



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA
Y OBSTETRICIA**

TESIS

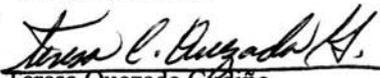
Factores de riesgo que predisponen a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria
en adolescentes de 15 a 20 años de nivel medio superior.

Que para obtener el título de
Licenciado en Enfermería y Obstetricia

Presenta:

Guerrero Vera Carlos

Directora de tesis:


Lic. Teresa Quezada Gudiño

ESCUELA NACIONAL DE
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



SECRETARÍA DE ASUNTOS ESCOLARES

México, D.F.

2004





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.

Índice

	Página
Introducción	5
Problema	6
Justificación	8
Objetivos	9
Marco Teórico	10
1. Adolescencia	10
1.1. Cambios biológicos	10
1.2. Desarrollo físico	10
1.3. Cambios psicológicos o cognoscitivos	11
1.4. Desarrollo psicológico	12
2. Perfil psicológico del paciente que padece anorexia	17
3. Perfil psicológico del paciente que padece bulimia.	20
Marco de referencia	22
1. Factores de riesgo	22
1.1. Introducción.	22
2. Factores hereditarios	23
.2.1. Influencias familiares y genéticas	23
2.2. Estilos de vida.	23
2.3. Factores determinantes de los estilos de vida.	24
3. Factores ambientales	24
4. Factores socioculturales y educativos	24
4.1. Generalidades	24
4.2. La influencia de los medios de comunicación	25
5. Anorexia	25
5.1. Definición	25
5.2. Epidemiología	26
5.3. Sintomatología asociada	26
5.4. Edad de inicio	27
5.5. Incidencia por genero	27
5.6. Prevalencia	27
5.6. Curso	27
5.8. Deterioro	27
5.9. Complicaciones	28
5.10. Antecedentes familiares	29
5.11. Factores predisponentes	29
5.12. Diagnostico diferencial	29
5.13. Criterios diagnósticos	29
5.14. Patrón familiar	29
6. Bulimia	30
6.1. Definición	30
6.2. Epidemiología	30
6.3. Sintomatología asociada	30
6.4. Edad de inicio	31
6.5. Incidencia por genero	31
6.6. Prevalencia	31
6.7. Curso	31
6.8. Deterioro	31
6.9. Complicaciones	31
6.10. Antecedentes familiares	32
6.11. Factores predisponentes	32
6.12. Diagnostico diferencial	32
6.13. Criterios diagnósticos	32
6.14. Patrón familiar	32
7. Tratamiento	33
7.1. Hospitalario	33
7.2. Ambulatorio	33
7.3. Orientación cognoscitivo-conductual	33
7.4. Terapia individual	33

7.5. Terapia familiar	33
7.6. Terapia de grupo	34
7.7. Terapia farmacológica	34
7.8. Importancia del personal de enfermería en los diferentes tipos de terapias	34
7.9. Apoyo social	34
7.9.1. Grupos de apoyo social	34
7.9.1.1. La familia	34
7.9.1.2. Función de la familia	34
7.9.1.3. Importancia de las relaciones padres-hijo	35
7.9.1.4. Padres de pacientes bulímicos	35
7.9.1.5. Padres de pacientes anoréxicos	35
7.10. La relación del apoyo social y la salud	35
8. Factores de riesgo que inciden en la aparición de trastornos de Conducta alimentaria	36
8.1. Factores culturales.	36
8.2. Influencia de los medios de comunicación.	36
8.3. Factores educativos.	37
8.4. Factores familiares.	37
8.5. Factores de vulnerabilidad personal.	37
8.6. Factores temporales.	38
8.7. Otros factores.	38
9. Papel de enfermería en el primer nivel de atención.	38
9.1. Educación para la salud.	39
9.1.1. Conceptos generales.	39
9.1.2. Importancia.	39
9.1.3. Generalidades.	39
9.1.4. Rol del educador de la salud.	40
10. Consideraciones generales para la elaboración de un programa de educación para la salud sustentado en valores humanos.	40
10.1. Jerarquía de las necesidades de Maslow.	40
Metodología	44
Descripción de resultados	47
Análisis y discusión de resultados	51
Conclusiones	59
Recomendaciones	61
Propuesta de un Programa de educación en la salud. Para adolescentes en los trastornos de conducta alimentaria	62
Introducción	63
Objetivos del Programa.	64
Metodología del programa.	64
Lugar.	65
Tiempo.	65
Recursos.	65
Universo de trabajo.	65
Guía de contenidos	66
Metas.	74
Evaluación.	74
Bibliografía	75
Anexos.	85
I. Cuestionario de identificación de factores de riesgo.	86
II. Cuadros de la investigación.	91
III. Gráficas.	110
IV. Peso y talla de los adolescentes entrevistados.	118
V. Tabla de peso y talla en mujeres y hombres de 2 a 20 años.	120

El paraíso perdido de Milton.

Ellos intentaron construirla a su manera, pero aquella ciudad no era más que una parodia del cielo. Habían perdido el cielo y querían recuperarlo. No querían crear una parodia; sólo querían escapar del sufrimiento, no construir su sede. Su ciudad era materialmente bella (con ricos minerales y joyas, con elaborada artesanía) pero como les faltaba el espíritu del cielo, el resultado era un tanto grotesco, absurdo y trágico.

De la misma manera, yo quería evitar la ansiedad, el vacío, la desconexión, el sufrimiento. La anorexia nerviosa no busca más sufrimiento; es un intento de recuperar, desde una posición ventajosa, el edén; con el dolor que uno siente, con el frío escalofriante, la calidez se hace real y maravillosa de nuevo. La comida es deliciosa y gratificante. Todo se convierte en ordenado, organizado y se puede fantasear sobre ello de manera calmada. No es que quisiese ser un niño de nuevo; es que quería sentirme como me sentía cuando era un niño con una vida asocial, centrado solo en casa.¹

¹ Hilde Bruch. *La jaula dorada*, ed. Paidós, 2002. pp. 96.

Introducción.

La anorexia y bulimia son enfermedades silenciosas y de alto riesgo que cada día han ido ganando terreno en los jóvenes de ambos sexos, aunque antes estas enfermedades eran más comunes en mujeres en la etapa de la adolescencia hoy en día las cifras de casos en hombres jóvenes, señoras y niñas han ido aumentando.

El notable ascenso que ha experimentado la morbilidad por trastornos de conducta alimentaria de la población adolescente se ha hecho importante en los últimos años, haciéndose indispensable que el equipo de salud tome medidas para detectar factores de riesgo a los que están expuestos los adolescentes. De ahí la importancia de que los Profesionales de Enfermería y Obstetricia conozcan dichos riesgos presentes, tanto en el adolescente como en su medio ambiente, para así, prevenir o limitar un daño a la salud.

Estudios realizados en 1999 por Ocampo, Álvarez y Vázquez en la Escuela Nacional de Estudios Superiores campus Iztacala, mencionaron que en una investigación realizada a una muestra de 2200 alumnos de 15 a 27 años de diversas clases sociales, el 8 % del nivel escolar medio superior presentaron signos y síntomas de anorexia y bulimia englobados como trastornos de conducta alimentaria con edad media de inicio 17 años.²

Esta investigación se realizó con la finalidad de identificar los factores que predisponen a la aparición de trastornos de conducta alimentaria abordándose desde un punto psicológico (actitudes y sentimientos) y patológico (como sintomatología propia de los antes citados trastornos).

Este trabajo incluye la descripción de resultados, los cuales se mostrarán por medio de cuadros de concentración con su respectivo análisis. .

Los resultados orientan hacia la posibilidad de proponer un programa de educación para la salud sustentado en valores humanos, impartido por el personal de enfermería que haga conciencia en los adolescentes y en las personas que conviven más íntimamente con él (como padres, tutores y profesores) para ayudarles a entender los conflictos propios de la adolescencia y a su adecuada solución.

El servicio social que realizan los profesionales de enfermería, les da la oportunidad de estar en contacto con los jóvenes que presentan problemas de anorexia y bulimia, así como distintas afecciones en las cuales les darán cuidados. Los conocimientos que han adquirido, les permite reflexionar en la trascendencia que tiene este tema para realizar un estudio que le permita programar actividades de prevención si así lo ameritarán.

² Gómez, P. Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes Universitarios: Bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología 3 (1) pp. 95-112.

Problema.

En los últimos años, la televisión, las revistas y la publicidad se han encargado de mostrar una imagen de una persona sumamente esbelta como símbolo del éxito, en las tiendas de ropa cada día las tallas se vuelven más y más estrechas de modo que la ropa que se encuentra de moda y la más “cool” sólo viene en tallas pequeñas, lo que hace que las personas se vean obligadas a obtener esa figura esbelta, a como dé lugar, que encaja perfectamente con los estándares que la moda ha ido imponiendo.³

Desgraciadamente los trastornos alimenticios son muy difíciles de diagnosticar ya que a diferencia de la mayoría de las enfermedades no hay pruebas en sangre, orina u cualquier otro estudio que indique la presencia de ésta enfermedad y en los últimos diez años no se ha publicado alguna investigación propia de enfermería que aborde el problema de una manera holística.

La creciente incidencia de la anorexia y bulimia en los últimos años y las dificultades para un tratamiento exitoso constituyen un reto para la comunidad profesional dedicada a su atención. Y es en este punto donde el personal de enfermería debe de redoblar los intentos de comprensión y de intervención a fin de dar una respuesta adecuada a lo que se considera una epidemia y un tipo de patología característico de la época actual.

De lo mismo surge la inquietud para realizar el trabajo de investigación en la identificación de factores de riesgo que inciden en la aparición de anorexia y bulimia en los adolescentes del Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales número 54.

¿Qué resultados podrían obtenerse de una investigación realizada por un pasante de la Licenciatura en enfermería y Obstetricia para la identificación de factores de riesgo existentes en adolescentes para la aparición de trastornos de conducta alimentaria?

¿Qué influye para que los adolescentes de entre 15 a 20 años desarrollen más estos problemas?

¿Cuál es el perfil psicológico de un adolescente que presenta anorexia y bulimia?

¿Cómo repercute una adaptación inadecuada al periodo de adolescencia en la aparición de los antes citados trastornos?

¿Cómo podría el personal de enfermería trabajar con adolescentes afectados por la anorexia y bulimia?

¿Por qué es prioritario el establecimiento de un programa de prevención sustentado en valores humanos?

³ . Brandt, L., Giovacchini, P., comp. (1989). *Adolescentes borderline*. Buenos Aires: Nueva Visión. pp. 13-14

Ante esta serie de preguntas quedaría el marco para la presentación de esta investigación que aborde el problema de la anorexia y de la bulimia, los cuales no han sido abordados hasta hoy por enfermería.

“Identificación de factores de riesgo que predisponen a la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 20 años de nivel medio superior”

Hipótesis General

La presencia de factores de riesgo socioculturales influye en la aparición de anorexia y bulimia en adolescentes de 15 a 20 años de nivel medio superior.

Hipótesis De Trabajo

A mayor presencia de factores de riesgo socioculturales, mayor será el riesgo de padecer anorexia y bulimia en adolescentes de 15 a 20 años de nivel medio superior.

Hipótesis Nula

No existe riesgo de padecer anorexia y bulimia entre los adolescentes de 15 a 20 años de nivel medio aun con la presencia de factores de riesgo socioculturales.

Justificación.

Dada la importancia del problema a estudiar y la ausencia de investigaciones en el área de enfermería, que den cuenta de los factores de riesgo que determinan la aparición de trastornos de la conducta alimentaria en los adolescentes de 15 a 20 años en nivel medio superior, se realizará esta tesis, y de acuerdo a los resultados proponer actividades y / o cuidados que los favorezcan.

Objetivos.

General.

- ° Realizar una investigación sobre la identificación de factores de riesgo que predisponen a la aparición de trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de 15 a 20 años de nivel medio superior en alumnos del Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales # 54.

Específicos.

- ° Identificar factores de riesgo que predispongan la aparición de trastornos alimentarios.
- ° De acuerdo a los resultados que se obtengan, proponer un programa de educación para la salud.

Marco Teórico.

1. Adolescencia.

El termino adolescencia se deriva de la palabra latina “adolecere” que significa madurar. En nuestra cultura, la adolescencia es el periodo intermedio entre niñez y edad adulta, durante el cual, el individuo aprende las habilidades necesarias para florecer como adulto.

Definida de esta manera, la adolescencia en relación con etapas previas, es una fase definida culturalmente más que biológicamente. Muchas otras culturas carecen de una etapa del desarrollo que corresponden a nuestra adolescencia; los individuos post-púberes se consideran adultos. En la cultura occidental en general, la adolescencia se inicia con la llegada de la pubertad y termina más o menos cuando los jóvenes se convierten en adultos jóvenes. Esta transición se indica con ligeros cambios del “status” al finalizar la adolescencia, o cuando se acerca el fin de esta etapa. Terminar el bachillerato, obtener el derecho al voto, beber alcohol, conducir un vehículo; son eventos que hasta cierto punto otorgan el estatus de adulto. Con frecuencia estos eventos se presentan en momentos diferentes y podrían o no coincidir con la independencia y auto suficiencia que en general se relaciona con la edad adulta. Esta falta de coherencia de leyes y costumbres indica que al alcanzar el estado de adulto en nuestra sociedad podría ser fuente de conflictos y ansiedad para muchos adolescentes (Conger 1977, citado por Vargas y Casillas 1985).⁴

1.1. Cambios Biológicos.

La adolescencia inicia a partir de los once años según diferentes literaturas, en la mujer uno de tantos indicadores es la menarca que aparece entre los once y trece años.

Es el periodo en el cual el cuerpo humano desarrolla los caracteres sexuales secundarios y de igual manera el organismo se prepara y perfecciona para su etapa adulta.

Las hormonas propias como la testosterona en el sexo masculino y estrógenos para el sexo femenino, son responsables de los cambios que se explicaran más adelante.

1.2. Desarrollo físico.

En el hombre se desarrollan los caracteres sexuales secundarios como la aparición del vello facial, vello axilar, vello toracoabdominal, vello púbico, aparición de acné, inicio de la espermatogénesis, la voz toma un tono grave, se desarrolla más la masa muscular.

⁴ Zavalloni, R. La personalidad en perspectiva social. Ed. Herder 1977.

En la mujer aparecen como aparición de vello axilar, púbico, aparición de acné, desarrollo de las glándulas mamarias, ensanchamiento de caderas por la acumulación de grasa. La voz se torna aguda.⁵

Dicho desarrollo se presenta entre los once años a trece de inicio y de los dieciocho a los veintiuno de finalización.

1.3. Cambios psicológicos o cognoscitivos.

Desde el punto de vista psicológico, la adolescencia es también una época de transición o cambio, con frecuencia traumático, de la vida infantil a la adulta. En esta etapa el joven enfrenta a su modo sus conflictos intelectuales y morales.

Lo hace con reglas propias, que no son necesariamente generales, y, muy poco tienen que ver con las que el mismo empleaba durante su infancia, mientras el adolescente adquiere la capacidad para abstraerse y buscar soluciones a sus problemas en el mundo real, el niño resuelve sus problemas mecánicamente, usando como modelo el mundo físico que lo rodea. En la adolescencia se aprende que un mismo efecto puede tener varias causas. Por ejemplo, si se encuentra con personas enojadas, interpreta su enfado de múltiples maneras y no necesariamente causado por el mismo en ese momento. Sabe que ese estado de ánimo puede deberse a un conjunto de circunstancias; a algo ocurrido en el pasado o a la acumulación de hechos. A sí el adolescente comienza a manejar sus relaciones con los demás en función de la realidad y lejos de la perspectiva que tenía en su niñez. En esta etapa de la vida los jóvenes descubren que el mundo no es armónico y que en ocasiones no hay coherencia entre los ideales aprendidos y la realidad. Valores tales como la justicia, igualdad, honradez y otros aprendidos durante sus primeros años de vida no funcionan ahora como reglas absolutas; por el contrario suelen ignorarse constantemente; padres, maestros y otros adultos, enseñan una conducta y practican otra.⁶

Es de esperarse que en consecuencia el adolescente tienda al escepticismo, que se agrupe con personas de su edad y se identifique con héroes reales o imaginarios, como los que ofrecen los medios de comunicación. Se adoptan costumbres, lenguaje, modismos, ropa, música que se identifica con su edad, pero al mismo tiempo lo hacen diferente y más adulto. Ahora se siente utilizado y juzgado por la sociedad. El ambiente de la escuela lo presiona y se ve obligado a luchar por buenas calificaciones o al menos para obtener el pase. Además de obtener su individualidad, empieza a relacionarse con el sexo opuesto y se enfrenta a la autoridad.⁷

La sexualidad adquiere un lugar eminente en la vida del adolescente, el vigor y, el deseo sexual son intensos; aun cuando hay una clara necesidad de amar y ser amado, existe un temor a relacionarse y a ser criticado. Es natural la imperiosa necesidad de independizarse de la familia y ser autosuficiente.

⁵ Koff, E., Rierdan, J., Jacobson, S. (1981). The personal and interpersonal significance of menarche. J. Amer. Acad. Child Psychiatry, 20, pp. 148

⁶ Blos, Peter, Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Martínez, México 1980.

⁷ Zavalloni, R. Op. Cit., pp. 54-55.

1.4. Desarrollo psicológico.

Para Erickson (1977), es básico que durante la adolescencia los cambios sexuales y otros efectos de la pubertad imponen una reorganización del concepto de sí mismo. Sugiere que las posibilidades de desarrollo de la personalidad adolescente se da entre los polos de la “identidad” y la “confusión de roles”. El desarrollo sano implica la adquisición de un sentido de identidad del YO, que es un problema general de los adolescentes. Señala que el fracaso en lograr la identidad tiene su base en la confusión de roles, concertadamente en la sexualidad y la elección vocacional que son los fundamentos principales de la identidad.

Si los jóvenes tienen una idea del tipo del rol adulto que desean ser esto puede servirles como guía o principio organizador de su sentido de identidad.

No se desarrolla un sentido sólido de identidad, la persona joven permanecerá probablemente en la confusión con respecto a sí mismo. No desarrollará una idea clara y segura de quién y qué es. El adolescente que se haya en esta situación buscará probablemente un rol estable identificándose con figuras populares o enamorándose. Al principio que aquí subyace nos dice que si el joven no puede adquirir un sentido de identidad mediante sus propios recursos internos tratarán de lograrlo apelando a recursos externos.

Fundamentalmente Erickson (1983), sugiere que las preocupaciones del adolescente por las ideologías y los credos morales pueden comprenderse como una consecuencia de la confusión de roles. El adolescente busca nuevos valores personales. En la medida que su identidad es inestable se siente atraído por ideologías que prometen proporcionar estabilidad o por lo menos un anclaje moral sólido.⁸

Allport (1977), menciona que la búsqueda de identidad en la adolescencia es la característica primordial de esta etapa y señala que el adolescente no percibe el inicio de la madurez y tampoco lo sabe la sociedad. La imagen de sí mismo en el adolescente depende de otras personas. Busca popularidad y teme al ostracismo. En su cabello, en sus gustos, siguen las preferencias que imperan en su grupo. Raras veces se atreve a ponerse en contra las costumbres que rigen entre los muchachos de su edad. La imagen de sí mismo y su sentido de identidad no son suficientemente firmes para resistir este esfuerzo.⁹

La conocida tendencia del adolescente a la rebeldía tiene una importante relación con su búsqueda de la identidad, es decir le sirve de reafirmación. Es la última etapa de su lucha por la autonomía. La búsqueda de la identidad se rebela en el modo en que el adolescente ensaya diversas caracterizaciones. La manera de hablar, el peinado, el modo de caminar, de vestirse, la imitación de un héroe o modelo.

⁸ Fierro, A. *Personalidad: Sistemas de conductas*. México: Trillas 1983

⁹ Argile, M. *Psicología y calidad de vida, Intervención psicosocial*. 1993. Vol. II N° 6 pp. 5-15.

El adolescente busca la seguridad de saber que puede atraer a otras personas y desempeñar un papel aceptable en las relaciones con el otro sexo. El enamoramiento no es a menudo sino un ardid para poner a prueba la imagen de si mismo.

Al mismo tiempo se agudiza el conflicto de los impulsos sexuales. El adolescente sabe que existen serias prohibiciones y le resulta difícil armonizar los deseos carnales con las normas.

En algunos casos el joven puede hallar en la religión resoluciones que mitiguen su sufrimiento o que por el contrario lo intensifiquen.

El núcleo del problema de identidad es la elección de una ocupación o de otro objetivo en la vida.

Sabe que en el futuro ha de seguir un plan y a este respecto el sentido de si mismo adquiere una dimensión que falta en la infancia. Con frecuencia los objetivos del adolescente son demasiados altos ya que este se encuentra en una etapa de idealismo. Por lo que sus objetivos habrán de terminar en la desilusión.¹⁰

De acuerdo con Allport, hasta este momento de la vida el individuo habrá desarrollado gradualmente los siguientes aspectos de si mismo:

- Sentido de si mismo corporal.
- Sentido de una continua identidad del si mismo.
- Extensión del si mismo.
- El si mismo como resolucionador racional.
- Esfuerzo orientador.¹¹

El desarrollo cognoscitivo o intelectual, conceptualizado por Piaget, es simplemente un proceso coherente en las estructuras cognoscitivas (esquemas), y que cada estructura con cambio correspondiente se deriva lógica e inevitablemente al anterior (Wadsworth 1989).

El conocimiento para Piaget, es una construcción originada por las acciones del niño (Ya sean ocasiones físicas o mentales), y el conocimiento es de tres tipos; lógico- matemático, físico y social.¹²

Conocimiento físico es el conocimiento de las propiedades físicas de los objetos, fenómenos o acontecimientos por medio de la manipulación (con los sentidos). Además los objetos nos permiten captar sus propiedades solo en la medida en que tenemos contacto con ellos (Wadsworth 1978).

¹⁰ Bandura, A. *Self efficacy in human agency*. *American psychologist*. Vol 37 (2), 122 -147, 1982.

¹¹ Argile, M. Op. Cit.

¹² Labinowicz, E. *Introducción a Piaget*. Ed. Fondo educativo interamericano México 1991 pp. 112.

El conocimiento lógico – matemático es el conocimiento construido mediante la reflexión acerca de las experiencias con los objetos y los acontecimientos Galagher y Reid (1981) citados por Wadsworth (1989). El niño inventa el conocimiento lógico - matemático; este no está implícito en el objeto sino que es constituido a partir de los actos de reflexión del niño con los objetos (Wadsworth 1989).

El conocimiento social es aquel al que los grupos sociales o culturales llegan por acuerdos, por convicción; de las reglas, los sistemas morales, los valores, la ética etc., a diferencia del conocimiento físico y lógico – matemático el conocimiento social no puede extraerse de las acciones efectuadas con los objetos, sino de las interacciones con otras personas (Wadsworth, 1989).

Piaget (1963 b) Sintetiza las etapas del desarrollo cognoscitivo;

- Etapa de inteligencia sensoriomotora de 0 a 2 años.
- Etapa de pensamiento pre operativo de 2 a 7 años
- Etapa de operaciones concretas de 7 a 11 años.
- Etapa de operaciones formales de 11 a 15 años o más.

En la etapa de operaciones concretas el niño desarrollará una capacidad de aplicar en pensamiento lógico a los problemas concretos, donde una operación intelectual es un sistema de acciones internalizadas y totalmente reversible (Piaget 1981). En esta etapa el niño se aleja del egocentrismo, puede adoptar el punto de vista de los demás y su lenguaje hablado es social y comunicativo, también puede captar las transformaciones. Además de la reversibilidad, como ya se menciona evoluciona dos operaciones intelectuales importantes; la relación y clasificación; que son la base de los conceptos numéricos. También hay un desarrollo afectivo y el cognoscitivo. El desarrollo de la voluntad permite la regulación del razonamiento afectivo, comienza a evaluar los argumentos permitiéndole así comprender la intencionalidad y aumenta su capacidad para evaluar los motivos al formarse juicios. Así mismo, se puede observar el desarrollo de los conceptos morales del niño como la comprensión de las reglas, la mentira, los accidentes y la justicia.¹³

En resumen en la etapa concreta los niños pueden realizar las siguientes tareas para poder resolver problemas:

- Clasifica objetos agrupándolos en categorías similares.
- Trabaja con números.
- Entiende los conceptos de tiempo y espacio.
- Distingue entre la realidad y la fantasía.
- Entiende principios de conservación.

La etapa de las operaciones formales se caracteriza por el pensamiento abstracto. En esta etapa surgen el pensamiento hipotético deductivo que es la habilidad de razonar sobre cuestiones hipotéticas y reales y la de extraer conclusiones de premisas hipotéticas, y el

¹³ Piaget, J. El criterio moral en el niño. Ed roca. México, 1985.

pensamiento científico inductivo que es la característica de la ciencia, es el razonamiento de lo específico a lo general. Otra característica es la abstracción reflexiva, la cual trae nuevos conocimientos del conocimiento previo por medio de pensamiento trascendiendo lo observable.

Así las capacidades cognoscitivas del adolescente que ya ha desarrollado por completo las operaciones formales son cualitativamente iguales a los de los adultos.¹⁴

No todos los adolescentes y adultos desarrollan por completo las operaciones formales aunque según Piaget todas las personas normales tienen la capacidad de hacerlo (Gallagher y Reid – 1981, citados por Wadsworth 1989).

El desarrollo de los sentidos formativos, la autonomía y la voluntad, durante las operaciones formales propician la contracción de sentimientos idealistas y el posterior desarrollo de la personalidad durante las operaciones formales (Wadsworth, 1989).

Erickson (1962), menciona la búsqueda de los jóvenes por la fidelidad. Algo en lo cual creer pero algo en sus propios términos sea valioso.

Los adolescentes todavía están en el proceso de conseguir un concepto de si mismos realista y estable carecen de la integración (al menos durante los primeros años y parte media de la adolescencia), para mostrar un grado elevado de estabilidad de actitud. Sin embargo hay algunas áreas donde la consistencia a largo plazo parece ser regla. En general el adolescente admira al individuo que “sigue la corriente”, que es capaz de tratar efectivamente consigo mismo y con otras personas.¹⁵

Morrison y Hallworth (1966), señalan que los adolescentes tienen gran estima al buen ajuste, a la actitud escrupulosa y al control personal Beech y Schoppe (1970), Orwitz (1967) y Walworth y Withe (1966), también señalan que durante la adolescencia la habilidad es muy admirada. Por ejemplo la inteligencia y los atributos relacionados como la lógica, la capacidad y la inteligencia son muy admirados, siempre y cuando el adolescente sea capaz de manejarlo de una manera socialmente aceptable. La regla de la adolescencia es conducirse con tranquilidad, utilizar la propia habilidad pero con discreción.

Wittenberg (1959-1960), hace la observación general que la mayoría de los adolescentes tienden a evitar la preocupación por los factores significativos de tipo social, económico y cultural, y prefieren jugar que trabajar. Considera que este grupo es el objetivo particular de los medios de comunicación de masas para la formación de actitudes. No obstante, identifican otros dos grupos de adolescentes. Primero un grupo al que denominan mas sofisticado, alerta e informado, que tiende a enfrentarse con el ambiente social mediante la rebelión y el desafío mas o menos abierto; que critica la injusticia social, la discriminación racial, la pobreza y otros males sociales. Wittenberg afirma que el interés que tiene este grupo sobre el mundo exterior es a menudo un racionalización muy adecuada de sus

¹⁴ Marro, F. Aplicabilidad y repercusiones de la obra de Piaget, Ed. Fondo educativo Interamericano, México 1991. pp. 113 – 132.

¹⁵ Vygotky, L.S. El desarrollo de las funciones psicológicas superiores, Ed. Grijal. Pp. 123 - 132. 1991.

propios conflictos interiores sin resolver, sus valores son definidos a pesar de toda su sofisticación y conciencia, son demasiado simplificados; el otro grupo esta formado por los conformistas que hasta cierto punto idealizan al status quo.

El grupo más sofisticado y alerta de Wittenberg se compone de individuos que puede “discutir la situación social y económica; están informados de lo que sucede, pero evitan hacer conexiones entre sucesos (es decir, descubrir relaciones de causa y efecto), que pudieran conducir al pánico o convertirlos en jóvenes que renuncien facilmente o derrotados”.¹⁶

Compañeros.

El grupo ahora parece tener cierta unidad propia, es visto como a una unidad homogénea, mantenido junto por intereses y creencias comunes, es el tiempo en que se interesan mas en lo que los amigos piensan y se interesa menos en lo que sus padres hacen, hay una fuerte necesidad de sentimientos o preocupaciones mutuas del grupo.

El grupo es visto, entonces como una organización pluralista, y allí a menudo se siente la necesidad de acuerdos y contratos para formalizar esta organización (Selman 1980).

Relaciones padre – hijo.

Es una relación mas íntima, en este caso, una que comprende de la tolerancia y respeto, en tanto que el amor y la cercanía ahora son muy importantes (Como la intimidad en las amistades), existen también conflictos naturales que ocurren a la desigual relación entre los padres e interdependencia, fluctuando a través del resto de la vida (Selman 1980).

Erickson indica que los cambios físicos, mentales, y sociales, llevan al adolescente a sufrir una crisis de identidad.

Para resolver esta crisis, el adolescente debe desarrollar tres aspectos de una identidad:

- Una identidad sexual (Que no debe confundirse con el concepto de genero que se desarrollo mucho antes); que incluye un concepto maduro del papel sexual, al igual que cierto entendimiento de su propia sexualidad.
- Una identidad ocupacional; una idea de lo que será cuando sea adulto y;
- Una identidad ideológica; Que tiene que ver con las creencias y actitudes del adolescente.

Bee (1989), señala que durante la adolescencia aumenta en nivel de conflicto entre padres e hijos, los adolescentes empiezan a interrumpir más a sus padres, cuestionar las decisiones y regla, los padres en respuesta incrementan sus intentos de controlar al adolescente. No es necesario decir que esto produce conflictos, no obstante en la mayoría de las familias la

¹⁶ André Ch. (1995). Les thérapies cognitives. Paris: Morissette

tensión no dura para siempre, los padres aceptan cierto nivel nuevo de independencia para el adolescente, y se alcanza un nuevo equilibrio familiar.

Bee (1987), señala que las amistades de las jóvenes entre sí son más íntimas casi en cualquier forma que las que se dan entre muchachos; las relaciones de los muchachos entre sí están más centradas en actividades físicas y, aparentemente pasan menos tiempo compartiendo sus secretos o hablando de sus sentimientos.

Arminda Aberasturi (1993), refiere que el desprecio que el adolescente muestra frente al adulto es en parte, una defensa para eludir la depresión que le impone el desprendimiento de sus partes infantiles, pero es también un juicio de valor que debe respetarse. Además la des-idealización de las figuras paternas los sume en el más profundo desamparo sin embargo, este dolor es poco percibido por padres que suelen encerrarse en una actitud de resentimiento y refuerzo de la autoridad, actitud que hace más difícil este proceso.

El adolescente defiende sus valores y desprecia los que quiere imponerle el adulto, mas aun los siente como una trampa de la que necesita escapar.¹⁷

2. Perfil psicológico del paciente que padece anorexia.

La mayoría de los autores opinan que la anorexia nerviosa va asociada a un trastorno del desarrollo psico-sexual, siendo un importante elemento un miedo irracional a la sexualidad y a la maduración normal. Así como para las jóvenes el hecho de comer puede ir asociado con la sexualidad bien como resultado de ideas primitivas acerca de una concepción oral (alimento- estomago- desarrollo de un hijo en el interior del cuerpo), o a causa de una vinculación entre una figura femenina bien formada y la atracción sexual. Estar muy delgada representaría una negación de la feminidad.

Bruch (1974b), aun estando de acuerdo con formulaciones como las anteriores, señala otros dos rasgos importantes. En primer lugar los adolescentes mantienen una desesperada lucha por la autodeterminación, luchan contra el sentimiento de ser esclavizados, explotados y de no permitírseles vivir su propia vida. Prefieren morir de hambre a perseguir una idea de resignación. Esta ciega búsqueda de un sentimiento de identidad y de ser ellos mismos no desean aceptar lo que ofrecen sus padres o el mundo que los rodea. Destaca la importancia de una distorsión de la imagen corporal, con frecuencia los pacientes parecen incapaces de juzgar lo que es normal o anormal respecto al tamaño y al peso corporal y niegan vehementemente que sea anormal su aspecto demacrado.¹⁸

Por ultimo, hasta ahora no se ha dicho nada sobre el significado simbólico de la comida. Evidentemente que cuando los individuos muestran trastornos de la conducta alimentaria es sumamente que ello este vinculado con sus propias fantasías idiosincrásicas acerca del alimento y de lo que este representa. Es indudable que el significado por cada individuo, con frecuencia con un nivel inconsciente es diferente, es en este caso los alimentos y el

¹⁷ Santamaria, C., Tubert, S. (1999). Género, desarrollo psico-sexual: bases para una acción social y educativa. Memoria de investigación. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.

¹⁸ Bruch, H. (1973). Eating Disorders, Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books.

proceso de comer desempeñan el papel como uno de los aspectos del problema, aunque rara vez resulta suficiente para explicar una afección tan grave como lo es el trastorno de conducta alimenticia, suelen perder además del sentido de autonomía y auto confianza generalmente se trata de jóvenes que han sido incapaces de separarse psicológicamente de sus madres.¹⁹

Muchos anoréxicos se expresan en sentido a que sus vidas han sido auténticas pesadillas al intentar satisfacer las expectativas de su familia, siempre con el temor de que no son suficientemente brillantes en comparación con los demás y, por lo tanto que son unos fracasos totales.

En la mayoría de las mujeres anoréxicas proceden de familias de la clase media – alta y alta, siendo un dato curioso en que las mismas existen compuestas de pocos miembros siendo la media de 2.8 y que las mismas pacientes que tienen hermanos suelen ser las últimas de la saga.

El enigma de la anorexia se puede resolver como unas familias bien adaptadas fracasan a la hora de transmitir un sentido del auto confianza adecuado a sus hijos, los cuales crecen confusos con respecto a sus cuerpos, a sus funciones.

La experiencia es coincidente en relación tanto a la diversidad de la configuración psicológica de las pacientes como de sus familias que, también, muestran un perfil muy amplio y variado (Halimi, 1978; Kog, 1985; Dare, 1990). Incluso los autores del enfoque sistémico que tanto habían insistido en caracterizar la familia de las anoréxicas parecen haber abandonado el intento de darles unidad como lo expresan en su último texto Selvini Palazzoli y col., (1999): "No existe la familia de la anoréxica", y se inclinan hacia el tratamiento de "la dimensión individual y personal de la paciente y sus padres". Si bien la tradición psicoanalítica es la que ha implantado la cura en torno a la configuración singular del mundo interno de cada paciente, y la anorexia/bulimia no constituye una excepción a tal principio sino todo lo contrario.²⁰

Gran parte de las adolescentes actuales se enfrentan a la tarea de inventarse su propio modelo de feminidad ya que la línea generacional se quiebra, o se diferencia notablemente de la anterior por los profundos cambios que se han dado en las últimas décadas en torno a la identidad de las mujeres. La ruptura o cambio con los modelos de feminidad de sus madres redobla la crisis de la adolescencia, de manera que a los conflictos de la relación madre-hija se suman los que provienen de la expansión del género. Debemos tener presente en la relación terapéutica de las pacientes con anorexia y bulimia esta dimensión no regresiva, y que los conflictos con la madre y/o con el otro sexo contienen un reclamo a la falta o carencia de respuestas de los adultos para conflictos nuevos en la genealogía de la feminidad.

Es en este punto que el sexo/género del analista en tanto adulto de otra generación puede ser interpelado, no así su capacidad de contención, de empatía y de figura de apego de relevo para acompañar a la paciente en su travesía de construcción de una identidad

¹⁹. Cabetas Hernández, *Anorexia Nervosa: La Melancolía como sustrato psico-patológico de la enfermedad*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid. 1998.

²⁰. Rastam M. *Personality and Eating Disorders II Congress A.E.T.C.A.*, Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barma 1999, 26,4:107-108.

femenina que contenga una posición de sujeto de deseo, dejando atrás la identidad mórbida e ilusoriamente autónoma de "la anoréxica" (Frankenburg, 1984).²¹

Su sentido de identidad, autonomía y control es deficiente, en muchos sentidos sienten y se comportan como si no tuvieran derechos independientes. Como si ni su cuerpo ni sus acciones fueran autodirigidas, ni siquiera suyos, malinterpretan las sensaciones de su cuerpo, sufren por la convicción de que son inútiles, de que no tienen control sobre su vida o sus relaciones con los demás.²²

En un primer encuentro los pacientes que rechazan cualquier sugerencia de comer o relajarse, dan la impresión de ser orgullosos, de tener una gran resistencia y una gran fuerza de voluntad. A medida que se les conoce, esta impresión es remplazada por un cuadro subyacente de incapacidad para tomar decisiones y un miedo constante a no ser respetadas o valoradas.

Están siempre preocupadas por satisfacer la imagen que los demás tienen de ellas, su infancia ha estado invadida por la exigencia de adivinar las necesidades de los demás y hacer lo que los demás esperan de ellas.²³

Después sucede que algo tan placentero como recibir dadas, se convierte en algo particularmente confuso, incluso estresante en sus vidas, sienten que no se lo merecen, no saben lo que quieren, ni como decirlo.

Gracias a la psicoterapia sabemos que el miedo a estar gordos tienen significados diferentes, estos jóvenes son extremadamente vulnerables a cualquier cosa que suene a crítica, por que lo considera un insulto, en si sus propios cuerpos se convierten en el entorno donde puede ejercer el control dado que reacciona con demasiada ansiedad a lo que considera pérdida de control.

La mayor ansiedad la provoca el hecho de pensar que con la edad adulta se requerirá una conducta independiente (sienten miedo a la edad adulta, ala madurez), muchos investigadores han dicho que los anoréxicos expresan el miedo a la edad adulta, pero en si a lo que tienen miedo realmente es a ser adolescentes.

La vigilancia sobre los gramos y las curvas es la temática sobre la cual el **superyó narcisista** de estas chicas ejerce todo su rigor; se constata un desplazamiento de la moral a la estrictez de las formas, y la perfección ya no radica en la virtud del alma sino en las medidas del cuerpo. La intolerancia frente al mínimo apartamiento con respecto a lo deseado seguida de duras críticas, auto desvalorización, reproches y sufrimiento lejos de contribuir a disminuir la autoexigencia redobla la energía para la vigilancia. Si la pobre representación de sí misma generó la búsqueda de reequilibración narcisista por medio del síntoma, la crueldad o severidad de la conciencia crítica que toma como foco la conducta alimentaria convierte la vida en un tormento permanente. El perfeccionismo, la tendencia

²¹ Frankenburg, F. C. *Female Therapists in the Management of Anorexia Nervosa*. Int. Journal of Eating Disorders, 3, (4) 25-33. 1984

²² Bruch, H. *Treatment in anorexia nervosa*. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 9, 303-312. 1982.

²³ Escrivá, A. *La anorexia: feminidad vivida como un enigma amenazante*. Conferencia en el Circulo de Bellas Artes. Madrid. 1999.

autosacrificial, el ascetismo, rasgos que se describen, principalmente en las anorexias restrictivas, son expresiones del superyó narcisista que es necesario de construir en la terapia. Sin embargo, esta tarea se convierte en una verdadera batalla transferencial/contratransferencial porque se trata de personalidades en las que si bien la incidencia de los ideales de género juega un papel central, las relaciones interpersonales -padres, amigos, terapeuta- no cuentan tanto para la reequilibración del balance narcisista como el logro de las metas auto impuestas. Por ello, la condición que precipita la descompensación no suele ser una pérdida amorosa o un conflicto interpersonal sino la falla en el sentimiento de dominio para alcanzar una meta, en el sentimiento de autonomía y de poder controlar sus vidas. En este tipo de pacientes sólo el análisis del superyó narcisista y de sus imperativos sacrificales -superyó supuestamente autónomo pero sometido a los dictámenes de la dictadura de la delgadez- son capaces de introducir una brecha de cambio. Superyó narcisista que debemos diferenciar de la forma más clásica -superyó moral- ya que los imperativos no tienen que ver con la obligación del cumplimiento de preceptos morales -cuidado del otro, sentimientos de culpa- sino con la imposición de metas que conduzcan a la identificación con un self grandioso (Bleichmar, 1997).²⁴

Hay que tomar en cuenta al sostener que padecen de un serio trastorno de la autoestima, que ésta, a su vez, es una dimensión que resulta necesario descomponer y saber cuáles de sus elementos estamos tomando en consideración ya que, en lo que se refiere a la capacidad de trazarse un objetivo y cumplirlo, parecen tener una gran confianza en sí mismas y desarrollan rasgos marcados de perfeccionismo y compulsividad (Gordón, 1989; Peñas Lledó, 1999). Poseen, además, recursos para llevarlos a cabo como son las múltiples estrategias para esconder o deshacerse de la comida y mantener su síntoma en secreto.²⁵

3. Perfil psicológico del paciente que padece bulimia.

Hombres y mujeres que sufren bulimia nerviosa, generalmente presentan episodios de "atracones " seguidos de auto-purgación (lo cual significa ingerir compulsiva y desmesuradamente grandes cantidades de comida en un lapso muy corto, seguido de variados intentos de deshacerse de las calorías a través de la auto-inducción al vómito.

El abuso de laxantes y/o diuréticos, o de ejercicio compulsivo), con la finalidad de auto-castigarse por aquello de lo cual de forma arbitraria se culpan. Estos síntomas tienen una relación directa con la auto imagen que perciben de ellos mismos, como se ven o como se sienten acerca de situaciones particulares que crean angustia y ansiedad. Estos episodios surgen igualmente, para evitar o dejar salir sentimientos de rabia, decepción o depresión. El estrés, la ansiedad o incluso la infelicidad, pueden ser las claves detonantes que precipitan estos episodios.²⁶

"... Esta rabia espantosa a la que me he acostumbrado, se refleja en mi y con cada lágrima...Mil mas que necesitan salir, así tal vez un día pueda escalar y estar sobre la oscuridad..."

Hombres y mujeres con bulimia, son generalmente conscientes de que sus hábitos alimenticios no son normales. Fascinados por el efímero placer que les produce la comida,

²⁴ Bleichmar, H. *Avances en Psicoterapia Psicoanalítica*. Madrid: Paidós. 1997

²⁵ Gordón, R.A. *Anorexia y bulimia, anatomía de una epidemia social*. Ed. Ariel, Barcelona 1994.

²⁶ Herscovici, C., Bay, L. *Anorexia nerviosa y bulimia. Amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós. 1993

se hacen acreedores de revistas y libros de cocina que contienen recetas y disfrutan las discusiones sobre temas relacionados con dietas extraordinarias. En ocasiones, los bulímicos pueden presentar cuadros de anorexia nerviosa entre períodos de atracones y purgaciones, lo cual representa un peligro adicional. Recurridos episodios en los que se ingieren grandes cantidades de comida rápidamente, que preceden un agudo sentimiento de culpa seguidos de purgaciones, con ausencia total de control sobre los hábitos alimenticios, regularmente acompañados por el abuso de pastillas (laxantes, diuréticos y para dietas), de planes de ejercicio y dietas rigurosas y una permanente preocupación por el cuerpo y sus dimensiones, pueden ser síntomas de alerta, que indiquen que alguien probablemente sufre de bulimia nerviosa.²⁷

"... mi necesidad de hacer esto, es casi instintiva, es un medio para protegerme, un mecanismo para encontrar refugio y esconderme de mi misma, aunque ni siquiera se quién soy en realidad... "

Quienes sufren de bulimia nerviosa, probablemente comprará y guardará comida para los atracones posteriores en forma secreta, sufriendo grandes fluctuaciones en su peso.

"...Percibo un extraño sentimiento en este cuarto silencioso, con angustia y pánico... un silencio que choca contra las ventanas, dejándome fría y sola... y de alguna forma... es un sentimiento que no logro entender, es mi mejor amigo y mi enemigo con quien convivo... yo misma... "

"... Esta necesidad de querer ser algo imposible, sin claridad y sin razón aparente, muero por ser lo que no puedo, lo que nadie puede... "

"... El reflejo me observa desde atrás, no es el mismo que tú observas, mi culpa acelera el ansia de destruir mi constancia... "

"... La única culpa que puedo imputar, es hacia mi misma; por añorar la felicidad que jamás podré tener... y aun... Hoy... No creo merecerla... "²⁸

Claramente el inicio es a partir del comienzo de una dieta para perder peso. En estos casos, que son la mayoría de los que se presentan en la actualidad, la motivación prevalente es la ganancia narcisista que se espera obtener mejorando la silueta. El grueso de la literatura actual explica la prevalencia de 10 a 1 de este trastorno en las mujeres a partir de la cultura de la delgadez imperante.²⁹

Los pacientes con bulimia nerviosa carecen del control del súper YO y de la fuerza del Yo que tiene los pacientes con anorexia. Sus dificultades para controlar los impulsos se manifiestan sobre todo por la dependencia de sustancias y relaciones sexuales autodestructivas, además de los atracones y purgas que son característicos.

Muchos pacientes bulímicos presentan historias de dificultades para separarse de sus cuidadores como se pone de manifiesto por la ausencia de objetos transcisionales durante

²⁷ Lasa, A. *Los pecados de la carne. En: Jornadas sobre anorexia mental y bulimia*, Bilbao. Grupo Psicoterapia Analítica Bilbao. 1995.

²⁸ Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós. 1999.

²⁹ Gardner, R. M., y Bokenkamp, E. D. *The role of sensory and no sensory factors in body size estimations of eating disorder subjects*. *Journal of Clinical Psychology*, 52(1), 3-15. 1996.

los primeros años de su infancia. Algunos especialistas han observado que los pacientes con bulimia nerviosa utilizan sus propios cuerpos como objetos transaccionales.³⁰

La lucha por la separación de la figura materna queda representada por la ambivalencia frecuente a la comida; el alimento pasa a representar el deseo de fusionarse con el cuidador, y el vomito representa inconscientemente el deseo de separación (objetos transaccionales –Winnicott – son objetos inanimados, como una mantita, un peluche que sirven como una base segura y el niño suele llevarlos consigo cuando investiga el mundo).³¹

Dificultades en la tramitación adolescente del vínculo de apego, ya sea por el sólo hecho del cambio de situación vital, que correspondería a un tipo de crisis adolescente (Selvini Palazzoli las incluye en una tipología de personalidad previa dependiente, 1999, p. 196), o por cambios de residencia por motivo de estudio o trabajo. Estos casos suelen ser de buen pronóstico, con cuadros clínicos parciales o incompletos, a los que se tiende a llamar "reacciones anoréxicas". Estados depresivos se consideran tanto condición predisponente, asociada o consecuencia de un cuadro de anorexia/bulimia (Casper, 1998; Cabetas Hernández, 1998), ya que sus manifestaciones son muy similares: trastornos del sueño, retracción social, disminución del deseo sexual y falta de placer en las actividades, irritabilidad, disminución del apetito. Así también en algunos casos de trastornos de angustia con crisis de pánico severos se presentan síntomas de restricción alimentaria asociados, como también en trastornos borderline de mediana gravedad con grados importantes de ansiedad e impulsividad. Períodos de restricción alimentaria en cuadros de psicosis esquizofrénica también se hallan descritos.³²

Marco de referencia.

1. Factores de riesgo.

1.1. Introducción.

Los problemas de salud de todo ser humano se originan y se manifiestan como resultado de la interacción de factores de muy diversa índole.

Se define como riesgo la posibilidad de que un individuo, una familia o una comunidad puedan padecer un daño a la salud. Una posibilidad estadística de un suceso a futuro.

Factor es cualquiera de los elementos que contribuyen a un resultado.

³⁰ Toro J. Los trastornos oro alimenticios, en Psicopatología del niño y del adolescente, coord. J. Rodríguez Sacristán Ed. Universidad de Sevilla 1995

³¹ Toro, J. Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. Monografías de Psiquiatría II (4), 10-16. 1990.

³² Mora, M., y Raich, R. M. Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. Análisis y Modificación de Conducta, 19, 66. 1993

Factor de riesgo

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en el individuo, familia o comunidad asociada con el aumento de la probabilidad de que ocurra un daño a la salud (Organización Mundial de la Salud, 1972).

Según John M. Last, el término “factor de riesgo” se usa con tres connotaciones distintas:

- Un atributo o exposición que se asocia con la probabilidad mayor de desarrollar un resultado específico, tal como la ocurrencia de una enfermedad, este atributo no necesariamente consiste un factor causal.
- Un atributo o exposición que aumenta la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro resultado específico.
- Un determinante que puede ser modificado por alguna forma de intervención, logrando disminuir la probabilidad de la ocurrencia de una enfermedad u otro daño específico de salud.³³

Los factores de riesgo pueden ser divididos en biológicos (edad, sexo), ambientales (Estilos de vida), de comportamiento (costumbres), socioculturales, económicos y relacionados con la atención de la salud.

2. Factores Hereditarios.

2.1. Influencias familiares y genéticas.

La frecuencia en grupos familiares de ciertos padecimientos, confirman la influencia de factores genéticos hereditarios en el incremento que se observa en el número de personas jóvenes que actualmente las presentan.

2.2. Estilos de vida.

El estilo de vida se define como el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo. Es el fruto básicamente de la interacción entre las reacciones aprendidas durante el proceso de socialización y en las condiciones de vida de ese individuo o grupo. Podría calificarse a un estilo de vida como saludable si genera o mantiene la salud.

La aparición de la televisión ha sido un factor decisivo en la modificación profundísima de la socialización del humano y es a través de ella que cambian varias pautas conductuales.

³³ Vargas, A. Palacios. Educación para la salud. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México 1993, pp. 286.

2.3. Factores determinantes de los estilos de vida.

El estilo de vida de una persona está determinado por cuatro grandes tipos de factores, que interaccionan entre sí:

- Las características individuales genéticas o adquiridas (personalidad, educación recibida).
- Las características del entorno micro social en la que se desenvuelve el individuo; vivienda, familia, amigos, vecinos, etc.
- Los factores macro sociales, que a su vez moldean decisivamente los anteriores; cultura, medios de comunicación, etc.
- El medio físico geográfico, que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad, y a su vez, sufre modificaciones por la acción humana.³⁴

3. Factores ambientales.

Referidos al ámbito geográfico (rural o urbano) que influyen en la aparición de determinados padecimientos.

4. Factores socioculturales y educativos.

4.1. Generalidades.

En cualquier contexto social, organizado o no, las necesidades están fuertemente condicionadas por factores que orientan tanto su expresión como su satisfacción.

Por tanto, el carácter de su provisionalidad de las necesidades es un dato compartido, así como el de su progresión.

No es lo mismo un niño que nace en una zona rural y crece en esa demarcación marginada a aquel que nace y crece en una zona urbana más provista de servicios.³⁵

La anorexia y la bulimia son los únicos síndromes que por sí solos llevan a desequilibrios orgánicos graves, reportando estudios de retrospección que los trastornos iniciaron en la

³⁴ García, V. M. Educación para la salud con base en valores humanos. Revista A tu salud, Segovia, España 1994.

³⁵ García Viveros, M. Historia de la educación para la salud en México. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Nutrición. Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, Octubre de 1993.

adolescencia en un ambiente social muy delimitado al consumismo y materialista (Sairburn y Cooper, 1982).

Así pues la salud estará de igual manera vinculada a los factores del bienestar y depende en una buena medida de la educación; pues permite la formación de los individuos que pueden participar activamente en la solución de problemas. Para lograr esto no es suficiente la transmisión de conocimientos sino además, la reflexión, apropiación e intervención sobre hechos que tienen que ver con la salud.

4.2. La influencia de los medios de comunicación.

En los últimos años, la población de todo el mundo, en especial los jóvenes, son expuestos a técnicas de propaganda y publicidad de comerciales en los cuales se vende la imagen estética de belleza como la silueta delgada de los actores y actrices, lo cual es captado por el adolescente como el paso al éxito en la sociedad; tratando de imitar tal concepto para su aceptación ante los amigos y el mundo.³⁶

5. Anorexia.

5.1. Definición.

Se define como un trastorno de la conducta alimentaria.

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo.

Además las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado ya por la menarca sufren de amenorrea.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel mínimo normal para su talla y edad, si la anorexia se inicia en las primeras etapas de la adolescencia en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.

En la anorexia, las relaciones interpersonales y en general el desarrollo social, a diferencia de lo que ocurre en la bulimia, se encuentran frecuentemente dañados, mientras que el funcionamiento intelectual o vocacional puede mantenerse hasta cierto límite.

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales.

La pérdida de peso se consigue habitualmente por una disminución de la ingesta de la comida, acompañada de intenso ejercicio.

³⁶ Lázaro L. y Toro J. Aspectos epidemiológicos, sociales y culturales de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Aula Med. Psiquiatría 1999 1,3:205-219

Con frecuencia estos pacientes se provocan el vómito o emplean laxantes o diuréticos (en algunos casos, puede presentarse también bulimia nerviosa).³⁷

Cuando la persona sufre una considerable pérdida de peso (un ejemplo es la pérdida de peso hasta llegar al 85% del peso teórico, siendo esta una observación arbitraria y a modo de guía), aparecen otros signos clínicos como hipotermia, bradicardia, hipotensión, edema, lanugo, alteraciones metabólicas, etc.

A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos cuantos alimentos como frituras con chile y una variedad de la misma línea.

Existe una alteración de la silueta corporal. Algunas personas se encuentran obesas, mientras otras se dan cuenta que se encuentran delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes del cuerpo (especialmente abdomen, glúteos y muslos) les parecen gordas, el nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y del peso del corporal.

Subtipos de anorexia:

- Restrictivo; se considera cuando la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayuno o haciendo ejercicio excesivo, no recurren a atracones ni purgas.
- Compulsivo-purgativo; se utiliza este subtipo cuando el individuo recurre a atracones o purgas o ambos, existen algunos casos en que no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de la ingesta de pequeñas cantidades de comida.³⁸

5.2. Epidemiología.

Se presenta con mayor número en las mujeres que en los hombres en relación de veinte casos femeninos por un caso masculino, siendo de mayor prevalencia en zonas urbanas y en medios socioeconómicos mediana y alta clase.

5.3. Sintomatología asociada.

El síntoma básico de la anorexia es la pérdida de peso mayor causada por seguir dietas excesivas y continuas. La emaciación puede seguir ya sea el seguir una dieta restrictiva, o el atascamiento y purgación.

El ser vegetariano(a) puede ser una máscara para anorexia si alguien ha dejado de comer carne solamente para evitar la grasa en vez de por otros motivos como el amor por los animales. Si una dieta vegetariana coincide con una pérdida de peso rápida y si la persona

³⁷ Abrahams, L.-Jones P. *Anorexia y bulimia: desordenes alimentarios*. Ed. Alianza, Madrid 1994.

³⁸ Baravalle, G. J. *Anorexia, teoría y práctica clínica psicoanalítica*. Ed. Paidós, Barcelona 1993.

está evitando ciertas comidas como tofu, nueces y productos lácteos que contienen aceites y grasas, el comportamiento anoréxico debe ser sospechado. En las mujeres, la menstruación puede ser infrecuente o estar ausente. A menudo, el hacer ejercicios compulsivamente acoplados con la emaciación conduce a problemas ortopédicos.

Particularmente en bailarines y atletas; esto puede ser el primer signo de dificultad que obliga a un paciente a buscar ayuda médica. Con el tiempo, la capacidad para hacer ejercicios es impedida. La piel puede estar seca y cubierta con pelo fino y los pacientes pueden experimentar la pérdida de cabello. Los pies y las manos pueden estar fríos o a veces hinchados. El estómago a menudo es afectado después de comer. El pulso puede ser lento y la presión arterial baja. Pensamientos pueden ser confusos o desacelerados y un paciente anoréxico puede tener una memoria pobre y carecer de juicio.³⁹

5.4. Edad de inicio.

Se inicia en la primera adolescencia entre los trece y dieciocho años.

5.5. Incidencia por sexo.

Este trastorno aparece de forma predominante en las mujeres en un porcentaje del 95% de los casos por un 5% en los hombres.

5.6. Prevalencia.

Estudios realizados en diferentes muestras de población han señalado una prevalencia que oscila entre uno de cada ochocientos hombres y una de cada cien mujeres con edades de entre doce y veintisiete años.

5.7. Curso.

El comienzo se asocia a un acontecimiento estresante, el curso y el desenlace suelen ser muy variantes. Algunas personas se recuperan totalmente después de un episodio único, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguida de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años, la mortalidad a largo plazo de éste trastorno en personas hospitalizadas es aproximadamente del 10%. la muerte se produce habitualmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico.

5.8. Deterioro.

A menudo la pérdida de peso requiere hospitalización para prevenir la muerte por inanición o desequilibrios electrolíticos.

³⁹. Zonis de Zukerfeld, R *Trastornos de la alimentación: Alexitimia, Imagen corporal y tercera tópic.* FUNDIAH, 8, 21-27. 1993.

5.9. Complicaciones.

- Hipotermia, deshidratación.
- Alteraciones electrolíticas.
- Hipercolesterolemia e hipercarotenemia.
- Hipoglucemia y elevación de las enzimas hepáticas.

Cardiovasculares:

- Hipotensión, bradicardia, intervalo QT prolongado, arritmia.
- Disminución del tamaño cardíaco.
- Respuesta al ejercicio alterada.
- Derrame pericárdico.
- Fallo cardíaco congestivo.
- Síndrome de la arteria mesentérica superior.
- Prolapso de la válvula mitral.

Neurológicas:

- Atrofia cerebral
- Electroencefalograma anormal.
- Neuritis periférica.
- Convulsiones.
- Actividad autonómica alterada.

Hematológicas:

- Anemia: normocrómica, normocítica o ferropénica.
- Leucopenia, linfocitosis relativa, trombocitopenia.
- Médula ósea hipocelular.
- Disminución de proteínas plasmáticas.

Renales:

- Azoemia pre-renal.
- Fallo renal crónico o agudo.

Endocrinológicas:

- Retraso del crecimiento y desarrollo puberal (adolescentes).
- Disminución de gonadotropinas, estrógenos y testosterona.
- Síndrome eutiroideo.
- Aumento de cortisol.
- Aumento de la hormona del crecimiento.

Músculo- esqueléticas:

- Calambres, tétanos, debilidad muscular, miopatía.
- Osteopenia, fracturas por stress.

Gastroenterológicas:

- Hinchazón de glándulas salivares, caries dental y erosión de esmalte (con vómitos).
- Retraso de vaciamiento gástrico, estreñimiento agudo y obstrucción intestinal.
- Esofagitis, reflujo gastroesofágico.

Inmunológicas:

- Infección bacteriana (estafilococos con accesos en pulmón y tuberculosis).

Dermatológicas:

- Acrocianosis.
- Pelo y uñas quebradizas, pérdida de pelo.
- lanugo.

- Signo de Russell (callosidades sobre nudillos de manos).
- Edemas.⁴⁰

5.10. Antecedentes familiares.

Es más frecuente entre los hermanos, hermanas y padres de quien lo ha padecido en general.

5.11. Factores predisponentes.

° Divorcio de los padres, sobreprotección de los hijos, muerte de un familiar, antecedentes familiares de anorexia o depresión o, incluso, ser el primero o el último de los hermanos se han revelado como factores que pueden empujar a un adolescente con predisposición a sufrir un trastorno de alimentación a caer definitivamente en la telaraña de la anorexia o de la bulimia.

° Las víctimas de la anorexia y de la bulimia poseen un carácter obsesivo que acaba traduciéndose en una preocupación constante por el peso y la dieta. Sin embargo, la personalidad de estos pacientes es diferente. Así, la anoréxica suele estar considerada como "niña modelo": perfeccionista, buena estudiante, con un nivel intelectual alto y con tendencia a evitar conflictos.⁴¹

5.12. Diagnostico diferencial.

- Trastornos depresivos.
- Esquizofrenia.
- Trastornos somáticos.
- Bulimia.

5.13. Criterios diagnósticos.

- Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal.
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso, talla o silueta corporal.
- En mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos, amenorrea primaria secundaria.

5.14. Patrón familiar.

Existe mayor riesgo de padecerla entre los parientes de primer grado.

⁴⁰ Halmi KA.: *Trastornos de alimentación. En Tratado de Psiquiatría* (Hales R, Yudofsky S, Talbot), Barcelona, Ancora, 1996.

⁴¹ Herscovici, R. C., y Bay, L. *Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía*. Buenos Aires: Paidós. 1990

6. Bulimia

6.1. Definición.

Trastorno alimentario caracterizado por atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además la auto evaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y peso corporal para poder realizar el diagnóstico. Los atracones y las conductas inapropiadas deben de producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un periodo de tres meses, los atracones están compuestos en su mayoría por dulces o alimentos de alto contenido calórico.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar ganar peso.

El más habitual es la inducción del vómito, ocupándolo el 90% de los individuos que acuden a un centro hospitalario a recibir tratamiento, otras conductas son el uso de laxantes y diuréticos después de un atracón.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días o realizar ejercicio excesivo.⁴²

Subtipos de bulimia.

- Purgativo; Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado el vómito y ha hecho mal uso de laxantes y diuréticos durante el episodio.
- No purgativo; Se describen cuadros clínicos en los que el enfermo no induce vómito o uso inadecuado de diuréticos, sino del ayuno y ejercicio intenso.

6.2. Epidemiología.

Se presenta con mayor número en las mujeres que en los hombres en relación de once casos femeninos por un caso masculino, siendo de mayor prevalencia en zonas urbanas y en medios socioeconómicos mediana y alta clase.

6.3. Sintomatología asociada.

Los síntomas de bulimia pueden ser muy sutiles, ya que las mujeres con este trastorno lo practican en secreto y aunque pueden pesar menos de lo normal, no siempre son anoréxicas.

⁴² Perpiñá, C. Trastornos alimentarios: de los problemas en los criterios diagnósticos al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización. Revista Española de Terapia de Comportamiento, 7, 199-219. 1989.

En general, las personas con bulimia están preocupadas con comida y pueden abusar de los laxantes, las pastillas para la dieta, los eméticos (drogas que inducen vómitos) o los diuréticos (medicamentos que reducen los líquidos). Las personas con bulimia también pueden ser compulsivas con el ejercicio. El esfuerzo de vomitar a veces puede causar vasos sanguíneos rupturas en los ojos y glándulas salivales hinchadas que aparecen como áreas infladas debajo de las esquinas de la boca. Los dientes son propensos a las caries y a la erosiones del esmalte debido al ácido excesivo⁴³

6.4. Edad de inicio.

Adolescencia o en el principio de la vida adulta.

6.5. Incidencia por sexo.

Cuatro de cada cien mujeres lo padecen mientras los hombres son en relación a cuatro por cada mil hombres.

6.6. Prevalencia.

Notoriamente son las mujeres las que más presentan esta enfermedad en comparación con los hombres.

6.7. Curso.

Los atracones suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años, su curso puede ser crónico o intermitente, con periodos de dimisión que se alternan con atracones, se desconoce a largo plazo el curso de esta enfermedad.

6.8. Deterioro.

La bulimia nerviosa muy rara vez es incapacitante, excepto en aquellos casos en que pasan el día entre atracones y vómitos.

6.9. Complicaciones.

- disminución de los electrolitos (sodio y potasio)
- amenorrea (puede haberla o no)
- "cara de ardilla" (aumento de las glándulas parótidas, submaxilares y submandibulares)
- erosión del esmalte dental.
- ruptura esofágica y desarrollo de úlceras
- arritmia cardiaca (por el abuso de medicamentos para el vómito)
- desnutrición

⁴³ Raich, R. *Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios*. Madrid: Pirámide. 1994.

- deshidratación
- hipotermia: baja temperatura corporal
- disminución de la presión arterial y de la frecuencia cardíaca
- amenorrea: suspensión de la menstruación
- deficiencia de calcio (puede causar osteoporosis)
- deficiencias de otros minerales como zinc, magnesio y potasio
- depresión.⁴⁴

6.10. Antecedentes familiares.

Frecuentemente los padres de las personas que sufren estos trastornos son obesos.

6.11. Factores predisponentes.

En algunas personas se asocia el inicio con una situación de estrés vital, otras han sido descritas como perfeccionistas y alrededor de un tercio de ellas han presentado un moderado exceso de peso antes del comienzo de la enfermedad. Existe evidencia de que la obesidad aunque no en todos los casos en la adolescencia predispone al desarrollo de este trastorno.⁴⁵

6.12. Diagnostico diferencial.

- Anorexia.
- Trastornos depresivos.
- Estado bipolar.

6.13. Criterios Diagnósticos.

- Sentimiento de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad.
- La persona se empeña regularmente en provocarse el vomito, usar fármacos laxantes y diuréticos, realizar dietas o ayunos o ejercicio excesivo.
- Un promedio de dos episodios de voracidad por semana por lo menos durante tres meses.
- Preocupación constante por la silueta y el peso.

6.14. Patrón familiar.

Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y dependencia y abuso de sustancias en familiares de primer grado.⁴⁶

⁴⁴ Salcedo Meza. C. Bulimia, adicción por la delgadez. Revista Psicoanálisis Vol III. N°13 pp23-26 .

⁴⁵ Herscovici, R. C., y Bay, L. (1990). Op. Cit.

⁴⁶ American Psychiatric Association (1993). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-IV). (4ª Ed.). Versión Española. . Barcelona: Masson.

7. Tratamiento.

7.1. Hospitalario.

La hospitalización raramente es suficiente para curar un trastorno de la conducta alimentaria. Esto normalmente involucra la recuperación gradual de peso y el reaprender a comer de una manera más saludable, una de las ventajas del tratamiento hospitalario es que proporciona un ambiente seguro donde se puede supervisar la comida y peso mientras se exploran las preocupaciones psicológicas (Garder 2000).⁴⁷

7.2. Tratamiento ambulatorio.

Sus ventajas son el bajo costo y que evita el estigma de admisión y peligro de ser influenciado por las conductas de otros pacientes causando menos ruptura a la vida del paciente (Beumont y Russel, 1993).

7.3. Orientación cognoscitivo-conductual.

Los hábitos alimentarios anómalos y las estrategias patológicas para el control de los trastornos de conducta alimentaria en cuanto a su peso son las más obvias señales. Como resultado de la unión teórica entre cognición y conducta, la terapia cognoscitivo-conductual para los trastornos de conducta alimentaria enfatiza la modificación de ambos disturbios; la conducta alimentaria y la cognición relacionada al cuerpo y a la alimentación (Williamson y Muller, 1999). La mayoría de los programas del tratamiento incluyen técnicas de modificación de conducta, y buscan que el paciente tenga acceso a actividades agradables dependientes de la ganancia de peso (Beumont y Russel, 1993).⁴⁸

7.4. Terapia individual.

Garner (2000) se refiere a la psicoterapia individual como la piedra angular en el tratamiento de los trastornos mencionados, particularmente en personas adolescentes, esta terapia proporciona un lugar seguro para aprender a identificar preocupaciones, resolver problemas, superar miedos y prueba las nuevas habilidades (el paciente debe sentirse seguro con el terapeuta).

7.5. Terapia familiar.

Los psicoterapeutas informan que en el tratamiento familiar se busca el apoyo familiar para el restablecimiento del paciente, ya que cuando no se da la recuperación del paciente puede ser más lenta o llegar a estancarse. El objetivo de trabajar con la familia es detectar aquellos aspectos, de la relación familiar que están manteniendo el problema, con el fin de dar

⁴⁷ . Garner, D., Olmsted, M., Polivy, J. Development and validation of a multidimensional inventory for anorexia nervosa and bulimia. *Int. J. Eating Disorders*, 2, 15-34. 2000.

⁴⁸ Russell GF: *Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*. *Psychological Medicine*, 9: 429-448, 1993.

pautas más saludables, así como habilidades para afrontar situaciones de enfrentamiento y descontrol tan habituales en un hogar de un paciente con anorexia y bulimia.

7.6. Terapia de grupo.

Se sugiere trabajar con cuatro a siete participantes con duración de una o dos horas por un año, se encamina a moderar los pensamientos distorsionados, utilizando técnicas que favorezcan las habilidades sociales y la resolución de problemas y reconocer y manejar sus propios sentimientos negativos.⁴⁹

7.7. Terapia farmacológica.

Garner (2000) explica que generalmente se esta de acuerdo que el tratamiento de fármacos por si solo es ineficaz, ya que la depresión y otros problemas emocionales a menudo son secundarios a la inanición. Es mejor contar a la comida como la medicación de opción, promoviendo la restauración del peso corporal.⁵⁰

7.8. Importancia del personal de enfermería en los diferentes tipos de terapia.

Su papel radica en identificar los factores que predispusieron a la aparición de los trastornos de alimentación y crear programas que ayuden a la rehabilitación del individuo modificando sus hábitos y costumbres y de igual manera que se prevengan con el fin de ayudar a la aparición de hábitos saludables y fomentar el auto cuidado del individuo en sus esferas biológica, física, social y espiritual.

7.9. Apoyo social.

Se ha considerado desde muy diversas perspectivas teóricas y empíricas, pero los estudios realizados durante las últimas décadas mantienen las hipótesis de que el apoyo social mantiene efectos benéficos en la salud física y mental de las personas.

7.9.1 Grupos de apoyo social.

7.9.1.1. La familia.

Una definición constante de la familia nos la presenta como la institución social básica, en el seno de la familia se dan relaciones que constituyen en el núcleo social fundamental, además moldea la clase de personas que necesita para llevar sus funciones a cabo, así mismo, de que cada miembro va a buscar su propia identidad y bienestar.

7.9.1.2. Función de la familia.

- Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales.

⁴⁹ Toro, Joseph. *El cuerpo como un delito*. Ed. Ariel, España, 2000.

⁵⁰ Garner. 2000. *Op. Cit.*

- Provisión de unión social que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones humanas y familiares.
- Oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar.
- Ejercitación para integrarse a los roles sociales.
- Fomento del aprendizaje, apoyo de la creatividad e iniciativa.
- Moldeamiento de los roles sexuales.

7.9.1.3. Importancia de las relaciones padres – hijos.

En el campo perceptual del niño , la familia sirve como unidad primaria social , los padres son agentes socializadores y proveen valores y objetivos de los cuales el niño sacara pautas de conductas, constituyendo la base para la interacción con otros, estas respuestas le sirven para saber quien es el y como lo perciben los demas³.

Aunque el niño este condicionado por la actividad de ambos padres, de debe notar el influjo de la actitud materna siendo mas profunda.

7.9.1.4. Padres de pacientes bulímicos.

Johnson y Flach (1985) realizaron un estudio en pacientes bulímicos y su ambiente familiar, encontrando que estos perciben a sus familias como poco unidas, con falta de énfasis en la independencia , y comportamiento asertivo, así como también un alto nivel de conflictos de pareja y un bajo énfasis en la apertura de expresiones y sentimientos.

7.9.1.5. Padres de pacientes anoréxicos.

El rol de los factores familiares en el desarrollo de la anorexia ha sido discutida por largo tiempo, aunque si bien los datos son limitados. Las observaciones sobre la naturaleza del medio ambiente familiar de los pacientes anoréxicos refieren a especulaciones concernientes a las dificultades tempranas de las relaciones madre- hijo, perspectivas que sugieren que las familias de los individuos anoréxicos son confusos en sus expresiones sobre protectoras y rígidas, y con resolución de conflictos, Johnson y Flach (1995) y Humprey y Pike, Rodin (citados por Saucedo en 1996), señalan un comportamiento central, en el desarrollo de la anorexia, lo constituye una relación paterna autoritaria y hostil y una sobreprotección y perfeccionismo materno.⁵¹

7.10. La relación del apoyo social y la salud.

El apoyo social y la salud están relacionados de forma que la mala salud es pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta apoyo.

En la promoción de la salud, el apoyo social puede jugar un papel importan, como variable antecedente, el apoyo social crea un ambiente promotor de la salud que mejora el bienestar

⁵¹ Johnson, W. G., Corrigan, S. A., y Mayo, L. L. Innovative treatment approacher to bulimia nervosa. Behavior Modification, 11, 373-388. 1995.

y autoestima de la persona, segundo disminuyendo la probabilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes en la vida y proporcionando información retrospectiva, confirmando o no. De que sus actos están conduciendo a las consecuencias anticipadas socialmente estables.

Como variable intermedia, el apoyo social contribuye amortiguando los efectos negativos de los acontecimientos estresantes que se producen influyendo sobre las interpretaciones de tales acontecimientos y las respuestas emocionales que dan ante ellos, disminuyendo su potencial patológica (Rodríguez, 1995).⁵²

8. Factores de riesgo que inciden en la aparición de trastornos alimenticios.

8.1 Factores culturales: Modas que implican un tipo de vestimenta, un tipo de formas y la realización para conseguirlas de determinadas dietas, cabe reconocer la influencia en todo esto de los medios de comunicación.

Dedicado a la moda

Según las estadísticas, el noventa por ciento de quienes padecen anorexia y bulimia son mujeres de temprana edad -entre los 12 y los 25 años- dentro del sistema educativo, entre el 15 y el 20 por ciento presentan desordenes de la alimentación. "Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la moda impone con rigor y sin consideraciones. 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 "genero". Si te encontrás entre ellos estas IN, en caso contrario, pasa a formar parte de los out.

La vida continua sugiere otras referencias. En contraposición a la delgadez de las modelos, que se transforman en ideal, recientes investigaciones han dado

Cuenta que en las últimas tres décadas el peso promedio de las adultas jóvenes se ha incrementado. Cada vez es mayor la brecha entre la realidad y el campo ideal. Así, la delgadez se transforma más que en una expresión de un modelo social, en un producto vendido con exagerada insistencia a través de los medios de comunicación.⁵³

8.2. Influencia de los medios de comunicación

Adelgazar sin esfuerzo. También contribuyen los medios de comunicación con la publicidad de prendas de vestir, cosméticos etc. y la presencia de estrellas del espectáculo y modelos de moda que lleva a muchas mujeres a pensar "si ella tiene ese aspecto yo también lo tendré " (a cualquier precio, aún el de la propia salud).

Además en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, las jóvenes reciben otro mensaje contradictorio que promueve el consumo de alimentos: comida rápida gaseosas,

⁵² Rodríguez, M. J. *Psicología social de la salud*. España 1995

⁵³ . Gordon, C. *The parents' relationship and the child's illness in anorexia nervosa*. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 17 (1), 29-42. 1989.

golosinas, cada vez más tentadores pero de poco valor nutritivo y de alto valor engordante.

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.

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.⁵⁴

8.3. Factores educativos: La familia juega aquí un papel muy importante, a veces el exceso de proteccionismo deja poca iniciativa al individuo, de manera que no se educa a los hijos para saber enfrentarse a la vida, fomentando por contra la falta de habilidades para tomar decisiones progresivamente más importantes. Por otro lado a veces la propia sociedad en que vivimos nos lleva a un nivel de exigencias desmedidas.

8.4. Factores familiares. Los factores negativos dentro de la familia, posiblemente tanto hereditarios como ambientales, desempeñan una función importante en la provocación y perpetuación de los trastornos del comer. Un estudio 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. Algunos estudios han encontrado que las madres de los anoréxicos tienden a estar sobré involucradas en la vida de sus hijos, mientras que las madres de los bulímicos son críticas y distantes. Aunque las madres pueden tener una influencia grande sobre sus hijos en lo que respecta a los trastornos del comer, los padres y los hermanos excesivamente críticos también pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de anorexia en las niñas. Los estudios reportan que las personas con cualquiera de los trastornos del comer tienen mayor probabilidad de tener padres que sufren de alcoholismo o abuso de sustancias que la población en general. Parece que existe entre las mujeres con trastornos del comer una incidencia mayor de abuso sexual; los estudios han reportado tasas de abuso sexual de hasta un 35% en las mujeres con bulimia. Las personas con bulimia también tienen una mayor probabilidad que las personas con otros trastornos psiquiátricos de tener un padre obeso o de haber sido ellas mismas obesas en la niñez.⁵⁵

8.5. Factores de vulnerabilidad personal: No aceptarse como persona, tener una baja autoestima, falta de seguridad, ser demasiado perfeccionistas, tener autoexigencias desmedidas, preocuparse en exceso por lo que los demás piensen de uno, percibir que se tiene poco control sobre la propia vida, ser poco habilidosos en las relaciones sociales... perfil psicológico que conforma el caldo de cultivo adecuado para el desarrollo de este tipo de patologías.

⁵⁴ De Dios J.L. Acontecimientos vitales en Anorexia Nerviosa. II Congreso A.E.T.C.A. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 1999, 26,4: 84- 86

⁵⁵ Vandereycken W., Castro J y Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Ed. Martínez Roca 1991

8.6. Factores temporales: Experiencias de fracaso, conflictos interpersonales, separaciones - divorcios, cambios corporales en la adolescencia, cambios de colegio, cambios de cultura (viajes al extranjero)... aspectos todos ellos, que pueden desbordar a una persona con falta de madurez.

8.7. Otros factores: Tener familiares obesos o que padezcan también alguna de estas enfermedades y en definitiva convivir con personas que le den mucha importancia al peso y a la apariencia física.⁵⁶

Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "Light", etc. fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

En el caso de la mujer la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir. Ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran interiorizadas en la sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes.

En esta misma línea, han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas.⁵⁷

9. Papel del personal de enfermería en el primer nivel

Primer nivel es sinónimo a prevención, en dicho cambio, el personal de enfermería actúa de manera intensa.

En el área comunitaria, es la educación de los individuos, familias y la comunidad en todos los aspectos que se relacionan con la salud, su labor educativa se dirige a los padres de familia y adolescentes de una comunidad, proporcionando información de hábitos higiénicos y dietéticas, prevención de trastornos, así como dar a conocer actividades y programas, y su éxito radicará en difundir las costumbres saludables y de autocuidado que resulten en la no aparición de los trastornos de la conducta alimentaria.

En educación para la salud, las actividades en las que participa enfermería están enfocadas a modificar los hábitos y actitudes del individuo y su familia en la conservación de la salud

⁵⁶ Holtz, V. Gardner, D. N. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes mexicanos. Fundación Internacional CVA para la prevención y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria. Agosto 1994.

⁵⁷ Holtz, V. Gardner, D. N. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes mexicanos. Fundación Internacional CVA para la prevención y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria. Agosto 1994.

en la comunidad siendo este rubro, uno de los de más importancia para el personal de enfermería por lo cual se debe conocer más.⁵⁸

9.1. Educación para la salud

La educación para la salud se apoya para su labor en el artículo tercero de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, el cual marca que el estado impartirá educación que fomente un desarrollo armónico de todas las facultades del individuo; una de las facultades es la de salud y se percibe en las condiciones físicas y psicológicas de adaptación al medio del sujeto. En la ley federal de educación en su concepto se establece que el óptimo estado de salud brindara máximo aprovechamiento en la educación de los sujetos.⁵⁹

9.1.1. Conceptos generales.

La educación para la salud debe generar el desarrollo de todas aquellas potencialidades que transformen al individuo y a la comunidad en dueños de su propio destino, en constructores de alternativas y soluciones.

9.1.2. Importancia.

Fomenta la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales que inciden en el estado de salud de la población en función de acciones concretas y organizadas para transformarla.

De igual manera propicia y estimula un espacio de intercambio en distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico – científico y otras formas de conocimiento local a través de un dialogo democrático entre ellos. Reconoce la pluralidad cultural en que se desarrolla y la legitimidad de otra lógica, facilitando el encuentro horizontal entre distintas vertientes culturales y racionales.

Y por ultimo al involucrar a las comunidades actividades de la salud va ganando experiencias de participación y por consiguiente abre camino hacia otras formas de comprometerse con su propio desarrollo.

9.1.3. Generalidades (pautas a seguir en)

- Si se persigue un cambio en el papel de la comunidad en salud, el personal sanitario ha de aprender a escuchar, dialogar y aprender de los demás, así como el compartir sus propios conocimientos.
- Se debe buscar siempre que los trabajadores de salud impriman a sus actividades un carácter de trabajo en equipo.

⁵⁸ Lancaster. Enfermería comunitaria Ed. Interamericana, México 1984.

⁵⁹ Cuello, J. Papeles de educación. Valores y metas de la educación en México. Ed. De la Jornada. México. Sep. 1994.

- Es indispensable que conjuntamente establezcan sus recursos, conozcan sus limitaciones y estén en condiciones de plantear propuestas para mejorar la situación de la salud en la comunidad.
- La credibilidad de estas pautas depende mucho de la relación que la población establezca con el trabajador de la salud.

9.1.4. Rol del educador de la salud.

- Fomentar la responsabilidad de las personas sobre su propia salud, así como reducir la dependencia de la población.
- Lograr canalizar y conducir la situaciones conflictivas improductivas y nocivas hacia un dialogo reflexivo hacia el interior entre el equipo de salud y las organizaciones de la comunidad.
- Fortalecer el rol del trabajador básico de salud en las comunidades a través de supervisiones adecuadas.
- Incentivar a las personas que integran el equipo de salud a que periódicamente discutan y revisen el funcionamiento de las funciones de salud, buscando que estas estén estrechamente relacionadas y sean apoyo concreto y practico a otras iniciativas que en otros campos intentan mejorar las condiciones de vida de la población.
- Fortalecer el desarrollo basado en la autodeterminación y evitar modelos que impliquen dependencia.⁶⁰

10. Consideraciones generales para la elaboración de un programa de educación para la salud sustentado en valores humanos.

10.1. Jerarquía de las necesidades

Maslow presento una forma muy sencilla de concebir las necesidades de una persona; La jerarquía de las necesidades ordena desde los niveles más bajos y más básicos hasta las de niveles más altos.

Maslow plantea entonces, dentro de su teoría de la personalidad, el concepto de jerarquía de las necesidades, en la cual las necesidades se encuentran organizadas estructuralmente con distintos grados de poder de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo de la especie humana.

La jerarquía esta organizada de tal forma que las necesidades de déficit se encuentren en las partes mas bajas, mientras las necesidades de desarrollo se encuentran en las partes mas altas de la jerarquía; de este modo, en el orden dado por la potencia y por superioridad encontramos las necesidades de déficit las cuales serian las necesidades fisiológicas, las necesidades de seguridad, las necesidades de amor y pertenencia, las necesidades de estima;

⁶⁰ Aguilar, Villalobos, *Diseño Institucional I, Modulo fundamentos del desarrollo de la Tecnología educativa, bases pedagógicas.* Maestría en Tecnología Educativa, ILCE, México 1993.

las necesidades de desarrollo las cuales serían las necesidades de auto actualización (self – actualización), y las necesidades de trascendencia.

Dentro de esa estructura cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía, sino que el foco de atención pasa a ser ocupado por las necesidades del próximo nivel y que se encuentran en el lugar inmediatamente más alto de la jerarquía, y son estas necesidades las que se busca satisfacer.

La teoría de Maslow, plantea que las necesidades inferiores son prioritarias, y por lo tanto, más potente que las necesidades superiores de la jerarquía.

“un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades sino más bien asegurarse lo suficiente para comer”⁶¹

Solamente cuando la persona logra satisfacer las necesidades inferiores (aunque lo haga de manera relativa), entran gradualmente en su conocimiento las necesidades superiores , y con eso la motivación para poder satisfacerlas; a medida que la tendencia positiva toma más importancia se experimenta en grado mayor de salud psicológica y un movimiento hacia la plena humanización.

Para Maslow el convertirse plenamente en humano implicaría la aceptación de satisfacción de las necesidades determinadas por nuestra base biológica, lo que permitiría tras satisfacer las tendencias que nos unen con el resto de la humanidad, descubrir lo idiosincrásico, lo que nos distingue del resto de los seres humanos, el descubrir los propios gustos talentos determinados por nuestra herencia para concretizarlos , en base al trabajo esforzado ; “ la manera que somos distintos de las demás personas también se descubre en esta misma búsqueda personal de identidad .”⁶²

Valor.

Podemos definir el valor como un carácter de las cosas que explica el que sean más o menos estimadas o deseadas, y que puedan satisfacerse para un cierto fin. De ahí que Aristóteles en su ética lo defina como “lo que todos apetecen”. Por lo tanto, el valor no se da sin relación al hombre como un ser personal, e implica cierto reconocimiento o estimación.⁶³

Como base de la propuesta de tesis, se acepta como verdaderas las aceptaciones dadas por Scheler y por Sri Sathya Sai al afirmar lo siguiente:

- El valor es una cualidad del ser. Este “ser persona o cosa”, al poseer esa cualidad, se hace deseable o estimable a las personas o grupos.

⁶¹ Maslow, A.; El hombre realizado. Hacia una psicología del ser. Ed. Kairos. Numancia. 1992.

⁶² I.E.P.S, B. Educación y valores sobre el sentido de la acción educativa. Ed. Narcea Madrid 1985.

⁶³ I.E.P.S. Bartolomé M. Educación y valores. Sobre el sentido de la acción educativa en nuestro tiempo Fodevilla, Ediciones Madrid. 4ª ed. 1985

- En el valor se da una ordenación a la existencia. El valor aparece como un título para existir. Nos mueve a realizar el objeto en que se encuentra, a desear que exista, a aprobar su existencia. El valor tiene por así decir, un derecho a la existencia. La concepción de una obra hermosa que un poeta, un pintor, un músico, tiene en su mente, “merece”, “exige” que se realice.
- Los valores son inspiradores de los juicios; se hacen juicios de valor por que existe previamente unos valores a los cuales hacer referencia. Y así mismo, son inspiradores de las conductas, de las normas y de las instituciones.⁶⁴

El proceso educativo en base a la teoría de los valores.

Sri Sathya Sai afirma en su obra “Educación en valores humanos” que “en el planeta tierra, existen infinidad de seres vivientes. Para el hombre, vivir por si sólo no es suficiente. Lo que tiene valor y es realmente importante, son los motivos por los cuales se vive.

Los pensamientos, los sentimientos y las acciones que impulsan la vida cotidiana. El hombre y la mujer, dotados como estamos de inteligencia, deberíamos aprender, a través de la verdadera educación, a llevar una vida plena de motivos nobles, pensamientos y acciones humanas, que nos distinguan de las bestias.

En el hacer cotidiano de todos los seres humanos, el intelecto podría ser capaz de identificar las causas de la crisis existente en el mundo de hoy, pero estamos seguros que lo que la resolverá no será el conocimiento ni la inteligencia, será la buena fe y la voluntad, plenas de amor y respeto hacia todos los demás. La inteligencia nos ha hecho a los hombres llegar a caminar en la luna, pero esa misma inteligencia nos podría ver envueltos en un periodo sin fin de guerras.⁶⁵

Mediante una educación atenta prioritariamente en los valores, tanto el hombre como las sociedades podrán satisfacer esa desahogada búsqueda de la propia identidad. Problemática que no ha sido exclusivamente nuestra, sino característica de la época, como alguna vez enuncio Heidegger al comentar que “ninguna época ha sabido conquistar tantos y tan variados conocimientos sobre el hombre, como la nuestra, sin embargo, ninguna época ha conocido la hombre tan poco como la nuestra, y en ninguna época se ha hecho tan problemático el hombre como en la nuestra.”⁶⁶

Es por eso, que se afirma que educar en valores sería: “Crear las condiciones necesarias para que cada persona descubriera e hiciera una elección libre y lúcida de aquellas realidades capaces de conducirlo a la felicidad personal”(Schramm, 1990). Y reforzando el pensamiento del programa de educación en valores humanos de Sathya Sai Baba,…”formación de valores es un proceso que se desarrolla en forma espontánea, no

⁶⁴ López García, J.E. Isasi, N.B. La vertiente humana del cambio social: la jerarquía de los valores. La ciencia y la técnica de la fe. Cenic, Madrid, 1977

⁶⁵ Sri Sathya Sai . Educación en valores humanos Fundación Sri Sathya Sai Baba. El Salvador 1993.

⁶⁶ Cuello, J. Papeles de educación. Valores y metas de la educación en México Ed. De la jornada. México SEP. 1994

dirigida, ni explícita en el transcurso de las relaciones cotidianas, sino a través de la forma en que se orienta la apropiación de los conocimientos y de las normas que se establecen

Para rendir el comportamiento escolar; y a través del tipo de interacciones personales que se establecen entre maestros y alumnos”.⁶⁷

Una sociedad sin valores dejara de ser humana y en medida en que se estimen los valores, mayor será el desarrollo de las personas de la sociedad, de la nación y del mundo.

La vida debe ser embellecida y esto es responsabilidad de cada hombre, sin importar a que sector de la sociedad pertenezca, a que sexo, a que religión o rincón de la tierra viva.

Estamos aprendiendo que el existir sin un sistema de valores es patológico; el ser humano necesita una trama de valores, una filosofía de la vida.

La importancia de implementar programas de educación sustentados en valores radica entre otras circunstancias por que el de los valores es el camino de la creación constante, personal y colectiva, la liberación que provocan os valores es personal y se proyecta sobre la comunidad.

Base fundamental de una vida saludable es de que nuestra niñez y juventud descubra por sí misma un sentido a la vida a través de una tabla de valores consistente que les permita colocarlos en condiciones de superar la creciente crisis de identidad, así mismo se suscitara una mayor sensibilidad, sentido estético y mayor disponibilidad para vivir y trabajar solidariamente.

El programa de educación para la salud sustentado en valores humanos capacita para entendernos mejor a nosotros mismos, aclarar nuestras dudas y hace sentir confianza en sí mismo para encontrar soluciones. Se da en el una relación dialéctica entre el valor y el hombre a realizarlo.

La propuesta de implementación juega un papel trascendental para generar un cambio en la tendencia actual de la concepción materialista y deshumanizada de la vida, siendo un Propósito establecer un sistema que instale disciplina, canalice energía, controle las emociones y prepara a la juventud ante la vida.

Enseñar valores humanos con un enfoque que preserva la salud lleva implícito el deber de ponerlos en práctica y si aspiramos a efectuar alguna transformación en el adolescente, el proceso deberá de ponerse en práctica en la vida cotidiana de la vida familiar, escolar y en la sociedad

⁶⁷ Llopis Martín J.M., Lara Moreno. Valores educativos en alumnos de la escuela de profesorado de la universidad de Almería. Primeras jornadas internacionales. Política social y calidad de vida. Granada, España Marzo 1994

Metodología

En esta investigación se realizará un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, se realizara una prueba piloto con el 40% de la población a estudiar para comprobar la efectividad del cuestionario y su entendimiento por los escolares.

Universo de trabajo.

Adolescentes de 15 a 20 años de nivel medio escolar.

Muestra.

50 alumnos sugeridos para ser el 11.11% de la población total de adolescentes de 15 a 20 años en el centro de estudios tecnológicos numero 54.

Técnica de recolección de datos.

Entrevista instrumentada.

Criterios de selección.

Inclusión: Todos aquellos adolescentes que tengan entre 15 a 20 años de edad y que deseen contestar a la entrevista y que pertenezcan ala escuela antes mencionada.

Exclusión: Todos aquellos adolescentes que no tuvieran entre 15 a 20 años de edad o que no accedieran a la aplicación de la cédula de entrevista individual o que no pertenezcan ala escuela citada con anterioridad.

Las variables estudiadas serán:

Variables Indirectas

- Semestre que cursan los adolescentes encuestados.
- Talla.
- Ansiedad social y personal.

Indicadores:

Fastidio en los deberes cotidianos.

- Problemas en la adolescencia.

Indicadores:

Problemas con la imagen de autoridad

Variables Directas

- Edad.
- Peso.
- Sexo.
- Grado de insatisfacción general.

Indicadores:

Sentimiento de Satisfacción con los logros obtenidos.
Satisfacción con la vida hasta ahora.
Sentimiento de orgullo propio
Comparación con las demás personas.
Sentimiento de felicidad.
Sentimiento de Satisfacción consigo mismo.
Control de su vida.
Fastidio de toda acción.

- Ansiedad social y personal.

Indicadores:

Control de los actos propios.
Sentimiento de inferioridad
Agobio de los actos por realizar.
Deseo de un trato más adulto.
Importancia de la opinión de los demás.

- Perfeccionismo.

Indicadores:

Control interno.
Sentimiento de madurez y responsabilidad.
Sentimiento de fracaso personal.
Perfeccionismo.
Deseo de control sobre algún aspecto de la vida.

- Problemas en la adolescencia.

Indicadores:

Relación con el sexo opuesto
Anhelo de la infancia
Búsqueda de la satisfacción de los padres.
Aceptación de la adolescencia

- Sintomatología.

Indicadores:

Conducta alimentaria normal (práctica de tres comidas al día).
Practica de ayuno para adelgazar.
Uso de fármacos para adelgazar.
Rechazo a una imagen corporal obesa.

- Influencia sobre el individuo.

Indicadores:

Envidia por individuos de cuerpo más delgado.
Interés en la publicidad de productos para adelgazar.
Consumo de alimentos ligh.
Práctica de dietas en su vida.

Miedo a los calificativos acerca de su imagen corporal.
Percepción del éxito con respecto a la imagen corporal.

- Control de peso.
Indicadores:
Aceptación de la figura corporal.

Para la recolección de datos se acudirá al Centro de estudios Técnicos e Industriales, iniciando una etapa de sensibilización (fase de confianza con el estudiante) que permitirá la aplicación posterior de la cédula de entrevista individual con la cual se obtendrán datos verídicos.

La aplicación de dichos cuestionarios correrá a cargo del pasante de la Carrera en Enfermería y Obstetricia. Para facilitar su llenado se realizará una prueba piloto que comprenderá 20 alumnos del mismo plantel. El procesamiento de datos se realizará en concentrados exprofeso para ello. La presentación de resultados obtenidos se describirá concretamente.

Descripción de Resultados

De acuerdo a las entrevistas instrumentadas en el Centro de Estudios Técnicos e Industriales de la secretaria de Educación Pública y al procesamiento de dicha información, se obtuvieron los siguientes resultados estadísticos.

La edad de los 50 adolescentes es la siguiente; de 15 años arrojo un 10%, para los de 16 años equivale un 16%, para 17 años 40%, de 18 años un 8%, de 19 años 20% y por ultimo para los jóvenes de 20 años un 6% (cuadro 1).

La muestra de adolescentes por sexo se divide en 70 % al sexo femenino y el 30 % al sexo masculino (cuadro 2).

Acerca del semestre que cursan los jóvenes dentro del nivel medio superior un 16 % corresponde a los que cursan el primer semestre, un 14 % al tercer semestre y un 70 % cursan el quinto semestre (cuadro 3).

Con respecto al peso por edad encontramos que del total de adolescentes un 12 % presenta un peso bajo, un 10 % tiene sobrepeso y un 78 % tiene su peso normal (cuadro 4).

La estatura que encontramos entre los jóvenes fue 6 % de estatura baja, 18 % de estatura alta y 76 % de estatura normal, (de acuerdo a la edad) (cuadro 5).

En la satisfacción de los logros que se han obtenido encontramos que un 16 % se encuentra muy satisfecho con los mismos, que un 26 % se encuentran algo satisfechos, 32 % medio satisfechos 24% algo insatisfechos y muy insatisfechos un 2% (cuadro 6).

En cuanto a la satisfacción consigo mismo (con lo que es en si el adolescente) se encontró que un 6 % refiere estar muy satisfecho, un 28 % esta algo satisfecho, 30 % esta medio satisfecho, un 26 % esta algo insatisfecho y el 10 % se encuentra muy insatisfecho. (Cuadro 7).

Cuando se comparo con los demás jóvenes un 8 % se sintió muy satisfecho de el mismo, un 22 % estuvo algo satisfecho de si mismo , un 32 % estuvo medio satisfecho, 34 % Se encontró medio insatisfecho y 4 % se sintió muy insatisfecho (cuadro 8).

En la satisfacción que ha experimentado con su vida actual , un 44 % de los jóvenes esta medio satisfecho de ella, un 24 % se encuentra algo insatisfecho, un 22 % esta algo satisfecho con ella, un 6 % esta muy satisfecho hasta ahora y 4 % esta muy insatisfecho con su vida (cuadro 9).

Con respecto al control que sienten tener de sus actos, encontramos un 50 % a veces muestran control, un 22 % casi nunca lo tienen, el 20 % lo tiene casi todo el tiempo, un 4 % nunca lo ha tenido y por último el 4 % siente que todo el tiempo lo tiene (cuadro 10).

El sentimiento de inferioridad se presenta casi todo el tiempo en un 16 % de la muestra, a veces un 48 %, casi nunca 34 %, nunca 2 % y no se presentó caso de tenerlo todo el tiempo (cuadro 11).

La sensación de fastidio por los deberes cotidianos se refleja en un 2 % que lo presenta todo el tiempo 34 % casi todo el tiempo, 44 % a veces, 16 % casi nunca lo sintió, y 4 % nunca lo presentó (cuadro 12).

El sentimiento de control interno un 4 % de los adolescentes sintió tenerlo todo el tiempo, mientras que un 20 % casi todo el tiempo sintió tenerlo, 52 % a veces lo tuvo, 24 % casi nunca lo tuvo y no se registró caso alguno de no sentir nunca el control interno. (Cuadro 13).

El agobio por los actos a realizar se manifiesta casi todo el tiempo en 36 % de la muestra, mientras que a veces 28 %, y casi nunca 30 %, nunca 4 % y todo el tiempo 2 %. (Cuadro 14).

La dificultad en la comunicación con el sexo opuesto se dio 26 % a veces, casi nunca presente 32 %, Todo el tiempo 22 %, casi todo el tiempo 8 % y 12 % nunca tuvo dificultades para comunicarse con el sexo opuesto (cuadro 15).

El sentimiento de madurez y responsabilidad casi nunca se presentó en 44 % de la muestra, a veces un 30 %, casi todo el tiempo 16 %, 2 % lo presentó todo el tiempo y los que nunca lo presentaron fueron 8 % (cuadro 16).

El deseo de regresar a ser niños entre los adolescentes se presentó casi todo el tiempo en 12 %, 30 % nunca lo presentó, 28 % a veces lo presentó, 24 % casi nunca lo presentó, y todo el tiempo no obtiene casos (cuadro 17).

La sensación de felicidad se presentó 44 % a veces entre los adolescentes, 24 % casi todo el tiempo, casi nunca 24 %, 6 % de los jóvenes todo el tiempo se sintió feliz y 2 % nunca sintieron la sensación de felicidad (cuadro 18).

Acerca del deseo de control en algún aspecto de la vida de los adolescentes encontramos que el 42 % tienen este deseo casi todo el tiempo, mientras que el 30 % todo el tiempo, un 22 % lo presenta a veces, un 6 % casi nunca lo desea y con respecto a nunca ha deseado control extra en otro aspecto de su vida no encontramos caso alguno (cuadro 19).

El sentimiento de fracaso que se presenta entre los púberes se manifestó a veces con un 30 %, mientras que casi nunca 34 %, nunca se presentó 26 %, presente casi todo el tiempo 8 %, y la presencia del sentimiento todo el tiempo 2 % (cuadro 20).

En el perfeccionismo que aparece en los adolescentes encontramos que 44 % lo presento todo el tiempo, mientras que casi todo el tiempo 18 %, a veces 18 %, 6 % casi nunca lo presento y 14 % nunca lo presento (cuadro 21).

En el deseo de un trato más adulto al adolescente encontramos que 38 % nunca lo experimento, casi nunca 32 %, a veces presento un 6 %, casi todo el tiempo un 10 % y todo el tiempo 14 % (cuadro 22).

Acerca de los problemas con la imagen de autoridad representada por las normas, esta se presenta a veces 32 %, casi nunca 26 %, 22 % nunca sintió problemas con la autoridad y las normas, 18 % todo el tiempo los tuvo, y casi todo el tiempo 2 % (cuadro 23).

Para el sentimiento de orgullo que siente por si mismo, 52 % de la muestra casi nunca lo presento, 18 % a veces lo presento, 14 % casi todo el tiempo, 10 % lo presento todo el tiempo, y 6 % nunca lo presento (cuadro 24).

Con los problemas que sienten (sean reales o no) para satisfacer a los padres en los adolescentes encontramos que 54 % los sienten todo en tiempo, 22 % lo sienten casi todo el tiempo, a veces 12 %, casi nunca 8 % y 4 % los sintieron (cuadro 25).

Los jóvenes que encontraron todo el tiempo agradable la adolescencia fueron 28%, los que casi todo el tiempo la encontraron agradable son 16%, 6% a veces la encontraron agradable, 18% casi nunca la encontraron agradable y 32% nunca la han encontrado agradable. (Cuadro 26).

De la importancia que se dio a la opinión que los demás tuvieran de ellos (los jóvenes) a 30 % les importo todo el tiempo lo que los demás hablaran de ellos, a 32 % casi todo el tiempo le intereso, a 20 % casi nunca le intereso, a 10 % a veces le interesa y a un 8 % nunca le intereso lo que los demás pudieran pensar de ellos (cuadro 27).

La preocupación por el tipo y tamaño del cuerpo se hizo manifiesto todo el tiempo en 24% de la muestra, casi todo el tiempo en 6%, a veces se preocuparon 4%, casi nunca se preocuparon 2 % y nunca se preocuparon por la imagen de su cuerpo 64 (cuadro 28).

La conducta alimentaria que presentan los adolescentes se lleva normal todo el tiempo en un 28 %, casi todo el tiempo en 16 %, a veces 14 %, casi nunca 24 %, y nunca la presentaron normal 18 % de los casos (cuadro 29).

En los adolescentes el ayuno para adelgazar 10 % lo practica todo el tiempo, 4 % a veces lo practican, 2 % casi nunca lo practican, y 84 % nunca lo han practicado, casi todo el tiempo no da casos (cuadro 30).

El uso de fármacos para adelgazar entre los adolescentes se presenta todo el tiempo 10 %, a veces 2 %, casi nunca 2 %, casi todo el tiempo 6 % y 80 % nunca los usaron. (Cuadro 31).

La envidia por los cuerpos más delgados se presenta todo el tiempo en 28 % de los púberes , casi todo el tiempo 12 %, a veces 32%, casi nunca 24 % y 4 % nunca la experimento (cuadro 32).

Los adolescentes y el interés en los productos para adelgazar se presento todo el tiempo en 24 % de la muestra , casi todo el tiempo 8 %, a veces 40 %, casi nunca 4 %, y nunca 24 % (cuadro 33).

El consumo de alimentos ligh se da todo el tiempo en 18 % de los adolescentes ,caso todo el tiempo 10 %, a veces 20 %, casi nunca 32 % y 20 % nunca ha consumido alimentos ligh (cuadro 34).

El miedo de una imagen obesa en el espejo entre los adolescentes se da todo el tiempo en 8 %de los chicos (as) entrevistadas , al igual casi todo el tiempo 8%, a veces se presento con 10 %, casi nunca se presento con 4 % y como nunca con 70 % (Cuadro 35).

La realización de regimenes entre los adolescentes para adelgazar se presento todo el tiempo en 14% de la muestra, casi todo el tiempo no reporto casos, a veces los practicaron en 6%, casi nunca lo hicieron sin caso alguno y los que nunca hicieron régimen fueron el 80% de todos los casos (cuadro 36).

El miedo expresado por apelativos hacia su imagen corporal se presenta todo el tiempo en 20% de casos, mientras que para casi todo el tiempo se encontró un 6%, a veces experimentado en 18%, casi nunca experimentado 12% y nunca ha experimentado angustia por apelativos con 44% (cuadro 37).

Los adolescentes que pensaron que las personas delgadas son más aceptadas de las que no lo son mostró lo siguiente todo el tiempo piensan que son más aceptadas con 20%, casi todo el tiempo con 10%, a veces 26%, casi nunca 22% y los que nunca han atribuido el éxito a la figura delgada es de 22% (cuadro 38).

Análisis y discusión de resultados

De la muestra de 50 adolescentes a los que se les aplicó la entrevista instrumentada se arrojan los siguientes datos:

La edad promedio de los adolescentes fue de 17.9 años en general, los trastornos de alimentación ocupan el tercer lugar de enfermedades crónicas entre las adolescentes y aunque solo una décima parte de todos los jóvenes hombres del mundo pertenecen a este rubro de enfermedades se han incrementado los mismos de manera vertiginosa, como Joseph Toro (2000) nos muestra en "El cuerpo como un delito", nos refiere que el promedio de edad para la aparición de anorexia y bulimia son de los 14 a los 18 años, edad que está dentro del promedio general de edad para considerarse un factor importante de riesgo en los adolescentes de 15 a 20 años de edad

El sexo que predominó en los entrevistados fue el femenino en orden de 7 de cada 10 jóvenes que contestaron los reactivos de la encuesta, El autor Joseph Toro en "el cuerpo como un delito" nos indica que el 90% de los trastornos de la conducta alimentaria se presentan en pacientes femeninos por lo cual se considera de igual manera un factor de riesgo más, que puede desencadenar un trastorno alimenticio siendo que hay varios factores, por una parte está la cuestión cultural en cuanto al peso, donde se pone más el acento en la mujer (Gordón 1989), pero en la mujer la sexualidad se juega en todo el cuerpo, y no específicamente en sus órganos genitales, que están más cargados en el varón. Se considera que todo el cuerpo de la mujer tiene valor falico (en letras de Andre Ch. 1995).

El grado académico se relaciona con la ausencia de predisposición, anteriormente solo se presentaba en personas de niveles académicos universitarios, actualmente se presenta en personas que tengan niveles escolares menores, incluso en la educación básica como secundaria y primaria como George Patton de Melbourne, Australia, en "Anorexia y Bulimia, Epidemia moderna" 1999 Abril deja ver.

En el cuadro 4 se encontró que los adolescentes en minoría se encuentran en el sobrepeso acorde a su edad, los que tuvieron bajo peso los encontramos en un punto medio, sin embargo junto con los que tienen peso normal se consideran como factor predisponente para iniciar con anorexia y bulimia como lo menciona Ocampo y Álvarez (1999), estudio en el cual la mayor parte de los anoréxicos y bulímicos diagnosticados, iniciaron en desorden alimenticio aun que presentaron su peso en valores normales, que al ser detectado por ellos mismos, hizo que desarrollarán un objetivo primordial a corto plazo que desplaza sus actividades cotidianas a segundo término por prioridad al intento de adelgazar más a cualquier costo, incluso su salud.

La talla no es un factor significativo como predisponente a la aparición de anorexia y bulimia (Bruch -2002- y Toro -2000- no lo anteponen como un factor desencadenante por sí solo).

De la satisfacción de los logros obtenidos en el cuadro 5 se observaron la mayoría si encuentra insatisfacción. La supuesta regla de la adolescencia según Allport (1977) es conducirse con tranquilidad, utilizar la propia habilidad pero con discreción además los conflictos el desempeño vocacional, en lo cual se sustentan sus logros en la vida son vitales para lograr dicha satisfacción, y Baravalle (1993) dice que un adolescente no satisfecho en su totalidad entrara en conflictos de identidad y ser fácilmente propensos a generar trastornos de conducta alimentaria al lograr encontrar una satisfacción irracional por controlar algunos procesos básicos de su cuerpo, por lo que se observa predisposición marcada a los padecimientos mencionados.

En la satisfacción consigo mismo: la respuesta de insatisfacción de la mayoría de los jóvenes se observa también como factor predisponente de estos trastornos Bruch (2002) dice que la situación de satisfacción personal va ligada a como le hacen frente a los conflictos morales, personales, intelectuales, de amistad, con sus padres, con la escuela, y al hacerlo con reglas propias los resultados no serán siempre alentadores creando un vacío en su interior que tratan de llenar de diferentes maneras, alejándose de lo que se considera normal para los demás.

Dentro de la comparación con los demás; donde la mayoría no se siente satisfecho es otro factor predisponente al estar siempre con el temor de que no son suficientemente brillantes en comparación con los demás y, por lo tanto se sienten fracasados, Cabetas (1988) refiere que si se toma en cuenta esta pauta conductual veremos la personalidad de una persona que padece de trastornos de conducta alimentaria, y además su autoestima no parece marchar de lo más normal, con lo cual buscara de mil maneras ser mejor o al menos igual que los demás adolescentes de su clan de amistades o escolares.

En la satisfacción con su vida; se observa que en la mayoría de ellos esta el control está presente todo el tiempo a pesar de que este control los mantiene tensos, Calvo (1992) menciona que en general si el adolescente se siente satisfecho con su vida en general es indicio de una adaptación gradual, lenta pero que disipara las dudas y conflictos que se puedan desarrollar a lo largo de su transición a la vida de adulto joven y no representara un factor de riesgo ante los trastornos de conducta alimentaria de manera inminente o desencadenante.

Con respecto al control de los actos propios; La mayoría no lo tiene, lo cual puede representar un factor de riesgo que predisponen a la aparición de trastornos de conducta alimentaria, Garner (2000) opina que los pacientes suelen perder además del sentido de autonomía la sensación de que son capaces de poder conducir su vida o al menos su cuerpo y utilizarlo como un objeto transicional (como eran los juguetes en la infancia y que les brindaba la seguridad ante lo desconocido como por ejemplo una mantita) y darle la seguridad requerida en si, sus propios cuerpos se convierten en el entorno donde puede ejercer la conducción deseada.

El sentimiento de inferioridad; Lo presentan la mayoría, Hilde Bruch (1973), dice que al presentar este sentimiento suelen sentir que son inútiles y sienten que no tienen derechos individuales como lo manifiesta en los estudios que ha realizado de anorexia y bulimia y que los pacientes que presentan dicho sentimiento son susceptibles de padecer los trastornos antes citados con mayor frecuencia por lo tanto es un factor de riesgo predisponente.

En el cuadro 12 los adolescentes presentan fastidio de los deberes, Wittenberg (1959-1960), hace la observación general que la mayoría de los adolescentes tienden a evitar la preocupación por los factores significativos de tipo social, económico y cultural, y prefieren jugar que trabajar y se manifiesta como factor predisponente por el hecho que busquen en que utilizar el tiempo y moldear su figura corporal será una vertiente preponderante, y tienden a realizar lo correcto desde su muy particular punto de vista, aunque en realidad no sea lo más adecuado para su salud y su salud mental por lo que también es considerado factor de riesgo.

Los adolescentes que no manifiestan control interno en el cuadro 13 nos hace evocar irremediamente a Garner (1996) que refiere que su sentido de control es deficiente, y que son los más vulnerables ante la anorexia y bulimia como trastornos de la conducta alimentaria siendo que en muchos sentidos sienten y se comportan como si no tuvieran derechos independientes. Como si ni su cuerpo ni sus acciones fueran autodirigidas, ni siquiera suyos, malinterpretan las sensaciones de su cuerpo, sufren por la convicción de que son inútiles, de que no tienen control sobre su vida o sus relaciones con los demás aunado a la ansiedad y al terror que los acompaña ante estas situaciones, así que también es una predisposición.

El agobio de los actos por realizar; manifiestan que casi todo el tiempo se sienten agobiados. Erickson (1977) y Gordón (1989) coinciden en que si los jóvenes tienen una idea del tipo del rol que desean ser esto puede servirles como guía o principio organizador de su sentido de identidad. Si no se desarrolla un sentido sólido de identidad, la persona joven permanecerá probablemente en la confusión con respecto a sí mismo. No desarrollará una idea clara y segura de quien es y que es por lo que si se presenta agobio de los actos por realizar se encontrarán ante esta encrucijada y predisponen a los trastornos de conducta alimentaria como lo señala en parte), por lo tanto es otra predisposición.

En la dificultad para convivir con el sexo opuesto; manifiestan dificultad para ello, El adolescente busca la seguridad de saber que puede atraer a otras personas y desempeñar un papel aceptable en las relaciones con el otro sexo, Allport (1977) manifiesta que si llegase a presentar estas dificultades de comunicación con el sexo opuesto deberá de resolver la crisis desarrollando una identidad sexual (que no es el concepto de género que se desarrolla en la infancia y que incluye un concepto maduro del papel sexual, al igual que cierto entendimiento de su propia sexualidad) más sin embargo una de las pautas a seguir en trastornos de alimentación es de alguna manera ser una persona que restringe su sexualidad propia de ser joven, en la cual se dan la aparición de los caracteres sexuales secundarios y ellos limitan su feminidad o masculinidad al tratar de tener un cuerpo infantil y buscar la seguridad de esta etapa del desarrollo y se considera otra predisposición.

El anhelo de madurez y mayor responsabilidad; La mayoría lo desea, pero no lo experimenta debido a su inseguridad. Wittenberg (1959-1960) y Lasa (1995) enfatizan que la anorexia nerviosa va asociada a un trastorno del desarrollo psicológico, siendo un importante elemento un miedo irracional a la maduración normal, es decir, evitan las responsabilidades inherentes a la adolescencia, buscan de alguna manera contar con las disculpas que se daban en la infancia al no poder realizar actividades de trascendencia al suponerse inferiores física y mentalmente, y solo se trata de vivir al día sin planes elaborados para el futuro, importa un mucho el hoy, y también se considera una predisposición.

El anhelo de volver a su infancia; La mayoría lo ha deseado alguna vez, Lázaro M. (1999) escribe que se destaca como factor predisponente aunque muchos pacientes con trastornos alimenticios presentan historias de dificultades para separarse de sus cuidadores como se pone de manifiesto por la ausencia de objetos transicionales durante los primeros años de su infancia. Algunos especialistas han observado que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria utilizan sus propios cuerpos como objetos transicionales, pero hoy día los trastornos evolucionan y estudios en realización hablan de la anorexia y bulimia en niños con etiología psicológica.

El sentimiento de felicidad; Muy pocos viven con este sentimiento lo que hace pensar en otro factor de riesgo predisponente, se presentó mayoritariamente a veces como un factor de riesgo puesto que la felicidad se supone debe de ser prioritario pues sucede que algo tan placentero como recibir dadas y que son originadores de una felicidad, se convierte en algo particularmente confuso, incluso estresante en sus vidas. Joseph Toro (2000) en el cuerpo como un delito menciona que sienten que no se lo merecen, no saben lo que quieren, y si tomamos de partida que la adolescencia aunque se trata de un periodo de transición y búsqueda de identidad se siente identificado con los amigos, con la cofradía, con sus secuaces, y eso lo hace en varias ocasiones olvidar su dolor por diferente que sea el origen, y si no sienten felicidad al cien por ciento ni aun con la presencia del grupo social se tomara como un riesgo para diferentes eventos.

Acerca del deseo de control en algún aspecto de la vida; se encontró que la mayoría tienen este deseo casi todo el tiempo, José Sánchez en su libro en busca del cuerpo perfecto (1989), menciona que la manera de obtener dicho control será en su cuerpo como único objeto de ese deseo distorsionado de control y en base a como respondan ante esta situación sentirán que por fin pueden tener el tan anhelado control en algún aspecto, aun a costa de su salud.

El sentimiento de fracaso; no se manifestó como un indicador de riesgo a la salud, dado que la mayoría casi nunca lo presentó, aunque puede ser a la larga la pauta que no están resolviendo adecuadamente sus conflictos internos que son causales del gran fracaso para ellos como lo señala Herscovici (1990).

El perfeccionismo en los adolescentes; Aquí se observa el peligro inminente como factor de riesgo pues Joseph Toro (2000) y Bruch (2002) concluyen que dichas acciones las lleva a su figura corporal con tal de mostrar a los demás el grado de perfección no solo en sus actos, sino en su figura, en forma de afrontar a la obesidad(aunque no haya) , como pueden

vencer al cuerpo, a la mente, al alma misma, eso es lo que pasa por la mente de algunos chicos y chicas con trastornos de conducta alimentaria y además nos indican que ellos se comparan constantemente con los demás, se exigen a si mismos más allá de lo humano, deben de ser mejores que todos, y esto se manifiesta en el perfeccionismo patológico que experimentan, porque no se observa este deseo en las respuestas anteriores.

El deseo de un trato más adulto; Se presenta en la mayoría como no pensado y esto conlleva al grado en que desea crecer como persona y como adolescente, si es utilizado correctamente disfrutara su pubertad y desarrollara su identidad más agradable y armónicamente, y en si no se presenta como un factor predisponente Llopis Martín (1994), sin embargo se considera en relación a las respuestas del cuadro 17 contradictorio al deseo de volver a su infancia.

De los problemas con la imagen de autoridad; Esta se presenta contradictoria y problemática, Perpiñá (1989) nos refiere que luchan contra el sentimiento de ser esclavizados, explotados y de no permitírseles vivir su propia vida. Prefieren morir de hambre a perseguir una idea de resignación. Esta ciega búsqueda de un sentimiento de identidad y de ser ellos mismos no desea aceptar lo que ofrezcan sus padres o el mundo que los rodea. Destacando como un factor de riesgo de mantenimiento de trastornos de alimentación al tratar de llamar atención siendo rebeldes, este es su manera de pedir a gritos que necesitan ayuda, y ayuda de inmediato.

Con respecto al sentimiento de orgullo propio; No ha desarrollado un sentido sólido de identidad, de amor propio, Raich (1994) declara que la persona joven permanecerá probablemente en la confusión con respecto a si mismo. No desarrollara una idea clara y segura de quien y que es. El adolescente que se haya en esta situación buscara probablemente un rol estable identificándose con figuras populares como las personas de moda y esto a veces no es lo más adecuado por el concepto estético de belleza y su ímpetu por parecerse a la gente que admira, desencadenando anorexia o bulimia o ambas según.

Los problemas para satisfacer a los padres; Bruch (2002) menciona que se presenta muy a menudo como uno de los factores más peligrosos dado que muchas personas que sufren anorexia y bulimia se expresan en sentido a que sus vidas han sido auténticas pesadillas al intentar satisfacer las expectativas de su familia. El enigma de los trastornos de conducta alimentaria se puede resolver como unas familias bien adaptadas fracasan a la hora de transmitir un sentido del auto confianza adecuado a sus hijos, los cuales crecen confusos con respecto a sus cuerpos, y aquí más de la mitad lo ha experimentado recientemente en su vida, más sin embargo es un verdadero infierno para los adolescentes el tratar de hacer sentirse orgullosos a los padres, aun cuando ya lo estén, este es un parámetro de cómo se puede llegar a distorsionar la realidad en estos casos, y en este rubro también se le considera una predisposición.

La mayoría de los adolescentes encuestados no ve a la adolescencia como un periodo agradable y es además también un factor de riesgo por demás peligroso por que la mayor ansiedad la provoca el hecho de pensar que con la edad adulta se requerirá una conducta independiente (sienten miedo a la edad adulta, ala madurez), muchos investigadores como Mora (1993), han dicho que los anoréxicos expresan el miedo a la edad adulta, pero en si a

lo que tienen miedo realmente es a ser adolescentes por tanto aunque no sean alentadoras las respuestas no se trata de un factor causante directamente.

La importancia que se da a la opinión de los demás; A la mayoría si le importa y es potencial factor de riesgo dada que los anoréxicos y bulímicos están siempre preocupados por satisfacer la imagen que los demás tienen de ellos, su infancia ha estado invadida por la exigencia de adivinar las necesidades de los demás y hacer lo que los demás esperan de ellos, Selvini (1999) menciona que las respuestas son muy claras al mostrar la importancia que se da a lo que los demás piensen o digan con respecto a la aparición de los trastornos.

Los adolescentes que no aceptan su figura corporal son la mayoría y esto denota un factor de riesgo importante pues las características esenciales de la anorexia y de la bulimia consisten en un miedo intenso a subir de peso, Toro (2000) y Bruch (1979 y 2002) afirman que ganar peso es una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, pues explican que no siempre manifiestan este rechazo a un cuerpo según ellos nada estético.

La conducta alimentaria se desarrollo de manera anormal aparte de desarrollar trastornos de conducta alimentaria, los adolescentes no sabían de manera exacta que era en si una conducta alimentaria normal, para ellos el comer era más que suficiente, no importando el concepto de una alimentación sana y bien balanceada, por eso se denota como factor de riesgo por las dimensiones de dicho indicador y su correcto desarrollo.

Los adolescentes en su mayoría dicen no practicar ayuno para adelgazar, el tipo de ayuno que practicaban era por las actividades escolares que desarrollaban y que la mayoría comía hasta llegar a su casa, y que a fin de cuentas ya se habían acostumbrado a esa situación, siendo el promedio de horas de ayuno de seis horas a ocho horas con un desayuno o comida antecesor muy deficiente, en sus propias palabras para aguantar el trabajo escolar (con base a los cuestionarios aplicados), pero los autores como Toro 2000, Bruch 2002, Garner 1996 y Gordón 1994, coinciden en que otra vertiente de inicio de la anorexia es el ayuno que se da en la escuela por tratar de ser mejores y sacar mejores calificaciones.

El uso de fármacos para adelgazar; Lo utilizan la minoría de los adolescentes como conducta inadecuada para adelgazar por lo que por si solo no es factor de riesgo que desencadene un trastorno de conducta alimentaria sin los trastornos psicoafectivos concomitantes como lo indica Toro (2000).

La envidia por individuos de cuerpo más delgado; la mayoría contesta de alguna manera que si, esto tiende a adoptar una conducta inadecuada e insalubre con tal de estar más delgado y esto llega a ser predisponente a anorexia y a bulimia, costos Halmi (1996) menciona que "Desde muy jóvenes las representantes del sexo femenino están sometidas a una gran presión para satisfacer cierto ideal de belleza que la mida y que se impone con rigor y sin consideraciones. Para los varones esto ocurre en menor medida pero ocurre a fin de cuentas,". Esta especie de dictadura de la moda exige máxima delgadez, la cual debe ser alcanzada sin reparar en los costos.

Los adolescentes mostraron interés en los productos para adelgazar, Toro (2000) dice que un individuo que se siente atraído por los productos que prometen adelgazar pueden desarrollar anorexia y bulimia al ser un público fácil de moldear por los medios masivos de comunicación y a que son potencialmente manejables y se pueden crear conductas predispuestas en este grupo en específico.

El consumo de alimentos light; Esta presente como factor que predispone a la idea de un cuerpo delgado como punto de partida para la aceptación social de una comida sana y dietética y que si se consumen estarán más delgados, como los personajes de los comerciales y aunque no se consumen casi nunca entre los adolescentes encuestados se debe de poner especial atención en este rubro pues no lo manifestaran tan abiertamente, pero al dárseles a escoger entre un yogurt bajo en grasa y azúcares, por encima del clásico con azúcares y grasa, el primero gana fácilmente. Johnson (1987) afirma que no debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", moda que degenera en una obsesión compulsiva por obtener una silueta más delgada.

El miedo de una imagen obesa en los adolescentes se manifiesta como una contradicción con las contestaciones, Bruch (2002) menciona que va relacionado al grado de aceptación social que se tiