nutrición han puesto de manifiesto que, dejados a su libre elección, los hombres seleccionan alimentos más grasos y prefieren fundamentalmente los platos cárnicos, mientras que las mujeres prefieren obtener sus proteínas del reino vegetal e incluso más frutas y verduras en su dieta (Gómez, 1996).

En las sociedades contemporáneas el individuo suele ignorar los pilares de la dietética, una disciplina que fue convertida en un conjunto mecánico de instrucciones destinadas a evitar enfermedades y a conformar un cuerpo que responda estrictamente a los cánones del modelo hegemónico establecido por los medios de difusión. Los antiguos no concibieron a la dieta como una obediencia ciega al saber de otro. Si bien se consideraba conveniente escuchar los consejos del médico, el aprendizaje adoptaba la forma de la persuasión: a la larga cada quien debía observarse a sí mismo y anotar qué alimento, qué bebida y qué ejercicio le resultaban más convenientes (Kreimer, 2001).

Durante los últimos años se ha producido una profunda transformación en el campo de los hábitos alimenticios. El análisis de las estadísticas relativas al consumo de alimentos pone de manifiesto que, en la dieta del ciudadano medio, alimentos como las carnes y los embutidos, los platos de alto valor calórico, así como los productos considerados "superfluos" desde el punto de vista nutricional son cada vez más abundantes. La causa de todas estas innovaciones se deben sin duda a que recogen y satisfacen exigencias reales de los consumidores, pero no pocas de estas preferencias también están siendo creadas artificialmente. No obstante una correcta nutrición, aunque adaptada a los tiempos modernos, debe seguir basándose en el conocimiento de las exigencias de nuestro organismo, de sus peculiaridades y de las características nutricionales de los alimentos. Sin embargo, los factores que determinan las tendencias y comportamientos alimentarios son otros; así, de una reciente investigación se desprende que la principal motivación para la elección de un determinado alimento es aquella que deriva de la publicidad (Gómez, 1996).

Actualmente la población recibe frecuentes mensajes contradictorios en lo referente a la alimentación, cuyos resultados a la larga pueden ser muy peligrosos; desde los medios de comunicación existe una permanente invitación a saborear los deliciosos productos, casi todos ellos azucarados y de muy alto valor calórico, aunque de dudoso valor alimenticio, y simultáneamente se presiona a las chicas para que

mantengan una silueta delgada y un bajo peso corporal. La presión en este sentido llega a ser tal que la población más joven, la más inerte, puede perder la noción de su propio cuerpo y de lo que debe o no comer (Gómez, 1996).

La felicidad, la belleza, el rendimiento físico, el deseo de reafirmar la propia personalidad o de formar parte de una élite refinada y rica, el deseo de un ambiente familiar sereno y acogedor, etc., todos estos son estereotipos frecuentes que suelen acompañar a la publicidad de los más variados productos alimenticios que nos muestra la televisión. La vasta gama de productos anunciados y la escasa información nutricional relativa a éstos, en lugar de ayudar a las madres en la tarea de ofrecer a sus hijos una dieta equilibrada, lo que hacen a menudo es provocar una gran desorientación. Y así la compra de productos alimenticios no viene determinada por el conocimiento efectivo de su calidad real o de sus características nutritivas, sino por la necesidad inducida artificialmente. Las etiquetas, aunque ya se ha conseguido que indique claramente la fecha de caducidad y la composición concreta, muy raramente, ofrecen las cantidades detalladas de los principios inmediatos presentes, el valor energético de cada porción y la riqueza en vitaminas y oligoelementos que aportan (Gómez, 1996).

Según ciertas normas culturales, una mujer que come poco es considerada femenina, y una mujer es considerada como atractiva si es pequeña y delgada. Estas normas, sobre todo en culturas como la estadounidense, propician que para la mujer, la alimentación normal sea sinónimo de dieta (Mohlito y Herberger, 1998 citado en Toro, 1996).

Papazian (1994), menciona que el ponerse a dieta comienza cada vez a edades más tempranas aún si durante la infancia y la adolescencia representan más bien un problema. "Los años de la adolescencia son un período de crecimiento y rápido desarrollo," dice el Doctor Ronald Kleinman, jefe de la Unidad Gastrointestinal y Nutrición del Hospital General de Boston, explicando que las dietas sin supervisión médica o de moda⁴ privan a los adolescentes de las calorías y nutrientes que necesitan para su crecimiento. Algunos efectos nocivos de las dietas en los adolescentes son:

- En las niñas, las dietas sin supervisión médica pueden ser causa de menstruación interrumpida
- En los jóvenes, el desarrollo normal de los músculos es alterado.
- La falta de calcio, fósforo y vitamina D es una de las principales causas de la osteoporosis en el futuro (Papazian, 1994).

Sin embargo, estos hábitos alimentarios perjudiciales pueden ser corregidos, aprendiendo nosotros mismos y enseñando a las adolescentes a prestar atención y a regirse por los verdaderos signos internos del hambre mandados por nuestro cerebro y comiendo sólo lo que de verdad necesitamos comer, siendo posible prevenir así muchos de los conflictos que surgen en las chicas adolescentes. Algunos consejos que deben seguirse para un normal funcionamiento del centro del hambre son:

1. *Comer únicamente al sentir hambre.* La mayoría de las personas comen a horas reestablecidas, que pueden guardar o no relación con su necesidad real de alimentarse.
2. *No anunciar la comida.* Es recomendable preguntar si ya tienen hambre o que desean comer ya que la comida debe ser seleccionada a gusto de todos o si no por turns, eligiendo cada día un menú diferente.
3. *Comer concentrándose en la ingestión de los alimentos, si puede ser en silencio y sin la televisión.* Esto para captar los mensajes que envía nuestro centro del hambre y logremos reconocer el momento en que quedamos satisfechos. Por otro lado, la hora de la comida no es la mejor oportunidad para que el matrimonio realice sus discusiones ya que muchas de las aversiones a la comida de las adolescentes surgen tras contemplar durante años estas discusiones a la hora de comer, pues según la teoría de los reflejos condicionados, asocian ingestión de alimentos con sentimientos negativos de angustia y desasosiego.
4. *No rechinar a sus hijos por dejar comida en el plato cuando ya no puedan más.* Lo razonable, es empezar a servir raciones más pequeñas; de este modo el que tenga más apetito podrá repetir y quien se sácie con menos no tendrá que desperdiciar nada ni se sentirá culpable por no comerse todo (Rice, 1997).

5. *No enseñe a sus hijos a utilizar la comida como una fuente sustituta de placar, amor o apoyo moral.* Ya que su centro del apetito asociará su ingestión de alimento con el "consuelo psicológico", y esto es el origen de la bulimia y la ingesta compulsiva de alimentos. Ya que se ha observado que en personas con trastornos de la alimentación anteponen los deseos y necesidades de los demás a los suyos, pues de lo contrario, no consiguen el afecto y la aprobación necesaria para sobrevivir (Alvarado, 2000).
6. *No emplee la comida como arma.* Nunca hay que relacionar la comida con el castigo ni con las recompensas, pues este tipo de actitud por parte de los padres acarrea a la larga, graves disrupciones en el mecanismo de control del apetito (Gómez, 1996).

Cuando se trata de comenzar una dieta o de llevar un control del régimen alimenticio por medio de programas que se han puesto de moda sin la supervisión de un médico o dietista certificado, los efectos para la salud pueden resultar no solamente perjudiciales sino permanentes, especialmente en los años de la adolescencia (Papazian, 1994). Una adolescente al hacerse cada vez más consciente de su peso corporal, aprende que puede controlar su ganancia de peso autoimponiéndose un régimen o utilizando otros métodos, como laxantes o diuréticos, que le ayudan a impedir que se adsorban los alimentos consumidos, algunas adolescentes llegan a estar tan preocupadas y obsesionadas con este tema de la comida y el control de peso que su comportamiento alimentario termina por salirse de lo normal y pueden acabar siendo víctimas de la bulimia o la anorexia (Gómez, 1996).

Un estudio nacional auspiciado por el Centro de Prevención y Control de Enfermedades en el que participaron 11,631 estudiantes de escuela secundaria, reveló que más de la tercera parte de las niñas participantes creían tener exceso de peso, comparadas con menos del 15 por ciento de los jóvenes. Más del 43 por ciento de ellas reportaron haber empezado diferentes tipos de dieta, aunque la cuarta parte no estuvo de acuerdo. El estudio demostró también que los métodos usados para adelgazar, habían omitido comidas, tomando pastillas para controlar el apetito, o provocando el vómito después de comer (Papazian, 1994).

Todo ello se evitaría si ya desde la infancia la madre supiera inculcar en su hija el sentido de su propia especificidad biológica y el sentido de propiedad y responsabilidad de su propio cuerpo. Ya que si la madre nos permite creer que nuestro cuerpo nos pertenece sólo a nosotras, y que por lo tanto somos responsables de lo que le ocurra, entonces todo lo que hagamos con nuestro cuerpo, una vez adultas, no está en función de buscar la aprobación externa ni de adecuarnos a las normas estéticas imperantes, sino que obedecerá tan sólo a los dictados de nuestra propia y específica psicología (Gómez, 1996).

La angustia que se maneja alrededor de la alimentación es asimilada por los preadolescentes que de acuerdo con las investigaciones realizadas por la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré en 1996 y 1997 está repercutiendo en los niveles educativos básicos en donde tanto los niños como las niñas a edades muy tempranas ya comienzan con los problemas de conductas alimentarias desviadas, que pueden ser el preludio a la costumbre de hacer dietas y a la bulimia o anorexia (Galicia y Vargas 2000).

Gómez Pérez-Mitré y Ávila (1998), realizaron una investigación sobre los escolares mexicanos preadolescentes que hacen dieta con propósitos de control de peso, encontrando que existen factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más reconocido es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso, en la cual encontraron que niños tan jóvenes realizan dieta intencional en una proporción preocupante (121 niños de 487).

4.7. El Fenómeno Rebote

Cuando un organismo acaba de perder una cantidad apreciable de kilos bajo la presión de un régimen eficaz, aparecen muchas reacciones que confluyen a hacerle retomar el peso perdido como lo son:

- Agudizar la sensación de hambre responsable del comportamiento de apetencia hacia el alimento.
- Reducir el gusto energético. Razón por la cual después de los regímenes adelgazantes, la mayoría de los pacientes se quejan de volverse friolentos, ya que es la consecuencia de la reducción de gastos relativos a la combustión de calorías. Esto explica como la fatiga; la memoria y el trabajo intelectual se resienten igualmente, la necesidad de reposo y sueño, fuentes de economía se vuelven más imperiosos, los cabellos y las uñas crecen menos. En resumen, luego de una pérdida de peso el organismo hiberna para adaptarse.
- Asimila mejor las calorías y extrae de ellas el mayor provecho; es decir, un individuo que ordinariamente extraía 100 calorías de un pan de leche llegará a sobreasimilar 120 ó 130 (Dukan, 1986).

Capítulo V

Trastornos de la Alimentación y Factores de Riesgo

5.1. Antecedentes históricos de los trastornos de la alimentación.

Los trastornos de la alimentación se consideran, junto con el sida, como una de las patologías más emblemáticas de nuestro tiempo. Sin embargo, la actual "epidemia" de anorexia debería ser el punto de partida de una reflexión sobre el pasado, pues nuestra forma de vida actual es, en buena parte, el resultado de opciones realizadas por las mujeres y hombres que nos han precedido, y reproducidas a veces en cierta forma, por los seres humanos de las sucesivas generaciones (Gómez, 1996).

Desde antiguo, en la historia de nuestra cultura, y recogido abundantemente tanto de forma escrita como iconográfica, encontramos conductas alimentarias desordenadas. El sobrepeso era signo de salud, belleza y poder. Quizás por esta razón en la antigüedad los banquetes en donde se comía y bebía con exageración, tuvieron antes que social un marcado carácter sagrado; durante estos ágapes el vómito era un remedio usual para reiniciar la comida (Feinstein y Soroosky, 1986).

Un número creciente de mujeres religiosas se entregan a prácticas ascéticas de todo orden, siendo el ayuno una de las más difundidas, contra las fuerzas del mal. La privación de alimento preservaba influencias demoníacas y garantizaba una cierta pureza. Jesús mismo practicó y recomendó el ayuno. Mantenerse sin comer era, pues comúnmente considerado como un signo de santidad (Toro, 1996). Desde la Edad Media existen antecedentes sobre la anorexia, ya que las monjas seguidoras de San Jerónimo se imponían un ayuno voluntario hasta estar demasiado delgadas y perder la menstruación (Turón, 1997).

Las santas -desde Santa Clara de Asís en la Edad Media hasta Teresa de Jesús- desafiaban los ayunos y dietas autorizados por la Iglesia. La pureza y la santidad estaban asociadas para ellas a estados místicos de privación que se expresaban principalmente en un comer-nada que las hacía sospechosas de estar poseídas, ¿Por Dios, o por el diablo?. Los confesores se devanaban los sesos intentando responder a esta pregunta (Raimbault y Eliacheff, 1991). ¿Cuántas de los cantanaras de miles de jóvenes acusadas de posesión diabólica durante los siglos XVI y XVII que murieron quemadas en las hogueras de la Inquisición habrán sido esqueléticas?. Muchas históricas del siglo XIX tampoco podían comer y vomitaban si se les forzaba a hacerlo. Pero casi ninguna llegó a morir de inanición, salvo aquellas afectadas por graves mielenocías (Morandé, 1999).

Según Bell, (1985 citado en Guillemot y Lussaire, 1994), el modelo anoréxico-religioso comienza su apogeo hacia el año 1500, tras un periodo largo de sospechas como herejes, pues "viven de un fuego interno", más que de "alimentos terrestres". La santa se convierte entonces ante todo en una mujer que sufre, y el modelo anoréxico se progresivamente abandonado en el camino que lleva a la santidad.

La primera comunicación del trastorno de anorexia se debe al médico italiano Simón Forta y es del año 1500. Pero según ha descubierto Halmi (1980 citado en Bákal, 1992), existe un caso documentado anterior: en el siglo XIII, en Hungría, discutió la vida de una famosa ayunadora voluntaria, la princesa Margarita, quien al ingresar en un convento dominicano no probaba bocado. Tras servir a sus hermanas el almuerzo, se retiraba para entregarse a sus plegarias, mientras aquellas comían y nunca permanecía inactiva (Halmi, 1994 citado en Toro, 1996).

Uno de los primeros casos es el recogido por Mexico en 1613 y citado por Morgan en 1977. Turon, (1997) cita el caso de Jane Balan, de 14 años, de la que se dijo que había estado durante tres años sin comer ni beber. Al parecer durante este tiempo no menstruó, orinó ni defecó. El cuadro se inicia en 1599 tras un episodio febril con vómitos, a continuación aparece un estado de mudez y posteriormente Jane presenta un episodio delirante, hay parálisis de los miembros y nadie consigue hacerla comer. Seis meses más tarde recupera el juicio pero persiste el rechazo a la alimentación, su aspecto físico es extraño, "su abdomen esta depauperado y sin vísceras, pero sus muslos, senos y cara son bastante carnosos"

(Fernández y Turón, 2001).

En 1689, aparece el libro *Physiologia*, seu *Exercitationes de phthisis*, su autor Richard Morton (Turón, 1997), describe por vez primera el cuadro clínico de la anorexia nerviosa con una precisión admirable, anorexia; pérdida de peso, amenorrea, estreñimiento e hiperactividad. No encuentra signos físicos que justifiquen el cuadro y lo atribuye a la tristeza y las preocupaciones, lo define como una "consunción nerviosa" (Silverman, 1985 citado en Turón, 1997).

En los casi 200 años posteriores se hacen frecuentes las referencias a cuadros anoréxicos, las descripciones son similares y se catalogan como: atrofia nerviosa por Whytt, 1764, (Toro, 1996) o delirio hipocondríaco por Marcé, en 1859 (Belloch y Sandin, 1996). En 1790, Robert Willam, considerado el padre de la dermatología inglesa publicó "un remarkable caso de abstinencia" (A remarkable case of abstinence), en el que relata la trayectoria clínica de un joven que ayuno, durante 78 días a causa de ciertas "nociones erróneas sobre religión". Durante este tiempo se alejó de todo contacto social, dedicándose a copiar la Biblia hacia los 60 días de ayuno incurrió en una crisis de voracidad finalizada con vómitos. Murió pocos días después (Silverman, 1990 citado en Toro, 1996).

Entre 1870 y 1900 se produce el cambio que conduce a hablar generalmente de las "muchachas ayunadoras". Ernest Charles Laségue (Flores, 2000), publica su artículo "De l'anorexie hystérique" (La anorexia histérica), en el que describe la conducta de un paciente típico (Laségue, 1873 citado en Toro, 1996). Así mismo, señala que las anoréxicas por lo general procedían de familias con voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en ellas. William Withey Gull, describió el trastorno padecido por muchachas que, sufriendolo, podían caer en un estado de inanición (Feinstein y Sorsky, 1988).

En un breve escrito a 1873, Gull había utilizado el término "apepsia histérica". En su artículo definitivo cambia "apepsia" por "anorexia", al creer que en el trastorno se produce una falta de apetito y no un trastorno digestivo. Asimismo rechazó el término "histérica" sustituyéndolo por "nerviosa" al negar la implicación del útero en la anorexia y defenderla del sistema nervioso. Además señalaba que el trastorno también podía afectar a varones. La supuesta falta de apetito se debería a un estado mental mórbido (Schölze, 1983). Habermas, ha demostrado que el miedo a engordar se recoge en la literatura sobre anorexia nerviosa desde finales del siglo XIX y en la dedicada a la bulimia sólo desde la primera mitad del XX (Guillemont y Laxenaire, 1994).

Fue el gran psiquiatra francés Pierre Janet quien dio un nuevo impulso al análisis y descripción del trastorno (Janet, 1903; citado en Toro 1996) describiendo dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva, se mantendría la sensación de hambre. La paciente se mostraría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar, desarrollarse y hacerse mujer. La persecución de la pérdida de peso la conduciría a excesos en el ejercicio físico. La forma histérica, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real del apetito, se acompañaría de parestesias, sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vómitos y regurgitaciones. Incurrirían en una actividad física excesiva en orden a negar su fatiga (Guillemont y Laxenaire, 1994). Tras un periodo en que la mayoría de los autores consideraban las causas de la anorexia de origen "nervioso", en 1914 Simmonds a partir de estudios necróscopicos describe la carencia hipofisaria y abre paso a aquellas teorías que refieren a la anorexia con la patogenia endócrina (Toro, 1996).

En el Simposio de Göttingen, en 1965 (Barcia y Ruiz, 1994), se elaboran tres conclusiones básicas: 1) La enfermedad esta en relación con las transformaciones de la pubertad, 2) El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria, 3) La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los procesos neuróticos.

Hilde Bruch, en 1973, destaca la importancia de los trastornos de la imagen corporal y las dificultades de interpretación de los estímulos metabólicos. Propuso dos tipos de anorexia: primaria y secundaria. Las características básicas de la anorexia primaria serían la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de

ineficacia, hallándose la paciente, bajo la influencia de un "foco de control", externo. La anorexia secundaria o atípica implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación tienen interpretaciones simbólicas erróneas (French, 1999).

Posteriormente, Russell, en 1970 y 1977 (citados en Toro, 1996), intentó simplificar y concertar las tendencias más biológicas, que ponían énfasis en el papel del hipotálamo en la génesis de la enfermedad, con las psicológicas y sociológicas. Resumiéndolo de la siguiente manera:

- ⁴ El trastorno psíquico origina la reducción de la ingesta y la pérdida de peso, esto es causa de un trastorno endócrino.
- ⁵ La desnutrición agrava el trastorno psíquico, agrava la función hipotalámica y producir amenorrea.
- ⁶ Es posible que exista relación entre un trastorno del control hipotalámico de la ingesta y el rechazo de la alimentación, típico de la anorexia nerviosa.
- ⁷ El trastorno hipotalámico podría afectar las funciones psíquicas, dando lugar a actitudes anómalas hacia la comida, imagen corporal y sexualidad.

Mara Selvini Palazzoli, plantea la trascendencia de la dinámica familiar, en la medida en que la familia, según ella, es el principal agente transmisor de aquellos valores y prácticas sociales. Sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones porque, pese a la retórica de su independencia, aquellas continúan estando sujetas a un mucho más control familiar que los chicos (Barcia y Ruiz, 1994). El alimento y las comidas constituyen elementos susceptibles de simbolizar estas luchas y conflictos concretados en el medio familiar (Rodin, 1992). A partir de los años 50 y después de que se reconociera plenamente la anorexia como una enfermedad psicosomática, se reconoció el papel patológico de la familia, proponiéndose un abordaje psicoterapéutico no de la paciente aisladamente, sino de lo que Minuchin (1986) denominó la "familia psicosomática".

Como en tiempos antiguos hoy en día se sabe de personajes famosos que padecen problemas graves a causa de llevar las dietas a extremos peligrosos. Tal vez alguna vez hemos escuchado la historia de Karen Carpenter, una cantante famosa, que tenía una voz privilegiada y era una mujer muy bella. Un día leyó un artículo en el periódico donde la calificaron de gordeta, esto le afectó mucho y decidió bajar de peso a como diera lugar. Tomó laxantes, se provocó el vómito y dejó de comer, se fue debilitando poco a poco, entro a una clínica de rehabilitación pero era demasiado tarde el daño era irreversible y murió víctima de una falla cardíaca. Igualmente Lady Diana, Jane Fonda o la bailarina del Boston Ballet, Heide Guenther, quienes han sido víctimas de estos trastornos de la alimentación (Méndez, 1994).

Parece existir un consenso incierto respecto al carácter "moderno" del síndrome bulímico. En 1932, Wolff describe un síndrome particular caracterizado por la alternancia de períodos de ascetismo y de voracidad insaciable, estableciendo ya de este modo implícitamente la relación entre anorexia y bulimia. Desde 1973, H. Bruch, plantea la posibilidad de que se den ingestas alimentarias compulsivas en sujetos normoponderales, que califica de "gordos-flacos". A continuación, Rau y Green (1975) describen "una conducta bulímica impulsiva" sin referirse a la obesidad o a la anorexia. Boekind-Lodhal (1976) y Sirlin (1977) presentan un síndrome dominado por los episodios de sobreingesta, al que denominan "bulimarexia". En cuanto a Palmer (1979), llama "síndrome de caos alimentario", caracterizado por accesos de bulimia (citados en Guillemot y Lussaire, 1994). En 1979, Gerald Russell fue el primero en utilizar el término "bulimia nerviosa" en un artículo que describía un grupo de 30 pacientes con síntomas de bulimia (Kanarek y Marks-Kaufman, 1994).

Para Stein (1968 citado en Feinstein y Sorosky, 1968), la bulimia existía ya en los siglos precedentes y presenta como pruebas de ello las menciones que se hacen al respecto en la literatura antigua. Antiguamente los romanos preparaban grandes banquetes en los cuales los comensales se repantigaban y engullían los alimentos, para luego estimular la garganta con plumas o ingerir eméticos, vomitar y reinciar su glotonería. Stunkard, Grace y Wolff (1955 citados en Feinstein y Sorosky, 1968) fueron los primeros en describir una norma de bulimia en pacientes obesos.

Como síntoma, la Bulimia, describe episodios incontrolables de comer en exceso. Como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. Galeno describió ya la "fymos orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. A finales de los años 70 fue descrita y traducida como el síndrome de purga y atracones o *bulimarexia*. Aparece por primera vez en 1980 con la denominación de bulimia y, finalmente se adopta el término de Bulimia Nerviosa en 1987 (Feinstein y Sorosky, 1988).

Así desde que el hombre se volvió sedentario, los trastornos de la alimentación se hicieron presentes (anorexia, bulimia y obesidad). Incluso, los estudios realizados sobre figurillas de mujer del periodo paleolítico alto encuentran que la mayoría de ellas eran obesas, muchas incluso esteatopigicas y con frecuencia aparentaban estar embarazadas (Brown, 1992 citado en García, 2002).

Cuando el ser humano empieza a comer en exceso, surgen diversos desórdenes. En la edad media, la religión cristiana influyó fuertemente en las actitudes hacia la comida y el peso corporal. Por un lado, la obesidad es un regalo de Dios (y probablemente poco común, ya que la comida era escasa y las plagas frecuentes), por otro, la gula se consideraba un pecado capital. En el infierno de Dante, uno de los círculos estaba destinado a los glotoneros (Gama, 1999 citado en García, 2002). El conocimiento de los peligros de la obesidad para la salud se remonta casi a los principios de la ciencia médica. En el siglo IV a.C., Hipócrates observaba: "la muerte súbita es más frecuente en los obesos por naturaleza que en los delgados" (Kanarek y Marks-Kaufman, 1994).

Asimismo, la obesidad ha sido relacionada con estrato socioeconómico alto y también ha sido considerada como símbolo de belleza, e inclusive, con gran valor erótico; hace aproximadamente 2000 años a.C. la Venus de Milo fue esculpida e inspirada por un modelo que indudablemente tenía un exceso de grasa corporal, sin olvidar a las modelos obesas que impregnaban las obras de Rubens y Boticelli (Saldaña y Rossell, 1988). Actualmente la obesidad se concibe de manera distinta, pues se considera que una figura esbelta es bella y saludable, mientras que el exceso de grasa reconsidera como indeseable, vergonzosa y símbolo de fealdad.

Debemos entender estos trastornos como de causa multifactorial, en la que intervienen factores psicológicos, biológicos, sociales y culturales que en un momento determinado, biográfico y evolutivo, actúan determinando la aparición de la enfermedad (Rodríguez, 1993).

5.1.1. ¿En qué consisten los trastornos del comer?

Se considera un trastorno de la ingesta cualquier relación impropia con la comida o una grave desviación de los hábitos alimenticios cuyas repercusiones afecten a la salud tanto física como psíquica de la persona (Gómez, 1996).

Un *Trastorno en la Alimentación* es una enfermedad conductual devastadora, causada por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Producidas por una acción recíproca compleja de factores, que puede incluir trastornos emocionales y de la personalidad, presiones familiares, una posible sensibilidad genética o biológica y una cultura en la que existe una sobreabundancia de comida y una obsesión con el estar delgado (la comida se vuelve el centro de atención para la persona) (Alvarez y Meni, 2001).

Un trastorno de la alimentación es un trastorno psicológico, que comporta graves anomalías en el comportamiento de ingesta. Los trastornos más conocidos se categorizan en general como bulimia nerviosa, anorexia nerviosa y trastornos del comer no especificados de otra manera (Raich, 1998). Estos trastornos no son nuevos, aunque constituyen un tipo de problemas que en las últimas décadas ha aumentado considerablemente, afectando de manera primordial, a personas jóvenes y de sexo femenino (Méndez, 1994).

Si bien clínicamente se pueden clasificar distintas alteraciones, el elemento común está dado por la intención de disminuir el peso corporal, independientemente de cual sea. Esto lleva a cambios o alteraciones del comportamiento tales como: una alimentación que no cumple con las necesidades básicas del organismo, y esto puede darse a través de una negativa a comer todo tipo de alimentos o sólo un grupo de ellos; o por el contrario, alimentarse con grandes cantidades de comida generalmente en cortos espacios de tiempo y esto acompañado por la sensación de no poder controlarse (Álvarez y Meni, 2001).

La persona que sufre desórdenes de la alimentación, niega la severidad del mismo, siente que tiene el control sobre el trastorno. Está ciego, y es el desorden de la alimentación el que controla su vida. Recién cuando se ve el impacto sobre la vida de quien lo padece, se advierte, que no hay nada bajo control. El individuo nunca consulta; es la familia, los amigos o el colegio los que deben de actuar (Stáizer, 2000).

Estos trastornos son graves y afectan por lo general, a las mujeres mucho más que a los hombres y en preferencia en la etapa adolescente o preadulta. Suelen asociarse con psicopatología grave e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo y de estudio (Raich, 1998).

5.2.1. ¿Por qué se dan, en general, en la adolescencia?

La aparición de estas enfermedades relacionadas con la alimentación se dan especialmente en la adolescencia, entre los 14 y los 20 años, ya que es una etapa en la que el cuerpo se está desarrollando y cambiando abruptamente y la imagen mental que tenemos del propio cuerpo es más lenta que su evolución biológica (Beker, Benedetti y Goldvarg, 1996). La responsabilidad de que un adolescente enfermo recaiga es en parte de la publicidad y los medios, que muestran modelos perfectos del hombre y la mujer, delgados y bellos, o de la misma familia, pero lo cierto es que ambos núcleos sustentan, por así decirlo, la evolución que realiza la enfermedad en un adolescente en plena formación física y psíquica, y son a la vez quienes pueden ir erradicando la enfermedad de quienes la padecen y de toda la sociedad (Méndez, 1994).

Durante la etapa adolescente, aproximadamente a los 14 años, cuando el adolescente necesita volverse más independiente y entablar relaciones fuera de la familia, por un lado requiere independizarse; por el otro teme romper ese lazo, algunas veces riguroso con la familia. A menudo en estas familias, los padres involuntariamente hacen esta transición aún más difícil. En esas familias crecen en un ambiente en el cual, si a caso, hay pocas salidas saludables para la expresión emocional. Cuando estos sentimientos y frustraciones se acumulan, entonces el adolescente recurre a la comida como forma de enfrentarse a los sentimientos displacenteros (Sherman y Thompson, 1999). Así mismo la imagen que tienen de sí mismos se distorsiona de tal manera que desfigura el tamaño y forma de algunas partes o de todo su cuerpo (Turón, 1997). Extendiendo un mayor riesgo de bulimia y otros trastornos emocionales entre las niñas que experimentan una pubertad temprana, cuando las presiones en los adolescentes se intensifican aún más por la atención que provoca ansiedad en sus cuerpos cambiantes tempranos (Igoin, 1986).

Schütze (1983) describe la aparición de trastornos de la alimentación asociada a la edad y al tipo de conflictos que pueden ocasionarlos. De esta forma en los niños pequeños que no han sufrido todavía los trastornos emocionales de la adolescencia, la pérdida de apetito puede estar causada por algo que ha ocurrido a su alrededor, más que por una perturbación interior (Pearce, 1995). La aparición se presenta con la existencia de un conflicto (rechazo) con la madre. De los 11 a los 14 años, son principalmente generados los problemas en la alimentación por la aparición de los caracteres sexuales secundarios, la aparición de los senos, de las menstruaciones, así como el cambio general del aspecto físico. A partir de los 15 años los conflictos son con la integración de la sexualidad en la propia personalidad, así como en el esfuerzo de separarse de los padres (Schütze, 1983).

Estas enfermedades pueden aceptarse como de origen en el seno mismo de la familia, y que pueden actuar como síntoma de conflictos internos, personales y de tensiones en las interrelaciones padres-hijos-hermanos. Esta problemática bio-psico-social debe alertar a los adultos en general y a los padres en

especial acerca de los adolescentes inmersos dentro de los pseudomodelos y valores vigentes en nuestra cultura de hoy (Morandé, 1999).

5.2. ANOREXIA NERVOSA

5.2.1. Definición de Anorexia Nervosa

Anorexia del griego *an*, privativo y *orexis*, deseo: significa etimológicamente falta anormal de ganas de comer; "hambre de nada", "sin hambre", sin deseo (Martínez-Fornés, 1995). Trastorno crónico de la conducta alimenticia que se caracteriza por la pérdida de peso voluntaria, miedo a la recuperación de peso, alteraciones metabólicas, tanto psicológicas como fisiológicas, predominando en las mujeres, junto con síntomas neuróticos graves (Beltrán, Chlúvez y Fukushima, en prensa).

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en las muchachas adolescentes jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia (CIE-10, 1992).

Trastorno de la conducta alimenticia, caracterizado por limitaciones dietéticas autoimpuestas, conducta dirigida a la pérdida de peso, patrones peculiares de preparar los alimentos, pérdida de peso, intenso miedo a recuperar el peso, alteraciones de la imagen corporal y, en las mujeres se presenta amenorrea (Kaplan, Sadock y Grebb, 1997).

La anorexia nerviosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía sufren amenorreas (DSM-IV, 1995).

5.2.2. Clasificación

El DSM-IV (1995), distingue en la Anorexia Nervosa dos subtipos:

•Anorexia Nervosa Primaria

En este grupo el síntoma que se presenta es el temor a engordar.

1. **Distorsión de la imagen corporal.** En estos casos la adolescente presenta una percepción errónea de su talla es percibida como exagerada y aunque su apariencia es esquelética, para la adolescente nunca está lo suficientemente delgada.
2. **Falla en la percepción de las funciones corporales.** Es característico del cuadro el rechazo a la comida junto a la frenética preocupación por esta, las sensaciones de hambre son negadas.

En su esfuerzo por remover la indeseable comida de su cuerpo, los pacientes abusan de los laxantes, diuréticos, enemas y vómitos autoinducidos, culminando en un desbalance electrolítico, que puede ser fatal. Otra manifestación característica de la falsa percepción del cuerpo es la hiperactividad y la negación de la fatiga. Paradójicamente su sentido de alerta puede considerarse como distorsionado. Lo mismo puede decirse de las funciones sexuales que se encuentran totalmente negadas.

3. **Ineficiencia.** La experiencia de la anoréxica es la de actuar solo en respuesta a las demandas de otros, y nunca a las propias. Su profundo sentimiento de ineficacia parece contrastar con su vigorosa conducta y con los reportes de su desarrollo temprano.

• **Anorexia Nervosa Secundaria**

En este grupo existe un deseo permanente de permanecer enfermo, en un rol dependiente en contraste con la lucha por la identidad independiente que permanece en la Anorexia Nervosa Primaria.

Existen subtipos de Anorexia que especifican la presencia o ausencia de atracones o purgas:

Tipo restrictivo. La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Estas personas no recurren a atracones o purgas. Estas personas suelen caracterizarse por un mayor perfeccionismo, rigidez, hiperresponsabilidad y sentimientos de ineficacia (Chinchilla, 1994).

Tipo compulsivo purgativo. La persona recurre a atracones o purgas o a ambos a la vez. A diferencia de las del tipo restrictivo, tiene más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol u otras drogas, de manifestar más labilidad emocional (cambios bruscos de humor) y de ser activos sexualmente. Además, generalmente presentan historia de obesidad y sobrepeso premórbido (Chinchilla, 1994).

5.2.3. *¿Cuáles son los síntomas principales?*



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Hay diversas maneras de detectar la enfermedad, entre las cuales cabe destacar las siguientes:

Chinchilla (1995) Martínez-Fornés (1995), y Raich (1998), Papalia y Wendkos (1997); mencionan conductas características de la Anorexia Nerviosa:

- Realizar dietas muy severas: comer extremadamente poco, evitando ciertos alimentos por considerarlos "prohibidos".
- Rituales obsesivos en la alimentación: a) desnuzar los alimentos en porciones excesivamente pequeñas, saboreándolos lentamente, para finalmente haber ingerido una escasa cantidad en el mismo lapso de tiempo asignado a la comida. b) preparar comida para otras personas con el objeto de "llenarse visualmente", c) controlar permanentemente las calorías ingeridas (memorizar las calorías de cada alimento según tablas, escudriñar los envases, utilizar calculadora, llevar agenda calórica)
- Evitar concurrir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.
- Actividad física excesiva.
- Esconder su cuerpo bajo ropa muy holgada, evitando trajes de baño.
- Usar colores oscuros en la vestimenta, los que lo hacen parecer más delgado.
- Abuso de edulcorantes.
- Pesarse varias veces al día, desnudo y con balanzas exactas. Tener balanza propia, comparando con otras.
- Ayunar periódicamente, en ocasiones durante varios días.
- Constante preocupación acerca de la comida. Discurso monotématico; las conversaciones giran alrededor de ciertos temas recurrentes: las calorías, el peso, las dietas.
- Contemplarse a sí mismo en toda circunstancia en que se halle frente a un espejo, vidrio o cualquier superficie que refleje su imagen. Análisis exhaustivo de las formas corporales (Chinchilla, 1995, p: 23; Martínez-Fornés, 1995, p: 17; Raich, 1998, p: 32; Papalia y Wendkos, 1997, p: 362).

Martínez-Fornés (1995), French (1999), Pearce (1995) y Chinchilla (1994); mencionan los signos fisiológicos corporales-síntomas

- Disminución de peso significativa con atrofia muscular y prominencias óseas (ej.: costillas y escápulas visibles).
- Excesiva sensibilidad al frío, en pies y manos
- Piel pálido-amarillenta, reseca. Puede haber acné y pérdida significativa del cabello, debido a anemia y trastornos hormonales.
- Debilidad y mareos, se cansan fácilmente
- Palpitaciones. Ritmo cardíaco alterado, hipotensión.
- Calambres musculares.
- Halitosis (mal aliento).
- Agrandamiento de las glándulas parótidas.
- Constipación.
- Cicatrizaciones lentas en cortes y heridas.
- Meteorismo (gases intestinales).
- Trastornos auditivos (sensación de un "eco") por pérdida del tejido graso en áreas específicas del oído.
- Propensión a las infecciones debido a inmunodeficiencia (anginas a repetición, bronquitis, resfriados frecuentes, ganglios palpables) (Martínez-Fornés, 1995, p: 18; French, 1999, p: 22, 23; Pearce, 1995, p: 11, 12; Chinchilla, 1995, p: 25).

Álvarez y Meni (2001), Martínez-Fornés (1995) y Schütze (1983), describen los trastornos en la esfera psíquica

- Alteraciones en el carácter: ira, irritabilidad, agresividad.
- Inseguridad, sensación de incapacidad para desempeñarse en innumerables tareas (ejemplo: conducir automóviles, disertar en público, rendir exámenes).
- Sentimiento de culpa y autodesprecio tras la ingesta de comida.
- Ansiedad desmedida. Frecuentes casos de tabaquismo.
- Insomnio.
- Aislamiento social.
- Desinterés sexual.
- Dificultad de concentración y aprendizaje (Álvarez y Meni, 2001, p: 9-10; Martínez-Fornés, 1995, p: 19; Schütze, 1983, p: 32).

Flores (1996, citado en Maldonado, 1998), a través de su experiencia con pacientes anoréxicas, menciona que el consenso acerca de los signos de la enfermedad apunta a que ésta se manifiesta y articula en torno a la negación. Negación a mantener el peso ideal, negación de la seriedad del peso corporal actual, negación de la feminidad, negación de la madre, negación de su rol sexual, etc., los cuales son constantes en el discurso anoréxico.

5.2.4. Diagnóstico de la Anorexia Nervosa

Durante muchos años, el diagnóstico se basaba en los criterios de Feighner (1972 citado en Kanarek y Marks-Kaufman, 1994) en los cuales se encuentra:

- Pérdida de peso del 25 al 15% del peso ideal o esperado
- Miedo intenso a ganar peso o engordar a pesar del peso excesivamente bajo
- Trastornos en la forma en que se tiene conciencia del peso, tamaño o forma del cuerpo
- Comienzo antes de los 25 años
- Distorsión de la actitud hacia la comida, los alimentos
- Ausencia de enfermedad clínica
- Ausencia de otro trastorno psiquiátrico

- Al menos dos de las manifestaciones siguientes:
 - Amenorrea
 - Vello tipo lanugo
 - Bradicardia (pulso en reposo de 60 latidos por minuto)
 - Periodos de hiperactividad (Kanarek y Marks-Kaufman, 1994, p: 15)

Los criterios diagnósticos más difundidos de Anorexia Nervosa proceden del DSM-IV (1995). De acuerdo a los mismos, la Anorexia Nervosa tiene las siguientes características:

- ✓ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento).
- ✓ Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- ✓ Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales (dismorfobia), exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- ✓ En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

* Especificar el tipo: restrictivo, o tipo compulsivo-purgativo (DSM-IV, 1995, p: 553-559).

5.2.5. Diagnóstico Diferencial

La Anorexia Nervosa debe diferenciarse de pérdida de peso en enfermedades médicas (por ejemplo: neoplasias, entidades metabólicas o endócrinas; incluyendo enfermedades crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales como la enfermedad de Crohn o el síndrome de mala absorción (Beker, Benedetti y Goldvarg, 1996); de la Bulimia Nervosa; de la pérdida de peso en trastornos depresivos (por ejemplo estado de ánimo depresivo o pérdida de interés); de la conducta alimentaria inusual en la esquizofrenia (por ejemplo: ideas delirantes, alucinaciones o lenguaje desorganizado); de las obesiones o compulsiones hacia la comida en el trastorno obsesivo-compulsivo; de la evitación de comer en público en la fobia social; y de la distorsión de la imagen corporal en el trastorno dismórfico corporal (Firts, Frances y Pincus, 1996).

Pueden presentarse síntomas depresivos u obsesivos, así como rasgos de personalidad anormales, lo que tras consigo el problema de diferenciar o utilizar más de una categoría diagnóstica. Deben distinguirse de esta enfermedad las causas somáticas de la pérdida de peso en enfermos jóvenes (Beker, Benedetti y Goldvarg, 1996).

Los criterios de investigación del CIE 10 y los criterios diagnósticos del DSM IV para la anorexia nervosa difieren en diversos aspectos. La CIE 10 requiere específicamente que la pérdida de peso resulte auto inducida mediante la evitación de "comidas grasas" y, en el varón, comparte una pérdida de interés y de la potencia sexual (amenorrea en mujeres), a diferencia del DSM IV donde el diagnóstico de la anorexia nervosa tiene preferencia sobre la bulimia nervosa, la CIE 10 incluye el diagnóstico de anorexia nervosa si se han dado atracones de forma regular (Firts, Frances y Pincus, 1996).

5.2.6. Complicaciones de la anorexia nervosa.

Los pacientes con anorexia nervosa pueden sufrir una muerte súbita secundaria a una taquiarritmia ventricular, el riesgo de muerte aumenta con pérdida de peso mayor del 35%, probablemente a causa de la deficiencia proteica. Como no existe un depósito de reserva proteico, el descenso de la masa magra por la inanición produce una alteración de las enzimas y estructuras celulares esenciales (French, 1999).

En este momento ningún programa de tratamiento para la anorexia nervosa es completamente eficaz. La cardiopatía es la causa más común de muerte en las personas con anorexia severa. El corazón puede desarrollar ritmos de bombeo anormales peligrosos y ritmos lentos conocidos como bradicardia. Se

reduce el flujo sanguíneo y la presión arterial puede descender. Los músculos del corazón llegan a padecer de hambre, perdiendo tamaño. Los niveles de colesterol tienden a subir (Martínez-Fornés, 1995).

Los minerales como el potasio, el calcio, el magnesio y el fósforo se disuelven normalmente en el líquido del cuerpo. El calcio y el potasio son muy críticos para el mantenimiento de las corrientes eléctricas que causan que el corazón lata regularmente. La deshidratación e inanición de anorexia pueden reducir los niveles de líquido y contenido mineral, una enfermedad conocida como desajustes de electrolito, que puede ser muy grave a menos que los líquidos y los minerales se reemplacen (French, 1999).

La anorexia causa niveles reducidos de hormonas reproductivas, cambios en las hormonas de la tiroides y mayores niveles de otras hormonas, como la hormona de estrés cortisol. La menstruación irregular o ausente (amenorrea) a largo plazo es común, lo cual con el tiempo puede causar esterilidad y pérdida de hueso. La pérdida de minerales óseos (osteopenia) y la osteoporosis causada por niveles bajos de estrógeno y aumento de hormonas esteroideas resulta en huesos porosos y sujetos a fracturas. Los pacientes que se rehabilitan a una edad temprana (15 años o menores) tienen mayor probabilidad de lograr una densidad ósea normal. Los niños y adolescentes con anorexia también pueden experimentar crecimiento retrasado debido a niveles reducidos de la hormona de crecimiento (Chinchilla, 1994).

En estas chicas existe una pérdida de densidad ósea, no recuperable ni con un año de tratamiento con estrógenos; ovarios poliquísticos: esterilidad, acné severo, incremento del vello, alopecia, androgenización; déficit de hormonas tiroideas, con la disminución del metabolismo basal (French, 1999).

La persona con anorexia severa puede sufrir daño nervioso y experimentar convulsiones (problemas neurológicos), pensamiento desordenado y cosquilleo, pérdida de sensación u otros problemas nerviosos en las manos o los pies (French, 1999). Dentro de las secuelas psiquiátricas se pueden mencionar: Depresión endógena, y Neurosis/Psicosis maniaco-depresiva (Morandé, 1999).

La anemia es un resultado común de la anorexia y la inanición. Un problema sanguíneo particularmente grave es la anemia perniciosa, que puede ser causada por niveles severamente bajos de la vitamina B12. Si la anorexia se toma extrema, la médula ósea reduce extraordinariamente su producción de glóbulos, una enfermedad potencialmente mortal llamada penciopenia (French, 1999). Así mismo French (1999), y Martínez-Fornés (1995), refieren los problemas gastrointestinales, (inflamación y estreñimiento) como problemas muy comunes en las personas con anorexia.

5.3. BULIMIA NERVOSA

5.3.1. Definición

Bulimia procede del griego *bous*, buey y *limós*, hambre. Hambre de buey, hambre canina. Se trata de un apetito voraz e insaciable, acompañado de malestar y angustia, que obliga a comer en exceso y apísta. A diferencia de la anoréxica, la persona bulímica tiene "deseo" de comer (Martínez-Fornés, 1995). El hambre de la bulimia es insaciable, pues no corresponde a una necesidad física, sino psicológica (Gómez, 1996).

La bulimia es una enfermedad de causas diversas (psicológicas y somáticas), que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión para comer con otros de dietas abusivas, asociado a vómitos y la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos) con la finalidad de eliminar todo lo ingerido, para evitar los efectos engordantes de la comida (French, 1999).

La bulimia nervosa es un trastorno del control de la ingesta de alimento, asociado a la idea de no querer engordar, es decir, la persona no se ve gorda (a diferencia de la anorexia), sin embargo tiene pánico a subir de peso. Debido a la forma en que se trata de evitar la integración de los alimentos (vómitos y

laxantes), se puede generar un gran desequilibrio orgánico que incluso puede conllevar graves trastornos del aparato digestivo e incluso desembocar en la muerte (Igoín, 1986).

La bulimia es un trastorno de la alimentación que se manifiesta en mujeres jóvenes previamente sanas (Pearce, 1995). El bulímico es un comedoro compulsivo que come hasta hartarse y luego se siente culpable y se induce el vómito o ingiere laxantes, es un síndrome oculto ya que desde que se inicia hasta su conocimiento pueden transcurrir entre 3 y 5 años, debido a que las personas mantienen su peso normal. Estas personas presentan bruscos aumentos y descensos de peso, mantienen su conducta en secreto, se preocupan por no subir de peso y tienen como meta un peso irreal (Marsellach, 1996). El vómito es autoinducido y generalmente se produce cada día (Balbuena, 2002).

5.3.2. Clasificación

Chinchilla (1995) y Marsellach (1998), distinguen dos subtipos en la Bulimia Nervosa:

1. **Tipo "Purgativo":** la persona usualmente se autoinduce el vómito o abusa de enemas, laxantes y/o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
2. **Tipo "No purgativo":** la persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio excesivo, pero no se provoca el vómito ni abusa de enemas, laxantes y/o diuréticos.

5.3.3. ¿Cuáles son los síntomas principales?



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Martínez-Fornés (1995), Chinchilla (1994) e, Igoín (1986); describen las conductas características de la Bulimia Nervosa

- Evitar concurrir a reuniones donde pueda verse obligado a comer, recurriendo a todo tipo de excusas, a veces ridículas.
- Actividad física excesiva (no es constante), con el único objeto de quemar calorías.
- Abuso de edulcorantes; consumo indiscriminado de goma de mascar sin azúcar.
- Consumo de medicamentos adelgazantes (diuréticos, laxantes, hormonas tiroideas, derivados anfetamínicos, mezclas de productos homeopáticos).
- Pesarse varias veces al día, desnudo y con balanzas exactas. Tener balanza propia, comparando con otras.
- Suele ayunar, aunque no tiene tanta constancia como la persona anoréxica restrictiva pura.
- Almacenar alimentos en distintos lugares de la casa con el propósito -consciente o inconsciente- de contar con ellos al momento de darse el atracón.
- Robar alimentos "hipercalóricos" de las góndolas de los supermercados, en casa de sus amistades, en el trabajo, etc.
- Constante preocupación acerca de la comida. Discurso monotemático; las conversaciones giran alrededor de ciertos temas recurrentes: las calorías, el peso, las dietas.
- Contemplarse a sí mismo en toda circunstancia en que se halle frente a un espejo, vidrio o cualquier superficie que refleje su imagen. Análisis exhaustivo de las formas corporales; compararse con otras personas.
- Visitas al baño después de comer; generalmente se autoprovoca el vómito y, si es descubierto, finge estar "descompuesto" o haber tenido un acceso de tos.

- Circuito autopertuante: dieta-atracción-dieta.
- Terror a engordar (Martínez-Fornés, 1995. pp: 19; Chinchilla, 1994. pp: 20; Igoín, 1986. pp: 17-18).

Álvarez y Meni (2001) describen los signos fisiológicos corporales-síntomas.

- Oscilaciones en el peso.
- Engrosamiento de las glándulas localizadas en el cuello.
- Cara hinchada y agrandamiento de las glándulas parótidas.
- Puede haber roturas vasculares en las mejillas y debajo de los ojos.
- Dolores musculares. Fatiga física.
- Garganta irritada. A veces disfonía (voz ronca).
- Caries. Pérdida de piezas dentarias.
- Caída del cabello.
- Menstruaciones irregulares.
- Vértigo y dolor de cabeza.
- Hipotensión.
- Diarrea y/o estreñimiento.
- Acidez estomacal. Reflujo. Úlcera gástrica o duodenal.
- Anemia.

* Una persona puede esconder una Bulimia debajo de una excelente figura o estando excedida de peso (Álvarez y Meni, p: 8-12).

Martínez-Fornés (1995) menciona los trastornos en la esfera psíquica:

- Cambios en el carácter: depresión, fuertes sentimientos de culpa, repudio de sí mismo. En algunos casos hay alternancia entre euforia y depresión.
- Autocrítica severa.
- Imperiosa necesidad de recibir la aprobación de los demás.
- El nivel de autoestima es inversamente proporcional al peso (ejemplo: se odia por haber aumentado tan sólo algunos gramos).
- Dificultad de concentración y aprendizaje.
- Vida social intensa con intervalos de aislamiento.
- Actividad sexual que oscila de la abstinencia a la promiscuidad.
- Abuso de alcohol y drogas (Martínez-Fornés, 1995, p. 27-29).

Riobó (1999), Álvarez y Meni (2001) refieren las distorsiones cognitivas más habituales en la comida:

- Abstracciones selectivas. Generalizaciones excesivas.
- Magnificación de consecuencias negativas.
- Pensamiento dicotómico.
- Ideas autoreferenciales.
- Pensamiento supersticioso.
- Inferencia arbitraria.
- Uso selectivo de la información.
- Hipergeneralización (Riobó, 1999, p: 21; Álvarez y Meni, 2001, p: 9).

Marsellach (1998) menciona en cuanto al peso y al aspecto físico:

- Pensamiento dicotómico (Soy atractiva o soy fea).
- El ideal irreal (Uso del ideal social como un standard de apariencia aceptable).
- La comparación injusta.
- La lupa (Observar solamente las partes más negativas de la propia apariencia).
- La mente ciega (Minimizar una parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva).

- La fealdad radiante.
- El juego de la culpa (Culpabilizar la apariencia de la propia insatisfacción).
- La mente que lee mal ("No tengo novio porque estoy gorda").
- La desgracia reveladora ("Nunca me amarán a causa de mi apariencia").
- La belleza limitadora.
- Sentirse fea.
- El reflejo del malhumor (traspasar las preocupaciones al propio cuerpo) (psico@ciudadfutura.com).

5.3.4. Diagnóstico de la Bulimia Nervosa

El diagnóstico de Bulimia Nervosa se hace desde un punto de vista clínico. Durante muchos años, el diagnóstico se basaba en los criterios de Feighner (1972 citado en Raich, 1996) en los cuales se encuentra:

- Pérdida de peso del 25 al 15% del peso ideal o esperado
- Miedo intenso a ganar peso o engordar a pesar del peso excesivamente bajo
- Trastornos en la forma en que se tiene conciencia del peso, tamaño o forma del cuerpo
- Comienzo antes de los 25 años
- Distorsión de la actitud hacia la comida, los alimentos
- Ausencia de enfermedad clínica
- Ausencia de otro trastorno psiquiátrico
- Al menos dos de las manifestaciones siguientes:

- Amenorrea
- Vello tipo lanugo
- Bradicardia (pulso en reposo de 60 latidos por minuto)
- Períodos de hiperactividad (Raich, 1996, p: 25).

Los criterios diagnósticos más difundidos de Bulimia Nervosa proceden del DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1995). De acuerdo a los mismos, la Bulimia Nervosa tiene las siguientes características:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nerviosa.

*Especificar tipo: purgativo, o tipo no purgativo (DSM-IV, 1995, p: 559-564).

5.3.5. Diagnóstico Diferencial

Para diagnosticar Bulimia Nerviosa debe diferenciarse de vómitos autoinducidos en enfermedades médicas o consumo excesivo de sustancias; de los atracones en la Anorexia Nervosa (requiere un peso por debajo del 85% del esperado. La Anorexia Nervosa tipo compulsivo/purgativo se diagnostica en vez de Bulimia Nerviosa si los atracones aparecen exclusivamente en el transcurso de la Anorexia Nervosa); De la hiperorexia en trastornos depresivos (o existen síntomas característicos, por ejemplo: estado de ánimo depresivo o pérdida de interés); de los atracones en el trastorno límite de la personalidad (por ejemplo automutilación o relaciones inestables); y de los trastornos de la conducta alimentaria no especificados (categoría propuesta: trastorno por atracones, se caracterizan por atracones en ausencia de utilización regular de mecanismos compensadores inapropiados para contrarrestar los efectos de los atracones) (Firts, Frances y Pincus, 1996).

5.3.6. Complicaciones de la Bulimia Nervosa

Las principales complicaciones de la bulimia son la aspiración, la rotura esofágica o gástrica, el neumomediastino, la hipopotasemia y las arritmias cardíacas. Existen pocos problemas mayores de salud para las personas bulímicas que mantienen el peso normal y no llegan a convertirse en anoréxicas. En general, las perspectivas son mejores para la bulimia que para la anorexia (Balbuena, 2002).

La erosión de los dientes (caries dental, debido a la acción de los ácidos gástricos por la frecuencia del vómito, irritación gástrica, problemas en la piel y pérdida del cabello), cavidades y los problemas con las encías son comunes en la bulimia (Pearce, 1995). Los episodios bulímicos también pueden resultar en la retención de agua e hinchazón e inflamación abdominal (Papalia y Wendkos, 1997).

Ocasionalmente, el proceso de comer excesivo y purgación resultan en la pérdida de líquido y niveles de potasio bajos, que pueden causar debilidad extrema y casi parálisis; esto se revierte cuando se administra potasio. Los niveles peligrosamente bajos de potasio pueden resultar en ritmos cardíacos peligrosos y a veces mortales. Los incidentes de esófagos rotos debido a los vómitos forzados se han asociado con dificultad aguda del estómago e inclusive con ruptura del esófago o el tubo alimenticio. Para vez, las paredes del recto pueden debilitarse tanto debido a la purgación que llegan a salirse por el ano; ésta es una condición grave que requiere de cirugía (French, 1999).

Las mujeres con bulimia están propensas a la depresión y se encuentran también en peligro de comportamientos impulsivos peligrosos, como promiscuidad sexual y cleptomanía, los cuales se han reportado en la mitad de las personas con bulimia. El abuso de alcohol y drogas es más común en las mujeres con bulimia que en la población en general o en las personas con anorexia. Las mujeres con bulimia con frecuencia abusan de los medicamentos sin prescripción como los laxantes, supresores del apetito, diuréticos y las drogas que inducen el vómito (Ipecac). Las pastillas de dieta, inclusive las hierbas y los medicamentos sin prescripción, pueden ser peligrosos si son abusados (Martínez-Fornés, 1995).

Así mismo se presentan relaciones afectivas conflictivas; úlcera de estómago y esófago; muy bajo rendimiento intelectual y físico; riesgo de muerte: entre un 5 y un 15 por ciento de los casos de bulimia y anorexia extremas son mortales (Morandé, 1999).

5.4. Tratamiento para la Anorexia y la Bulimia Nervosas



Evaluación. Antes de que alguien inicie un tratamiento, como paciente interna o externa, debe ser evaluado su estado físico y mental general, la gravedad de su trastorno, la eventual existencia de trastornos concurrentes y de su voluntad para cambiarlos (Álvarez y Meni, 2001).

La entrevista de evaluación ayuda al médico a obtener una idea más clara del estilo de vida de la paciente, su peso actual, historial de dieta y fluctuaciones de peso, hábitos de la ingesta y actitudes hacia el peso y la familia, el marido, el amante o los amigos, y los intereses y ocupaciones exteriores son de interés porque arrojan luz sobre sus habilidades de desempeño, el grado de independencia y la medida de su aislamiento (Álvarez y Meni, 2001).

Pronóstico: La evolución de la anorexia nerviosa es variable, alrededor de la mitad de los pacientes acaban recobrando un peso normal. Un 20% mejora pero sigue teniendo un peso inferior al normal, un 20% sigue anoréxica, un 5% es obesa y un 6% muere (Balbuena, 2002).

No hay una única línea de actuación o tratamiento posible en los trastornos de alimentación, ya que debe de ser multidisciplinario; aspectos nutricionales, psicoterapia, terapia familiar y farmacoterapia. Y en concreto en la bulimia nerviosa. Puede aplicarse más de uno y hacerlo conjuntamente para aumentar la efectividad del tratamiento. El tratamiento psicológico ayuda a estas personas a percibir las situaciones de una manera positiva y no condicionada por su físico (Morandé, 1999).



Los objetivos más importantes del tratamiento son la corrección de la malnutrición y la resolución de las disfunciones psíquicas del paciente y su familia. El fracaso en la solución de estos problemas a corto y largo plazo puede abocar al fallo terapéutico. El primer paso en general, es la recuperación del peso, hasta los valores normales. El segundo se focaliza en el mantenimiento del peso, realizándose un tratamiento teniendo en cuenta los factores psicológicos y previniendo las posibles recaídas. Normalmente, dadas las dificultades que se plantean, se aconseja el aislamiento familiar (Raich, 1998).

El tratamiento de las pacientes con un síndrome de anorexia es una tarea a largo plazo, llena de fracasos y que requiere perseverancia por parte de la paciente, su familia y el médico (Martínez-Fornés, 1995). El tratamiento de bulimia generalmente consiste en: Psicoterapia individual, de grupo y/o familiar (Vandereycken, Castro y Vanderinden, 1991).

Objetivos del tratamiento. El éxito de la terapia para los trastornos de la ingesta depende de muchos factores, entre ellos: la propia personalidad de la paciente y el deseo de cambio; la duración de su trastorno; la edad a que comenzó la enfermedad; su historial familiar; su nivel de habilidades sociales y vocacionales, y la concurrencia de otros trastornos como la depresión (Fendrik, 1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mitigar los síntomas físicos peligrosos o que representan una amenaza para la vida. Enseñar a la paciente a comer normalmente, los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida. Investigar, con la esperanza de cambiar los pensamientos destructivos en relación con el comer, el peso y la comida (Beker, Benedetti y Goldvarg, 1996).

Opciones de tratamiento. Varios autores, entre ellos Martínez-Fornés (1995) y Schütze (1983) coinciden en que el tratamiento más eficaz es el llamado cognitivo-conductual por parte de un equipo médico multidisciplinario (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.) con el apoyo de la familia. El tratamiento inicial lo hace el grupo entero y más adelante pueden ocuparse los diferentes profesionales individualmente. Únicamente se aplica un tratamiento farmacológico si hay patologías añadidas.

Psicoterapia individual. La teoría cognitiva pretende explicar cómo y por qué se produce un determinado comportamiento o pensamiento, de dónde surge un sentimiento o una emoción determinados y qué fenómenos intervienen en este proceso. Quizá el aspecto más importante de la psicoterapia para los trastornos de la ingesta es el desarrollo de una relación cálida entre los pacientes y su terapeuta (Martínez-Fornés, 1995).

Psicoterapia tradicional. Los métodos de terapia tradicionales animan a la paciente a reflexionar acerca de su infancia, sueños y sentimientos expresados para, de ese modo, adquirir una nueva percepción de su conducta actual. Al reconocer el papel de estas influencias subliminales, dice la teoría, la paciente adquiere una nueva percepción de sus acciones y las cambiará (Beker, Benedetti y Goldvarg, 1996).

Modificaciones de la conducta. Esta terapia es quizá antagónica con respecto a la psicoterapia tradicional, porque ignora por completo los sentimientos subyacentes y se centra solo en la conducta cambiante: reforzar una conducta deseada mediante premios y castigar o ignorar una conducta no deseada (Rausch, 1996).

Terapia cognitivo conductual. Adaid, Castilla y Varela (1998), se refieren a la teoría conductivista cognitiva, mencionando que combina los mejores aspectos de la psicoterapia tradicional y la modificación de la conducta. Este método requiere conocimiento y desafío de las conductas y pensamientos autodestructivos, seguido de apropiados cambios en la conducta. De esta manera la paciente trabaja simultáneamente en las motivaciones interiores y las manifestaciones exteriores. TCC implica los siguientes pasos:

- Intensificar el conocimiento de la paciente de sus propios patrones de pensamientos.
- Enseñarle a reconocer la conexión entre ciertos sentimientos, los pensamientos autodestructivos y la conducta de la ingesta trastornada.
- Examinar la validez de ciertos pensamientos o creencias.
- Sustituir las creencias erróneas por ideas más apropiadas.
- Cambiar gradualmente las suposiciones fundamentales que subyacen en el desarrollo de los trastornos de la ingesta.

Terapia de grupo. La terapia de grupo parece especialmente valiosa en el tratamiento de la bulimia. Puesto que muchas bulímicas creen que son las únicas que se dedican a esas horribles prácticas, resulta terapéutico enterarse de que otras personas también hacen esas cosas (Schütze, 1983). Se sabe menos acerca de la terapia de grupo para la anorexia nerviosa. La terapia prolongada que necesitan muchas anoréxicas provoca que muchos grupos sean inapropiados, puesto que no es usual que un grupo de terapia dure tanto tiempo (Martínez-Fornés, 1995).

Terapia de familia. Muchos terapeutas recomiendan la terapia de familia como parte del tratamiento contra la anorexia nerviosa, porque con frecuencia son más jóvenes que las bulímicas y todavía viven con sus familias. La terapia de familia simplemente permite al terapeuta observar los patrones trastornados que ayudaron a dar origen al trastorno de la ingesta. Vandereycken, Castro y Vandertinden (1991) refieren que desde el rol de los padres, concretamente se debe de contener a la persona enferma,

comprendería, ofrecerle afecto, sabiendo que eso es lo que más necesita, lo que más necesita cualquier persona para sentirse con ganas de vivir. No hay que negar lo que sucede, hay que asumir la situación, sentirse parte de ella y actuar en consecuencia. La terapia familiar sistémica se basa en el supuesto de que quien padece de las consecuencias de la Anorexia Nerviosa no es sólo la paciente, sino toda la familia. Además la conducta de la misma contribuye al mantenimiento de los síntomas. El objetivo de la misma es modificar la estructura disfuncional de la familia.

Terapia nutricional. El objetivo de la terapia nutricional es ayudar a la paciente a asumir que puede comer todo lo que quiera con moderación. Para lograrlo, ella debe estar libre de su temor a que todo lo que come la hará engordar. Aquí no hay trucos psicológicos, pero la paciente debe enfrentarse a una firme prueba de que esta demasiado delgada, el hecho de que siente frío todo el tiempo, que le hace daño sentarse en una silla dura o que simplemente esta un 30 por ciento por debajo del peso ideal para su edad y altura (Casanueva, 2001).

Para las bulímicas, el desafío consiste en aprender que comer pequeñas cantidades de sus comidas favoritas no conduce necesariamente a una sesión de atracón y purga. Hacia el fin de la terapia, se recomienda que el menú semanal de la paciente incorpore pequeñas cantidades antes prohibidas, de manera que compruebe que consumir esas cosas no lleva automáticamente a un atracón. Si el deseo de atracón es irresistible, algunos médicos recomiendan tres estrategias: distracción, retraso o repetición (Álvarez y Meni, 2001).

Farmacoterapia. Ninguna farmacoterapia ha demostrado ser muy eficaz en el tratamiento de la anorexia o la depresión que acompaña por lo general y perpetúa el trastorno. Los efectos de la inanición intensifican los efectos secundarios y reducen la eficiencia de los medicamentos antidepresivos. Además la mayoría de los antidepresivos suprimen el apetito y contribuyen a la pérdida de peso. No hay evidencia hasta la fecha, de que alguna farmacoterapia tenga beneficio específico contra la anorexia nerviosa, y en la mayoría de los casos, los trastornos de la depresión y pensamiento mejoran con el aumento de peso (Bay y Rausch, 1999).

5.5. OBESIDAD

El estilo de vida de la sociedad actual propicia su aparición. Los niños con grandes problemas de peso tienen más posibilidades de caer enfermos porque son menos resistentes. Les afecta las articulaciones y puede provocar deformaciones óseas y del aparato locomotor. A los niños se les acostumbra a llenar su vacío interior, aplacar su malhumor o a subirlas la moral con comida. Se comen sus sentimientos, para ellos comer es como sustituir el resto de las necesidades emocionales: les consuela, les da moral y les ayuda a superar sus necesidades, el buen ánimo les dura muy poco tiempo y tienen que volver a comer rápidamente (Beil, 2001).

A menudo se suele describir a los niños gorditos como sanos o "rollizos", pero llega un momento en el que tener exceso de peso resulta poco saludable e incluso peligroso. Aunque los bebés gordos no tienen porque convertirse en adultos obesos, los hábitos en el comer se establecen muy pronto en la infancia, y es mucho más fácil ajustar las tomas de comidas cuando los niños son pequeños que reducir las cantidades y empezar más tarde una dieta adelgazante; es decir debemos propiciar los buenos hábitos alimenticios desde que somos niños (Pearce, 1995).

El sobrepeso en la adolescencia puede conducir a condiciones crónicas que ponen en riesgo la vida en la edad adulta, aún si pierde el exceso de peso (Papalia y Wendkos, 1997). Abraham y Nordsteck (1960) citados en LeBon, (1986), junto con Grinder (1984) coinciden en que si la reducción de peso no se produce entre los 10 y 20 años, la probabilidad de que el adolescente se convierta en un adulto con sobrepeso es de 28 contra 1, ya que es más difícil vencerla después de la adolescencia.

5.5.1. Definición

La obesidad se define como un aumento del tejido adiposo, que se manifiesta por un incremento de peso corporal. La obesidad por sí misma es una enfermedad crónica. Está asociada con un aumento de la mortalidad y de la morbilidad o prevalencia de múltiples enfermedades (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia, problemas gastrointestinales, artritis, trastornos respiratorios, dermatológicos y endocrinos, cálculos biliares y cáncer). La grasa corporal total no debe ser mayor de 15% en hombres y 30% en mujeres; cuando el porcentaje es mayor se diagnostica obesidad. Todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan salud del individuo (De Girolami citado en Braguinsky, 1996). La obesidad es una enfermedad crónica, causada por muchas causas y con numerosas complicaciones, puede definirse como un exceso de grasa que condiciona la salud de la persona. Este exceso de grasa se produce cuando la cantidad de energía que se ingiere con los alimentos es superior a la que se gasta, y este exceso de energías es transformado en grasas. Es el trastorno metabólico más frecuente de las sociedades desarrolladas. Se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 25 unidades (IngeImo y Escalante, 1996).

La obesidad se caracteriza por una acumulación excesiva de grasa corporal innecesaria. En pequeñas cantidades la grasa es muy útil como fuente de energía almacenada y como aislante del cuerpo. Constituye también un factor en el almacenamiento y absorción de algunas vitaminas (A, D, E y K). Se suele considerar a una persona con sobrepeso cuando excede el 25% de su peso, es a partir de este nivel de sobrepeso cuando pueden aparecer problemas de salud; entonces se hace recomendable indicar al paciente la reducción de peso (Mahoney y Manohay, 1995).

Vera y Fernández (1989) sugieren algunos indicadores objetivos para valorar la obesidad, aunque mencionan que la simple inspección es suficiente para tener un criterio subjetivo: Porcentaje del peso actual con respecto al peso ideal. Clásicamente se utilizan las tablas peso y talla realizadas por la Metropolitan Life Insurance Company.

Peso relativo (PR): Se basa en la comparación de la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, la talla y el sexo del sujeto: $\text{Peso actual en Kg.} \times 100 / \text{peso medio para la talla}$. El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones: 1. Inferior a 90%; malnutrición o bajo peso; 2. Entre 90% y 119%; normalidad; 3. De 120% a 129%; sobrepeso grado I; entre 130% y 139.9%; sobrepeso grado II y obesidad (Gómez Peresmitré y Saucedo, 1997).

Los Institutos Nacionales de Salud definen la obesidad como un peso relativo mayor de 120% (IMC mayor de 27.5 kg/m²), la leve es un peso relativo de 120 a 140% (IMC 27.5 a 30 kg/m²), la moderada es un peso relativo de 140 a 200% (IMC 30 a 40 kg/m²) y la grave o "mórbida" es un peso relativo mayor del 200% (IMC mayor de 40 kg/m²).

Índice de masa corporal (IMC), calculado por medio de la fórmula: $\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / [\text{Talla (m)}]^2$. El IMC "normal" es de 20 a 25 Kg/m². Aunque cabe mencionar que si es utilizado en adultos los resultados obtenidos pueden ser confiables, pero no así, si es utilizado en preadolescentes ya que como reportaron Gómez Peresmitré y Saucedo (1997) en su estudio para determinar la validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal (IMC) en la muestra de preadolescentes ninguno de los criterios sometidos a estudio mostró validez diagnóstica, razón por la cual se concluyó que no se recomienda el uso de índice de masa corporal en este tipo de población.

Otros métodos que pueden estimar la grasa corporal son: Medición de los pliegues subcutáneos. El que mejor valora el exceso de grasa es el pliegue tricipital (pliegue formado a nivel del músculo (triceps) (Vera y Fernández, 1989). Por otra parte Gómez Pérez-Mitré y Saucedo (1998) recomiendan utilizar el Índice Nutricional (IN). Este índice relaciona el cociente del peso y talla del sujeto con el cociente del peso y la talla media. La fórmula es la siguiente:

$$\text{INDICE NUTRICIONAL} = \frac{\text{Peso actual}}{\text{talla actual}^2} \times 100$$

Peso medio / talla media

El valor de este índice permite diferenciar cuatro condiciones, que para mejor clasificación de los sujetos fueron modificadas de la siguiente manera: 1. Menor a 75: muy bajo peso; 2. De 75-85: bajo peso; 3. De 85-129: peso normal; 4. De 130 a 140: sobrepeso; 5. Mayor a 140: Obesidad (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1998, p. 392-397).

Rodín (1992) menciona criterios para el diagnóstico de la Obesidad:

- Exceso de tejido adiposo, lo que da como resultado peso corporal 20% o más de exceso de peso esperado "deseable".
- Obesidad de la parte superior del cuerpo (abdomen y flanco) de mayores consecuencias en la salud que la obesidad en la parte inferior del cuerpo (nalgas y muslos) (Rodín, 1992, p: 33-34).

5.5.2. Clasificación de la Obesidad

Esquivel, Martínez y Martínez, (1998) diferencian los siguientes tipos de obesidad:

- Obesidad Primaria o de Causa no Delimitada
- Obesidad Secundaria o de Causa Conocida

Alemany (1992) y McLeran (1993), mencionan que de acuerdo a la distribución de la grasa se puede hablar de:

- Obesidad **androide**: También conocida como obesidad abdominal, se presentan en un mayor número de casos en varones que en mujeres, la distribución androide en el varón favorece los depósitos en el tronco (pecho y abdomen). Se caracteriza por el acumulo de grasa por encima de la cintura. Se trata de un factor predisponente para enfermedades como: hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, colelitiasis, hiperinsulinismo y diabetes mellitus.
- Obesidad **ginecoide**: la forma ginecoide de la mujer favorece los depósitos en la periferia. Con mayor frecuencia en mujeres que en varones. Caracterizada por la acumulación de grasa en el bajo vientre, caderas y muslos.

Campollo (1995) refiere los tipos de obesidad de acuerdo con su fenotipo

Obesidad tipo I	Exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación
Obesidad tipo II	Exceso de grasa subcutánea en el tronco y en el abdomen (Androide)
Obesidad tipo III	Exceso de grasa abdominal visceral
Obesidad tipo IV	Exceso de grasa en la región glútea y femoral (Ginecoide)

5.5.3. Signos y Síntomas

Békel (1992), describe los signos y síntomas más comunes: Exceso de peso e incremento de la grasa corporal; vida sedentaria, problemas psicológicos, depresión, baja autoestima, etc.

La Obesidad es una enfermedad por dos motivos principales: a) Acorta la expectativa de vida, b) provoca, complica o agrava otras patologías. Su presencia aumenta el riesgo de incidencia de: Arterioesclerosis, Enfermedades Renales, Litiasis Vesicular, Diabetes (Marañón, 1996).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

5.5.4. Causas de la Obesidad

Cuando los depósitos de energía corporales superan lo óptimo para una persona normal, la ingestión de alimento se reduce de forma automática para evitar un depósito excesivo. Sin embargo, en muchas personas obesas, esto no es cierto, por que la ingestión de alimentos en estas personas no disminuye hasta que el peso corporal no esta por encima del normal. Por lo tanto la obesidad suele estar causada por una alteración en el sistema regulador de la ingestión de alimento (Guyton, 1997). Las causas de la obesidad hasta el día de hoy no han sido del todo comprendidas pero se cree que existen muchos factores causantes de esta grave enfermedad, unos que parecen ser muy sencillos y otros bastante complicados.

- Genéticas
- Metabólicas
- Psicológicas
- Socioculturales
- Sedentarismo
- Neuroendócrinas
- Medicamentosas
- Nutrición Altamente Calórica
- Multifactoriales

Genéticas: Si los padres son obesos, los hijos tienden a serlo también, y no sólo porque los padres enseñen a sus hijos a comer en exceso (Grinder, 1984). Los niños obesos tienen a nacer con más células grasas que los niños delgados, y el número de células grasas aumenta si se gana peso en exceso antes de los 12 años. Power (1980 citado en Rice, 1997) refiere que la gente obesa suele tener intestinos más largos que las personas delgadas, lo que permite que se absorban más calorías. Los genes involucrados en la obesidad pueden considerarse como *predisponentes* y pudieran estar actuando uno o varios de ellos:

GEN	LOCALIZACIÓN	INTERVIENE
OB	7q32	Codifica para elaborar la proteína LEPTINA
OB-R	p31	Es el gen del receptor de la proteína LEPTINA
Fat	11p15.1	Interviene en la formación de la PROINSULINA
TUB	11p15.4	Se presenta en OBESIDAD y diabetes
TULP 1	6p21.3	Se presenta en OBESIDAD y diabetes
TULP	21q13.1	Se presenta en OBESIDAD, diabetes y diabetes
AY	20q11.2	Se presenta en OBESIDAD, diabetes y presentan pelo amarillo

Fuente: Cormillot, Zukerfeld, Otkies y Murva, 1977, pp: 30-31.

Withers, (1964 citado en Álvarez, 1999), refiere que las variables genéticas pueden subyacer en la transmisión del tipo corporal: los padres aportando el mesomorfismo (muscultura) y las madres el endomorfismo (redondeces).

Metabólicas: El uso energético de las calorías varía considerablemente entre una persona y otra. Algunas personas son más eficientes en lo que se refiere a la utilización de calorías para poder mantener la temperatura corporal y para llevar a cabo los procesos metabólicos (Saldaña y Rossell, 1988).

Psicológicas: Recientes descubrimientos han transformado la teoría de que las causas psicológicas pueden desarrollar la obesidad y ahora se considera que los cambios psicológicos en ella, son una consecuencia y no una causa de la Obesidad (Braguinsky, 1996).

Socioculturales: Definitivamente todo el entorno que nos rodea es una gran influencia para desarrollar la obesidad. Todo el entorno social gira alrededor de la comida y la bebida. Todas las religiones tienen un entorno con el tipo de comida que deberá de ingerirse (vigilia, kosher, líquidos con luna llena, etc.). Las circunstancias parecen tener un efecto profundo en la conducta del obeso, cuando el alimento es insipido y el ambiente no es interesante, el obeso come muy poco; en tanto que la conducta de la persona normal se relaciona directamente con su estado físico, sin importar las circunstancias externas (McLeran, 1993).

Sedentarismo: El sedentarismo es una de las principales causas de la obesidad. Y está comprobado que la actividad física es uno de los mayores determinantes del uso de la energía del cuerpo. El hecho de incrementar la actividad física hace que el cuerpo tenga que utilizar más calorías y logra que el balance calórico del cuerpo sea más favorable para no presentar obesidad (Kenneth, Louis y Curtis, 1970).

Neuroendócrinas: Se puede presentar obesidad de origen en el Hipotálamo; Enfermedad de Cushing (niveles altos de cortisol); Hipotiroidismo (baja de niveles de tiroxinas); Síndrome de Ovario poliquístico; y Deficiencia de Hormona de Crecimiento (Saldaña y Rossell, 1988).

Medicamentosas: Los antidepresivos de origen tricíclico han demostrado un aumento de grasa y una ganancia de peso importante, presentando cuadro de obesidad. Los tratamientos largos a base de corticoides han demostrado un aumento de grasa y de peso, presentando obesidad (Baltuena, 2002).

Nutrición altamente calórica: Definitivamente el consumo de más calorías que las que nuestro cuerpo requiere provoca que el balance calórico vaya acumulando más calorías y por cada 7 500 calorías que nuestro cuerpo acumule se aumenta 1 kg. de peso, y esto conduce a un cuadro de obesidad (Kenneth, Louis y Curtis, 1970)

Multifactoriales: Queda demostrado que en la mayoría de los casos de Obesidad, encontraremos un origen multifactorial y esto nos lleva de la mano a que siendo el origen multifactorial, el tratamiento es la mayoría de las veces más complicado de lo que uno creería (Saldaña y Rossell, 1988).

5.5.5. Secuelas de la Obesidad

La obesidad, no es un problema social y cosmético, sino una enfermedad que a su vez es un factor de alto riesgo para otras enfermedades. La severidad de estas secuelas estará dada por el grado de obesidad que tenga la persona, entre mas alto sea su índice de masa corporal, mayor será el riesgo y la severidad de las secuelas (Saldaña y Rossell, 1988).

Secuelas Cardiovasculares. Existe una relación muy estrecha entre la hipertensión arterial y la obesidad. Entre las personas menores de 45 años, el riesgo es mucho mayor. Se puede presentar hipertensión arterial (cuando la relación cintura-cadera es mayor a 0.80) insuficiencia cardíaca (el corazón es insuficiente para poder por todo el organismo a la sangre), aterosclerosis (endurecimiento de arterias), enfermedad coronaria, insuficiencia venosa (apareciendo varices) (Pearce, 1995).

Secuelas Cerebrales. Debido al exceso de grasa en el cuerpo por la obesidad, en las arterias del cerebro se va depositando grasa y se va haciendo mas estrecho el peso de sangre por estos vasos sanguíneos pudiendo llegar a ser tan estrecho el diámetro que se tapa dicho vaso sanguíneo provocando un accidente vascular cerebral (Campollo, 1995).

Secuelas Dermatológicas. En la obesidad, la acumulación de grasa se da en el tejido subcutáneo en donde se va depositando. La piel esta compuesta por elastina lo que le proporciona a esta una cierta capacidad para su elasticidad y dar cabida a este exceso de grasa, pero llega a cierto límite y entonces este tejido se rompe y aparecen las estrías. Así mismo se dan cambios tanto en las glándulas centrales como en las glándulas sudoríparas y sebáceas en la piel, resultando crecimiento de mayor vello en diversas regiones del cuerpo (hirsutismo). Aumenta la sudoración, se presentan furúnculos y en las zonas de pliegues empiezan a aparecer infecciones por hongos (Pearce, 1995).

Secuelas Gastrointestinales. El consumo exagerado de alimentos propicia que se inflame la mucosa del estómago provocando gastritis y debido a la gran cantidad de alimento el ángulo esofagogástrico se debilita y permite que el ácido del estómago se regrese hacia el esófago provocando el reflujo esofágico. La vesícula biliar se vuelve insuficiente y se empieza a acumular la bilis en su interior, con el paso del tiempo se presenta la litiasis vesicular (Campollo, 1995). Por el exceso de grasa se presenta el conocido hígado graso. Se inflama la mucosa del intestino grueso (colitis), que puede desencadenar en cáncer de colon. Al inflamarse las venas que se encuentran en la parte final del colon se presentan las hemorroides que pueden sangrar o a trombosarse, requiriendo intervención quirúrgica de emergencia (Pearce, 1995).

Secuelas Genito-Urinary. La vejiga se ve comprimida y se vuelve insuficiente para retener la orina, presentándose la incontinencia urinaria. El riñón se vuelve insuficiente para eliminar los desechos metabólicos y se van acumulando presentándose los cálculos renales. Se producen alteraciones importantes en las hormonas. En la mujer pueden provocar que se altere el proceso de ovulación (al rodearse los ovarios de grasa) y por consiguiente se presenten alteraciones en la menstruación. Puede desencadenar lesiones en el útero benignas o malignas. Lo mismo sucede en los senos, siendo más difícil la exploración. En el hombre, se puede presentar el cáncer de próstata (Decourt y Pein, 1964).

Secuelas Metabólicas. Una de las enfermedades más serias y que tienen mayor impacto en la salud y la calidad de vida de las personas es la diabetes (niveles de glucosa (azúcar) circulantes altos en la sangre). La obesidad provoca que se presente una resistencia a la insulina, y dicha producción al ser insuficiente provoca el deterioro de las células beta del páncreas que son las productoras de insulina. En la obesidad, se encuentran altos los niveles de grasa (lípidos) circulantes en la sangre como: la hipercolesterolemia, la hipertrigliceridemia. Al aumentar los niveles de ácido úrico en sangre, el riñón es incapaz de eliminarlo en su totalidad y se empiezan a formar cristales del mismo que se acumulan (tofos) y depositan en las articulaciones. Presentándose lo conocido como: gota (Alemany, 1992).

Secuelas Osteoarticulares. Debido al sobrepeso, existe mayor dificultad para la movitización, es difícil desplazarse de un lado a otro, subir y bajar escaleras. Los músculos esqueléticos se van debilitando y su volumen va disminuyendo presentando hipotrofia muscular. Se desgastan las articulaciones y disminuye la movilidad, disminuyendo la circulación del líquido sinovial y disminuye el aporte nutritivo de estas causando una artritis de los miembros inferiores y de la columna vertebral, pudiendo presentarse fácilmente una hernia de disco intervertebral, ocasionándose problemas torácicos (Mahoney y Manohay, 1995).

Secuelas Psicológicas. Uno de los factores que son más importantes y que además retroalimentan el problema de la obesidad, es la pérdida de la autoestima, que cada vez va siendo más y más intensa y como consecuencia se cae en un cuadro de depresión, esto hace aun más la autoestima y nos hace caer en una depresión cada vez mas y mas profunda y algunas personas tratan de compensar dicha situación usando a la comida como un alivio para su problema, reforzando este problema creando un círculo vicioso. La comida es una forma de quererse, de socializar, es utilizada contra el estrés, como consuelo y atención; es decir esta cargada de mucho significado (Rodin, 1992).

Secuelas Pulmonares. El tórax y el abdomen se encuentran más rígidos y se necesitan mayor fuerza para desplazar los músculos torácicos para la inspiración, la persona se fatiga fácilmente y le hace falta el aire (disnea), aunque sea en desplazamientos cortos. Favorece la aparición de una obstrucción repentina de las vías aéreas superiores provocando una dificultad para respirar durante el sueño que se conoce como síndrome de apnea obstructiva del sueño, que al complicarse pueden desencadenar una trombosis pulmonar (Ingelmo y Escalante, 1996).

Secuelas Reproductivas. Se producen alteraciones importantes en las hormonas. En la mujer provoca que se alteren tanto los niveles de estrógenos como los de progesterona y alteren el proceso de ovulación. Por esta misma razón se presenta infertilidad. Las relaciones sexuales son ineficientes y no se pueden llevar a cabo de manera habitual y la mayoría de las veces no es satisfactoria. La obesidad complica la evolución del embarazo. Se ha visto que estas mujeres tienen productos con mayor peso al nacer que los normales (macroscópicos) (Marañón, 1996).

Secuelas Sociales. En la sociedad actual la persona con obesidad no es aceptada y más aun si es mujer el rechazo será mayor. A nivel laboral, los patrones no desean tener gente con obesidad, sobre todo a nivel de trabajo de oficina, recepción, ventas, etc. ya que dicen que la primera imagen que percibe el cliente es la que se percibe de la empresa, a veces ni tan siquiera les interesan los conocimientos y las virtudes de sus empleados sino la apariencia física de la misma (Alemany, 1992).

Ni que hablar de lo que sucede a nivel escolar, ya que como sabemos los niños no se callan nada y siempre el agredido es el que presenta obesidad, no se le permite que juegue con los demás y siempre es objeto de burlas y segregación, provocando en los niños, grandes complejos que requerirán tarde o temprano de ayuda profesional. Todo esto los lleva al aislamiento, a separarse de la gente, a encerrarse y para recomfortarse de todas estas situaciones recurren a la comida y lo que esto va haciendo es hacer mas grave este problema (Pearce, 1995).

Otras Secuelas. Las hernias y eventraciones son muy frecuentes, ya que las paredes musculares no son capaces de sostener todo este sobrepeso y al debilitarse permiten que se formen sacos herniarios que pueden ser en varias localizaciones y que requerirán de intervención quirúrgica. Los pacientes con obesidad, tienen mucho mayor riesgo de sufrir accidentes, ya que pierden su centro de gravedad y además no pueden percibir alteraciones en el piso o altura de escalones o pueden romper una silla que no se encuentre en buen estado o pueden caer al rotarse en una cama de exploración, etc. (Campollo, 1995).

Etiología: como toda enfermedad crónica no transmisible, la obesidad es de origen multifactorial. Sin embargo, destacan por su potencial modificación los hábitos alimentarios. De hecho, por lo general la obesidad es una enfermedad ocasionada por un desbalance entre la cantidad que se ingiere de energía y la que efectivamente se utiliza (Gutiérrez, 2000).

Es el trastorno metabólico más frecuente en los países desarrollados, afectando a un 25 por 100 de la población; la prevalencia en la edad infantil se aproxima al 3 por 100; una de cada dos personas mayores de 50 años es obesa. Durante la adolescencia, las mujeres más pobres parecen convertirse en más gordas y aunque los datos son transversales, tienden a sugerir acentuadamente que siguen siendo gordas en la adultez, no ocurriendo lo mismo con las ricas (Gran, 1981 citado en LaBon, 1986).

Epidemiología en México: considerando como método de diagnóstico el índice de masa corporal, puede afirmarse que alrededor del 60% de la población mexicana presenta algún sobrepeso. Según una encuesta realizada en 1993, 6 de cada 10 mexicanos lleva kilos de más en su cuerpo, y 2 de esos 6 se encuentran muy excedidos. Una encuesta más reciente, de 1995, realizada únicamente en la zona metropolitana mostró resultados muy similares (Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas/Encuesta Urbana de Alimentación y Nutrición en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México). La obesidad es ya un problema prioritario de salud en nuestro país. Las encuestas epidemiológicas más recientes muestran un claro panorama de la gravedad del problema de la obesidad en nuestro país (Gutiérrez, 2000)

5.5.6. Tratamiento

Braguinsky (1996) explica que el tratamiento de la obesidad se compone de cuatro grandes pilares:

- Tratamiento Dietético: Con una dieta hipocalórica
- Tratamiento Quirúrgico: Mediante la realización de diferentes técnicas quirúrgicas.
- Tratamiento Farmacológico
- Cambios en el Estilo de Vida: Para lo que se requiere de psicoterapia, junto con cambios en el hábito alimenticio y ejercicio

Los objetivos del tratamiento son: 1. Combatir el exceso de tejido graso en los obesos moderados y severos. 2.- Disminuir en lo posible la obesidad abdominal ya que constituye la localización más mórbida. 3.- Educar para que los pacientes no centren su preocupación vital en el acto de comer aunque

consuman alimentos hipocalóricos, orientados hacia un estilo de vida más positivo. 4.- Desalentar la inactividad pero organizando la actividad, el ejercicio y el deporte de modo responsable. 5.- Impedir en todo momento que el tratamiento conduzca a desnutrición o carencias (Secretaría de Salud, 2000, p. 1-2).

Dentro de las investigaciones que se han realizado respecto a la obesidad podemos mencionar entre las más importantes la realizada por Gómez Pérez-Mitré (1993b) con una muestra de $N=197$ estudiantes con un rango de edad de 15 a 49 años, los resultados fueron que el 41% de los sujetos (42 sujetos) clasificó con sobrepeso y sólo el 2% (2 mujeres) con obesidad. En otro estudio se encontró una prevalencia de obesidad del 4% entre las adolescentes y del 6.3% entre las jóvenes entre 21 y 29 años. En las mujeres adultas (31 a 49 años) de población abierta universitaria de licenciatura y posgrado hubo un 10% de obesidad (Gómez Pérez-Mitré, 1995)

Entre 1994 y 1995 se efectuó una encuesta en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ENURBAL 94-95) en donde se estudiaron a todas las familias compuestas entre 3 y 10 miembros que radican en la zona. Se estudió un total de 1921 sujetos y se pudo ver que en general hay más sobrepeso y obesidad en las mujeres y que se incrementa conforme se incrementa la edad. En menores de 5 años de edad al analizar el nivel socioeconómico, hubo predominio de peso en los de nivel socioeconómico alto de hombres y mujeres, de un 13.4% en hombre y 22.1% en mujeres, se comparó con un 8.5% en hombres y un 11.0% en mujeres de nivel socioeconómico bajo. En los adultos se encuentra una situación distinta influida por la edad, mientras que los sujetos menores de 40 años tienen tasas mayores en el nivel socioeconómico alto, la situación se invierte en los de 40 años o más siendo en estas edades mayor la proporción de sobrepeso en los del nivel bajo (Ávila, 1997 citado en Martínez y Rodríguez, 2002).

En una muestra de adolescentes entre 14 y 20 años en lo que se refiere a la categoría de peso normal, se encontró un 43% en las escuelas privadas en comparación con las escuelas de danza con un 11.6%; en las escuelas públicas desapareció la categoría de peso muy bajo, observándose mayor peso en comparación con otras escuelas, sobre peso en un 29.6% y obesidad en un 3.7% (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Se asume que las adolescentes con sobrepeso tienen más preocupación y ansiedad psicoemocional, menor autoestima, más depresión y mayor insatisfacción corporal; se ha encontrado también que las mujeres "gordas" se encuentran más significativamente insatisfechas con sus cuerpos que las relativamente delgadas (Demarest y Langer, 1996 citados en Nava, 2001).

5.6. ORTHOREXIA

Como pasa con todo lo que se pone moda, hay quienes la ignoran, quienes la siguen sin más y quienes se obsesionan perdidamente con ella. Así, traspasando los límites de la preocupación racional por la salud, han nacido dos trastornos que todavía no han encontrado un hueco en los libros de Medicina: la ortorexia u obsesión por la comida sana y la vigorexia o compulsión por el músculo. Tras ambos se encuentra el fantasma de la misma meta inalcanzable: la perfección física (Rivas, 2000). En los últimos meses se está hablando mucho de lo que podría ser una nueva "enfermedad" relacionada con los trastornos alimenticios, la ortorexia (González, 2002).

5.6.1. Definición

La palabra ortorexia proviene del griego *orthos* (justo, recto) y *exia* (apetencia), con lo que podría definirse como apetito justo o correcto. Su autor Steven Bratman, con esta denominación, aún no reconocida por la comunidad médica, intenta definir el estado compulsivo en el que viven las personas que se preocupan por la comida sana hasta un punto patológico. Puede tener mil caras: "Desde la búsqueda de la delgadez a base de diuréticos o laxantes, a la lucha contra el envejecimiento o a la persecución de un mayor rendimiento intelectual o físico" (Bratman y Knight, 2000).

Trastorno de la alimentación que se caracteriza por una obsesión a alimentos específicos o grupos completos de alimentos, la persona que lo padece cree que son dañinos para su salud y que se manifiesta por su eliminación sistemática. Los anoréxicos y los bulímicos tienen fijación con la cantidad, mientras que los ortoréxicos tienen fijación con la calidad de la comida. El peligro de la ortorexia radica en que la persona se la pasa alabando lo saludable de su dieta, y a la vez esta poniendo en peligro su salud. Las dietas deficientes como ésta, pueden contribuir a una amplia gama de enfermedades, que van desde lo molesto (como el catarro) hasta lo serio (como la anemia) y lo grave (como el cáncer) (Goldberg, 2002).

El ortoréxico come, pero controla absolutamente todo lo que pasará a formar parte de su cuerpo: ingredientes, aditivos, calorías, elaboración y formas de cocción de los alimentos. Todo tiene que ser natural y "sano", lo que supone grandes restricciones y sacrificios. El "padre" de este término es el médico norteamericano Braiman y Knight (2000), quien lo empleó para diagnosticarse a sí mismo el trastorno que sufría. Según el autor, el problema aparece cuando de querer hacer una dieta sana se pasa a un régimen draconiano en el que se suprimen alimentos básicos y se cae en ayunos para compensar los excesos o el haber comido alimentos prohibidos.

Ortorexia: Obsesión por comer productos sanos y/o de una manera exageradamente correcta. Un trastorno que aún no está reconocido oficialmente como una enfermedad, pero que de diversas maneras puede llegar a originar las antes mencionadas (González, 2002).

5.6.2. Síntomas

Algunos de los síntomas que nos harían ver que la preocupación por la comida sana se nos ha ido de las manos son: si piensa en planificar al milímetro las comidas, si examina y compara las etiquetas de los productos, si prefiere ayunar antes que comer algo prohibido, si renuncia a su vida social a menos que sea posible llevar sus propios alimentos, si tiene discusiones permanentes acerca de lo que es o no conveniente comer, en definitiva, si su vida cotidiana se ve afectada, entonces es cuando debe preocuparse, ya que lo que empezó como un hábito alimentario ha derivado casi en una religión donde la mínima trasgresión equivale al pecado (Casino, 2001).

Experimentar un enorme sentimiento de culpa cuando se cae en la tentación de comer cualquiera de los alimentos "prohibidos" y, para compensarlo, se castiga con un régimen aún más estricto o con la abstinencia total. Hay que agregar la forma de preparación: verduras cortadas de determinada manera, y los materiales utilizados: sólo cerámica, sólo madera, etc., ya que forman parte del ritual obsesivo (www.orthorexia.com). Las razones que llevarían a una persona a padecer la ortorexia sería la obsesión por lograr una mejor salud, el encontrar una razón espiritual al comer un determinado alimento, o bien por el temor a ser lentamente envenenado por los colorantes y conservadores de los alimentos (González, 2002).

5.6.3. Secuelas

Es comer desproporcionado con consumo inadecuado de vitaminas y minerales, puede conducir a enfermedades debilitantes como avitaminosis, cambios en la presión arterial, cáncer, osteoporosis y endurecimiento de las arterias. Los ortoréxicos se engañan creyendo que tienen que comer como lo hacen; creen que previenen la inflamación, el cansancio, la insaciabilidad y un sin número de síntomas. Muchos de estos seguidores de formas de comer restrictivas acaban suprimiendo grupos de alimentos básicos y pueden llegar al desequilibrio dietético y a la desnutrición (Goldberg, 2002).

5.6.4. Prevalencia

La ortorexia parece no afectar a los sectores marginales o ignorantes sino más bien al contrario, ya que éste tipo de comida es mucho más cara que la normal y más difícil de conseguir. De hecho, es en los países desarrollados donde las personas tienen mayores posibilidades de preocuparse por los

ingredientes de los alimentos que compran en los supermercados (Bratman y Knight, 2000). Siendo nuevamente las mujeres más jóvenes las más afectadas, siguiendo a famosas actrices o modelos, muchas veces excéntricas pero con gran influencia entre las chicas (Casino, 2001).

Personalidad. Parece ser que suele manifestarse en personas con comportamientos obsesivo-compulsivos, rígida, estricta y muy exigente consigo mismo, así como predisuestas genéticamente a ello. Se trata, en su mayoría, de individuos con una preocupación exagerada y tiránica por la perfección y con una fe ciega en las normas y reglas. Este trastorno afecta sobre todo a personas vegetarianas, macrobióticas, crudistas y frutistas. También se ha observado que pacientes que han sufrido anorexia nerviosa, al recuperarse optan por introducir en su dieta sólo alimentos de origen natural, probiótico, cultivados ecológicamente, sin grasa o sin sustancias artificiales que puedan causarles algún daño. (Bratman y Knight, 2000).

No es difícil encontrar famosos que han proclamado a la prensa sus manías alimenticias sin darse cuenta de que, tal vez, confesaban ser víctimas de la ortorexia. Ejemplos de ello son el diseñador Jean Paul Gaultier, el cual confiesa que toma diariamente 68 zumos de naranja, así como artistas tales como Julia Roberts, que consume diariamente varios litros de leche de soja y siempre lleva encima un envase de ella, Wynona Rider, que sólo toma Coca-Cola orgánica, Jennifer López, que sólo come tortillas hechas con clara de huevo, Mel Gibson que no come nunca pechuga de pollo porque cree que hace aumentar las mamas, o Marion Brande, que sólo consume yogures antes analizados para certificar que no contienen grasas. Un hábito correcto siempre y cuando no se convierta en una obsesión ya que, en ese caso, se podría hablar de víctimas de la ortorexia (González, 2002).

Aunque todavía no están lo suficientemente contrastados, Bratman (2000) señala algunos criterios diagnósticos para la ortorexia: la respuesta afirmativa, permitiría, diagnosticar y determinar sus grados.

- Dedicar más de 3 horas al día a pensar en su dieta sana.
- Preocuparse más por la calidad de los alimentos que del placer de consumirlos.
- Disminución de su calidad de vida conforme aumenta la pseudocuidad de su alimentación.
- Sentimientos de culpabilidad cuando no cumple con sus convicciones dietéticas.
- Planificación exhaustiva de lo que comerá al día siguiente.
- Aislamiento social provocado por su tipo de alimentación.

5.7. COMEDOR COMPULSIVO

5.7.1. Definición

El comer compulsivamente, se caracteriza por comer una gran cantidad de alimento y perdiendo el control de lo que comen. Otra característica es su obsesión a la comida y por comenzar dietas que rompen fácilmente y en muy poco tiempo. Se sienten culpables por no poder controlar la ingestión de alimentos y se obsesionan de sobremedida por su peso. El comer compulsivamente se diferencia de la bulimia, ya que en este padecimiento no se induce el vomito, ni se toman laxantes, ni diuréticos (Casanueva, 2001).

El comer compulsivamente es el trastorno de la conducta alimentaria más común y la mayoría son personas con obesidad, pero también personas con peso normal lo padecen. Esta enfermedad fue reconocida oficialmente hasta 1992. Se presenta más en mujeres que en hombres con frecuencia de 2 a 1 y se presenta más en jóvenes. Su característica: la del síndrome del yoyo (Hirschmann y Munter, 1995).

La ingesta compulsiva afecta por igual a hombres y mujeres de cualquier edad, los cuales sienten de vez en cuando la necesidad imperiosa de darse atracones de comida, no impulsados por el hambre como las bulímicas, sino como una fuente de placer en sí o para vencer la ansiedad, llenar carencias afectivas, etc., exactamente como podrían ingerir alcohol o drogas; de hecho, casi un 20% de estos enfermos

suelen abusar de forma ocasional de algún tipo de estupefaciente. El atracón sólo le sirve para conjurar la angustia que sentiría sino realizase estas acciones. Este comportamiento suele surgir en la edad adulta como consecuencia de decepciones amorosas, problemas laborales, etc. (Gómez, 1996).

Los comedores compulsivos suelen negar que tengan un problema con la comida. Si se los obliga a reconocer su pauta de comportamiento, es muy posible que mientan sobre los hechos y no quieran aceptar ningún tipo de ayuda. Seguirán durante mucho tiempo dirigiéndose sigilosamente a la cocina a medianoche para coger cosas de la nevera y comérselas a escondidas. Dado que se trata de un trastorno psicológico, estos pacientes deben recibir tratamiento profesional. La causa del comedor compulsivo aun es desconocida pero más del 50% de estos pacientes presentan historia de depresión (Riobó, 1999).

5.7.2. Diagnóstico del comedor compulsivo

Criterios diagnósticos del DSM-IV (1995) para el desorden de compulsión alimentaria (Binge Eating Disorder):

- A. Episodios recurrentes de compulsión alimentaria (atracones).
- B. Los episodios de compulsión alimentaria se asocian a por lo menos tres de las siguientes conductas:
 1. Comer más rápidamente que lo normal
 2. Comer hasta tener una sensación desagradable de "lleno".
 3. Ingerir cantidades enormes de comida sin tener sensación de hambre.
 4. Comer solo (sin compañía) por sentirse avergonzado de las enormes cantidades que se ingiere.
 5. Sentirse muy disgustado consigo mismo, con sensación de culpa o deprimido después de haber tenido una ingesta copiosa
- C. Profunda angustia en relación con la conducta alimentaria
- D. Las compulsiones alimentarias ocurren en un promedio de dos veces por semana durante un lapso de seis meses
- E. El disturbio no ocurre exclusivamente durante un episodio de Anorexia Nerviosa o Bulimia.

5.7.3. Complicaciones del comedor compulsivo:

Hirschmann y Munter (1995) señalan las complicaciones del comedor compulsivo:

- Problemas gastrointestinales
- Problemas de vesícula biliar
- Hipertensión arterial
- Hipercolesterolemia
- Diabetes
- Enfermedades cardiovasculares
- Enfermedades articulares.
- Depresión (Hirschmann y Munter, 1995, p: 52-57).

5.8. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Criterios diagnósticos del DSM-IV (1995). Son alteraciones en la conducta alimentaria que no reúnen los criterios de un trastorno específico. Ejemplos:

1. En mujeres cumple todos los criterios diagnósticos para la Anorexia Nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (provocación del vómito después de haber ingerido 2 galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
6. Desorden de Compulsiones Alimentarias, en ausencia de las conductas compensatorias inadecuadas características de la Bulimia (Raich, 1996, p: 37,38).

5.9. FACTORES DE RIESGO

5.9.1. Factores Predisponentes de la Anorexia.

➤ *Factores Genéticos.*

Se ha observado que la anorexia es ocho veces más común en las personas que tienen parientes con el trastorno, pero los expertos no saben precisamente cuál podría ser el factor hereditario. Muchos anoréxicos tienen un metabolismo más rápido que las personas normales, quizá haciéndolos más difícil el subir de peso. Esta propensión genética hacia la delgadez acompañada de la aprobación cultural podría predisponer a algunas personas a desarrollar anorexia (www.sysop.com.mx 2002).

Los estudios familiares no han revelado de modo significativo la presencia de anorexia nerviosa en los padres de las pacientes. La concordancia madre-hija es sumamente rara. La aproximación mayor es al respecto la que describe un trabajo de Kalucy (1977 citado en Toro y Villardell, 1987) en donde el 16% de las madres y el 23% de los padres de sus pacientes cuentan con antecedentes de un peso excesivamente bajo en la adolescencia, hiperactividad, hábitos dietéticos y alguna valoración positiva del bajo peso (Toro y Villardell, 1987).

➤ *Trastornos Afectivos y Emocionales.*

Toro y Villardell (1987) hace referencia a los trastornos afectivos/emocionales que intervienen como disposición adquirida genética y/o experiencialmente. En cuanto a orden de importancia, los cuadros depresivos ocupan el primer lugar y en segundo los trastornos por ansiedad. El síndrome obsesivo compulsivo ocupa un área difícil de ubicar pero juega un papel importante en ciertos casos.

➤ *Características de Personalidad.*

La obesidad o el sobre peso es un factor facilitador de la anorexia nerviosa. Sin embargo, la obesidad parece contar más como factor predisponente en el caso de las anoréxicas-bulímicas (Garfinkel y Garner, 1982 citado en Toro y Villardell, 1987). Junto con el sobre peso hay que situar también a la "sensibilidad excesiva para el sobre peso", es decir las disposiciones cognitivas para la fácil sobre valoración del propio peso o de las propia dimensiones corporales. Se ha detectado la existencia de anomalías relacionadas con la alimentación en los primeros años de vida (desde el nacimiento hasta los 5 o 6 años) como un hecho que diferencia a las anorexias de inicio pre-puberal de las que comienzan tras la pubertad (Toro y Villardell, 1987).

❖ *Problemas con la autonomía.*

Una posible predisposición a los trastornos de la alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos. Esto es, jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de sus padres, o de darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre adecuada les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteamientos propios de una etapa de crecimiento (Crispo, Figueroa y Guejar, 1998).

Es la dificultad para encarar ciertas situaciones como cambios de escuela, de amigos, la posibilidad de una relación íntima con el sexo opuesto, etc., y resolverlas lo que hace a una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación, convirtiendo a su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como signo de ser especial y el de hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol (Crispo, Figueroa y Guejar, 1998).

❖ *Déficit en la Autoestima.*

Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quienes son. En las mujeres de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa (aparición), la aprobación del otro, cumplir las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etc. Una joven puede sentirse tan insegura acerca de sus posibilidades de cumplir con esos parámetros, que concentra en el peso el área del triunfo y aceptación (Crispo, Figueroa y Guejar, 1998). Según Crispo et al. (1998) esta sensación de baja autoestima que nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla.

❖ *Caminio a la Perfección y el Autocontrol.*

La tendencia al perfeccionismo es bastante común en las jóvenes con trastornos del comer. El sufrimiento y la sensación de ineficiencia las hacen muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Este perfeccionismo paradójicamente refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos. Es frecuente encontrar en jóvenes con trastornos del comer una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, así se sienten poderosas manipulando su peso corporal, seguramente como compensación de sensaciones de impotencia que surge frente a situaciones que les son difíciles de manejar (Crispo, Figueroa y Guejar, 1998).

❖ *Miedo a Madurar.*

Para Crispo et al. (1998) estas jóvenes están muy "estancadas en la niñez" y tienen temor a crecer y manejar la independencia que esto implica. O bien, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto.

➢ *Características Familiares.*

No ha sido posible verificar la existencia de una familia típica o específica de la anorexia nerviosa, entendiendo como tal, ya sean las características psicológicas de los padres, un patrón interactivo concreto, o ambos factores a la vez. Aunque se ha observado que una vez desencadenado el trastorno existen una serie de características familiares relativamente comunes. Lo que sí se ha comprobado es la tendencia a que las familias de la anoréxica estén situadas en los estratos socio-económico-culturales medios y altos de la sociedad. Así mismo parece existir una cierta tendencia a que los padres de las anoréxicas sean más bien de edad elevada (Toro y Villardell, 1987).

Crispo et al. (1998) señala que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son causantes del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros. Lo que parece

innegable es que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías imperantes en cada época social.

➤ *Factores Socioculturales.*

Para Toro y Villardell (1987), con la ausencia de los factores socioculturales sobraría la descripción de los factores restantes porque prácticamente no existiría anorexia nerviosa, así como no se da en las sociedades y culturas donde no se dan esos factores. Sin ciertos patrones estéticos corporales leídos, observados, escuchados, difundidos, provocados e interiorizados, no podría existir la anorexia nerviosa.

La Clínica de Trastornos de la Alimentación del Hospital de Toronto, Canadá, publicó en 1994 los resultados obtenidos de una encuesta realizada con la pregunta ¿Qué es lo que te haría más feliz?, en donde el 42% de las mujeres respondió perder peso, encontrando además que, más del 90% de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal y el 75% están preocupadas por su peso, porque lo consideran excesivo; y más del 40% estaban a dieta para modificar su situación (Crisp, Figueroa y Guelar, 1998).

Dentro de los factores socioculturales se encuentran:

◆ *Niveles Socioeconómicos.*

La anorexia nerviosa no se distribuye homogéneamente entre las distintas clases o estratos de la población. Crisp (1976 citado en Toro y Villardell, 1987) llevo a cabo un minucioso estudio en el cual halló que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas; es decir, existían significativas diferencias de incidencia en función de la clase social.

Rivera (1997 citado en Sánchez y Mójica, 1998) encontró en su investigación con una muestra de 200 estudiantes de bachillerato de nivel socioeconómico medio y bajo, que los factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria que pueden contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios, se encuentra con mayor tendencia entre las adolescentes de nivel socioeconómico medio.

◆ *Diferencias Culturales.*

Existe la noción de que las mujeres blancas son el grupo más vulnerable a desarrollar trastornos alimenticios. Esto es debido a que el sentido del sí mismo de una mujer blanca, la apariencia, la forma y el peso corporal son aspectos centrales; la estima corporal es un factor más central en las mujeres blancas que en otro grupo demográfico (Haworth, 2000 citado en Nava, 2001).

◆ *Distribución por Sexos.*

No existe prueba de que la anorexia se halle vinculada al sexo biológico, sin embargo es importante observar la evidente inclinación de la balanza epidemiológica a favor del sexo femenino (Toro y Villardell, 1987).

◆ *Distribución por Edades.*

En nuestra sociedad actual parece estar instaurado el rechazo a la obesidad, al obeso y en última instancia, al exceso corporal, lo cual constituye en nuestros días un auténtico estigma social. La presión social contra la obesidad comienza a edad muy temprana, que alrededor de los seis años de edad los niños ya la han interiorizado perfectamente. Los niños atribuyen características positivas como: "bueno", "muchos amigos", "feliz", "educado", etc., a una figura delgada, mientras formulan atribuciones negativas ("peleas", "trampas", "pereñoso", "sucio", etc.), a una figura robusta o gruesa (Toro, 1996).

Salama (2000) en su estudio realizado con niños y niñas de escuelas públicas y privadas de entre 6 y 12 años encontró que la mitad de las niñas consideraban lo delgado como bonito, atractivo, etc., y que más de la mitad de los niños utilizaron calificativos o atributos negativos y ofensivos, por ejemplo: "asqueroso", "prieto", "burro", etc., a los niños gordos. Reportó además que en ambos sexos y ambos tipos de escuela, principalmente en las niñas llegar a ser obeso les preocupaba mucho.

Los estudios mejor documentados sitúan las edades más afectadas entre los 12 y los 25 años; así como también de los 14 a los 18 constituyen los momentos de mayor riesgo en ese rango de edades (Toro, 1987). La edad de consulta ha ido bajando en los últimos años. Ahora llegan niñas de 11 y 12 años, con una problemática con su cuerpo que no es esperable hasta los 14 o 15 años (Crispo, Figueroa y Guetar, 1998). Se calcula que cerca del 50 % de las niñas prepúberes siguen una dieta o adoptan medidas de control de su peso (www.tuotromedico.com 2002).

Brownell y Napolitano (1995) nos hacen notar que los niños, desde muy temprana edad y cotidianamente, se ven expuestos al modelo corporal que representa la famosa Barbie y el no menos famoso Ken. Esta muñeca es el prototipo de delgadez extrema, y es una silueta femenina de las más admirada por las niñas de todo el mundo occidental, ése es el modelo de cuerpo que tales niñas contemplan, manipulan, visten y desnudan, que van conformando de manera natural a través del juego, las figuras ideales, que más tarde en la preadolescencia o en la adolescencia, intentarán hacer valer (citado en Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Guerrero (2003), encontró en su estudio con escuelas públicas y privadas de la Ciudad de México, que el inicio del seguimiento de dietas es de los cinco años en las escuelas públicas y los seis años para las escuelas privadas. Un estudio reciente encontró que el 40% de las niñas entre las edades de 9 y 10 años están tratando de perder peso, generalmente por recomendación de las madres (www.sisop.com.mx 2002). Feldman y Goodman (1988, citado en Gómez Pérez-Mitré, 1997) han observado también, que los niños en edades muy tempranas, aproximadamente entre los 6 y 9 años de edad, ya muestran actitudes negativas hacia las personas obesas, por lo que puede decirse que ha edades tan cortas ya han adquirido las normas culturales o estereotipos del adulto de lo que es ser atractivo.

Frosson, Knibbs, Bryan-Wauhg y Lask (1987), reportaron en su estudio signos de trastorno de conducta alimentaria en niños con edad promedio de 10.7 años y en algunos pacientes desde los ocho años, donde una imagen corporal distorsionada y un autoconcepto distorsionado son los factores primordiales de esta problemática (citado en Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unzué, 2001).

Ruble (1980) dice que la influencia de la imagen que los demás nos reflejan imagen social sobre el concepto de sí mismo se ha mostrado significativamente en el niño, desde los 7 u 8 años (citado en Toro, 1996). Así lo confirman Martínez y Rodríguez (2002), en su estudio en el cual observaron que en los niños de 7 a 9 años, ya están presentes los estereotipos sociales con respecto al deseo de una imagen corporal delgada, así como factores de riesgo con mayor porcentaje en las niñas las cuales desean una figura ideal delgada.

◆ Grupos de Riesgo.

Dentro de la población en general, es decir la considerada normal, cabe definir un subgrupo constituido por adolescentes, básicamente del sexo femenino, especialmente entre 14 y 19 años, sobre todo con pesos algo superiores a la media, procedentes de niveles socioeconómicos medios y superiores (Toro y Villardell, 1987).

Unikel (1998), destacó la presencia de Síndrome Parcial de los desórdenes del comer en el 52% de los casos de una población de adolescentes mujeres estudiantes de ballet, en comparación con las que estaban en escuelas públicas con un 26.8% y con estudiantes de escuelas privadas que obtuvo un 42.5%.

◆ *Presión Social y Estereotipos Culturales.*

Las dimensiones corporales femeninas han sido valoradas de modo muy distinto en diferentes épocas de la historia del mundo occidental. La existencia de un modelo, un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre todos y cada uno de los miembros de la población. Aquellos que se apartan de él, sufren y padecen baja autoestima (Toro y Villardell, 1987).

De acuerdo con Toro y Villardell (1987), el ideal de delgadez, y en especialmente de la figura femenina, se da en las sociedades opulentas, donde la obtención del alimento no es problema puesto que lo usual es su abundancia tanto cuantitativa como cualitativa. Los estereotipos estéticos, como todo lo que son valores suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente: desde las clases más elevadas a la más deficitaria (Toro y Villardell, 1987).

Según Toro y Villardell (1987) los modelos estéticos corporales en el mundo occidental se generan por diversos caminos; uno consiste en el encamado en los medios de comunicación de masas. No hallamos inmersos en un mundo y en un momento históricamente en que los medios bombardean a todos los ciudadanos con múltiples mensajes acerca del ideal de belleza predominante en la actualidad. Estos prometen a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada de aceptación social y éxito. El contexto socio cultural premia la delgadez y crea prejuicios contra la gordura (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

◆ *Coacción Publicitaria.*

Las imágenes cinematográficas, las fotografías de las revistas ilustradas, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento, las fotos "íntimas" de las famosas, la literatura proadelgazante de libros y publicaciones periódicas dedicados a divulgar la higiene y la salud, todo ello contribuye un estado de opinión o evolución corporal determinado. Ese arsenal de imágenes y palabras crea un importantísimo mercado descubierto y cultivado por los comerciantes y productores de los mil y un recursos, que real o supuestamente facilitan el adelgazamiento (Toro y Villardell, 1987).

Para Toro (1996) la delgadez es un artículo de consumo, un artículo de venta en un mercado con múltiples manifestaciones, secciones y dependencias. Así mismo señala que, la difusión de los mensajes publicitarios pro-adelgazamiento sigue un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de la anorexia nerviosa (Toro y Villardell, 1987).

Se sugiere que la totalidad de la mujer se expresa a través de la imagen corporal, además, ese atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. O sea que para ser una mujer exitosa en una sociedad occidental, no sólo hace falta no desarrollar un cuerpo femenino, sino además no está permitido crecer, madurar y envejecer (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998).

◆ *Condición Femenina.*

La anorexia nerviosa no está asociada a ninguna estructura genética, ni dotación hormonal concreta; ni siquiera lo están una determinada distribución corporal del tejido adiposo sexualmente específica. Aunque sí está asociada, y en gran medida, con el papel sexual; es decir, con el conjunto de comportamientos, cogniciones y sentimientos comunes a los individuos de un sexo dado en una comunidad dada, y que se adquieren merced al proceso de tipificación sexual (Toro, 1974 citado en Toro y Villardell, 1987).

El papel femenino dominante conlleva la susceptibilidad a contraer los trastornos de la ingesta, ya que la forma corporal ideal se enmarca dentro del patrón "tubular", es decir sin curvas pronunciadas. La mujer, mucho más que el varón, tiende a identificarse ella misma con su cuerpo. Su cuerpo es mucho más autoimagen que en el hombre el suyo (Toro y Villardell, 1987).

Quizá la manera de favorecer la satisfacción corporal entre las mujeres no sea mejorando los métodos para bajar de peso ni motivándolas a que realicen las largas rutinas de ejercicio, sino apoyando la igualdad entre géneros y contrarrestando la idea de que el valor de una mujer se define por su atractivo físico (Gurevich, 2001 citado en Nava, 2001).

◆ *Etapa Adolescente.*

La anorexia nerviosa se da preferentemente en la edad adolescente y en el inicio de la juventud. Los adolescentes están aprendiendo su propia identidad. En un periodo de tiempo relativamente corto, tiene que adquirir las pautas conductuales, cognitivas y aun emocionales que rigen un su medio social. Se trata de una edad en que la aprobación social más significativa es la del grupo de coetáneos. Esto se aplica a todos los comportamientos y características personales, y por tanto al propio cuerpo (Toro y Villardell, 1987).

La aceptación o no del propio cuerpo, va a estar condicionada por los criterios que al respecto predominen en el grupo de coetáneos. Los cuales están sumamente determinados por los modelos sociales oficiales u oficiales salidos de los medios publicitarios y tomados de los modelos estéticos corporales que la publicidad emplea para ofrecer sus productos. Para el adolescente su cuerpo en evolución le plantea no sólo cómo es sino cómo desearía ser, ya que la percepción de los cambios tiene que obligar incertidumbres, esperanzas, deseos, etc. (Toro y Villardell, 1987).

5.9.2. Factores Precipitantes

Los factores precipitantes marcan el momento del inicio del trastorno. Se habla de precipitantes externos, atendiendo al carácter objetivo, manifiesto, observable de los hechos supuestamente traumáticos que ponen en marcha un proceso morboso (Toro y Villardell, 1987).

➤ *Separaciones y Pérdidas.*

En cuanto a fallecimientos, Beaumont (1978), los halla en el 32% de sus pacientes y Kalcucy (1977), en el 29% de las suyas. También Kalcucy cita en el 34% el número de casos asociados a ausencia del hogar por parte de la interesada. Por lo que hace referencia a separaciones y conflicto grave entre los padres, Kalcucy (1977), halla separaciones oficiales en el 7% de sus anoréxicas. Rowland (1970), un 43% de casos en los que se dan situaciones directa o indirectamente consideradas como separación. Toda esa casuística permite percibir toda la desorganización familiar como algo asociado al inicio de la anorexia nerviosa (citados en Toro y Villardell, 1987).

➤ *Contactos sexuales.*

La experimentación de las relaciones sexuales concretas o aproximaciones a las mismas, también ha sido comprobada como procedente inmediato de la anorexia nerviosa; ya que estas nuevas experiencias suponen nuevos esfuerzos de adaptación, nuevas exigencias sociales. El inicio de un contacto sexual conlleva entre otras cosas, al ponerse en cuestión ante otra persona, ante uno mismo; involucrando el propio cuerpo (Toro y Villardell, 1987).

➤ *Otras Situaciones Aversivas.*

- ◆ *Un incremento rápido de peso, algo frecuente en la adolescencia, puede precipitar una anorexia.*
- ◆ *Los comentarios críticos de los familiares, amigos o personas significativas, suelen darse en adolescentes -y no adolescentes- anoréxicas como algo recordado y vivido antes del cuadro.*
- ◆ *Enfermedades somáticas, algunas veces la anorexia va precedida por alguna enfermedad de tipo somático. Las cosas suelen suceder como si el adelgazamiento y/o la anorexia real que a veces acompaña a tales trastornos quedaran fijadas en la paciente o facilitaran psicobiológicamente un proceso que se halla agazapado, latente con anterioridad.*

- * **Accidentes, Darnioji y Ferguson (1985 citado en Toro y Villardell, 1987), publicaron tres casos de anorexia nerviosa comenzada inmediatamente después de haber sufrido accidentes automovilísticos con importantes traumatismos y modificaciones corporales (Toro y Villardell, 1987 pp. 180).**

➤ **Acontecimientos Vitales.**

La locución acontecimientos vitales está asociada históricamente con la manera de enfocar y sobre todo de intentar evaluar la intensidad del estrés experimentado por una persona en una época determinada de su vida. El primer lugar es ocupado por la experimentación de cambios en la aceptación —objetiva o subjetiva— por parte del grupo de compañeros. En el caso de las anoréxicas bulímicas se ha observado que las situaciones estresantes provocan aumento de la ingesta, y por lo tanto de peso, siendo este hecho el realmente precipitante de la anorexia nerviosa (Toro y Villardell, 1987).

➤ **Excesos de Actividad Física.**

No hay duda que el exceso de ejercicio físico puede provocar el inicio de una anorexia nerviosa (Epling, 1983 citado en Toro y Villardell, 1987). Un incremento en la actividad física puede funcionar como factor precipitante de ciertas anorexias, al margen de toda "intencionalidad anoréxica" de entrega a actividades como lo son: el deporte, la danza, la gimnasia, etc. Sin embargo, no podemos olvidar que, aunque las cosas sucedan cronológicamente y literalmente así, las situaciones concretas en que suelen practicarse este género de actividades son de carácter social y, poco o mucho, competitivas. Es decir, constituyen ocasiones de que el propio cuerpo, sus dimensiones y su imagen sean puestas en cuestión. En tal caso la influencia precipitante sería doble en personas predispuestas (Toro y Villardell, 1987).

En la pequeña comunidad de atletas, el ejercicio excesivo desempeña un papel principal en muchos casos de anorexia (y, a un grado menor, en bulimia). El término "tríada de atletas mujeres" ahora se emplea para describir la presencia de disfunción menstrual, trastornos del comer y osteoporosis, un problema cada vez más común en las atletas mujeres jóvenes y bailarinas. La anorexia pospone la pubertad, permitiéndoles a las atletas mujeres jóvenes retener una figura muscular anfiada sin la acumulación normal de tejidos grasos en los senos y las caderas que podría mitigar su estímulo competitivo. Los entrenadores y profesores agravan el problema recomendando el conteo de calorías y la pérdida de grasa en el cuerpo y controlando la vida de los atletas. Algunos son inclusive abusivos al sus atletas sobrepasan el peso límite y los humillan en frente de los miembros del equipo o precisan castigos, los efectos pueden ocasionar el que pierdan peso excesivo, lo cual se sabe ha sido mortal inclusive entre atletas famosos (www.sygop.com.mx 2002).

5.9.3. Factores de Mantenimiento.

Perpetuar: Hacer perpetua una cosa; perdurar; dar a las cosas duración extensa, incesante, eterna, sin fin (Crisp, Figueroa y Guelar, 1998).

➤ **Consecuencias Psicológicas de la Inanición.**

◆ **Cambios Intellectuales**

Lo primero, y quizás más importante, es la manera en que el hambre deteriora la capacidad de razonar. Este daño es progresivo, pero reversible y desaparece cuando el peso vuelve a la normalidad. Los ítems de las personas que sufren de inanición se vuelven cada vez más simples, este tipo de personas clasifican sus experiencias en muy pocas categorías, las cuales están bien delimitadas y son altamente polarizadas. No existen actitudes moderadas, ni etapas intermedias, todo lo que se percibe es negro o blanco, bueno o malo, aceptable o inaceptable. Lo primero en desaparecer son las funciones mentales superiores, como la capacidad de pensamiento abstracto, la capacidad de ser imaginativo, creativo o de abordar situaciones complejas o que requieren gran dedicación (Toro y Villardell, 1987).

Estos pacientes sienten la necesidad de que todos los aspectos en su vida sean previsibles y estén bien organizados de antemano. Pierden la capacidad de responder de forma espontánea, las relaciones sociales se toman muy problemáticas. Se reduce la capacidad de enfrentar la frustración y las ideas se vuelven menos diversificadas. Disminuye la capacidad de concentración y se reduce la memoria y la capacidad de controlar los movimientos corporales, alargándose los tiempos de reacción y reduciéndose la velocidad perceptual (Treicher, 1982 citado en Papalia y Wendkos, 1997). Mientras más disminuye el peso el paciente se siente más desorientado, y pierde más contacto con la realidad (Duker y Slade, 1995).

❖ *Sexualidad*

El interés en la actividad sexual se pierde cuando se deja de comer adecuadamente por un periodo prolongado lo cual refleja el cambio hormonal que se verifica en hombre y mujeres al perder peso. Se inhibe la secreción de hormonas reproductoras, y desde el punto de vista endocrinológico, la persona malnutrida entra en un estado semejante al de la preadolescencia. Se aprecia en la mujer una suspensión endocrina, ya que se deja de menstruar. En el varón es más difícil de observar muestras de estos cambios endocrinos, aunque sí se llega a informar que, a medida que pierde peso, ya no tiene sueños eróticos (Duker y Slade, 1995).

❖ *Estados de Ánimo y Sentimientos*

La persona malnutrida también experimenta cierto deterioro de sus sentimientos y emociones. Cualquier cosa que se sienta; sea ira, amor, odio, placer, tristeza o celos, se experimenta con menos fuerza. A medida que la pérdida de peso continúa, las emociones intensas menguan todavía más. Esto genera cierto sentido de aislamiento, un sentimiento de encontrarse "por encima de las tensiones ordinarias de la vida", de estar anestesiado para protegerse de ella. La inanición también produce cierto estado de regocijo o euforia, a lo cual se denomina "elevación del ayuno". Se trata de un efecto psicotrópico, o de cambio de estado de ánimo, que ocurre de manera predecible siempre que las personas reducen consistentemente la cantidad de los alimentos que ingieren (Duker y Slade, 1995).

➤ *Interacción Familiar.*

La perspectiva familiar de los trastornos alimenticios sugiere que los individuos desarrollan una imagen corporal positiva o negativa en el contexto de sus familias, pues la familia opera como un mediador de la cultura, ejerciendo una gran influencia en el desarrollo de la identidad y la autoimagen (Haworth, 2000, citado en Nava, 2001).

Una vez establecida la problemática anoréxica, las relaciones interpersonales en el seno del grupo familiar se modifican, se hacen conflictivas y redundan en perjuicio de la paciente, tendiendo a mantener, cuando no a agravar sus síntomas. La familia puede y suele reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimenticios así como los de carácter compulsivo, acostumbra a generar situaciones intensamente antisépticas relacionadas con las comidas. Las pautas de interacción padres-hijo, y sobre todo madre-hija, quedan alteradas haciéndose oscilantes e incoherentes. Los padres suelen reaccionar depresivamente ante el trastorno de su hija, actuando no sólo como padres depresivos, sino como multiplicadores de los errores o anomalías mencionadas (Toro y Villardeil, 1987).

➤ *Interacción Social.*

Su reducción o, a veces anulación completa, redundan en un recorte radical de las posibilidades de distracción de la anoréxica, facilitándose la concentración monotématica de su problemática alimenticia, estética y ponderal. Ello supone una disminución significativa de posibles fuentes habituales de gratificación, lo que empeora su estabilidad emocional y facilita o incrementa el humor depresivo. No obstante con alguna frecuencia se observan casos de pacientes cuya anorexia les ha facilitado una mayor relación social. Pero estas relaciones en la práctica, funcionan como un potente reforzador de las

conductas restrictivas alimenticias de la anoréxica. Subjetivamente, pero no siempre la gratificación social está asociada a la pérdida de peso (Toro y Villardell, 1987).

➤ *Cogniciones y Valores.*

La patología anoréxica desde un principio y muy particularmente actuando después los factores de mantenimiento antes mencionados, se nutre permanentemente de la evaluación estética que la interesada hace de su propio cuerpo y del temor experimentado hacia el incremento del peso. Mientras estas cogniciones se mantengan, el cuadro persistirá de un modo u otro. Además al margen de lo que ocurra en su ambiente inmediato, más o menos alarmado y crítico ante sus prácticas y opiniones, la anoréxica sigue viviendo en el mismo medio social de siempre, un medio preñado de incitaciones masivas al adelgazamiento y actuando sobre una persona especialmente receptiva a tales mensajes, dramáticamente sensibilizada a los mismos. Cuanto más avanza el curso de la anorexia, tanto mayor tiene que ser la sensibilidad y la receptividad a todo cuanto suscite pérdida de peso (Toro y Villardell, 1987).

5.3.4. Factores de riesgo en la Bulimia

➤ *Tipos de personas que tienen más probabilidad de desarrollar Bulimia.*

Cualquier grupo que requiera un peso corporal bajo o una figura esbelta colocará a sus miembros en un riesgo más alto. Aquí se incluye a bailarinas y modelos (Garner y Garfinkel, 1980 citado en Sherman y Thompson, 1999), así como a algunos atletas. Además, las personas que han sido abusadas sexualmente parecen enfrentar un mayor riesgo (Sherman y Thompson, 1999).

➤ *La sociedad como factor causal de la Bulimia.*

Según Sherman y Thompson (1999), refieren que con frecuencia los atributos positivos se asocian con ser delgada y atractiva, mientras que el sobrepeso conlleva numerosas connotaciones negativas, como "perezosa", "fuera de control", "descuidada" y "fea".

Con el énfasis que se le concede a la esbelta, los regímenes para adelgazar se han vuelto cada vez más comunes. Y a pesar de la falta de éxito de las dietas (la mayoría no conducen a una pérdida de peso permanente), la dieta continúa siendo el régimen más popular. Pero debido tal vez al hecho de que las dietas no funcionan o al menos no funcionan con suficiente rapidez, con frecuencia los regímenes restrictivos se están complementando con medidas aun más extremas. Una encuesta de la revista *Glamour*, publicada en 1984, que entrevistó a 33 000 participantes, encontró que 50% de las entrevistadas usaban píldoras para adelgazar, 18% usaban diuréticos, 27% seguía dietas de líquidos, 18% usaban laxantes, 45% ayunaban y 15% se inducían el vómito para controlar su peso. En realidad lo que redescubre en este estudio son los síntomas bulímicos serios. Resultando obvio que existe una relación entre hacer dietas y la bulimia (Sherman y Thompson, 1999).

Para Sherman y Thompson (1999), la bulimia casi siempre se inicia con la dieta. Desde luego no todas las personas que siguen una dieta se vuelven bulímicas. Las dietas se relacionan específicamente con la bulimia en cuanto a que la dieta conduce a, o causa, la ingestión excesiva de alimento. Cuando se restringe excesivamente el consumo calórico, se presentan impulsos tanto psicológicos como fisiológicos para excederse en la comida.

La distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con el físico tienen particular relevancia para el desarrollo de trastornos alimentarios. Chicas y mujeres anoréxicas literalmente se matan de hambre en parte porque se ven a sí mismas como "obesas" a pesar de estar desmejoradas. Aun cuando por lo general de distorsión de la imagen corporal no es tan grave en la bulímica, por lo menos ocurre en cierto grado y, cuando se asocia con una fuerte insatisfacción corporal, se vuelve difícil para la bulímica verse alguna vez "lo suficientemente bien (delgada)" (Sherman y Thompson, 1999).

➤ *La Familia.*

La familia puede contribuir al desarrollo de la bulimia al proporcionar al entorno, valores, actitudes y comportamientos modelados y reforzados dentro de esa unidad social. Los hijos de esas familias crecen en un ambiente en el cual, si acaso, hay pocas salidas saludables para la expresión emocional. Cuando estos sentimientos y frustraciones se acumulan, la bulímica recurre a la comida como una forma de enfrentarse a estos sentimientos. Los problemas con el alcohol son comunes en las familias bulímicas. Desde luego, si el sistema familiar no permite una expresión emocional directa, se debe encontrar una indirecta (Sherman y Thompson, 1999).

➤ *Propósitos que cumple la Bulimia en la Familia.*

- ❖ Puede ayudar a distraer a los miembros de la familia de otro problema "real", (aparece para proteger un mal matrimonio).
- ❖ Puede ayudar a un miembro de la familia a obtener la atención que necesita.
- ❖ Puede expresar poder y control por parte de la bulímica sobre su vida.
- ❖ Puede ayudar a la familia a manejar aspectos de separación, individuación y apego (Sherman y Thompson, 1999. p.p 47-49).

Factores Personales que Contribuyen al Desarrollo de la Bulimia

➤ *Personalidad*

La personalidad de un individuo está formada por rasgos que representan los patrones perdurables para percibir, relaciones y pensar acerca del entorno y uno mismo (Sherman y Thompson, 1999). Según Sherman y Thompson (1999), es la personalidad la que, en gran parte, determina quién tendrá un trastorno alimentario y quién no, pues a la larga es la respuesta del individuo y su manejo de ese ambiente lo que determina si esa persona presentará bulimia.

❖ *Baja Autoestima*

Tal vez, es el rasgo más importante, ya que se presenta con mucha frecuencia y es probable que sea el que contribuya más que cualquier otro rasgo a mantener la bulimia. En el caso de la bulímica tiende a denigrarse a ella misma, usando una diversidad de caracterizaciones negativas como: gorda, fea, tonta, despreciable, débil y sin esperanza. Asimismo, tiene un discurso negativo para explicar lo que le sucede en su vida. Si algo sale mal, está más dispuesta a aceptar la culpa, ya que la ineptitud e ineficiencia se ajustan a como piensa y siente respecto así misma; y si algo le sale bien, es poco probable que se lo atribuya a sí misma (Sherman y Thompson, 1999).

❖ *Necesidad de Aprobación/Dependencia*

Según Sherman y Thompson (1999) la persona bulímica cree que las cosas verdaderamente importantes que quieren en la vida, como seguridad y felicidad, provienen de otras personas en lugar de estar bajo su control. Por tal razón, tiende a tomar decisiones basadas en lo que cree que los demás quieren o esperan de ella en un esfuerzo por complacerlos y ganarse su aprobación. Desafortunadamente su necesidad de aprobación le ayuda a volverse más pasiva, carente de asertividad y demasiado sumisa como resultado del temor a desagradar a su única fuente de buenas sensaciones.

❖ *Baja Tolerancia a la Ansiedad y a la Frustración*

Según Sherman y Thompson (1999) la bulímica tiene dificultad para esperar. En términos psicológicos, significa que encuentra difícil retrasar la gratificación. Si se siente abotargada, debe liberarse inmediatamente de esa sensación mediante el abuso de diuréticos o laxantes. Siente que no puede esperar sin purgarse dos o tres días de alimentación normal, lo cual sería lo indicado para lidiar con su sensación de gordura. Si siente que tienen demasiada comida dentro, su ansiedad provoca que sienta

que debe deshacerse de esa comida inmediatamente. Ella está demasiado ansiosa para esperar una semana y ver si el alimento que ingirió provocará aumento de peso. Para la persona bulímica resulta demasiado incómodo esperar con su ansiedad hasta que está desaparezca. En tales situaciones piensa que sucederá algo horrible si no se ocupa de la situación en ese preciso momento.

Parte de la dificultad de la bulimia para tolerar la frustración consiste en que siente que ha estado frustrada toda su vida; asimismo, la frustración de la bulímica se fomenta por su propia privación. Con mucha frecuencia no se permite comer los alimentos que ella quiere en el momento que lo quiere ni la cantidad que desea. Suele asimismo, negarse placeres simples porque no los merece, debido a que rara vez cree que ella, o lo que hace, sea suficientemente bueno (Sherman y Thompson, 1999).

◆ *Compulsión.*

El estilo compulsivo de la bulimia puede caracterizarse por un perfeccionismo, afán por el orden y orientación hacia las reglas que, con frecuencia, raya en la rigidez. Este medio rígido, y algunas veces impersonal, de relacionarse con el mundo tienen como propósito principal poder lidiar con el temor y la ansiedad asociados con la desaprobación. Considera que debe adaptarse para evitar la desaprobación, pero esa actitud la enoja, pues en realidad no quiere hacerlo. Al mismo tiempo, no puede expresar su enojo de forma directa por miedo a la desaprobación. Así que solo puede expresar su enojo mediante métodos menos directos, como comer en exceso y purgarse o la resistencia pasiva (indecisión, obstinación, negatividad, etc.) (Sherman y Thompson, 1999).

◆ *Irresponsabilidad.*

Para Sherman y Thompson (1999) el perfeccionismo y la compulsión de la bulímica algunas veces pueden conducir a lo que podría parecer irresponsabilidad. Con frecuencia el perfeccionismo provoca indecisión. Tiene tanto miedo a recibir una evaluación negativa que no termina lo que está haciendo, para lo cual cita una variedad de excusas, puede creer que lo que está haciendo nunca será lo suficientemente bueno. También la conducta irresponsable puede ser resultado de una deficiente concentración. La bulímica puede perder cosas u olvidarse de atender obligaciones o responsabilidades. Con frecuencia, estas circunstancias están motivadas por la mala concentración, la cual tiende a ser deficiente por varias razones: 1. puede estar tan preocupada por su comida, peso y cuerpo que sencillamente no piensa en otra cosa, 2. muchas bulímicas están deprimidas y la depresión casi siempre obstaculiza la concentración, Y 3. su falta de concentración puede deberse a los efectos fisiológicos de cómo y qué está comiendo y con cuánta frecuencia se está purgando. Sabemos que el cerebro necesita una nutrición adecuada para funcionar con eficiencia; requiere, especialmente carbohidratos complejos para ayudar a la concentración, y los excesos en la comida, el ayuno, así como los efectos negativos de las purgas frecuentes, la afectan.

◆ *Expresión Histrionica*

El término "histrionico" significa animado, espectacular e, incluso teatral. La bulímica histrionica busca llamar la atención mediante una expresión exagerada de la emoción; y aunque este tipo de bulímicas expresan sus emociones, en cuanto a que lo que expresa no es lo que siente realmente e, por lo tanto, le concede muy poco alivio. Puede parecer graciosa, entretenida o provocativa mientras, en realidad, se siente enojada, ansiosa, temerosa o deprimida. Sin embargo lo mismo que sus contrapartes, tiende a no expresar una emoción negativa por temor a la desaprobación (Sherman y Thompson, 1999).

◆ *Dificultad para la Toma de Decisiones.*

Una de las principales razones por las cuales la persona bulímica tiene dificultades para tomar decisiones consiste en que no ha sacado el suficiente provecho de sus propias decisiones, que le permitan desarrollar confianza en sus determinaciones. Algunas veces se siente tan ansiosa y frustrada cuando trata de tomar la decisión correcta que después de una considerable deliberación reiterativa,

impulsivamente tomará una decisión para "terminar de una vez". O bien, puede posponer la toma de decisión distrayéndose con excesos en la comida y las purgas (Sherman y Thompson, 1999).

◆ *Mentiras y Robo*

Algunas personas bulímicas mienten y roban; por lo general, estas conductas son solo una parte del complejo sintoma bulímico. Las bulímicas utilizan la mentira casi siempre para evitar la desaprobación. El robo es muy parecido a las mentiras; muy a menudo roba laxantes o diuréticos ya sea porque está muy avergonzada para comprarlos o porque tiene que tomar tantos que ya no tiene los medios para adquirirlos. Asimismo, también puede robar dinero para comprar alimentos, laxantes o diuréticos; es factible que sienta que la probabilidad de que la descubran es menor si no usa su dinero, cheques o tarjetas de crédito. Al igual que las mentiras, las conductas de deplomanía disminuirán significativamente o desaparecerá una vez que la persona haya superado la bulimia (Sherman y Thompson, 1999).

◆ *Autodestrucción*

Muchas bulímicas no están conscientes del daño potencial de su trastorno. Otras niegan la gravedad de la bulimia; incluso otras se dan cuenta de los peligros potenciales pero temen más no ser bulímicas, basadas en los propósitos que persiguen con esa actitud. Algunas utilizan indicios de daño físico como señales para dejar de excederse en la comida y purgarse. Si el intento de la bulímica es *autodestructivo*, mostrará mayor tendencia a lastimarse en otras formas. Sin embargo, esto no implica que la bulimia nunca se use como autocastigo (Sherman y Thompson, 1999).

◆ *Rasgos de Personalidad Positivos o Benéficos.*

Para Sherman y Thompson (1999) las bulímicas son personas de lo más agradable, generosas y productivas. Aun cuando a menudo son irresponsables consigo misma y no se cuidan lo suficiente, tratan con mucho empeño de ser muy responsables con los demás y atenderlos lo mejor posible. Normalmente son brillantes, tienen conciencia social y son trabajadoras. Muchas muestran inocencia y dulzura que resultan reanimadas y encantadoras; otras son sociables y dedicadas.

➤ *Factores Biológicos que Intervienen en la Bulimia*

Según Sherman y Thompson (1999) los factores biológicos que parecen desempeñar un papel en el desarrollo de la bulimia son las predisposiciones a la depresión y los factores que propician tener peso y figura que no se ajusta a los estándares ideales promovidos por la sociedad y adoptados por la bulímica. Estos factores se deben en su mayor parte a la herencia. Así pues, es más probable que una persona que está predispuesta a la depresión sea más propensa a desarrollar bulimia que una que no lo esté.

Los factores relacionados con el peso y la figura ideales son menos claros que los que intervienen en la depresión. El peso establecido se determina casi siempre por herencia y, en gran parte, indica lo delgado que puede ser una persona. Esto significa que es probable que su peso sea más alto del que le gustaría. Obviamente, cualquier factor que aumente la probabilidad de tener un peso más alto y disminuya la posibilidad de ser capaz de perder peso y no recuperarlo, debe incrementar la probabilidad para desarrollar un trastorno alimentario (Sherman y Thompson, 1999).

5.10. Estadísticas de los trastornos del comer

Entre el 90 y 95 por ciento de las mujeres de la ciudad de México padecen de anorexia nerviosa y bulimia, las cuales pueden llegar a ser mortales entre el cinco y 10 por ciento de los casos, informa la Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal, en la Agenda por la Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de México. El 85% de los pacientes anoréxicos desarrollan la enfermedad entre los 13 y 22 años. Asimismo, la Red señala que hay pruebas de que estos padecimientos han aumentado considerablemente en los últimos 10 años, afectando principalmente a mujeres de clase media, pues son

quienes están más propensas a la depresión que se manifiesta en desánimo, apatía, baja autoestima y desesperanza (CIMAC, 2001).

- De acuerdo con el Centro de Comunicación e información de la mujer A.C. (CIMAC, 2001) un estudio reportó que dos tercios de los estudiantes de escuela secundaria estaban a dieta, aunque sólo un 20% sufrían en realidad de sobrepeso.
- Aunque un 90% de los casos reportados eran mujeres, parece que la tasa de hombres está en aumento.
- Los hombres tienden a ocultar más un trastorno del comer que las mujeres.

El Instituto Tecnológico de Monterrey campus Guadalajara (ITESM), a través del Programa de Prevención y Asesoría en el Tec (PAT) reporta un estudio entre los hombres civiles con trastornos del comer reportando que 42% de los que tenían bulimia eran homosexuales o bisexuales y 58% de los hombres con anorexia reportaron ser asexuales. Los otros factores de riesgo entre los hombres, incluyendo depresión, trastorno de la personalidad y abuso de sustancias, fueron paralelos a los factores entre las mujeres con trastornos del comer (www.gda.itesm.mx/pat/estalim.html).

5.10.1. Bulimia

- La bulimia ha aumentado a una velocidad mayor que la anorexia durante los pasados 5 años. Un estudio de estudiantes de escuela secundaria reportó que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaron comportamiento bulímico.
- Los estudiantes universitarios corren un riesgo inclusive mayor.
- Algunos estudios reportan que el 80% de las estudiantes universitarias han comido excesivamente en algún momento; los jóvenes que ocasionalmente forzan el vómito después de comer demasiado, sin embargo, no se consideran bulímicos y casi siempre este comportamiento insalubre ocasional no continúa después de la juventud (www.gda.itesm.mx/pat/desoralim.html)

5.10.2. Anorexia

- La anorexia nerviosa es la tercera enfermedad crónica más común entre las mujeres adolescentes, y se calcula que ocurre en .5% a 3% de todos los adolescentes.
- Aunque todos los grupos de edad son afectados, incluyendo las personas ancianas y los niños de hasta seis años de edad. Entre los medidores de los años cincuenta y los años setenta, la incidencia de la anorexia aumentó por casi 300% (www.gda.itesm.mx/pat/desoralim.html)

Como datos importantes reportados por el Programa de Prevención y Asesoría en el TEC del Instituto Tecnológico de Monterrey (PAT):

- La obesidad es el primer trastorno alimentario reconocido en México, el segundo es la Anorexia y el tercero, la Bulimia.
- Más del 30 por ciento de la población mexicana es obesa.
- De cada mil estudiantes mujeres entre los 15 y los 19 años, casi el 8% ha padecido Bulimia o Anorexia en los últimos siete años.
- El 75% de los casos de bulimia es curable
- De cada 10 personas con Anorexia, nueve son mujeres y una es hombre.
- De cada 10 con Bulimia, ocho son mujeres y dos son hombres.

La anorexia y la bulimia son trastornos psiquiátricos alimentarios que tienen una mayor incidencia en países con gran desarrollo industrial y entre personas de alto poder adquisitivo. Sin embargo, en México cada vez se presentan con más frecuencia este tipo de enfermedades (Campollo, 1995).

5.11. Factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación

Gómez Pérez-Mitré (1997) señala que un factor de riesgo se define como un ambiente o situación conocida que hace al individuo o a la población más susceptible al desarrollo de una condición negativa específica. Algunos de estos factores son:

5.11.1. Imagen Corporal

Como ya se ha mencionado las variables que intervienen en la formación de la imagen corporal van desde preceptuales, evaluativas hasta actitudinales y formación de estereotipos. Gómez Pérez-Mitré (1997) menciona que su formación es el resultado de:

- a) Condiciones sociales externas, como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas de belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y demás, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas.
- b) Variables individuales más o menos objetivas (peso, tamaño y forma real).
- c) Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.
- d) Variables psicosociales subjetivas como autopercepción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones o autoconcepto y autoestima, entre otras (p. 4)

Talini y Rissanen (1994), Word, Walker y Gower (1994) y Ledoux, Choquet y Manfredi (1993) mencionan que la imagen corporal se ha enfocado en dos campos principales:

- a) Distorsión o alteración que se relaciona con la exactitud de la estimación corporal en su totalidad y/o en sus partes.
- b) Satisfacción/insatisfacción corporal que se refiere a la auto-evaluación, sentimientos o actitudes positivas o negativas hacia el cuerpo y/o partes del mismo. (citado en Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Mintz y Betz (1988) han encontrado que las mujeres con trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener una imagen corporal negativa así como de aceptar más fácilmente creencias socioculturales estereotipadas como las relacionadas con la valoración y deseabilidad de delgadez (citado en Gómez Pérez-Mitré, 1997).

5.11.1.1. Factores de Riesgo Asociados con la Imagen Corporal

◊ Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal.

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal es uno de los predictores más importantes de los factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria (Fabian y Thompson, 1989, Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck, 1993 citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

La satisfacción/insatisfacción es la dimensión evaluativa predominante y es una de las variables moderadoras más importantes ya que modulan las relaciones entre las realidades internas principalmente subjetivas (Bruchon-Schweitzer, 1992 citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Una de las formas de entender y estimar la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo es la que depende de la distancia entre la realidad y la identidad (Tucker, 1984 citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998). La satisfacción con la imagen corporal denota adaptación social (Gómez Pérez-Mitré y Acosta, 2000), adaptación personal, una autoestima favorable y equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992 citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Gómez Pérez-Mitré (1997) en un estudio acerca de las alteraciones de la imagen corporal en una muestra de preadolescentes mexicanos, encontró indicadores o tendencias de insatisfacción con la imagen corporal, sobre-estimación de la misma, preocupación por el peso y una fuerte motivación y

actitud favorable hacia la delgadez, en la que la figura ideal es prácticamente una figura anoréxica, es decir, extremadamente delgada.

Así mismo destacó que entre los resultados asociados con la autopercepción del peso corporal, el 40% de las niñas se percibieron con peso normal y el 25% como gorda y muy gorda, esto es que un porcentaje tan alto como el 65% sobre-estimó su peso, cuando la gran mayoría de ellas (81%) se encontraba con un peso por abajo del normal (37%) de acuerdo con su índice de masa corporal real. No observó diferencias significativas entre niños y niñas, sin embargo se detectó que la sobre-estimación se presentó más en las mujeres, quienes respondieron que se preocupaban mucho y demasiado por el peso corporal (45%). Cuando se les preguntó cuanto les gustaría pesar, sólo una tercera parte de los niños y niñas de la muestra respondió que lo mismo que pesaban, mientras que otra tercera parte respondió que preferiría pesar un poco menos y mucho menos de lo que pesaban en ese momento (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo (2001) resaltan que a pesar que en México se han adoptado patrones de la cultura de la delgadez, la medición de la variable satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal no es tan obvia, ya que han encontrado que al preguntar directamente "¿qué tan satisfecha te encuentras con tu figura corporal?" los porcentajes más altos correspondieron a "satisfecha, como si el culturalmente aceptado fuera no quejarse de algo tan privado como es el propio cuerpo. Sin embargo, cuando a estas mismas chicas se les preguntó en otras partes del cuestionario, por peso deseado se encontraron que quieren pesar menos o mucho menos y que su figura ideal era muy delgada, lo que les permitió inferir que lejos de estar satisfechas o muy satisfechas tal y como respondieron, realmente se encuentran insatisfechas.

El origen de la insatisfacción corporal, se encuentra integrado por un carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, de un sujeto socializado internaliza, adopta y constituye, como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de la cultura (citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

La insatisfacción corporal femenina, se encuentra asociada con la menarca, ya que mientras más temprana sea su aparición, el grado de insatisfacción corporal es mayor y así mismo el seguimiento de dietas para el control de peso (Brooks-Gunn y Warren, 1985; Duncan, Ritter, Dornbusch, Gross y Carlsmith, 1985; Simmons, Blyth y McKinney, 1983 citados en Pineda, Platás y Gómez Pérez-Mitré, 2000).

En un estudio reportado por Pineda, Platás y Gómez Pérez-Mitré (2000 citado en Guerrero, 2003), de la muestra total (N=260) mujeres estudiantes preadolescentes, encontraron que el 54% estaban satisfechas con su imagen corporal, mientras que el porcentaje restante presentó insatisfacción, siendo las chicas con menarca tardía las más insatisfechas con su figura corporal y las chicas que iniciaron más tempranamente resultaron ser las más satisfechas. Para valorar esta variable, entre distintos procedimientos, se utiliza una serie de figuras corporales desde muy delgada hasta muy gruesa y los sujetos debían escoger la que se les parecía más (figura actual) y la que les gustaría tener (figura ideal). Encontrándose que las mujeres de población normal con patrones alimentarios anormales y con desórdenes de alimentación califican su figura ideal de manera más delgada que su figura actual (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

Gómez Pérez-Mitré y Acosta (2000), con una muestra de adolescentes mexicanas y españolas encontraron en ambos grupos mayor insatisfacción con la imagen corporal que satisfacción. También se encontró mayor alteración en la imagen corporal dentro del grupo de las españolas (90%) que de las mexicanas, quienes el 65% no presentaron esta alteración. Respecto a la satisfacción/insatisfacción con partes corporales, se encontró menos insatisfacción en las españolas que en las mexicanas, tanto en la figura como en diferentes partes del cuerpo.

◆ *Alteración de la Imagen Corporal*

Para la medición de la alteración de la imagen corporal, se interpreta la diferencia que se produce entre la variable autopercpción del peso corporal (respuesta subjetiva) menos el IMC real (respuesta objetiva). La no diferencia entre la percepción subjetiva y el IMC real se interpreta como no alteración, mientras que la diferencia positiva corresponde a la sobreestimación (cuando una persona se percibe más gruesa de lo que es) y una diferencia negativa a la subestimación (cuando se percibe más delgada de lo que es) (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 2001).

La alteración de la imagen corporal y la satisfacción/insatisfacción son variables fundamentalmente perceptuales, evaluativos y auto actitudinales, siendo el resultado de la interacción de: condiciones sociales externas, de variables individuales como peso o tamaño y forma real, de comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social y de variables psicosociales subjetivas, como autopercpción y percepciones de los otros del peso o del tamaño corporal, de la figura ideal, autoestima, etc. (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

McCann (1994 citado en Maldonado y Saucedo, 1998) investigó la actitud de las madres de niños (9 meses a 9 años de edad) que presentaban un trastorno en la alimentación. Se evaluó si las madres tenían un trastorno de alimentación y la percepción que la madre tenía del niño y del cuerpo de este. Encontraron que las madres tenían dificultades de la alimentación, a pesar de que ninguna reunía criterios diagnósticos suficientes de bulimia nerviosa o anorexia nervosa. Otro punto importante fue que muchas de las madres no apreciaban la gravedad del problema o lo subestimaba, el 58% de ellas pensaban que su hijo tenía peso normal o ligeramente bajo, el 38% a pesar de la opinión médica, pensaban que en cuerpo del niño tenía un aspecto enteramente normal y un 34% menciona que su hijo se veía ligeramente delgado.

◆ *Preocupación por el Peso Corporal*

La preocupación por el peso corporal es considerada como una de las variables de más alto riesgo y que pueden conducir de manera más directa al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Brownell y Robin, 1994; Fallon, Katzman y Wooley, 1994 citados en Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

Rolland, Famill, Griffiths, Larkin, Rice y Russel (1996 citados en Alvarado y Moreno, 2000) han observado que entre niñas de 6 y 12 años de edad, con peso debajo de la norma, expresan un deseo de estar más delgadas de lo que están.

Maloney, Daniels y Speaker (1989 citado en Gómez Pérez-Mitré, 1997) ponen en evidencia que el 55% de una muestra de niñas, cuyas edades fluctúan entre los 7 y 12 años, respondieron que desean estar más delgadas, y un 37% habían intentado perder peso.

Guerrero (2003) reportó en su estudio con preadolescentes de escuelas pública y privada, que los escolares que se encuentran más preocupados por su peso son los que presentan menor autoestima, siendo las niñas las más preocupadas por su peso, que los niños y que en la escuela privada se da más esta relación de variables. Encontró además que dentro de la preocupación por el peso corporal, cuando se realizó a los escolares dos preguntas, una en relación con la preocupación por subir de peso y otra con relación a estar gordo(a), los resultados muestran el impacto que la palabra gordo(a) tiene entre los escolares al considerarla de manera peyorativa pues los porcentajes de "demasiado" y "mucho" se incrementan notoriamente en el reactivo de la preocupación por llegar a estar "gordo(a)".

➤ *Alimentación*

Buena parte de la conducta conflictiva que el niño presenta hacia el alimento se origina no en una pérdida del apetito o en una disminución de su necesidad de comer, etc.; sino en emociones conflictivas hacia la madre que se transfieren al alimento, que constituyen un símbolo que lo aqueja. La ambivalencia hacia la

madre puede expresarse como fluctuaciones entre la ingesta excesiva y el rechazo hacia el alimento. Cuando los desórdenes de la alimentación surgen de la relación madre-hijo y han sido especialmente graves, pueden volver durante la vida adulta bajo la forma de trastornos psicósomáticos del estómago o el aparato digestivo (Maldonado y Saucedo, 1998).

Dahl (1986 citado en Maldonado y Saucedo, 1998), menciona que en ese año empíricamente se podía predecir que niño tenía mayor riesgo de presentar problemas de alimentación. Esto por su alta correlación con la ansiedad de la madre durante el embarazo, el que esta tuviera poca salud física, y dificultades muy tempranas en la alimentación al seno materno. También hubo una correlación significativa con el hecho de que los padres mismos hubieran tenido en su infancia una historia de dificultades para comer.

Stein y Fairburn (1995 citado en Maldonado y Saucedo, 1998) hicieron una revisión de casos de mujeres cuyos hijos (2 a 12 años de edad) habían tenido problemas de alimentación y se buscaban las correlaciones posibles entre el infante con historia de dificultad alimentaria y las características de sus madres. Los resultados obtenidos mostraron que las madres de los niños con problemas alimentarios más frecuentemente tenían demasiada ansiedad respecto a su propio peso. Se habían sometido regularmente a dietas y restricciones intensas y estaban muy interesadas en su apariencia física y su peso, así como en la comida en general. Sin que alguna de ellas hubiera tenido un diagnóstico clínico de anorexia o bulimia nervosa.

En un estudio realizado por García (2002) acerca de conducta alimentaria de riesgo en adolescentes encontró que los adolescentes con una percepción de la relación materna negativa y con nivel socioeconómico bajo presentaron mayor problema en la conducta alimentaria compulsiva, así como mayor problema para realizar una conducta alimentaria normal. Mientras que los adolescentes con percepción de la relación materna negativa y nivel socioeconómico alto manifestaron ligeramente mayor preocupación por el peso y la comida, mostrando tendencia a realizar dietas restrictivas y crónicas.

Los estudios más recientes han intentado detectar la presencia de conductas anómalas de alimentación en estudiantes de nivel secundaria, preparatoria y licenciatura, así como estudiantes de danza. Holtz (1992) realizó un estudio con mujeres de preparatoria privada (N=90), entre las conductas anómalas del comer encontró: seguimiento de dietas (59%), atracones (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%), laxantes (6%), amenorrea (19.3%) y preocupación por el peso (81%).

En ese mismo año Escobar (1992) comparó las respuestas que dieron estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas, y estudiantes de licenciatura (N=929) del sexo femenino de la Ciudad de México, a reactivos que exploraron desórdenes del comer y prácticas relacionadas con estos. La práctica más reportada fue el seguimiento de dietas: 66% en escuelas privadas y 37% en escuelas públicas. En "preocupación por el comer", las estudiantes de secundarias y preparatorias de escuelas privadas y públicas presentaron porcentajes del 45% y 47% respectivamente. Por otra parte en estudio realizado por Gómez Pérez-Mitá (1997) el cual tuvo como objetivo principal determinar si en edades jóvenes (10 años en promedio) se practicaban dietas intencionales. Los resultados mostraron que un 25% de ellos aceptaron hacer ese tipo de dietas, tanto para bajar como para subir de peso. Los niños de la muestra habían hecho, en el último año, un cambio en su alimentación: un 19% con intenciones de bajar de peso y un 6% para subir de peso. Se concluyó entonces que en niños tan jóvenes como los de la muestra si se encontró la práctica riesgosa de seguimiento de dieta intencional en una proporción preocupante (121 de 487 niños).

CAPITULO VI

Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) como modelo en la Prevención de Trastornos de la Alimentación

6.1. Salud

La salud se define como "la normalidad" frente a la "anormalidad" de la enfermedad. Hay, pues, una (íntima) relación entre los conceptos de salud, enfermedad y los de "normalidad-anormalidad". Incluso desde el punto de vista puramente Biológico, la enfermedad y la salud se define aludiendo a los "parámetros normales", pero la normalidad no se define solo estadísticamente, sino que se establece también socioculturalmente. Por eso algunos autores hablan de la "construcción social de la enfermedad. Por eso, también, el concepto de salud ha cambiado desde comienzos del siglo, y ha añadido el marco de referencia biológico, el psicológico y el social (Alvarado, Garrido y Torregrosa, 1996).

En 1948, en el Congreso de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, se definió la salud como "el estado de absoluto bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad como se consideraba en años pasados. Esta concepción renovada de salud surge, sobre todo, por el aumento de las tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas frente a las infecciosas y los hallazgos epidemiológicos que ponían de relieve la importancia de los comportamientos en su génesis. Por ello, es posible hablar de comportamientos de riesgo frente a poblaciones de riesgo, área en la cual se centran actualmente las investigaciones relacionadas con los trastornos alimentarios (Alvarado, 2000).

Desde una perspectiva médica, la salud es vista como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales (accidentes, infecciones) (Labrador, Muñoz, y Cruzado, 1990 citado en Becoña, Vázquez y Obitias, 2000, citado en Alvarado, 2000), los médicos para hacer frente a estas agresiones recurren frecuentemente a la utilización de fármacos y cirugías.

El concepto de promoción de la salud propuesto por la OMS (1986) en la carta de Ottawa señala que esta consiste en "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (p.1).

6.2. Factores determinantes para un comportamiento saludable

Entendemos por *comportamiento saludable* el que realizan las personas con el fin de estimular o mantener la salud (Taylor, 1986, citado en Alvarado 2000). Se consideran, por tanto, conductas de salud el ejercicio físico o abstenerse de fumar, entre otros muchas conductas. También es posible distinguir entre estas conductas de salud y aquellas cuyo objetivo es reducir el riesgo, es decir, las llamadas conductas de reducción de riesgo, por ejemplo, dejar de fumar o hacer dieta baja en colesterol, aunque estos dos tipo de conducta pueden realizarse en la mayoría de los casos desde situaciones distintas de situación física. Es decir las conductas de salud se ejecutan desde un estado supuesto de salud, mientras que las conductas de reducción de riesgo tienen lugar una vez que la persona necesita evitar las consecuencias de un estado de salud que ya incluye algún trastorno. Ambos tipos de conducta tiene como objetivo común preservar la salud y evitar la enfermedad.

6.3. Modelo de Creencias de la Salud

El *Modelo de Creencias de la Salud* (MCS), fue desarrollado originalmente por Rosenstock (1966, Alvarado, 2000); es uno de los enfoques teóricos centrados en las construcciones cognitivas de la persona. Postula en esencia, que la decisión de una persona de realizar una acción concreta relacionada con la salud está determinada por una serie de creencias de salud específicas. Especialmente incluyendo los siguientes aspectos:

- a) La susceptibilidad o percepción de la vulnerabilidad hacia una determinada enfermedad.

- b) La gravedad percibida de la enfermedad y de sus consecuencias, tanto de carácter orgánico como social.
- c) Los beneficios y los costos o barreras de la acción de salud recomendada.
- d) Las características demográficas, sociales y culturales.
- e) Los estímulos para la acción o elementos tanto de carácter interno como externo (Becker y cols., 1979; King, 1982, 1983b, 1984, citado en Alvarado, 2000).

Este modelo considera que las creencias determinan las conductas de salud postulado así que para mejorar la ejecución de las conductas de salud se deben diseñar estrategias para modificar las creencias sobre la salud. También supone que reforzando las imágenes asociadas a los efectos positivos de la acción indicada, incrementando la percepción de riesgo de padecer una enfermedad o sus consecuencias, indicando las formas de evitar dicho riesgo y fomentando para ello las habilidades necesarias para realizarlas, se induce al cambio de comportamiento de salud negativo.

6.3.1. "Locus" de control de salud

El modelo *locus de control de salud* surge como una aplicación al campo de salud del concepto de "locus de control" de Rotter (1966, Alvarado, 2000), el cual afirma que la probabilidad de que ocurra una conducta específica en una situación dada es una función de las expectativas de la persona de que dicha conducta le conducirá a un objetivo particular en dicha situación y del valor del resultado para esa persona en dicha situación (Rotter, 1984, citado en Alvarado, 2000).

6.3.2. Atribución de Salud

El modelo de Atribución de salud concibe a la persona como alguien que percibe el mundo como resultado de la operación de causas y efectos. El análisis atributivo en los problemas de salud comienzan en la percepción de síntomas y continúa durante el proceso de salud-enfermedad cumpliendo sobre todo una función en el comportamiento y ajuste a la enfermedad. Puede dar lugar a errores y sesgos perceptivos cuando se responde a informaciones imprecisas que en muchos casos pueden interpretarse (King, 1983, citado en Alvarado, 2000) como el intento de las personas para conseguir control sobre los acontecimientos.

Pero al igual que en cualquier proceso atributivo, en la atribución de la salud se han observado a menudo errores que responden a los sesgos clásicos siendo posible de esta manera que existe un sesgo disposicional o error fundamental de atribución en los profesionales de la salud respecto a la localización del problema del paciente (Bastson, 1982, citado en Alvarado, 2000) y diferencias actor/observador.

Aunque los investigadores no relacionan a la TDC como un modelo de comportamiento saludable, se considera que la exposición y utilización de la misma, producirá buenos resultados en su implementación para la prevención de trastornos de la alimentación, ya que en el área de la prevención dicha teoría puede predecir que los comportamientos saludables (conductas alimentarias adecuadas) se presentarán en la medida en que los adolescentes tomen una posición en contra de la delgadez como ideal de belleza y se vuelvan promotores de una buena alimentación. Los adolescentes cambiarán su conducta alimentaria en la medida que disminuyan la disonancia que se presente entre lo que creen (ser delgado para ser bello) y lo que hagan (promover una posición "anti-delgadez" y el seguimiento de una dieta adecuada) (Pineda, 2001).

6.3.3. Teoría de la Disonancia Cognoscitiva

En 1957 León Festinger, un joven británico psicólogo, arguyó que cuando las personas se hacen conscientes de que sus actitudes, pensamientos y creencias (cogniciones) están en desacuerdo unas con otras, esta conciencia trae aparejado un incómodo estado de tensión llamado *Disonancia Cognoscitiva*. De acuerdo con la teoría de la disonancia cognoscitiva, las tensiones causadas por la existencia de diferencias importantes entre las acciones y actitudes, a menudo se reducen por medio de ajustes que producimos en nuestro pensamiento y no en nuestra conducta.

6.3.3.1. Definición.

Los términos que emplea la teoría de la disonancia cognoscitiva son:

- a) *Cognición*. Se emite a la cognición como el conocimiento que la persona tiene sobre sí misma (sentimientos, emociones o creencias sobre el yo), sobre su conducta manifiesta o sobre su entorno. Al respecto la teoría de Festinger predice que, siempre que el conocimiento que tengamos de la realidad se oponga a alguna otra creencia, existirá una presión para subsanar esa oposición.
- b) *Disonancia*. Factor motivacional, no cognitivo, el cual cuenta con un componente de actividad fisiológica, de ansiedad que produce sensaciones desagradable (Festinger, 1957).

El término "*disonancia*" hace referencia a las relaciones existentes entre parejas de elementos. dichos pares mantienen una relación disonante si no se pueden emparejar. Tales elementos se refieren a los que se conoce con el termino "cognición", es decir, aquello que una persona conoce sobre si mismo, de su comportamiento y de los que le rodea (Festinger, 1957)

Festinger (1957, citado en Morales, Moya, Reboloso, Fernández, Huici, Marques, Páez, Pérez, y Turner 1999) define la disonancia como un estado motivacional desagradable que da vigor y dirección a la conducta. La disonancia cognoscitiva dará fuerza a la actividad orientada hacia la reducción a la eliminación de la disonancia.

Para Smith y Mackie (1997) la disonancia cognoscitiva es cuando las acciones libremente elegidas violan actitudes importantes o relevantes para el yo, la incongruencia produce un incómodo estado de tensión y excitación, que puede inducir a las personas a cambiar sus actitudes para hacerlas acordes con su conducta. Puesto a que este cambio de actitud implica procesamiento en extensión, a menudo es duradero.

6.3.3.2. Elementos de la TDC

Los tres conceptos básicos de la teoría son: Elementos cognitivos, implicación e incompatibilidad. Una cognición o un elemento cognitivo es "cualquier conocimiento, opinión o creencia sobre el medio que nos rodea, sobre nosotros mismos o sobre la propia conducta". Dos elementos cognitivos pueden estar en relación de implicación cuando la presencia de la cognición A en el campo cognitivo de la persona debe verse acompañada por la presencia de la cognición B. Dos cogniciones están relación de incompatibilidad cuando una es contradictoria u opuesta a la otra (Festinger 1957, citado en Morales y cols. 1999).

6.3.3.3. Pasos necesarios para la producción y cambio de actitud en la TDC.

Se entiende por actitud a la asociación entre un objeto dado y una evaluación dada (Fazio, 1989, citado en Morales y cols., 1999)

Smith y Mackie (1997) definen la actitud como cualquier representación cognitiva que resume nuestra evaluación de un objeto actitud, el yo, los demás, cosas, acciones, sucesos o ideas.

Para Morales y cols. (1999) la evaluación significa el afecto que despierta las emociones que movilizan, el recuerdo emotivo de las experiencias vividas, incluso las creencias acerca de la capacidad del objeto para conseguir metas deseadas. Cuando la persona carece de experiencia con el objeto de la actitud, o cuando este no despierta su interés la fuerza de la asociación objeto-evaluación es inexistente.

En la fuerza de la asociación influyen tres procesos diferentes, si bien lo normal es que no lo hagan los tres con la misma intensidad. Si la persona asocia al objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y las características del objeto, nos encontramos ante

un proceso cognitivo. Si la evaluación surge más bien de experiencias intensas, de carácter positivo o negativo, con el objeto de la actitud, proceso es afectivo. Finalmente, es conductual si la evaluación surge de manera gradual de la implicación conductual de la persona con el objeto (Myers, 1991).

La consecuencia es que una actitud tiene tres componentes: Cognitivo, afectivo y conativo-conductal. El primero consta de las percepciones de la persona sobre el objeto de la actitud y de la información que posee sobre él. El segundo está compuesto por los sentimientos que dicho objeto despierta. El tercero incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia él. Los tres componentes coinciden, en un punto: En que todos ellos son evaluaciones del objeto de la actitud. Conocer una actitud implica conocer con detalle cada uno de sus tres componentes (Myers, 1991).

Los pasos necesarios para que los actos contradictorios produzcan una disonancia y cambio de actitud son:

- 1) *El individuo debe darse cuenta de que la acción discordante con la actitud tiene consecuencias negativas.* Si la acción no tiene efectos, no sentimos ninguna tensión incomoda entre las palabras y el hecho.
- 2) *El individuo debe aceptar la responsabilidad de la acción.* La disonancia aparece sólo cuando se hace una atribución interna (cuando nos consideramos a nosotros mismos con la libertad de decidir la realización de la conducta discrepante con la actitud).
- 3) *El individuo debe experimentar excitación fisiológica.* Tal como la sugiere Festinger, la disonancia parece ser experimentada como un estado incomodo de excitación fisiológica.
- 4) *El individuo debe atribuir la excitación a la acción.* La disonancia cognoscitiva no ocurre simplemente porque las personas se sienten excitadas. Deben atribuir esta excitación a la incongruencia producida entre sus actitudes y sus acciones (Cooper y Fazio, 1984, citado en Morales, 1999).

Festinger (1957), menciona que otras formas de producir disonancia son:

Acuerdo Forzado. Ocurre sin ser acompañado por cambio en la opinión o creencia privada, ocurre cuando existen las siguientes condiciones:

1. El acuerdo es provocado principalmente por la amenaza de un castigo en caso de desacuerdo.
2. El acuerdo es producido por la oferta de una recompensa especial; si la recompensa es lo suficientemente fuerte para vencer la resistencia, la opinión privada permanecerá sin cambio, aunque varíe respecto a la conducta pública.

Exposición Selectiva. Una persona se expondrá a fuentes de información cuando espere que estas añadan elementos que incrementarán su consonancia, pero seguramente evitará la que incrementen la disonancia. Las personas buscan, la información que es relevante para sus actos futuros. Cuando una persona se expone a una fuente de información potencial, usualmente no saben la naturaleza exacta de la cognición que adquirirá por la exposición a esa información; debe reaccionar en términos de expectativas (la gente no busca propaganda pero esta tan bien produce ideas).

Interacción con otras personas. Los eventos o conocimientos pueden ser difundidos de forma tan amplia y extensa que sea virtualmente imposible para una persona el ignorarlos o evitarlos. Es importante aclarar que la exposición forzada no siempre produce disonancia. Las personas con las que uno interactúa y que no comparten nuestras opiniones, son una fuente potencial de disonancia. El medio ambiente está rara vez controlado suficientemente como para predecir y protegerse de cogniciones que la produzcan.

Disonancia Postdecisión. Una de la mayores consecuencias de haber tomado una decisión es la existencia de disonancia; después de tomada la decisión, algo se tiene que hacer para aplacar el displacer de haber rechazado otra opción que era después de todo atractiva. La importancia de los resultados percibimos como consecuencia de la decisión afectará la magnitud de la disonancia que existe

después de que se ha tomado una decisión. Otro determinante de la magnitud de la disonancia postdecisión, es el atractivo relativo de la alternativa rechazada.

Festinger dice que hay tres vías principales por las cuales se pueden reducir la disonancia de la postdecisión:

1. Cambiando la decisión o revocándola.
2. Cambiando el atractivo de las alternativas involucradas.
3. Estableciendo un traslapamiento cognitivo entre las alternativas (Deutsch y Krauss, 1974, pp. 73-75).

La teoría de la disonancia cognoscitiva de Festinger (1955, citado en Morales, 1999) trata de predecir los cambios en las actitudes cuando algún tipo de conocimiento que la persona tiene sobre sí misma, sobre su conducta o sobre su entorno no coinciden entre sí, esta teoría explica cómo las personas racionalizan su conducta.

6.3.3.4. Magnitud de la Disonancia.

La magnitud de la disonancia depende de dos factores:

1. *La importancia de los elementos cognoscitivos para la persona.*
2. *La proporción de elementos cognitivos disonantes en relación con los consonantes.*

Para la teoría de la disonancia cognoscitiva, cuando hay disonancia entre actitudes y conducta, rara vez se cambia el elemento conductual lo más sencillo en cambiar el elemento cognitivo, las actitudes y las creencias.

Para Festinger (Morales, 1999) solo cuando las actitudes se enfrentan con las acciones se elimina finalmente la disonancia, es decir, cuando las personas se comportan de un modo discordante con la actitud cambian sus actitudes para que concuerden con sus acciones.

6.3.3.5. Expresión de la Disonancia

Disonancia Individual. Es en la que el individuo trata de mejorar la consistencia en sí mismo. Sus opiniones y actitudes tienden a agruparse de forma internamente consistente. El tipo de consistencia es diferente en cada persona, por ejemplo, una persona que considere que los negros no son tan buenos como los blancos pero que a su vez no quiere a ninguno viviendo en su vecindario (Festinger, Htmf).

Disonancia entre dos Personas. Dos o más personas piensan de distinta forma sobre una cuestión, lo que puede provenir de sus diferentes conocimientos, opiniones o creencias sobre el entorno y el comportamiento (Festinger, Htmf).

Disonancia entre dos o más grupos. Esta puede surgir debido a: (1) una inconsistencia lógica, (2) valores éticos y culturales, (3) opiniones específicas, (4) experiencias pasadas (Festinger, Htmf).

6.3.3.6. Métodos para reducir la Disonancia

Hay diferentes formas de conseguir la disminución de la disonancia cognoscitiva dependiendo del tipo de elementos cognoscitivos involucrados y del contexto cognitivo total. Son los siguientes:

- 1) *Cambiando un elemento cognitivo de comportamiento.* Nuestro comportamiento y sentimientos ambientales se modifican frecuentemente a medida que adquirimos nueva información y cambiamos un elemento cognitivo de comportamiento. Por ejemplo, existen muchos fumadores que no dejan de fumar aun sabiendo que es perjudicial para su salud. Así pues, no siempre es posible eliminar la disonancia o incluso reducirla substancialmente cambiando nuestro comportamiento o sentimientos.
- 2) *Cambiando un elemento cognitivo del entorno.* A veces es posible cambiar un elemento cognitivo del entorno cambiando la situación a la que le elemento corresponde. Por ejemplo, una persona puede ser capaz de cambiar su opinión acerca de una personalidad política sin modificar por ello su idea del entorno político en general.
- 3) *Añadiendo nuevos elementos cognitivos.* Hemos visto que para eliminar por completo la disonancia es necesario cambiar algunos elementos cognitivos. También podemos afirmar que la completa eliminación de la disonancia cognoscitiva no es siempre posible, pero sí es posible reducirla. También está al alcance de nuestras manos reducir la magnitud total de la disonancia añadiendo nuevos elementos cognitivos referentes a los efectos de la conducta de fumar y cogniciones relacionadas con el comportamiento de continuar fumando, la disonancia total se podría reducir añadiendo nuevos elementos cognitivos "consonantes" con el acto de fumar (Morales y cols., 1999 pp. 237)

6.3.3.7. Paradigmas de investigación inspirados por la TDC

Competencia Inducida. Según la teoría de la disonancia, cuando una persona realiza una conducta que es contraria a sus actitudes experimenta la disonancia y la magnitud de esta será mayor cuantas menos razones o justificaciones tenga para haber realizado dicha conducta (Morales y cols., 1999).

Conducta Proactiva. Aunque la teoría de la disonancia cognoscitiva a sido aplicada habitualmente a la realización de conductas contraactivas, pues evidentemente es disonante tener una determinada actitud y hacer una conducta que la contradice, también la realización de conducta proactivas puede producir disonancia, siempre que exista cierto desajuste entre la actitud y la conducta. Aunque a veces tengamos actitudes claramente a favor de algo, no siempre nos comportamos en plena concordancia con esas actitudes (Morales y cols., 1999).

Toma de Decisiones. Cuando se elige entre dos o más alternativas puede surgir disonancia, ya que, a menos que una de las alternativas tenga solo ventajas y ningún inconveniente, la elección de cualquier alternativa implica asumir además de las ventajas ciertas consecuencias negativas, así como renunciar a las ventajas de la alternativa no elegida (Morales y cols., 1999).

Iniciación Severa. La entrada a numerosas instituciones y grupos sociales suele implicar con frecuencia dificultades de índole muy diversa. En ocasiones estas iniciaciones severas simplemente pretenden "seleccionar" a sus miembros. Pero en otras, cuando se aplican a todos los integrantes de un grupo pueden estar desempeñando una importante función psicológica llevando a los miembros a valorar al grupo en el que se integran. El porqué de esta valoración vendría explicado por la TDC: esforzarse o sufrir por algo es disonante como que ese algo no valga la pena; en consecuencia la forma de reducir la disonancia es valorarlo, o dejar de esforzarse y de sufrir (Morales y cols., 1999).

Concluyendo, la mayor disonancia cognoscitiva entre dos elementos o entre más grupos es la que proviene de lagunas culturales y/o la falta de información entre ellas/estas culturas. Un posible método para reducir o eliminar la disonancia cognoscitiva es por lo tanto el intercambio de información entre los elementos disonantes.

6.4. Prevención

Prevención indica la acción de prevenir el prefijo "PRE" significa "ANTES" en sentido cronológico temporal el "PRE" de prevenir es un ver "ANTES" en el tiempo. Alude a los parámetros de una práctica y un sentido; ver antes, adelantarse a la ocurrencia del fenómeno "ir a los hechos antes de que estos ocurran" (citado en López, 1996).

El concepto de prevención es manejado en la medicina y se refiere a todas aquellas acciones encaminadas a prolongar la vida y promover la salud física y mental del individuo (Leavell y Cirak, 1984; citado en Gómez y Guzmán, 1988).

Muy frecuentemente se confunden los términos que se refieren a promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud pública; sin embargo, esta última es un concepto muy general, social y político cuyo objetivo es mejorar la salud y prevención de la enfermedad como formas de intervención para el logro de su objetivo (Pineda, 2003).

La promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino también aumentadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales, de la persona. La promoción de la salud se realiza grupalmente mediante acciones ejercidas sobre individuos que les llevan a modificar sus comportamientos, para que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven (OMS, 1969, citado en Alvarado, 2000).

Mientras las acciones de prevención de enfermedad se presentan mínimo ante amenaza de enfermedad o para reducir factores de riesgo, en la promoción de la salud las estrategias se llevan a cabo con el propósito de mantener y mejorar la salud sin que este presente alguna amenaza de enfermedad (Pineda, 2003).

El concepto de promoción salud propuesto por la OMS (1966) en la Carta de Ottawa señala en que esta consiste en "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma" (p.1.). Bajo este contexto la salud es vista más que como un fin, como un medio para el logro de otros objetivos de vida, quedando la concepción médica de salud insuficiente, ya que no se trata únicamente de curar o prevenir la enfermedad, se trata de promocionar que la salud forme parte esencial de la calidad de vida de una persona, contribuyendo su desarrollo en todas las áreas. En los tiempos actuales la promoción de la salud es una área difícil de realizar dado los niveles de estrés y – en los países tercermundistas – la situación de pobreza a los que esta sometida la población; desafortunada o afortunadamente – según el punto de vista – tiene como práctica opcional la prevención de la enfermedad (Pineda, 2003).

Los programas de promoción y prevención sanitarias se pueden realizar con enfoques individuales, grupales o comunitarios (Spacapan y Oskamp, 1987; Kasl y Serzner, 1992; citados en Alvarado, 2000) e incluyen desde campañas en los medios de comunicación hasta intervenciones directas, personales. Utilizan intervenciones unidimensionales y multidimensionales, dependiendo de si pretendemos producir cambios en una o varias conductas de riesgo o de salud simultáneamente. Las teorías más utilizadas en este campo han sido el modelo de creencias sobre la salud, y la teoría de la acción razonada (más tarde teoría de la conducta planeada) (Ruttr y Quine, 1994, citado en Alvarado, 2000).

El esquema de historia natural de la enfermedad parte de la existencia de tres grandes grupos de factores que explican la aparición de la enfermedad: los factores del agente, los del huésped y los del ambiente. Una vez que el equilibrio se rompe, la enfermedad pasa al periodo patológico. Así pasará por las etapas de enfermedad temprana, moderadamente avanzada, muy avanzada y complicada para culminar con la muerte o la recuperación, partiendo de este concepto, cualquier acto médico resulta preventivo, en la medida en que previene la continuación de la evolución natural de la enfermedad. A cada una de estas etapas corresponde un cierto nivel de prevención, los cuales son tres:

6.4.1. Niveles de Prevención

Prevención Primaria- Es el primer nivel de prevención que se aplica al periodo prepatogénico, abarca dos niveles de atención: la promoción de la salud y la protección específica. El primero implica el mejoramiento de las condiciones ambientales e individuales de la vida, en su intento de prevenir todas las enfermedades mediante la búsqueda de la salud y el bienestar. El segundo nivel se refiere a todas aquellas medidas destinadas a evitar la aparición de una enfermedad en particular. Para Newman y cols. (1982; citado en Gómez y Guzmán, 1988), la prevención primaria incluye actividades dirigidas a modificar el ambiente de tal manera que una condición (enfermedad) no pueda desarrollarse o existir.

Prevención Secundaria- Se aplica al periodo patogénico, abarca lo que tradicionalmente se ha conocido como tratamiento y que implica un diagnóstico temprano, - en el cual se detectan los casos en los inicios de la enfermedad, limitando de esta manera la incapacidad o prevenir las complicaciones ulteriores del padecimiento (Newman y cols, 1982; citado en Gómez y Guzmán, 1988), incluye todas actividades diseñadas para facilitar la detección temprana de una enfermedad y la iniciación temprana del tratamiento.

Prevención Terciaria- Se aplica una fase todavía más avanzada del periodo patogénico, cuando existen complicaciones y secuelas, siendo su nivel de aplicación la rehabilitación que pretende detener la evolución de la enfermedad, prevenir la invalidez total y reintegrar al individuo a la sociedad utilizando sus capacidades restantes y contribuyendo al desarrollo de nuevas potencialidades.

6.4.2. Tipos de estrategia de prevención primaria

Proactiva: La prevención primaria proactiva se define como aquellas estrategias que buscan eliminar agentes causales (Catalano y Dooley, 1980).

Reactiva: las estrategias reactivas buscan mejorar la capacidad de las respuestas y aumentar la resistencia a los estresores potencialmente dañinos. Sin duda, la práctica de la prevención reactiva es la más popular en el área de adicciones en general y en el área de trastornos alimentarios, no obstante, el descuido de las estrategias proactivas a generado críticas (Austin, 2000).

6.4.3. ¿Por que hacer prevención?

Striegel-Moore y Steiner-Adair (1998), señalan que la intervención temprana es el mejor factor de recuperación y el método más económico para eludir tratamientos potencialmente costosos. Otros autores subrayan el valor ético de la prevención, además de señalar sus ventajas económicas. Saracci (citado en Rodríguez-Salgado, 1999), señaló que el acceso al tratamiento de la enfermedad como el riesgo hoy en día de hacerse cada vez más costoso y menos igualitario para este autor la prevención resulta la única forma de lograr la igualdad de todos los ciudadanos para el logro de la salud.

A la luz de estos argumentos y de las cifras de factores de riesgo y de la patología propiamente dicha, resulta sorprendente saber que la prevención es una de las cuestiones de primer mundo que origina más polémica en el ámbito de los trastornos alimentarios, ya que existe un gran desacuerdo sobre la importancia de la prevención en esta línea de investigación. Los investigadores que están a favor de la prevención, sostienen que los tratamientos no disminuyen la incidencia de un trastorno que tanto en el ámbito ético como en el económico resulta lógico esforzarse por reducir dicha incidencia. Los detractores de esta postura señalan que la génesis de los trastornos alimentarios aún no se conoce lo suficiente, y que involucran factores de riesgo imposibles de alterar (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 1998).

En nuestro país - de tercer mundo - el área de prevención es prácticamente nula, puesto que se considera que ésta no resulta funcional (la literatura intencional así lo ha señalado), añádate la falta de interés que se traduce en la no asignación de recursos de las Instituciones Gubernamentales para la

realización de la prevención, el apoyo (muchas veces limitado) viene de Instituciones que promueven el desarrollo científico; por lo tanto en México ha resultado aún más complicado llevarlo a cabo, pues no se cuenta con los mismos recursos con que cuentan los países desarrollados (Pineda, 2003).

6.5. Prevención de trastornos alimentarios

De acuerdo con Austin (2000), a nivel internacional los intentos realizados hasta el momento sobre prevención de trastornos alimentarios puede considerarse como una "primera generación" que más allá de representar programas improvisados poco exitosos basados en la literatura disponible, no cabe duda que proporcionan información fundamental para refinar el trabajo subsecuente.

En términos de prevención de la enfermedad un programa de intervención se refiere a la actuación planificada dirigida por lo general a un grupo específico de población determinados en situación de riesgo debido a un desorden o enfermedad identificables, con miras a reducir el nivel de riesgo existente (Nutbeam, 1996).

Esta primera generación de prevención de trastornos de la alimentación, que Austin (2000) menciona se ha basado principalmente en un componente psicoeducativo como lo hacían los primero intentos de prevención de abuso de drogas, el problema es que precisamente los resultados, en esta línea sugieren que la información por sí sola no produce cambios (Moskowitz, 1989, citado en Stice y col., 2000).

Para Stice y cols. (2000) una de las principales fallas de esta primera generación tiene que ver con el tipo de prevención que ha realizado, primaria básicamente, dirigida a la población en general, programas de prevención de otros problemas de salud mental guiaran que los máximos efectos de prevención ocurren cuando ésta es dirigida a personas en riesgo refiriéndose a un tipo de prevención secundaria.

Este argumento; sin embargo, no tiene porque "alejarnos" de la prevención primaria, esta por supuesto no tiene que estar guiada por discusiones sobre los síntomas de la enfermedad ya que están probados iatrogénicos (Carter et al., 1997; Mann et al., 1997, citados en Stice y col., 2000). Debe ser dirigida a edades más jóvenes porque se ha detectado la presencia de factores de riesgo en edad pre-escolar y escolar (Gómez Parmité y col., 2001). Un elemento fundamental en la prevención primaria deben de ser no solo los instrumentos y la forma de evaluación, además debe considerarse los tiempos de la misma dado que los efectos de la prevención se observan a largo plazo (Pineda, 2003).

No es solo la falta de un modelo etiológico de trastornos alimentarios, añádaase la ausencia de congruencia, entre el discurso etiológico y la práctica de la prevención. Esta primera generación de intervenciones han propuesto explicaciones ideológicas que sugieran el uso de estrategias preventivas y no obstante, estas han sido reactivas. Austin (2000) señala que mientras el contenido de muchas de las intervenciones se relacionan de alguna forma a dimensiones socioculturales de trastornos alimentarios, los investigadores se dirigen a estos factores a través del trabajo casi exclusivo a nivel individual, utilizando estrategias de prevención primaria reactiva, para entrenar a los participantes en la evaluación crítica de los medios de comunicación y promover la resistencia psicológica a la presión para el control de peso. La intervención de esta forma excluye los esfuerzos de cambio medio ambiental, entrenando a las chicas a adaptarse a un ambiente nocivo. Algunos críticos de promoción de la salud han argumentado que motivar sin restricciones el cambio a nivel individual mientras abandona el trabajo en los ambientes tóxicos, es considerado poco ético (Hess, 1985, Becker, 1986; Sallis, 1993 citados en Austin, 2000).

En el área de trastornos alimentarios se han llevado a cabo algunos programas de prevención precisamente Austin (2000, citado en Pineda, 2001) de la División de Medicina Adolescente de la Escuela de Harvard de Salud pública, realiza una interesante revisión de estos programas alrededor del mundo y publicados en los años 1986 a 1999.

Viente programas de prevención de la conducta alimentaria en ocho ciudades han sido publicados en el transcurso de las dos últimas décadas, de estos diez fueron realizados en Estados Unidos (Rosen, 1989;

Shisslak, 1990; Killen, 1993; Moreno y Theien, 1993; Mann, 1997; Martz, 1997; Chally, 1999; Franko, 1998; Smolak, 1998; Martz y Bazzini, 1999), tres en Canadá (Porter, 1998; Moriarty, 1990; Piran, 1999), dos en Australia (Paxton 1993; Huon, 1997), en Gran Bretaña (Carter, 1997), Israel (Neumark-Stzainer, 1995), Italia (Santonastaso, 1999), Suecia (Budeberg-Fischer, 1998) y Noruega (Gresko y Rosengvine, 1998) uno en cada una de estas ciudades (citado en Austin, 2000; citado en Pineda 2001).

De los programas revisados por Austin (2000, citado en Pineda, 2001), 10 incluyeron solo mujeres adolescentes y jóvenes; esto es lógico ya que las mujeres son 10 veces más diagnosticadas con un trastorno alimentario que los hombres. Uno de los estudios fue diseñado para estudiantes adultos y cuatro incluyeron a los padres, maestros o profesionales de salud que trabajaban con los niños. La duración de la mayoría de las intervenciones fue de corto plazo, desde una sesión a múltiples sesiones de varios meses. Dos programas, uno en Canadá y otro en Noruega, se institucionalizaron y duraron algunos años.

El formato de algunas intervenciones fue básicamente didáctico utilizando la técnica pedagógica tradicional, que incluye a un maestro o experto que proporciona información a sus alumnos quienes participan mínimamente en el proceso. Sólo cinco estudios sobresalieron por incorporar técnicas participativas (Porter, 1998; Moriarty, 1990; Budeberg-Fischer, 1998; Smolak, 1998, Piran, 1999; citado en Austin; citados en Pineda, 2001).

En palabras de Austin (2000, citado en Pineda, 2001) los resultados de estas intervenciones han sido desalentadores (coincide con las afirmaciones de Stice, Chase, Stormer, y Appel, 2001; citados en Pineda, 2001, en el sentido de que de los resultados de las intervenciones realizadas hasta ese momento han sido poco exitosos). Sólo cuatro de ellos mostraron algún tipo de cambio de conducta, cuatro registraron disminución de algunos síntomas después de la intervención, cinco reportaron mejoras solo en conocimiento y algunos otros encontraron algunos avances en actitudes en intereses acerca del peso y forma corporales.

En el 2001 también se han reportado los resultados de algunos programas de intervención en el área de los trastornos de la conducta alimentaria, en uno de estos llevado a cabo por Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth y Fairburn (2001, citados en Pineda, 2001) en Oxford, se trabajó con una muestra de 474 adolescentes mujeres de 13 y 14 años quienes fueron divididas en dos grupos, uno que recibió un programa de intervención como parte de su currículum escolar, y otro grupo (control) que únicamente fue medido. El programa (con duración de seis semanas) más que didáctico fue interactivo, utilizando técnicas de role play y grupos pequeños de discusión, que giraban alrededor de las presiones socioculturales para ser delgada, sus intereses por el peso y formas corporales. El auto monitoreo de hábitos alimentarios fue utilizado en el contexto de la discusión de la alimentación saludable. Las adolescentes fueron involucradas para que intentaran llevar una alimentación saludable basada en la "anti-dieta". Adicionalmente los profesores recibieron una sesión de información sobre los trastornos alimentarios y a los padres se les proporcionó un resumen del contenido del programa. Las mediciones se realizaron una semana después del programa y seis meses más tarde. La cuarta edición del autoreporte Eating Disorder Examination de Fairburn y Cooper, y la versión para niños del Eating Actitudes Test de Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, fueron los instrumentos utilizados.

Los resultados indicaron que inmediatamente después de la intervención, las chicas del grupo experimental redujeron un poco la dieta restrictiva y la actitud negativa hacia su figura y peso, no siendo así en el grupo control. Sin embargo, esta reducción no se mantuvo seis meses después.

En otra investigación realizada en Suecia por Baranowski y Hetherington (2001, citado en Pineda, 2001) se trabajó con una muestra total de 29 mujeres entre 11 y 12 años de edad, 16 de ellas participaron en un programa psicoeducativo de prevención de trastornos alimentarios (grupo experimental) y 13 de ellas fueron expuestas a un programa de conocimiento sobre frutas y verduras (grupo control). Ambos programas consistieron de cinco actividades semanales, las sesiones duraban aproximadamente 1,5 horas. Los tópicos incluidos en el programa experimental fueron las causas y consecuencias de la dieta restrictiva, apreciación de la figura y peso corporal, estereotipos asociados con la delgadez y obesidad, autoestima, autoestima corporal, trastornos alimentarios y regulación de energía. El programa control

abrió los siguientes temas: actitud hacia las frutas y verduras, introducción a las frutas y verduras poco conocidas, vitaminas y minerales, los efectos positivos de su consumo, y las estrategias para ingerirlas diariamente. Se aplicaron dos instrumentos de autoestima (Index of Self-Esteem de Hudson y Self-Esteem scale de Rosenberg), dos que exploran satisfacción con la imagen corporal (The Body Esteem Questionnaire (Mendelson y White) y las siluetas de stunkard, sorenson y Shulsinger; además del Children's Eating Attitude Test (Maloney, McGuire y Daniels) y Deutch Eating Behavior Questionnaire (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares). Las mediciones se realizaron antes y después de la intervención y seis meses después. Los resultados mostraron disminución en dieta restrictiva en ambos grupos. La autoestima mejoró en el grupo experimental, pero el resultado no fue estadísticamente significativo al .05. En nuestro país, el primer estudio llevado a cabo, para prevenir trastornos alimentarios en niños de edad escolar, se refiere a un estudio piloto. (Gómez Peresmitré, 2001*).

En este mismo año, Stice, Stomer y Appel (2001, citado en Pineda, 2001) llevaron a cabo una investigación muy interesante, en la cual se comparó la eficacia de un programa de prevención de trastornos alimentarios basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva (grupo experimental) contra la de un programa de manejo de peso saludable (grupo control). 87 mujeres de 17 a 29 años de edad fueron asignadas al azar al grupo control (n=39) y al grupo experimental (n=48). Ambos programas tuvieron 3 sesiones de 1 hora semanal. Los programas de prevención involucraron ejercicios verbales escritos y conductuales que requerían de las participantes una posición crítica ante el ideal delgado de belleza (grupo experimental) o ante el manejo saludable del peso corporal (grupo control). Las participantes fueron medidas antes, después y 4 semanas más tarde. Las chicas del grupo experimental reportaron disminución del deseo de una figura delgada, insatisfacción corporal, dieta restrictiva, afecto negativo y síntomas bulímicos tanto al término como en la cuarta semana de seguimiento. Estos hallazgos sugieren que efectivamente la intervención basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva reduce síntomas bulímicos y factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (Stice, 2001; citado en Pineda, 2001).

En México no se cuenta con cifras exactas de la incidencia de los Trastornos Alimentarios, sin embargo, Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez Peresmitré (2002), señalan que de una muestra de 2169 mujeres, un 8% presentan sintomatología de trastornos alimentarios; encontrando, además altos porcentajes de factores de riesgo (Gómez Peresmitré, 2001*). Esto quiere decir que como en Estados Unidos y Europa en nuestro país existe una gran cantidad de adolescentes – no diagnosticados – con factores de riesgo que podrían llevarlos al desarrollo de estos trastornos (Pineda, 2003).

6.5.1. Nuevas perspectivas

Stice y col. (2001) proponen una serie de consideraciones generales que podrían ser tomadas en cuenta para la realización de investigaciones subsecuentes en prevención:

1. Ser dirigidas a una población en riesgo (prevención secundaria), con el propósito de lograr la máxima efectividad de los programas.
2. Considerar métodos alternativos al tradicional. El formato debe estar basado en técnicas alternativas que logren el cambio actitudinal.
3. Ser sustentadas por antecedentes teóricos fuertes que se encuentren articulados en un modelo etiológico.

Por otro lado Austin (2000), propone que no es el tipo de prevención secundaria a lo que "se debe apostar" como primera opción en la prevención de trastornos alimentarios, este autor sugiere la necesidad del desarrollo de estrategias proactivas (la eliminación de los agentes causales) y la creación y validación de instrumentos de medición ecológica (bajo el supuesto de que existen medio ambientes que propician el desarrollo de los trastornos).

Con base en la importancia de la información presentada, en la actual investigación se desarrolla un programa basado en la disonancia cognoscitiva para la prevención de trastornos alimentarios dirigidos a reducir factores de riesgo en mujeres adolescentes.

CAPITULO VII

Método

7.1. Objetivo

El propósito central de la presente investigación es comprobar la efectividad de una intervención cognoscitiva en la prevención de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación.

7.2. Planteamiento del problema

Realizar un estudio piloto para determinar la adecuación de una intervención basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva.

7.3. Hipótesis

1. Las adolescentes participantes en el programa de prevención basado en la disonancia cognitiva presentarán menor seguimiento de dieta restrictiva después de la intervención.
2. Las adolescentes participantes en el programa de prevención basado en la disonancia cognoscitiva presentarán menor insatisfacción con su imagen corporal después de la intervención.
3. Las adolescentes participantes en el programa de prevención basado en la disonancia cognoscitiva presentarán una reducción en la preferencia del ideal delgado después de la intervención.
4. Las adolescentes participantes en el programa de prevención basado en la disonancia cognoscitiva presentarán una menor preocupación por el peso corporal y la comida.
5. Las adolescentes participantes en el programa de prevención basado en la disonancia cognoscitiva presentarán menor conducta alimentaria compulsiva después de la intervención.

7.4. Definición de variables

Variante Independiente:

1. El programa de intervención:
 - a) Cambio de actitudes con la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva.
- a. *Cognición*. Se entiende a la cognición como el conocimiento que la persona tiene sobre sí misma (sentimientos, emociones o creencias sobre el yo), sobre su conducta manifiesta o sobre su entorno. Al respecto la teoría de Festinger predice que, siempre que el conocimiento que tengamos de la realidad se oponga a alguna otra creencia, existirá una presión para subsanar esa oposición.
- b. *Disonancia*. Factor motivacional, no cognitivo, el cual cuenta con un componente de activación fisiológica, de ansiedad que produce sensaciones desagradables.
- c. *Disonancia cognoscitiva*: Estado de tensión que se produce cuando las personas se hacen conscientes de que sus actitudes, pensamientos y creencias (cogniciones) están en desacuerdo unas con otras. Las tensiones causadas por la existencia de diferencias importantes entre acciones y actitudes, a menudo se reduce por medio de ajustes que producimos en nuestro pensamiento y no en nuestra conducta (Festinger, 1957 citado en Morales, 1999).

Variables Dependientes

1. Dieta restrictiva

Definición conceptual

Dieta se refiere al régimen alimentario que se sigue a diario (Ramos,) y el término restrictiva se refiere al seguimiento intencional de un régimen alimentario con el fin de controlar el peso corporal (disminuir o mantener) de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheung y Colditz, 1993 citados en Pineda, 2001).

Definición Operacional

Esta variable se definirá a través del reactivo: "¿En los últimos 2 meses has hecho dieta para bajar de peso?" (a. Sí, b. No), y a través del factor no. 6 de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1998) que mide seguimiento de dieta crónica y restrictiva.

2. Satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal.

Definición conceptual

Satisfacción corporal: constituye la dimensión evaluativa predominante percibida de un cuerpo globalmente amado o no, globalmente conforme o no con las normal ideales, y del que se obtiene más o menos placer o sufrimiento (Brouchon, 1992).

Insatisfacción corporal: es el grado con el cual la percepción del tamaño y la forma corporal difiere de la forma y tamaño corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989 citados en Pineda, 2001).

Definición operacional

La satisfacción y la insatisfacción de la imagen corporal serán medidas a través de dos escalas visuales con 9 siluetas, las cuales miden la Figura Actual y Figura Ideal. A cada silueta se le asigna un valor, las figuras más grandes tienen el valor más bajo (igual a 1) y las figuras más obesas tienen un valor más grande (igual a 9).

Para obtener el grado de satisfacción/insatisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1998) se debe obtener la diferencia entre la figura actual menos la figura ideal. Si el resultado es positivo o negativo indica que hay insatisfacción, y si es igual a 0 indica que hay satisfacción. A menor diferencia mayor satisfacción; y por el contrario, a mayor diferencia más insatisfacción con la imagen corporal.

Diferencias negativas	= Insatisfacción
No diferencias	= Satisfacción
Diferencias positivas	= Insatisfacción

3. Conducta Alimentaria Compulsiva

Definición Conceptual

Son aquellas formas, hábitos y costumbres que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria propiamente dichos (anorexia y bulimia). Estos se presentan pero no con la frecuencia con la que ocurren en los casos clínicos (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Definición Operacional

Esta variable se medirá a través del factor número 1 de la escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1998) que mide conducta alimentaria compulsiva (Ver Anexo 1).

4. Preocupación por el peso y la comida

Definición conceptual

La preocupación por la comida puede definirse como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, miedo a subir de peso y a comer "de más", interés por el control de peso a través de una ingesta alimentaria restrictiva y ejercicio, ocupando esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Definición operacional

Se medirá a través del reactivo: "en los últimos quince días...Te sentiste preocupado por tu peso" (s= nunca, b= a veces, c= frecuentemente; d= muy frecuentemente, y e= siempre) y con el Factor 2 de la EFRATA (Gómez Pérez-Mitré, 1998) que mide preocupación por el peso y la comida.

7.5. Control de Variables

1. Se incluyeron adolescentes estudiantes de primero y segundo grado de secundaria de escuelas públicas, solteras y sin compromisos laborales.
2. Se excluyeron aquellos sujetos que no cumplieron con estas características y que presentaron defectos físicos notables (cicatrices de quemaduras en la cara o cuerpo, disfunción de las extremidades, etc.).
3. Se eliminaron los cuestionarios de los sujetos que dejaron sin contestar el 30% de los reactivos y los reactivos, en los que los adolescentes elejían la misma opción de respuesta el 50% o más de las veces.
4. Se igualaron a las adolescentes en las variables: edad, sexo, grado escolar, tipo de escuela, escolaridad y ocupación de los padres, lugar de residencia y ubicación de la escuela, con los que se formó un índice socioeconómico estableciéndose los puntos de corte.

7.6. Sujetos

El estudio se realizó con mujeres adolescentes, con edades entre los 12 y los 14 años. Con un promedio de 12.10 años, que cursan el 1º y 2º grado de secundaria de escuelas públicas del Distrito Federal.

7.7. Muestreo

La elección de la escuela y de los sujetos fue no probabilística.

7.8. Tamaño de la Muestra

Se trabajó con un solo grupo con N=26 adolescentes, las cuales habían realizado seguimiento de dieta restrictiva.

7.9. Diseño de Investigación

Diseño de grupo intra sujetos, investigación de campo, cuasiexperimental y longitudinal.

7.10. Instrumento

Se utilizó un cuestionario de Alimentación y Salud, hojas de respuesta de lectura óptica, lápices del número 2 o 2 ½. Versión para mujeres adolescentes (Gómez Pérez-Mitré, 2001; Ver Anexo 1).

Cuestionario de Alimentación u Salud (XX) ,de formato mixto, que se compone de cuatro escalas, que exploran diferentes áreas: conductas alimentarias normales y anómalas; estados de ánimo asociados con la alimentación, prácticas de control de peso; imagen corporal, actitudes hacia la imagen corporal y datos socioeconómicos. El cuestionario contiene 115 reactivos y consta de 12 secciones:

SECCIÓN	ÁREA DE MEDICIÓN
A	Sociodemográfica
B	Conducta alimentaria y estrés
C	Elección de figura actual
D	Autoatribución
E	Escala de factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)
F	Escala de factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)
G	Elección de figura ideal
H	Apoyo social y antecedentes familiares de adicciones
I	Afrontamiento al estrés
J	Percepción de la relación materna
K	Imagen corporal y actitud hacia la obesidad
L	Satisfacción/insatisfacción con las partes corporales

El cuestionario de Alimentación y salud tiene una alpha general de .9017. Se aplica grupalmente y su aplicación dura una hora aproximadamente. En todas las escalas los reactivos se califican de acuerdo con el siguiente criterio: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema.

De acuerdo con los objetivos de la presente investigación se utilizaron las secciones A, B, C, D, E, F, G y K. La sección A consta de 13 preguntas cerradas de opción múltiple que indagán datos sociodemográficos. La sección B es una escala tipo Likert con 24 reactivos con 5 opciones de respuesta (de "nunca"=0, hasta "siempre"=4) que mide conducta alimentaria y estrés.

Las secciones C y G contienen cada una 1 escala visual que esta compuesta por 6 siluetas que cubren un continuo de peso, que va desde una silueta muy delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. Las siluetas fueron colocadas al azar y las escalas aparecen en lugares diferentes del cuestionario. En ambas escalas se dió la siguiente instrucción: "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que se parezca o más se aproxime a tu figura corporal". Las siluetas se crearon a partir de la figura humana y, por medio de la computadora se realizaron aumentos y disminuciones en las zonas corporales en las que por lo general se acumula más grasa en la mujer.

Las siluetas se distribuyeron dentro de un rango que va desde demasiado delgada hasta demasiado obesa. Las siluetas están de frente, se presentan en tres columnas por tres regiones, cada una tiene una letra que va de la A a la I. La distribución de las siluetas se hizo de acuerdo al azar (Ver Anexo 1).

La EFRATA secciones E y F contienen 7 preguntas cerradas de opción múltiple y 69 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de "nunca" = 0, hasta "siempre" =4; y de "muy de acuerdo"=4, hasta "muy en desacuerdo" = 0), mismos que forman 7 factores que explican el 42.8 de la varianza. La Escala total tiene una alfa de .8876. Para los propósitos de éste trabajo, se utilizaron los factores que miden: preocupación por el peso y la comida (Factor 2) y dieta crónica y restrictiva (Factor 6).

La sección K está formada por 11 preguntas cerradas de opción múltiple, 2 preguntas abiertas y una escala de 5 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de "muy poco importante" = 0, hasta "muy importante" = 4), que miden imagen corporal y actitud hacia la obesidad.

7.11. Procedimiento

- 1) Se elaboró el manual del programa de intervención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva (Ver Anexo 2).
- 2) Se acudió a las autoridades de escuelas secundarias públicas del Distrito Federal para solicitar su colaboración en la realización de una investigación relacionada con hábitos alimentarios.
- 3) El día de la aplicación del instrumento se dijo a los sujetos que su participación era voluntaria, que tenían la libertad de abandonar el programa si así lo deseaban y que la información que proporcionarían sería confidencial.
- 4) Se aplicó el instrumento a nivel grupal en horario de clase por encuestadores previamente entrenados.
- 5) Se seleccionaron a los sujetos que tenían conducta alimentaria de riesgo (dieta restrictiva) y alguno de los factores de riesgo relacionados con imagen corporal (insatisfacción, preocupación por el peso y actitud hacia la obesidad).
- 6) A las chicas se les produjo disonancia a través de diferentes técnicas como role playing o juego de roles, modelamiento, y desarrollo de actividades en casa (Ver Anexo 2).
- 7) El procedimiento se ajustó al siguiente diseño:

	Pretest Medición Línea base	Intervención	Postest Medición	3 meses después seguimiento
Grupo	X	X	X	X

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

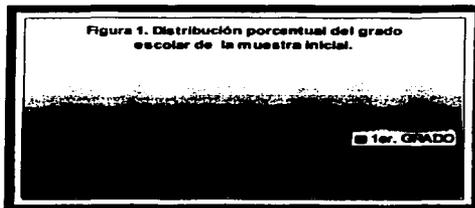
CAPITULO VIII

Resultados

El objetivo general de la presente investigación fue pilotear la instrumentación de una intervención basada en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva. El objetivo específico es desarrollar un programa de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (dieta restrictiva, actitud negativa hacia la obesidad y preocupación por el peso corporal) dirigido a mujeres adolescentes pertenecientes al nivel secundaria, de una Escuela Pública del Distrito Federal. Para este propósito se aplicó el cuestionario de Alimentación y Salud XX (Gómez Pérez-Mitré, 2001). Dicha muestra fue seleccionada de acuerdo al criterio de "seguimiento de dieta restrictiva". Se realizaron análisis estadísticos de los datos con el programa SPSS versión 8.0 para Windows, cuyos resultados se exponen a continuación.

Descripción de la muestra:

Para la presente investigación se seleccionó una muestra no probabilística de N=210 de estas chicas 125 pertenecían al segundo grado de secundaria (60%) y 85 correspondían al primer grado (40%), como se puede observar en la figura 1. El promedio de edad fue 12.10 años, con una desviación estándar de .61.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

De la muestra total (N=210), el 20% (43 alumnas) cumplieron con el criterio de selección antes mencionado (seguimiento de dieta restrictiva); por lo tanto el programa de intervención basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva se aplicó originalmente a una muestra N=43.

✓ Muerte experimental

Es importante hacer notar que al finalizar la intervención sólo se trabajo con una N=26, con la Técnica de Disonancia Cognoscitiva; es decir se presentó una muerte experimental de 17 sujetos en el grupo.

✓ Edad y grado escolar.

De la muestra total, 46% fueron niñas de primer grado y 54% fueron niñas de segundo grado (ver figura 2). El rango de edades de las chicas fue de un mínimo de 12 a un máximo de 14.03, con un promedio de 12.93 años y una desviación estándar de .70.

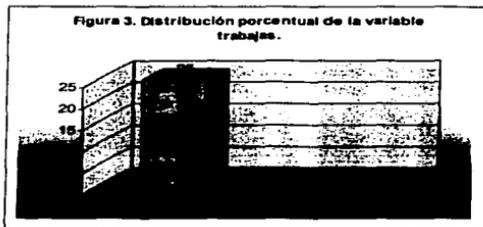
Figura 2. Distribución porcentual del grado escolar de la muestra experimental.



✓ Trabajas

Como se puede observar en la figura 3. El 96% de las chicas reportó no trabajar, en tanto el 4% reportó que sí lo hacía.

Figura 3. Distribución porcentual de la variable trabajas.

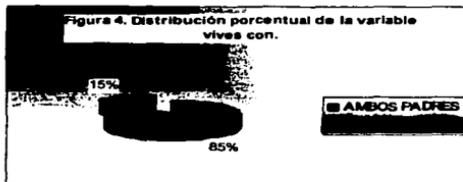


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

✓ Vives con

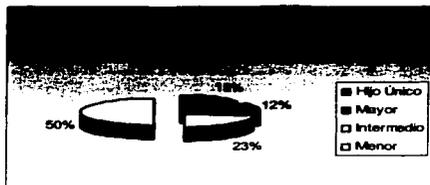
En lo referente al reactivo "Actualmente vives con:", la respuesta fue: el 85% respondió vivir con la familia nuclear y el 15% respondió vivir solo con el padre o la madre, esto se puede observar en la figura 4.

Figura 4. Distribución porcentual de la variable vives con.



✓ Lugar que ocupa entre los hermanos.

En la figura 5 se observa la respuesta a este reactivo. La mayoría de las niñas (50%) reportó ser la más chica, seguida de la hermana de en medio, e hija única.



✓ Maduración sexual

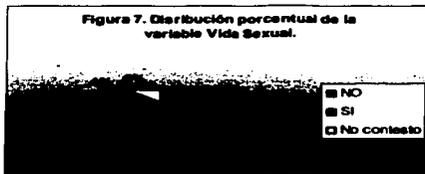
Por otra parte, en lo referente al reactivo: "Edad de tu primera menstruación" (ver figura 6) la respuesta fue: 8% reportó haberla presentado tempranamente (9-11 años de edad); el 50% respondió haberla presentado dentro del rango considerado como normal (12-14 años de edad).



TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

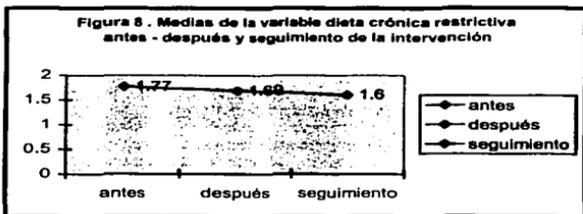
✓ Vida sexual

Como se observa en la figura 7, la mayor parte de las chicas reportó no haber iniciado su vida sexual (88%). Cabe mencionar que un 4% del grupo reportó haber iniciado su vida sexual.



◆ **Dieta Crónica restrictiva**

En lo que a esta variable se refiere, la prueba t de Student, para muestras relacionadas, indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes-después de la intervención de disonancia ($t(25) = .836, p = .411$). Sin embargo las medias indicaron que después de la intervención las chicas mostraron una ligera reducción en efectuar dieta crónica restrictiva ($x=1.77, s = .79$; $x=1.69, s = .87$). Por lo cual se acepta la hipótesis nula y no se confirma la hipótesis de trabajo 1: "Las adolescentes participantes en el programa de prevención basado en la disonancia cognoscitiva presentarán menor seguimiento de dieta restrictiva después de la intervención". Siguiendo con el análisis, los resultados de la medición antes-seguimiento, así como después-seguimiento mostraron que se redujo ligeramente el seguimiento de dieta, aunque no significativamente (ver figura 8).



Antes	Después	Seguimiento
Disonancia $X=1.77, S = .79$	$X=1.69, S = .87$	$X=1.60, S = .83$
Antes-Después: $t(25) = .836 p = .411$		
Antes-Seguimiento: $t(25) = 1.961 p = .061$		
Después-Seguimiento: $t(25) = 1.197 p = .243$		

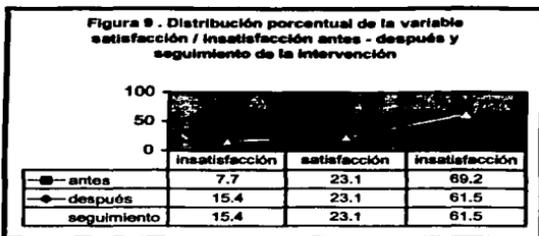
Debido a que la muestra era pequeña se obtuvo d (mide el tamaño el efecto), aplicando la siguiente fórmula:
 $d = 2 (t) / \sqrt{GL}$:

Sustituyendo: $d = \frac{2(1.961)}{\sqrt{25}}$: $d = 0.7844$. Este resultado indica que el tamaño del efecto que provocó la intervención fue alto.

◆ **Satisfacción-insatisfacción**

Los resultados de la prueba t de Student para muestras independientes, indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal antes y después de la intervención ($t(25) = 1.897, p = .069$). Así como tampoco se produjeron diferencias significativas antes-seguimiento ni después-seguimiento (ver figura 9). De esta forma se acepta la hipótesis nula, y no se confirma la hipótesis de trabajo 2: "Las adolescentes expuestas al programa de prevención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva presentarán menor grado de insatisfacción con la imagen corporal, después de la intervención". Sin embargo, las medias indicaron que las chicas redujeron su insatisfacción corporal antes-después de la intervención, aunque de forma no significativa ($X=1.35, S = 1.35$;

X=.88, S=1.37). En tanto que después-seguimiento, los cambios se mantuvieron presentes en la misma proporción.



	Antes	Después	Seguimiento
Disonancia	X=1.35, S= 1.35	X=.88, S=1.37	X=.96, S= 1.34
Antes-Después:	t (25)=1.897	p=.069	
Antes-Seguimiento:	t (25)= 1.510	p=.144	
Después-Seguimiento:	t (25)= -.319	p=.753	

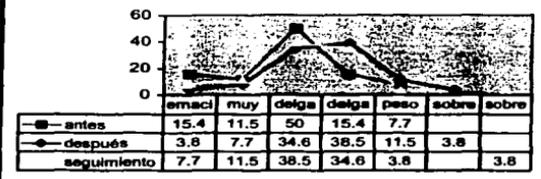
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En esta variable se aplicó *d* para conocer el tamaño del efecto; cuyo resultado fue de: 0.7588, indicando de esta forma que el tamaño del efecto de la intervención se produjo de forma moderada; es decir las diferencias estadísticamente significativas no se produjeron debido al tamaño de la muestra (N=26).

• Figura Ideal

En la figura 10 se observa que antes de la intervención la totalidad de las niñas eligieron una silueta tanto en la categoría de delgadez y emaciada, sin elegir ninguna con sobrepeso (0%); después de la intervención las niñas si seleccionaron una silueta de esta categoría de peso (4%), también es importante señalar que mientras la elección de una silueta emaciada (desnutrida) disminuyó, el porcentaje de elección de una silueta normopeso aumentó después de la intervención. En la intervención basada en la teoría de la disonancia cognoscitiva, la prueba t de Student para muestras independientes indicó que si se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el factor figura ideal antes y después de la intervención: t(25)= 3.495, p=.002; por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se confirma la hipótesis de trabajo 3: "Las adolescentes expuestas al programa de disonancia cognoscitiva presentaran una reducción en la preferencia del ideal delgado, después de la intervención". No obstante en la medición después-seguimiento, no se produjeron diferencias estadísticamente significativas, pero el porcentaje de la elección de una silueta con sobrepeso aumentó (4%), confirmando la reducción en la preferencia del ideal delgado por parte de las chicas.

Figura 10 . Distribución porcentual de la variable elección de figura ideal antes - después y seguimiento de la intervención



	Antes	Después	Seguimiento
Disonancia	$X=2.96$, $S=1.28$	$X=3.58$, $S=1.06$	$X=3.31$, $S=1.22$
Antes-Después:	$t(25)=-3.495$	$p=.002$	
Antes-Seguimiento:	$t(25)=-1.614$	$p=.119$	
Después-Seguimiento:	$t(25)=1.659$	$p=.110$	

• Preocupación por el peso y la comida

Dentro de los resultados obtenidos en esta variable no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes-después de la intervención de disonancia: $t(25)=1.696$, $p=.102$. Asimismo en la medición después-seguimiento no se presentaron diferencias significativas, aunque los valores de las medias redujeron ligeramente, tanto antes-después de la intervención, ($t=1.94$, $s=.8840$) como después-seguimiento ($t=1.93$, $s=.86$), observándose en la figura 11. Por otra parte, los resultados de la prueba *t* de Student indicaron que se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes-seguimiento ($t(25)=2.261$, $p=.033$); de tal forma que se acepta la hipótesis alterna y se confirma la hipótesis de trabajo 4: "Las adolescentes participantes en el programa de prevención basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva presentarán una menor preocupación por el peso corporal y la comida".

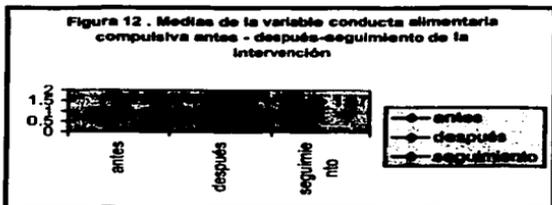
Figura 11 . Medias de la variable preocupación por el peso y la comida antes - después y seguimiento de la intervención



	Antes	Después	Seguimiento
Disonancia	$X=2.14$, $S=.8734$	$X=1.94$, $S=.8840$	$X=1.93$, $S=.86$
Antes-Después:	$t(25)=1.696$	$p=.102$	
Antes-Seguimiento:	$t(25)=2.261$	$p=.033$	
Después-Seguimiento:	$t(25)=.197$	$p=.845$	

* Conducta alimentaria compulsiva

Respecto a los resultados de este factor, la prueba t de Student, para muestras independientes indicaron que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes-después de la intervención ($t(23) = .954$, $p = .350$). Por otra parte en la medición después-seguimiento, la dirección de los valores de las medias indicaron que se redujo ligeramente la conducta alimentaria compulsiva, aunque de forma no significativa (ver figura 12), en tanto que los resultados de la prueba t indicaron que se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes-seguimiento ($t(23) = 2.682$, $p = 0.13$); por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se confirma la hipótesis de trabajo 5: "Las adolescentes participantes en el programa de intervención basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva presentarán menor conducta alimentaria compulsiva después de la intervención".



	Antes	Después	Seguimiento
Disonancia	X=1.73, S=.61	X=1.66, S=.79	X=1.47, S=.48
Antes-Después:	t(23)=.954 p=.350		
Antes-Seguimiento:	t(23)=2.682 p=.013		
Después-Seguimiento:	t(25)= 1.759 p=.091		

En esta variable se aplicó el d , para conocer el tamaño del efecto cuyo resultado obtenido fue de: 0.7036, indicando que el efecto que se presentó con la intervención fue de forma moderada. Así mismo indica que las diferencias estadísticamente significativas no se produjeron debido al tamaño de la muestra ($N=26$).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CAPITULO IX.

Discusión y Conclusiones

El objetivo principal del presente estudio fue pilotear la instrumentación de una intervención basada en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, siendo uno de los propósitos particulares desarrollar un programa de prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (dieta restrictiva, actitud negativa hacia la obesidad y preocupación por el peso corporal). La muestra total original estuvo formada por una N=43 mujeres estudiantes de 1° y 2° de secundaria que presentaron seguimiento de dieta restrictiva y preocupación por el peso y la comida, debido a la muerte experimental se trabajo con N=26, la cual fue expuesta al programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC).

Los resultados de la encuesta inicial del pre-test que se utilizaron para seleccionar a los sujetos que se incluirían en la intervención, indicaron que en un porcentaje del 20% de las chicas, realizan seguimiento de dieta restrictiva, con lo cual podemos notar que esta presente la práctica riesgosa de seguimiento de dieta intencional en una proporción preocupante (43 de 210 chicas). Estos datos son semejantes con los reportados por varios autores, entre ellos, Gómez Pérez-Mitré (1997), en donde ha encontrado que el 25% de jóvenes con un promedio de edad de 10 años practicaban dietas intencionales, tanto para bajar como para subir de peso, y Escobar (1992) quien también encontró altos porcentajes en el seguimiento de dietas.

Los resultados de la prueba t de Student indicaron que en la variable figura ideal se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes-después de la intervención, indicando con ello que las chicas expuestas al programa de prevención basado en la TDC, mostraron un cambio en cuanto a la figura ideal acercándose más a las figuras en normopeso e incluso eligiendo una figura más gruesa, en comparación con la que habían señalado antes de la intervención. Aunque este cambio no se mantuvo de forma significativa en la medición después-seguimiento, la tendencia de las medias indicó que las chicas eligieron por lo menos una silueta más gruesa como figura ideal después-seguimiento de la intervención.

En las variables satisfacción-insatisfacción, y seguimiento de dieta restrictiva no se observaron diferencias significativas, en la medición antes-después, antes-seguimiento; y tampoco después-seguimiento pero se observó una dirección de las medias de las chicas a presentar menor problema en estos factores de riesgo. En lo referente a la variable satisfacción-insatisfacción, los cambios aunque no se produjeron de forma significativa, como se ha mencionado, se mantuvieron después-seguimiento, indicando con ello que la ligera reducción de la insatisfacción que había en las chicas no aumento nuevamente sino que se mantuvo en el mismo rango o proporción; es decir no hubo variaciones de forma positiva, pero tampoco de forma negativa en cuanto a la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal.

Siguiendo con el análisis de las variables las medias mostraron reducción en el seguimiento de dieta restrictiva, aunque no fue estadísticamente significativa, antes-después, antes-seguimiento y durante el seguimiento de la intervención. Estos resultados son congruentes con los reportados por Pineda (2002) quien encontró reducción de seguimiento de dieta crónica restrictiva en las participantes después de ser expuestas al programa de disonancia, no encontrando diferencias significativas por tipo de intervención: basado en la TDC o el psicoeducativo.

Respecto a la variable preocupación por el peso y la comida, los resultados indicaron que en la medición antes-después y después-seguimiento de la intervención no se presentaron diferencias estadísticamente significativas aunque se presentó una ligera reducción en los valores de las medias. Sin embargo se pudo observar que antes-seguimiento, los resultados sí muestran una diferencia estadísticamente significativa; lo cual nos indica que aunque los resultados no se produjeron de forma inmediata, sí se presentaron tres meses después de la misma. Esto resulta importante porque la preocupación por el peso corporal es considerada

como una de las variables de más alto riesgo y que pueden conducir de manera más directa al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Brownell y Robin, 1994; Fallon, Katzman y Wooley, 1994 citados en Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

Por otra parte en lo que respecta a la variable conducta alimentaria compulsiva los datos obtenidos muestran una ligera reducción en las medias, en lo que respecta a las mediciones antes-después así como después-seguimiento, aunque de forma no significativa. En tanto que en los datos de comparación antes-seguimiento; si se produjeron cambios indicando que las chicas disminuyeron su conducta alimentaria compulsiva de forma significativa después de la intervención.

En lo que respecta al planteamiento de hipótesis para el presente estudio se pudieron corroborar algunos planteamientos de trabajo, entre ellos se encuentra: el que se refiere a que las adolescentes expuestas al programa de disonancia cognoscitiva presentaron una reducción en la preferencia del ideal delgado, indicando que la preferencia por la delgadez se logró reducir de forma considerable, con la intervención. De la misma forma, en lo que respecta a la variable preocupación por el peso y la comida, se logró que las chicas expuestas al programa basado en la teoría de la Disonancia Cognoscitiva presentaron menor preocupación por el peso corporal y por la comida. Otra de las variables que tuvo éxito al término del programa fue la referente a la conducta alimentaria compulsiva; por lo que al término de la intervención las adolescentes participantes redujeron su conducta alimentaria compulsiva de forma significativa. Estos datos se produjeron al término del programa y se mantuvieron tres meses después.

A pesar de que existieron cambios significativos al término de la intervención, no todas las variables tuvieron el mismo éxito, como lo fue el referente al seguimiento de dieta restrictiva y la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, que a pesar de haber presentado ligeros cambios, las adolescentes participantes en el programa de prevención, no redujeron su insatisfacción con la imagen corporal. Así como tampoco se presentó reducción en el seguimiento de dieta restrictiva de forma significativa después de la intervención. Lo anterior nos indica que en estas variables los resultados no lograron cumplir con los objetivos necesarios para que el programa fuera en su totalidad exitoso; pero esto se debió a que el tamaño de la muestra no fue lo suficientemente grande como para que los cambios fueran significativos, pero a pesar de ello, el tamaño del efecto que se logró fue alto, lo cual permite confirmar que el programa de intervención basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva resulta adecuado para realizar posteriores investigaciones, aunque será efectivo y exitoso al administrarlo en muestras más grandes.

Por tanto cabe aclarar que la muestra no resultó en algunas variables lo suficientemente grande como para obtener resultados estadísticamente significativos, como sucedió en las variables: dieta crónica restrictiva (antes-seguimiento), satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal (antes-después) y conducta alimentaria compulsiva (después-seguimiento), pero una revisión más profunda nos permitió observar que el tamaño del efecto que produjo la intervención basada en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva, fue moderado (0.7036; 0.7588) y alto (0.7844), lo cual indica que fue buena la intervención que se llevó a cabo, pero lo que hubiese ayudado en mayor medida sería utilizar una muestra más grande.

Conclusiones

1. Existe un porcentaje riesgoso de seguimiento de dieta restrictiva entre las mujeres adolescentes.
2. Las chicas expuestas al programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva redujeron el grado de seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva y aunque no fue significativa se puede confirmar la relación entre estas variables.
3. Las chicas expuestas al programa basado en la TDC redujeron significativamente el ideal de belleza, su conducta alimentaria compulsiva, así como la preocupación por el peso corporal, una vez que concluyó el programa de intervención.

Sugerencias

El piloteo del programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva permitió elaborar las siguientes sugerencias para la realización de las subsecuentes intervenciones:

- Trabajar con muestras más grandes.
- Llevar a cabo un taller para padres
- Crear en la escuela en la que se vaya a trabajar, un curso obligatorio que iniciaría una semana antes de las clases oficiales, compuesto de 2 horas para los alumnos de nuevo ingreso, y aplicarlo cada año.

Referencias

- Adalid, C. A., Castillas, S. L., y Varela, C. C. (1998). Diagnóstico y tratamiento de la Bulimia y Anorexia Nerviosa. Tesina de licenciatura en Psicología. Instituto Tecnológico de Monterrey (ITESM).
- Agnus, C. (1994). Comunicación: la locura Internet. Suplemento Juvenil, CCH 1,(52). 21-23.
- Aguilar, K. E. (2000). Comparte con tus hijos la autoestima, como lograr el conocimiento y la confianza en uno mismo. México: Árbol.
- Aguirre, B. A. (1996). Psicología de la adolescencia. España: Alfaomega.
- Aleman, M. (1992). Obesidad y nutrición. España: Alianza.
- Allport, G. W. (1961). Psicología de la personalidad. Argentina: Paidós.
- Alpers, D. H., Clouse, R. E., y Stenson, W. F. (1990). Manual de terapéutica nutricional. España: Salvat.
- Alvarado, H. G. (2000). Socialización familiar como factor de riesgo en los trastornos alimentarios. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Alvarado, J. L. (2000). Psicología Social Aplicada. España: Mc Graw-Hill.
- Alvarado, J.L., Gamido, A., y Tomegrosa, J.R. (1996). Psicología Social Aplicada. España: McGraw-Hill.
- Álvarez, C. R. (1999). Obesidad y autoestima. México: McGraw-Hill.
- Álvarez, G. G., y Meni, B. M. (2001). Bulimia y Anorexia. Argentina: Nueva Visión.
- Álvarez, R. G., Vázquez, A. R., Mancilla, D. J., y Gómez Pérezmitré, G. (2002). Evaluación de las propiedades psicométricas del test de actitudes alimentarias (EAT-40) en mujeres mexicanas. Revista Mexicana de Psicología, 19 (1), 47-56.
- Anderson, L., Dibble, M. V., Turkki, P. R., Mitchel, H. S., y Rynbergen, H. J. (1990). Nutrición y dieta de Cooper (7a. Ed.). México: Interamericana.
- Arrigo, C. (1989). Origen de la palabra comer. Cuadernos de nutrición 12 (4). 28-41.
- Arrigo, C. (1989). Insomnio y nutrición. Cuadernos de nutrición 12 (4). 41.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). DSM-IV: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. España: Masson.
- Austin, B. (2000). Prevention research in eating disorder; theory and new direction. Psychological Medicine, 30 (6), 1249-1262.
- Ausubel, D. P. (1983). El desarrollo infantil. España: Paidós.
- Balbuena, M. I. (2002). mariaines@aerobicos.com.mx

- Barcia, D., y Ruiz, M. E. (1994). La anorexia nerviosa como una patología del comer. Anorexia: dieta, estética y creencias. Actas de Seminario. Facultad de Medicina: Universidad de Murcia. 103-116.
- Bay, H. L., y Rausch, C. (1999). Anorexia Nerviosa y Bulimia: amenazas a la autonomía. Argentina: Paidós.
- Belloch, A., y Sandin, B. (1996). Manual de Psicopatología. España: McGraw-Hill.
- Beil, B. (2001). El niño con sobrepeso, porque come tanto, como modificar los hábitos, como se le puede ayudar. España: Medici.
- Beltrán, R. L., Chávez, R. C., y Fukushima, T. E. (en prensa). Anorexia, p: 1-3
- Bello, M. (2000). www.adolescentesxla vida.com.ar/anorexia.
- Békei, M. (1992). Trastornos psicósomáticos en la niñez y la adolescencia. Argentina: Nueva Visión.
- Beker, E., Benedetti, C., y Goldvarg, N. (compiladores). (1996). Anorexia, Bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. (2a. Ed.). Argentina: Atuel.
- Borden, G. A. (1974). Introducción a la teoría de la comunicación humana. España: Naional.
- Bourges, H. (1988). Consideraciones sobre el panorama de la nutrición en México. Instituto Nacional de Nutrición. www.ecologia.uat.mx/biotam/v1n1/art1.html.
- Bourges, R. H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios. Cuadernos de nutrición 13 (2) 17-31
- Braguinsky, J. (1996). Obesidad. (2da. Ed.). Argentina: Ateneo.
- Bratman, S., y Knight, D. (2000). Health food junkies: Overcoming the obsession with healthful eating. Estados Unidos: Canfield Press.
- Brouchon, S. (1992). Psicología del cuerpo. España: Herder.
- Burrin, M., y Meler, I. (1998). Género y familia: poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. Argentina: Paidós.
- Bustos, R. O. (1980). Socialización papeles (roles) de género e imagen de la mujer en los medios masivos: ¿Quiénes perciben los estereotipos difundidos?, México: PIEM-COLMEX. 716-748.
- Bustos, R. O. (1989). Reflexiones acerca de la imagen de la mujer en los medios masivos de comunicación. En P. Galeana, (Compiladores). Seminario sobre la mujer en la vida nacional, México. UNAM
- Bustos, R. O. (2000). Propuesta para la formación de audiencias críticas hacia los medios de comunicación. Revista Gén Eros 7 (20). 12-18
- Brooks, F. (1981). Psicología de la adolescencia. Argentina: Kapetuz
- Calvo, M. (2000). http://milksci.unizar.es/nut/nutricion.html
- Campollo, R. O. (1995). Obesidad: bases fisiopatológicas y tratamiento. México: UNAM.

- Caparrós, N., y Sanfeliú, I. (1997). La anorexia, una locura del cuerpo. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Carretero, M., Palacios, J., y Marchesi, A. (1995). Psicología evolutiva: adolescencia, madurez y senectud. España: Alianza.
- Carrillo, E. (1994). ¿Televisión o taravisión, he ahí la pregunta?, Humanidades (171). 12 y 17.
- Casanueva, E. (2001). Nutrición Médica. México: Médica Panamericana.
- Casas, E. (1989). Hablando de nutrición: decimos lo que sabemos; sabemos lo que decimos. Cuadernos de nutrición 12 (4). 4-8.
- Casino, G. (2001). Sobre un posible nuevo trastorno alimentario y la ilusión de la salud total. www.orthorexia.com.
- Castañeda, Y. M. (1979). Los medios de comunicación y la tecnología educativa. México: Trillas.
- Catalano, R., y Dooley, D. (1980). Economic change in primary prevention. In R.H. Price, R. F. Ketterer, B. C. Bader y J. Mohaman (Eds.), prevention in mental health: research, policy and practice (pp:21-40). Beverly Hills, CA: Sage publications.
- Centro de Información para la Mujer A.C. (2001). www.cimac.org.mx/noticias/01ene..html
- Chávez, A. (1993). Guías de alimentación. México: Instituto Nacional de Nutrición.
- Chávez, A. A. (1995). La influencia de la televisión en la formación de roles de los niños (estudio exploratorio). Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Chinchilla, M. A. (1994). La Anorexia y Bulimia Nerviosas. España: Ergon.
- Chinchilla, M. A. (1995). Guía teórico-práctica de conducta alimentaria: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa. España: Masson.
- Conde, E. (2002). Como estimular la autoestima en la etapa infantil. www.expage.com
- Coopersmith, S. (1976). The Antecedents of Self Esteem. Estados Unidos: Freeman.
- Cornillot, A. F., Zukerfeld, R. O., Okies, A., y Murva, C. W. (1997). Obesidad. Argentina: Médica Panamericana.
- Coronas, A. R. (1991). Manual práctico de dietética y nutrición. España: Jims.
- Cortés, P. F. (1972). Medios educativos audio-visuales. México: Tizoc.
- Creff, A. F. (1988). La dietética. (2ª.Ed.). España: Paidotribo.
- Crispo, R., Figueroa, E., y Guejar, D. (1998). Anorexia Bulimia lo que hay que saber. España: Geolisa.
- Decourt, J., y Perin, M. (1964). La obesidad. Argentina: Eudeba.

- De Moragas, J. (1966). Psicología del niño y del adolescente. España: Labor.
- Delval, J. (1994). El desarrollo humano. México: Siglo XXI.
- Descamps, M. (1986). Psicosociología de la moda. México: Fondo de Cultura Económica.
- Deutsch, M., y Krauss, R. M. (1992). Teorías en Psicología social. México: Paidós.
- Diccionario el Pequeño Larousse (1996). México: Larousse.
- Diccionario Enciclopédico Ilustrado. (1992). México: Editores Mexicanos Unidos.
- Doerr-Zegers, O., Petrasic, J., y Morales, E. (1988). El rol de la familia en la patogénesis de la anorexia nerviosa. Acta psiquiátrica psicológica (34) 33-40.
- Dolto, F. (1997). La imagen inconsciente del cuerpo. (3ª. ed.). España: Paidós.
- Dosamantes, C. D. (1997). www.tips.com.mx/salud/nutricion/estilos0001.htm.
- Dukan, P. (1986). Después de Adelgazar. Argentina: Pierre Belfond
- Duker, M., y Slade, R. (1995). Anorexia Nerviosa y Bulimia un Tratamiento Integral. México: Limusa.
- Echeverri, L. L. (en prensa). Autoestima. México.
- Enciclopedia Microsoft Encarta. (1999).
- Erikson, E. (1986). Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI.
- Erreguerena, L. (compiladora). (1999). Comunicación: Anuario de investigaciones. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Escobar, G. M. (1992). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nerviosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana.
- Espejo, S. J. (1984). Manual de dietoterapia de las enfermedades del adulto. (4ª. Ed.). Argentina: El Ateneo.
- Espinosa, L. F. (1988). Revisión teórica de la utilización de la estimulación subliminal en los medios masivos de comunicación. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Esquivel, F. G. (1996). ¿Comes por comer o sabes lo que comes?. Gaceta CCH (250). 2
- Esquivel, H. R., Martínez, C. S., y Martínez, C. J. (1998). Nutrición y salud. México: El Manual Moderno.
- Estrada, I. L. (1994). El ciclo vital de la familia. México: Posada.
- Feldman, E. B. (1990). Principios de nutrición clínica. México: El Manual Moderno.
- Fendrik, S. (1998). Las poseídas de Morzine. Argentina: Nueva Visión.

- Feinstein, S. C., y Sorosky, A. D. (comps.). (1988). Trastornos de la alimentación: Bulimia, Obesidad y Anorexia Nerviosa. Argentina: Nueva Visión.
- Fernández, A. F., y Turón, G. V. (2001). Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia. España: Masson.
- Fernández, E. (1997). Psicopedagogía de la adolescencia. España: Narcea.
- Festinger, L. A. (1957). Theory of cognitive dissonance. Stanford University: USA.
- Fiel, E. A., Wolf, M. A., Herzog, B. D., Cheung, L., y Colditz, A. G. (1993). The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. Journal American Academic, Child and Adolescent Psychiatric, 32 (2), 1246-1252.
- Firts, M. B., Frances, A., y Pincus, H. A. (1996). DSM-IV, Manual de Diagnóstico Diferencial. España: Masson.
- Fisher, P., y Bender, A. E. (1972). Valor nutritivo de los alimentos. México: Limusa-Wiley.
- Fitts, W. (1965). Manual for the Tennessee Self Concept Scale. Nashville: Appleton-Century-Crofts.
- Flores, P. F. (2000). El Género en el marco de la psicología social. En Jodelet, D. (Comp.). Desvelando la cultura, (p. 109-125). México: UNAM.
- French, B. (1999). La Bulimia. España: Ontro.
- Galicia, M. A., y Vargas, N. D. (2000). Fundamentos de educación nutricional para psicólogos. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Galván, M. E., Reid, B. J., y García, H. V. (1993). Prevención en Psicología. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México: UNAM.
- García, E. V. (2002). Conducta Alimentaria de Riesgo, Percepción de la Relación Materna y Peso Corporal en Hombres Adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Gelles, R. J., y Levine, A. (2000). Sociología, con aplicaciones en países de habla hispana (6ª. Ed.). México: McGraw-Hill.
- Gergen, K. (1971). The Concept of Self. New York: Holt, Rinehart y Winston Inc.
- Gil, O. R. (1993). Televisión y cultura, hacia el caos sensorial. México: CEIC.
- Givaudan, M. y Pick, S. (1997). Yo papá, yo mamá. (2a. Ed.) México: Idéame.
- Gómez, M. F. (1989). Trastornos ováricos en la desnutrición. Cuadernos de nutrición 12 (2). 12.
- Gómez, P. (1996). Anorexia Nerviosa, la prevención en la familia. España: Pirámide.
- Gómez, Pérez-Mitré, G. (1981). Autoestima: expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social, (1), 135-140.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desordenes del comer: Problemas de peso. Investigación psicológica, 3, 95-112.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 16 (4), 121-126.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1) 31-40.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Factores de Riesgo en Desordenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Autoatribución en una Muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 14 (3), 1-33.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Imagen corporal ¿Qué es más importante "sentirse atractivo o ser atractivo"? Revista de Psicología y Ciencias Sociales, 2 (1), 27-32.

Gómez Peresmitré, G. (2001). Cuestionario sobre Alimentación y Salud, versión adolescentes. Facultad de Psicología. UNAM.

Gómez Peresmitré, G. (2001*). Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición. Informe proyecto IN 305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACYT).

Gómez Peresmitré, G., y Acosta, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria: una comparación transcultural entre México y España. Clinica y Salud, 11 (1), 35-58.

Gómez Pérez-Mitré, G., Alvarado, M., Moreno, E., Saloma, G., y Pineda, G. (2001). Trastornos de la Alimentación. Factores de Riesgo en tres Diferentes grupos de edad: prepuberles, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18 (3), 313-324.

Gómez Peresmitré, G., y Ávila, A. E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6(2), 37-45.

Gómez Pérez-Mitré, G., y Saucedo, M. T. (1997). Validez Diagnóstica del Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Psiquiátrica, 18 (1), 19-26.

Gómez Pérez-Mitré, G., y Saucedo, M. T. (1998). Validación del Índice nutricional (IN) en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud Pública de México, 40 (5), 392-397.

Gómez Pérez-Mitré, G., Unikel, S. C., y Saucedo, M. T. (2001). La Psicología Social en el campo de la salud: Imagen Corporal en los Trastornos de la Alimentación. En Gómez Peresmitré y Callejo, B. N. (comp.). La Psicología Social en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Gómez, S., Liura M., y Guzmán, S. R. (1998). Programa de prevención de farmacodependencia implementado a jóvenes de alto riesgo. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Goldberg, K. A. (2002). Orthorexia. www.obesidad.net/spanish2002/default.htm

González, M. J. (2002). Ortorexia: obsesión por la comida sana hasta un punto patológico. www.psicentro.com

González, R. J. (1999). Televisión y juegos electrónicos ¿amigos o enemigos?. España: Eos.

- González, S. G. (1996). *Anorexia Nervosa*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Gracia, F. E., y Musito, O. G. (2000). *Psicología social de la familia*. España: Paidós.
- Gratiot-Alphander, H., y Zazzo, R. (1980). *Tratado de psicología del niño*. (2ª. ed.). España: Morata.
- Grinder, R. (1984). *Adolescencia*. México: Limusa.
- Guerrero, L. G. (2003). *Conducta Alimentaria de Riesgo y Autoestima en niños y niñas Preadolescentes*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Guillemot, A., y Laxenaire, M. (1994). *Anorexia Nerviosa y Bulimia : el peso de la cultura*. España: Masson.
- Gutiérrez, R. J. (2000). *Obesidad, una enfermedad peligrosa*. www.obesidad.net
- Gutiérrez, V. M. (2000). *Evaluación de la relación entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología de los trastornos alimentarios*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Guyton, A. G. (1997). *Tratado de fisiología Médica*. México: Mc Graw Hill.
- Gúzman, U. L. (2002). *Factores de riesgo, asociados con la imagen corporal: autoestima y autoatribuciones en preadolescentes*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Harris, C., y Reynold, B. (1996). *Como desarrollar la autoestima en los niños*. (6ª. Ed.). España: Debate.
- Hernández, A. (1997). *Percepción del autoconcepto en un grupo de adolescentes*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología: UNAM.
- Hernández, G. J. (1974). *Una aproximación al estudio de los medios masivos de comunicación y su papel en el control de la conducta social*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Hernández, J. L. (1996). *Un día en la televisión*. *Humanidades* (207). 23.
- Hernández, V. I. (1999). www.el-mundo.es/1999/03/19/sociedad/19Noo76.html
- Hirsmann, J. R., y Munter, C. H. (1995). *Cuando las mujeres dejan de cuidar sus cuerpos*. España: Paidós.
- Hoffman, L., Scott, P., y Hall, E. (1995). *Psicología del desarrollo hoy*. (5ª.ed.). España: McGraw-Hill.
- Hoffman, L., Scott, P., y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. (6ª ed.). España: McGraw-Hill.
- Hollander, E. (1971). *Principios y métodos en Psicología Social*. Argentina: Amorrortu
- Holtz, V. (1992). *Factores psico.bio.sociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Iberoamericana.
- Horney, K. (1973). *Neurosis y madurez. La lucha por la autorrealización*. Argentina: Psique.
- Horrocks, J. E. (1986). *Psicología de la adolescencia*. México: Trillas.
- Howard, C. W. (1975). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Hurlock, E. B. (1987). Psicología de la adolescencia. (4a. ed.). México: Paidós.
- Ichaustegui, L. L. (1992). Revisión de las teorías del balance y disonancia Cognoscitiva. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Igoín, L. (1996). La Bulimia y su infortuito. España: Akal.
- INEGI. (1995). www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html.
- INEGI. (2000). www.inegi.gob.mx/difusion/espanol/fiest.html
- Ingelmo, S. A., y Escalante, C. F. (1996). La obesidad y sus complicaciones. España: Universidad de Cantabria.
- Inhelder, B., y Piaget, J. (1955). De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Argentina: Paidós.
- James, W. P., y Schofield, E. C. (1996). Necesidades Humanas de energía. Manual para planificadores y nutricionistas. Italia: Organización de las Naciones unidas para la agricultura y la alimentación FAO.
- Jiménez, R. R., y Rodríguez, V. R. (1997). Algunas consideraciones acerca de la influencia que los medios de comunicación masiva tienen en la identidad, autoconcepto y autoestima del adolescente. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Kanarek, R. B., y Marks-Kaufman, R. (1994). Nutrición y comportamiento nuevas perspectivas. España: Bellaterra.
- Kaplan, H., Sadock, B., y Grebb, J. (1997). Síntesis de Psiquiatría. Argentina: Panamericana.
- Katz, C. (1980). Diccionario Básico de comunicación. México: Nueva Imagen.
- Keether, R. (2000). Psicología Social. Madrid: McGraw-Hill
- Kenneth, L. J., Louis, W. S., y Curtis, O. B. (1970). Foods, diet, and nutrition. Estados unidos: Canfield Press.
- Kerschner, V. L. (1984). Nutrición y terapéutica dietética. México: El Manual Moderno.
- Key, W. B. (1992). Seducción Subliminal. México: Diana.
- Key, W. B. (1994). La era de la manipulación. México: Diana.
- Krause, M. V., y Hunscher, M. A. (1983). Nutrición y dietética en clínica. (5ª. Ed.). México: Interamericana.
- Kreimer, R. (2001). www.geocities.com/filosofialitera/historiadelasdiets.htm
- Latapi, P. (1996). En defensa de la imperfección. Revista Proceso 11 (997), 13-14.
- Larrañaga, C. I., Carballo, F. M., Rodríguez, T. M., y Fernández, S. J. (1997). Dietética y dietoterapia. España: McGraw-Hill/Interamericana.

La televisión influye en el rendimiento escolar. El país, julio 8, 1995; sección sociedad. p.33.

LeBon, M. D. (1986). Obesidad infantil, una nueva frontera de la terapia conductual. España: Paidós.

Lehale, H. (1992). Psicología de los adolescentes. México: Grijalbo.

Lindenfield, G. (1999). Ten confianza en ti misma. México: Gedisa.

Lolo, R. (1992). T.V. fábrica de mentiras. España: Espasa.

López, A. P. (1990). El libro de la nutrición. España: Alianza.

López, E. S. (1995). Tradiciones, costumbres y alimentación. Gaceta CCH 1 (201), 15.

López, J., y Thome, E. E. (1996). Taller de prevención de farmacodependencia dirigido a padres de familia. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

López, M. J. (1988). Enseñanza dinámica sobre nutrición y salud, en la escuela y en el hogar. México: Trillas.

Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. España: Herder.

Macías-Valadez, T. G. (2000). Ser adolescente. México: Trillas.

Mahan, L. K., y Arlin, M. T. (1995). Nutrición y dietoterapia. México: McGraw-Hill.

Mahoney, M., y Mahoney, K. (1995). Control permanente de peso, una solución total al problema de las dietas. México: Trillas.

Maldonado, D., y Saucedo, M. (1998). Problemas de Alimentación en la Primera Infancia. En Lartigue, T., Maldonado, D. Ávila, H. (Comp.). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo (p. 133-161) México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C.

Maldonado, D. y Saucedo, M. (1998). La madre con dificultades alimentación y sus efectos en el bebé y el niño en edad preescolar. En Lartigue, T., Maldonado, D. Ávila, H. (Comp.). La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo (p. 235-255) México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C.

Maldonado, G. H. (1998). Anorexia nervosa: sobre el cuerpo histórico de cinco historias de vida. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Marañón, G. (1996). Gordos y flacos: cinco ensayos breves sobre el estado actual del problema de la patología del peso humano. México: IPN.

Marsellach, U.G. (1998). El Psicólogo en la red. www.ciudadfutura.com

Martina, C. M. (1998). Adolescentes en riesgo: identificación y orientación psicológica. Argentina: Paidós.

Martínez, E. G., y Rodríguez, P. F. (2002). La Familia como Factor de Riesgo en Trastornos de la Alimentación en Niños. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Martínez-Fomés, S. (1995). La obsesión por adelgazar: Bulimia y Anorexia. México: Espasa Calpe.

- Mattelart, A. (1991). La publicidad. España: Paidós.
- McKinney, P. J., Fitzgerald, H. A., y Strommen, E. (1982). Psicología del desarrollo: edad adolescente. México: El Manual Moderno.
- McLeran, D. S. (1993). La nutrición y sus trastornos. (2a. Ed.). México: Prentice-Hall.
- McLuhan, M. (1977). La comprensión de los medios de comunicación como las extensiones del hombre. México: Diana.
- McPherson, A., Figueroa, V. E., Colon, R.L., y Esteves, C. M. (2000). www.ssem.net/GNDPR.
- Méndez, L. (1994). Recetarios mágico-científicos al servicio de la estética de la delgadez: cuerpos de mujeres, cuerpos de hombres, Anorexia: dieta, estética y creencias. Actas de Seminario. Facultad de Medicina. Murcia. 117-128.
- Mestre, V., y Frías, D. (1996). La mejora de la autoestima en el aula. Revista de Psicología General y Aplicada, 49 (2), 279- 283.
- Minuchin, S. (1986). Familias y terapia familiar. (3ª. Ed.). España: Gedisa Granica.
- Moliner, L. M. (1998). www.seh-lelha.org/horus/busalim.htm.
- Mora, R. J. (1992). Soporte nutricional especial. Colombia: Médica Panamericana.
- Moraieda, M. (1999). Psicología del desarrollo. España: Alfaomega.
- Morales, J.F., Huici, C. (Coords). (1999). Psicología Social. España :Mcgraw-Hill.
- Morales, J. F., Moya, M., Reboloso, E., Fernández, D. J., Huici, C., Marques, J., Pérez, D., Pérez, J. A. (1999). Psicología social. España: McGraw-Hill.
- Morandé, G. (1999). La anorexia, como combatir y prevenir el miedo a engordar de las adolescentes. España: Vivir Mejor.
- Morgan, S. L., y Weinsier, R. L. (2000). Nutrición Clínica. (2ª.Ed.). España: Harcourt.
- Morris, C. G., Maisto, A. A., y Wolman, B. (2001). Psicología. (10ª. Ed.). España: Pearson Education.
- Muss, E. R. (1997). Teorías de la adolescencia. México: Paidós.
- Mussen, P. H., Janeway, J., y Kagan, J. (1974). Desarrollo de la personalidad en el niño. México: Trillas.
- Mussen, P. (1986). Desarrollo psicológico del niño. México: Trillas.
- Myers, D. G. (2000). Psicología Social. España: Médica Panamericana.
- Nava, del N. E. (2001). La obsesión por la delgadez: un análisis de las creencias de las mujeres universitarias en la relación con el peso. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de las Américas.

Nelson, J. K., Moxness, K. E., Jensen, M. D., y Gastineau, C. F. (1996). Dietética y nutrición, manual de la clínica Mayo. (7ª. Ed.). España: Mosby/Doyma.

Nichols, B. (1997). La representación de la realidad. España: Paidós.

Nutbeam, D. (1986). Glosario de promoción de la salud: en Organización Panamericana para la Salud (1996) (comp...). Promoción de la Salud: una Antología. Washington, D.C.: OPS.

Oberbeil, K. (1992). Dietas a la medida: una guía práctica para elegir la dieta adecuada y perder peso sin riesgo para la salud. España: Robin Book.

Ojanguren, S. (2002). Chocolate y vitamina E, energía pura. El metro (605). p: 14

Olea, D., y Orendain, C. (1997). Nutrirse es algo más que comer. (3ª. Ed.). México: Exasac.

Organización Mundial de la Salud (1986). Primera conferencia Internacional sobre la promoción de la salud. Iniciativa dentro de una nueva acción de Salud Pública. Ottawa: OMS.

Oropeza, T. R. (1995). Estilos de crianza y autoconcepto en adolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Padrón, A. L. (en prensa). Escuela para padres. México.

Palencia, C. (1972). Servicio de alimentación serie para auxiliares hospitalarios. México: Interamericana.

Paoli, B. A., y González, C. (1988). Comunicación publicitaria. México: Trillas.

Papalia, A., y Wendkos, O. S (1987). Psicología. México: McGraw-Hill.

Papalia, A., y Wendkos, O. S. (1992). Desarrollo Humano. (5ª. Ed.). Colombia: McGraw-Hill.

Papalia, A., y Wendkos, O. S. (1997). Psicología del desarrollo. (7ª. Ed.). Colombia: McGraw-Hill.

Paz, M. S. (1997). Autoconcepto en los alumnos del CONALEP. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Papazian, R. (1994). www.elalmanaque.com/mujerentlaadolescencia.htm.

Pearce, J. (1995). Comer, manías y caprichos: soluciones para niños que no comen o que comen demasiado. España: Paidós.

Pedagogía y Psicología infantil, pubertad y adolescencia. (1998). Biblioteca práctica para padres y educadores. Madrid: Cultural.

Peyrú, G. (1993). Papá, ¿puedo ver la tele?. México: Paidós.

Pick de Weiss, S., y Vargas, T. E. (1995). Yo adolescente. México: Planeta.

Pineda, G. G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, Métodos y Estrategias de prevención. Proyecto de Investigación Doctoral. Facultad de Psicología. UNAM.

Pineda, G. G. (2003). Estado actual del conocimiento e investigación sobre prevención de trastornos alimentarios. Proyecto de Investigación Doctoral. Facultad de Psicología. UNAM.

Plazas de Creixell, M. (1995). Que los niños aprendan a disfrutar de una buena alimentación. Cuadernos de nutrición 18 (2), 18-20.

Plazas de Creixell, M. (1995). La alimentación de los niños. Cuadernos de nutrición 18 (2), 21-28.

Plazas de Creixell, M. (1995). La alimentación como satisfactor de las necesidades biológicas de los niños. Cuadernos de nutrición 18 (2), 36-38.

Pritchard, M. E., Kingand, S. L., y Czajka-Narins, D. M. (1997). Adolescent body mass indices and self-perception. Adolescence 32 (128), 863-877.

Pulido, G. (1988). Autoestima, motivación y Desarrollo. México: Diana.

Quintín, O. J. (1989). Nutrición normal para toda la familia. México: Mendez.

Quiroz, E. (1996). Criterios alimentarios en el siglo XVIII novohispano. Cuadernos de nutrición 19 (3), 21-28.

Raich, R. M. (1998). Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios. España: Pirámide.

Raich, R. M. (2000). Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. España: Pirámide.

Raimbault, G., y Ellacheff, C. (1991). Las indomables figuras de la anorexia. Argentina: Nueva Visión.

Ramírez, M. (2001). Sociedad y medios de comunicación. Los periodistas (5), 23.

Ramos, G. R. (1985). Alimentación normal en niños y adolescentes. México: El Manual Moderno.

Rausch, H. C. (1996). La esclavitud de las dietas: guía para reconocer y encarar un trastorno alimentario. México: Paidós.

Rice, P. (1997). Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital. México: Prentice-Hall.

Riobó, P. (1999). La alimentación y sus trastornos. España: Cooperación editorial.

Rivas, A. (2000). Obsesión por comer productos sanos y/o de una manera exageradamente correcta. Un trastorno que aún no está reconocido oficialmente como una enfermedad, pero que de diversas maneras puede llegar a originar anorexia y bulimia nerviosas. www.obesos.org/orionxia.html.

Robinson, C. H. (1986). Nutrición básica y dietoterapia. México: Prensa Médica.

Rodin, J. (1992). Las trampas del cuerpo: como dejar de preocuparse por la propia apariencia física. España: Paidós.

Rodríguez, G. F. (1993). Las adoradoras de la delgadez: anorexia nerviosa. España: Días Santos.

Rodríguez, R. M. (1994). Cenicienta a los sesenta. La jornada. p. 4.

- Rogers, C. R. (1980). Persona a persona. Argentina: Amorrortu.
- Rojas, H. E. (1998). Dietética: principios y aplicaciones. (2ª. Ed.). España: Aula Médica.
- Rosenberg, M. (1973). La autoimagen del adolescente y la sociedad. Argentina: Horne.
- Rubio, L. (1994). Espejito mágico, espejito de oro, ¿quién es la más bella?. La Jornada, p. 4.
- Ruiz, M. (2000). Comunicación e información de la mujer. www.cimac.org.mx
- Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca
- Saloma, G. S. (2000). Actitud Hacia la Obesidad en niños y niñas de Escuelas Públicas y Privadas y su Relación con el Índice Nutricional (IN) y Preocupación por el Peso Corporal. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Sánchez, S. G., y Mojica, M. V. (1998). Relación entre las conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- San Germán, J. L. (2000). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: obesidad en preadolescentes. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Satir, V. (1993). Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar. México: Prax.
- Saucedo, M. T. (1996). Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.
- Schilder, P. (1977). Imagen y apariencia del cuerpo humano, estudios sobre las enemias constructivas de la psique. Argentina: Paidós.
- Schütze, G. (1983). Anorexia Mental. España: Herder.
- Secretaría de Salud, México. (2000). www.uv.mx/nutri-ver/clinica/desnutricion/obesidad.html.
- Shaffer, D. R. (2000). Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia. (5ª. Ed.). México: Thomson.
- Sherman, R. T., y Thompson, R. A. (1999). Bulimia, una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- Silverstone, R. (1996). Televisión y vida cotidiana. Argentina: Amorrortu.
- Smith, E. R., y Mackie, D. M. (1997). Psicología Social. España: Médica Panamericana.
- Speier, A. (1986). Psicoterapia familiar en un caso de anorexia nerviosa. Argentina: Nueva visión.
- Stierlin, H., y Weber, G. (1990) ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia? llaves sistemáticas para la apertura y tratamiento de la anorexia nerviosa. España: Gedisa.

Stice, E., Mazotti, I., Weibel, D. y Agras, S.W. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *International Journal of eating disorder*, 27 (2), 206-217.

Striegel-Moore, R. y Steiner-Adair, C. (1998). Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista. En W. Vanderycken, y G. Noordenbos (Eds.), la prevención de trastornos alimentarios (pp. 13-37). Estados Unidos: The Athlone Press.

Szlázer, E. (2000). www.novedades.htm.

Tamayo, A. (1982). Autoconcepto, sexo y estado civil. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social* (1), 21-23.

Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. España: Ariel.

Toro, J., y Villardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. España: Martínez Roca.

Trastornos Mentales y del Comportamiento. CIE-10. (1992). España: Meditor.

Turón, G. V. (1997). *Trastornos de la alimentación: Anorexia Nerviosa, Bulimia y Obesidad*. España: Masson.

Tschihart, L., y Donovan M. (1991). *Women & Self Steem*. New York: Penguin Books.

Unikel, S. C. (1998). Desórdenes Alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Vanderycken, W., Castro, J., y Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y bulimia, la familia en su génesis y tratamiento*. España: Martínez Roca.

Varela, L. M. (2002). www.saludnutricyn.com.

Vasta, R., Haith, M. M., y Miller, S. A. (1996). *Psicología Infantil*. España: Ariel.

Vera, G. M., y Fernández, S. M. (1989). *Prevención y tratamiento de la obesidad*. España: Martínez Roca.

Viches, L. (1993). *La televisión, los efectos del bien y del mal*. España: Paidós.

Vitamina E. (1993). *Revista Siempre en familia* 1 (3), 10, 11.

Watson, R., y Lindgren, H. (1991). *Psicología del niño y del adolescente*. México: Limusa.

Warren, H. C. (1987). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.

Wimmer, R., y Dominick, J. (2001). *Introducción a la investigación de medios masivos de comunicación*. México: Internacional Thompson.

Zubirán, A. S. (1984). *Imagen y obra escogida*. México: UNAM.

www.acab.org/spa/welcome/htm (Ilust)

www.bim.com.mx/nutricion.htm
www.bulimarexia.com.ar/pesojusto.htm.
www.cuidadorpsiquiatrico.com
www.dietasabsurdas.htm. (1999).
www.dga.itesm.mx/pat/estalm.html:
www.dga.itesm.mx/pat/desoralim.html
www.explored.com.ec/guia/fas3htm
<http://personal.redesfb.es/ais/festinger.html>
www.geocities.com/rafatore/frames2.htm
www.juver.es/nutricion/articulos/4consej.htm.
<http://milksci.unizar.es/nut/novitaminas.html>
www.orthorexia.com
www.razónypalabra.org.mx/antiores/n16/impacto16.html
www.sysop.com.mx/lecturasparacompartir/apoyo/anorexia,nerviosaybulimia.html
www.solomoda.com/firmas/20/index.html
www.xtec.es/xripoll/ecine6.htm.

**PAGINACIÓN
DISCONTINUA**

Manual del Programa de Intervención Basado en la Disonancia Cognoscitiva

El objetivo central de la presente investigación es comprobar la efectividad de una intervención basada en la disonancia cognoscitiva.

Se diseñarán una serie de ejercicios orales, escritos y conductuales para ser aplicados a los participantes que tengan algún problema de conducta alimentaria con el propósito de que adopten una postura contraria.

Esta intervención, basada en la disonancia cognoscitiva es similar a las estrategias de autopresentación y de inoculación social que también utilizan role-play para cambiar actitudes, además de que han mostrado su utilidad para producir cambios en una gran diversidad de conductas que van desde evitación del tabaco hasta afrontamiento a enfermedades crónicas (Pillen, 1985; Leae, Friend y Wadhwa, 1999).

Se requiere trabajar con un solo grupo, para poder observar el cambio de conductas o actitudes del mismo sujeto y que los resultados no se vean contaminados con las expectativas de los sujetos en otro grupo. El tipo de intervención se dirigirá a mujeres con problemas de dieta, y preocupación por el peso corporal.

Tiempo: 8 sesiones: 2 sesiones por semana, de media hora. Aplicación del cuestionario: 1) al inicio (línea base); 2) al término de la intervención; y, 3) 12 semanas después de la intervención.

Procedimiento

Aplicación del instrumento/línea base y seleccionar muestra de estudio: sujetos con dieta o factores relacionados con el peso corporal.

Se propondrá que al término de la intervención, las alumnas realicen una obra teatral, con los contenidos que se verán dentro de todas las sesiones; cuyos diálogos, escenografía y repartición de papeles deberán ser elaborados por ellas; cuyo objetivo es que sea representada a las niñas de primer grado de secundaria, para que la disonancia sea completa.

Primera sesión (media hora)

- Presentación e invitación. Te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito mejorar la alimentación ¿Cómo se logra esto? Existe la idea de que ayudando a otros se ayuda uno mismo. Se ha encontrado que si uno propone cómo y qué hacer para que otras niñas sigan dietas erróneas que dañan su cuerpo, esto ayuda a mejorar nuestra alimentación. ¿Estás dispuesta a ayudarnos a crear un PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE, dirigido a chicas más jóvenes y EVITAR así que la juventud tenga problemas con su forma de alimentarse.
- Material: Bola de Estambre
- Actividad: telaraña, cuyo objetivo es crear un espacio empático para que las niñas se puedan expresar abiertamente, ayudar a que se conozcan y que el programa no se vea afectado por la desconfianza ante nuestra presencia.
- Repartición del primer artículo, para la siguiente sesión.

Primer tema: Adolescencia

Objetivo: Que las alumnas conozcan el proceso de cambios que se presentan durante la adolescencia.

- Material: Hojas blancas tamaño carta, lápices o plumas

- Se colocan etiquetas con el nombre de cada participante para reconocerlas

• Procedimiento:

Se forman equipos de acuerdo a un número deseado

Por equipos definir ¿Qué es adolescencia?, los cambios que han sufrido, como se comportan los "chicos" con ellas; como las tratan ahora sus padres; que es lo que más disfrutan de estar con sus amigas, que puedes hablar con ellas, que no puedes hablar con tus padres.

- Discusión: La forma de discutir se hará de la siguiente manera, en todas las sesiones:

- Cada equipo nombrará un secretario que se encargará de registrar las repuestas que vayan generando los miembros del grupo;
- Aceptar sin crítica todas las respuestas (torbellino de ideas);
- Clarificar las ideas en las hay consenso (todos están de acuerdo);
- Verbalizar los distintos argumentos prolongando la discusión e intentando convencer y llegar a un acuerdo;
- Si perduran las discrepancias el secretario registrará las respuestas en las que no se llegó a un consenso y los argumentos discrepantes;
- Se comentan las conclusiones de cada equipo, llegando a un consenso.

• La duración de las discusiones será de 10 minutos máximo.

• Aclaración de puntos anteriores con información adicional y detección de conductas de riesgo (seguir dieta).

• Actividad: Juego del rompecabezas, al final de la sesión se harán 10 preguntas en las cuales, de acuerdo al acierto en la respuesta se irá destapando una serie de pancartas de un mural colocado en el pizarrón cuya figura se adivinará al completarse todas las respuestas. Y se otorgará un punto a cada equipo que conteste correctamente.

• Repartición de artículo para la siguiente sesión.

Segundo tema: Familia

Objetivo: Que el adolescente conozca más acerca de la familia, los tipos o estructuras, su dinámica, y su relación y reacciones ante los cambios de la adolescencia.

• Material: Hojas blancas tamaño carta, lápices o plumas.

• Conclusiones y aclaración dudas de la sesión anterior.

• Procedimiento

Por equipos comentarán como sus familias, ¿Cómo es una familia?, ¿Cuántos hermanos tienen?, ¿De que edades son?, ¿A quien de los miembros de la familia recurren cuando tienen alguna duda o problema?, ¿Qué actividades realizan juntos (explorar que sucede durante estas)?, ¿Cómo se sienten cuando comen solos, ¿Cómo cambio la relación de los padres, en el momento en que ella entra a la secundaria?, ¿Cómo es su trato y su opinión respecto a ellas?, y como les afecta esta situación.

• Aclaración de puntos, con información adicional (hablar sobre los tipos de familias y la dinámica familiar), se guiará la aclaración hacia las comidas, los horarios, y quien o quienes las llevan a cabo.

• Actividad: cuyo objetivo es que las alumnas valoren las cualidades que tienen y no sean tan exigentes con las expectativas que los padres tienen de ellas, intentado que su autoestima aumente.

• Tarea para la próxima sesión: Se les pedirá que por espacio de 1 o 2 horas observen la televisión y registren cuantas veces se habla sobre productos light, y productos para adelgazar, anotándolos para la siguiente sesión.

• Repartición del artículo con información de la siguiente sesión.

Tercer tema: Medios de Comunicación

Objetivo: Identificar la influencia de los medios de comunicación en el seguimiento de dietas y uso de productos light.

- Material: hojas blancas tamaño carta, lápices o plumas, registro de anuncios de televisión en una hoja.
- Conclusiones y aclaración dudas de la sesión anterior.
- Procedimiento

En equipo se discutirá sobre ¿Qué tipo de comerciales para bajar de peso han visto, últimamente en televisión?, ¿Cómo son las actrices que aparecen en dichos anuncios?, ¿Cómo es la moda y las modelos actuales?, ¿Qué tipo de mensajes vemos y escuchamos en los medios de comunicación relacionados con estar delgados?, ¿Qué características tienen las mujeres que les parecen atractivas?, ¿Qué hacen las chicas para parecerse a estas modelos?, ¿Qué productos light conoces y cuales has consumido?.

- Aclaración de puntos con información adicional, como algunos tipos de dietas que aparecen en revistas, internet y cuales son sus ventajas y desventajas.
- Actividad: Análisis de comerciales televisivos, vistos el día anterior: analizar producto y cantidad de veces que se anuncia, a quien se dirige el mensaje: edad, sexo, clase social, actividad, quienes anuncian el producto, lenguaje que se utiliza.
- Tarea para la siguiente sesión: Se pedirá que lleven las envolturas de alimentos envasados que acostumbra consumir en casa y en la escuela aproximadamente 3 artículos por persona.
- Repartición de artículo con información del siguiente tema.

Cuarto tema: Nutrición

Objetivo: Que las alumnas conozcan mejor los alimentos y su importancia nutricional dentro del proceso de crecimiento y desarrollo en la adolescencia.

- Material: Hojas blancas tamaño carta, lápices o plumas, envolturas de productos envasados.
- Conclusiones y aclaración dudas de la sesión anterior.
- Procedimiento:

A manera de introducción se hablará con las alumnas acerca de las características hereditarias y aquellas relacionadas con la alimentación de cada persona.

En equipo se discutirá sobre ¿Qué es nutrición?, ¿Qué tipos de alimento conocen?, ¿Qué importancia le otorga la familia a las comidas en casa?, ¿Qué mitos y comentarios han escuchado respecto a la gente con sobrepeso (obesa), si llevas por tiempo prolongado una dieta ¿cómo crees que te sentirás y se sentirá tu cuerpo?.

- Aclaración de puntos con información adicional: definir nutrición y dieta, mencionar la pirámide alimenticia, mencionar algunos alimentos y el tipo de función que cumplen dentro del organismo.
- Actividad: Con las envolturas se hará un análisis sobre los ingredientes con que fueron elaborados y la forma en que se logra su conservación; así mismo, es importante que adviertan que algunos envases incluyen leyendas como "Tómalo con leche", o datos como la fecha de caducidad, etc., que seguramente las puede llevar a cuestionar cómo se logra que el alimento se conserve o el valor nutritivo de éste.
- A tipo de tarea se les pedirá que como resultado de la actividad elaboren anuncios publicitarios de los productos analizados, a fin de presentar mensajes más reales, que se podrán presentar en la obra de teatro final.
- Repartición del artículo para la próxima sesión.

Quinto tema: Dieta y Secuelas

Objetivo: Que las alumnas conozcan las consecuencias y secuelas relacionadas con los trastornos de la alimentación.

- Material: Hojas tamaño carta
- Conclusiones y aclaración dudas de la sesión anterior.
- Procedimiento:

Se forman equipos de acuerdo a un determinado número y se discutirá: Reflexionar sobre las chicas que hacen dieta, haciendo hincapié en si son o no, más propensas a padecer algún trastorno de la alimentación?, ¿Cómo influye la familia, los medios de comunicación y las amistades para que una chica no quiera comer o realice dietas estrictas y sin consultar a un especialista.

- Aclaración de puntos con información adicional, mencionando como las dietas pueden llevar a problemas de alimentación, las secuelas de una mala alimentación, y mencionar como sería una dieta balanceada.
- Actividad: Cada alumna elaborará una lista de los alimentos que consumieron el día anterior, se reunirán en equipos para compararlos, señalando los alimentos que creen que pueden producirles gordura, así como los que sospechan que al ingerirlos les ocasionan problemas, como la aparición de granitos en la cara. Con alimentos simulados y recortados y frases relacionadas con los alimentos, que las encargadas del programa llevarán; las alumnas agruparán en un panel de acuerdo a su mayor grado de proteínas, carbohidratos, grasas y minerales.

Séptima Sesión

Objetivo: Que las alumnas reflexionen sobre los diferentes temas tratados durante las sesiones y puedan expresar sugerencias, dudas y propuestas sobre los mismos.

- Conclusiones finales dentro de un cuadro sinóptico de todas las sesiones previas
- Dudas acerca de los temas vistos
- Organización para la obra de teatro: realización de diálogos y la elección de personajes y definir el tipo de escenografía que se va a utilizar.

Octava Sesión: Presentación de Obra Teatral

Objetivo: Que las adolescentes sean capaz de realizar una representación teatral con los contenidos realizados a lo largo de las sesiones, para que sea fuente de conciencia y razonamiento, y tengan la capacidad de elaborar propuestas y sugerencias; de qué hacer para que las chicas de menos edad no se sometan a dietas erróneas que dañen su proceso de desarrollo.

- Se pedirá a la subdirectora que asigne un lugar para la representación y que reúna a las alumnas de primer grado no seleccionadas dentro del programa para presenciar la obra.
- Se acomoda la escenografía y los personajes se preparan para salir a escena
- Una vez terminada la representación teatral se aplicará el cuestionario de alimentación y salud.

Aplicación del cuestionario de alimentación y salud.

ANEXO III

Recomendaciones para una sana alimentación

La salud de nuestro cuerpo guarda dependencia directa respecto a los alimentos que ingerimos. En cierto modo, somos lo que comemos. La regla principal es llevar una dieta variada y equilibrada. Comer bien no es comer poco, ni siempre lo mismo. He aquí unas ideas fundamentales sobre los alimentos que más nos convienen (www.bim.com.mx/nutricion.htm).

- Una alimentación sana es decisiva para mantener la salud en todos sus aspectos: crecimiento y desarrollo, rendimiento físico e intelectual, prevención y curación de enfermedades.
- Los especialistas aconsejan disminuir las grasas animales y los minerales.
- Los especialistas aconsejan disminuir las grasas animales, consumir aceites vegetales (especialmente de oliva), reducir los azúcares y tomar más frutas, verduras y leche.
- Tomar como mínimo dos piezas de fruta al día. Los zumos de frutas naturales deben consumirse al momento, para evitar que pierdan vitaminas.
- Tomar pocas grasas saturadas (mantequilla, manteca de cerdo, margarinas de grasa animal) dado que aumentan el colesterol en la sangre.
- El huevo es rico en proteínas y vitaminas, pero no debe abusarse por el alto contenido en colesterol de la yema. Bastan tres a la semana.
- La leche es uno de los alimentos más completos, e indispensable para niños y ancianos. Los niños deben tomar leche entera, nunca descremada.
- El yogur es buen complemento nutritivo. Ayuda a establecer y mantener la flora intestinal.
- Consumir carne magra, preferentemente de ave, así como pescado. Reducir la carne de vaca, cerdo y cordero. Quitar la grasa blanca de la carne antes de cocinarla.
- No abusar del café o el té: carecen de valor nutritivo y estimulan el sistema nervioso.
- Bebe al menos un litro y medio de agua al día. Ayuda a eliminar toxinas.
- Inclínase por los alimentos integrales; pan, cereales o galletas elaborados con harina no refinada (con cascanilla), que tienen mayor valor nutritivo.
- Los alimentos ricos en fibra (espinacas, garbanzos), al igual que los integrales, facilitan el tránsito intestinal y combaten el estreñimiento.
- Evitar las comidas abundantes y grasas, difíciles de digerir. Aumentar las verduras y hortalizas preferiblemente crudas.
- Tomar poca sal y pocos alimentos azucarados.
- Usar aceite de oliva (ácidos grasos monoinsaturados). Es más recomendable para prevenir las enfermedades del corazón. También son sanos los aceites de girasol, soja y maíz.
- Comprar pocos alimentos preelaborados, por que contienen grasas saturadas.
- Para los niños y los adolescentes, es fundamental tomar leche, queso, yogurt, carne, pescado, huevos, frutas y verduras. Se les debe limitar los dulces, grasas y sal.
- No dar a los niños, ni a los adolescentes; bebidas excitantes, (café, té, cola), bebidas gaseosas (les quita el apetito) ni, por supuesto, bebidas alcohólicas.
- En la compra, optar por lo natural, mejor tomarse un zumo de naranja recién exprimida que comprar un bote de zumo, es preferible adquirir la verdura fresca en vez de la enlatada.
- Los alimentos congelados conservan todo su valor nutritivo. Lo importante es que se encuentren en perfecto estado de conservación.
- Exigir calidad e higiene. No comprar en puestos ambulantes, que carecen de control sanitario, ni en lugares donde los alimentos presenten aspecto poco limpio y fresco.
- Comer con tranquilidad. Tomar la comida en bocados pequeños, y masticar bien.
- Comer deprisa y masticar poco suele ocasionar digestiones pesadas. No tragar el bolo alimenticio hasta que esté bien ensalivado. Esto ayudará a digerirlo.

- Respetar un horario de comidas regular, similar todos los días.
- Es preferible hacer un desayuno más energético que te dé fuerzas para afrontar la jornada, un almuerzo ligero y una cena abundante y temprana.
- A la hora de cocinar, resulta más sano hervir los alimentos, hacerlos al vapor, a la brasa o a la plancha, que freírlos o rebozarlos.
- No freír con el mismo aceite más de dos o tres veces, dado que forma sustancias tóxicas para el organismo. Renovarlo con frecuencia.
- Las necesidades energéticas de cada persona varían en función de su sexo, edad, compleción y actividad que realiza.
- Hay etapas de la vida en las que la dieta alimenticia tiene necesidades específicas: la pubertad, el embarazo y el climaterio. En la pubertad se precisan más aportes de energía y vitaminas. La mujer embarazada debe alimentarse más, no "comer por dos", evitando subir más de 10 kilos.
- Después de cada comida, cepillarse los dientes. Una boca sana y una dentadura fuerte, capaz de triturar bien los alimentos, es el primer paso para una buena nutrición.
- En el climaterio hay que aumentar el calcio y el fósforo para contrarrestar la osteoporosis, y reducir los estimulantes que aumenten el estado nervioso.
- Para tener una dieta saludable, es muy importante consumir fruta porque nos aporta sustancias esenciales para la vida (energía, vitaminas, minerales y fibra).
- El consumo frecuente de una fruta, asegura que se cubrirán las necesidades diarias de los nutrientes que nos aportan, específicamente de las vitaminas son vitamina C y vitamina A.

Incluir en la dieta albaricoques, naranjas, zanahorias o fresas (www.luver.es/nutricion/articulos/4consej.htm).

ANEXO 2

Programa de Intervención basado en la Teoría de Disonancia Cognoscitiva

Tema	Objetivo	Actividad	Material	Tiempo Aprox.
Aplicación del instrumento	Detectar alumnas que realicen seguimiento de dieta restrictiva	Instrucciones generales	Cuestionario de Alimentación y Salud	30 min.
Medida y pesaje de alumnas seleccionadas	Comparar el peso real y estatura real con el peso y estatura ideal de las alumnas	Instrucciones para pesar y medir	Báscula y estadiómetro	30 min.
Taller de sensibilización para padres	Comprender y reconocer la importancia de los trastornos de la alimentación y Detección precoz. Ofrezcan su autorización para que sus hijas participen en el programa	Conferencia interactiva	Acetatos Información Adicional	30 min.
Taller de sensibilización para profesores	Ayudar a reconocer que un problema de alimentación repercute en el aspecto intelectual	Conferencia interactiva	Acetatos e Información adicional	30 min.
Presentación e invitación	Crear un espacio empático para que las niñas se puedan expresar libremente	Telaraña	Estambre y tarjetas para escribir su nombre, plumas	30 min.
Adolescencia	Que conozcan el proceso de cambios por el que atraviesan y como adaptarse a ellos	Conferencia. Lluvia de ideas y rompecabezas	Hojas blancas, cartulina, preguntas, lápices	30 min
Familia	Reconocer y comprender el rol que juegan dentro de la familia, y su valor dentro de ella	Conferencia. Espejo mágico, elaboración de carteles con anuncios	Hojas blancas, cartulinas	30 min
Medios de Comunicación	Hacerlas menos vulnerables ante los mensajes publicitarios, la moda y el estereotipo de mujer delgada	Conferencia. Análisis de comerciales	Hojas blancas, lápices	30 min
Nutrición	Fomentar hábitos alimenticios saludables, reconociendo lo nutritivo y la importancia para su edad	Conferencia. Dramatización, sugerir dieta sana	Hojas blancas, lápices	30 min
Dieta	Identificar desventajas de las dietas sin supervisión, y las consecuencias de una mala alimentación	Conferencia. Análisis de envolturas y debate sobre productos light	Hojas blancas, lápices	30 min
Obra de teatro	Que las alumnas ayuden y sugieran a chicas de menor edad aspectos relacionados sobre los temas del taller	Elaboración de la obra teatral	Hojas blancas, lápices	30 min
Aplicación del instrumento	Observar si existieron cambios después de la intervención y si se mantuvieron dos meses después	Instrucciones generales	Cuestionario de Alimentación y Salud	30 min

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (F)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

*Responsable de la Investigación: Dra. Glórida Gómez Pérez-Miró
Facultad de Psicología, UNAM*

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

008

**SECCIÓN
A****INSTRUCCIONES GENERALES**

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

1. ¿Qué estás estudiando?

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Posgrado

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amigo(a)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

D) Soy la más chica

SECCIÓN A - 3

5. Edad de tu primera menstruación

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10000
- F) \$ 10001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposo o pareja

10. Años de estudio de tu padre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios.

11. Años de estudio de tu madre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años

- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

SECCIÓN A - 4

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Jubilado

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Empleada
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Jubilada

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN B

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

4. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gorda |
| B) Con sobrepeso | Gorda |
| C) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal | Delgada |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

5. Llegar a estar gorda :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

6. Como me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

7. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

8. Me gusta la forma de mi cuerpo :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SECCIÓN C

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.

Mi cuerpo se parece más a :



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

INSTITUTO VENEZOLANO
 DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS
 PSICOLOGÍA A. JUAN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**SECCIÓN
D**

1. En el último año :

- A) Subí de peso
- B) Bajé de peso
- C) Subí y bajé de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes :

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- A) No. (Pasa a la pregunta 6)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

6. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- A) No. Pasa a la siguiente sección
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

7. El problema consiste en que:

- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- B) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E Siempre		
1.	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2.	Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3.	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4.	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5.	Procuro comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6.	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7.	Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8.	Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9.	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.	Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.	Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.	Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14.	Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15.	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16.	Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17.	"Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18.	No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19.	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20.	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21.	Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22.	Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
23. Procuro estar el día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
24. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
25. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
26. No soy consciente de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
27. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
28. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
29. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
30. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
31. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
32. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
33. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
34. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
35. Me sorprende pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
36. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero cenó mucho)..	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
37. Cuando estoy aburrida me da por comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
38. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
39. Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
40. Paso por periodos en los que siento que como en exceso	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
41. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
42. Difícilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
43. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)

**SECCIÓN
E**

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



A
()



B
()



C
()



D
()



E
()



F
()

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN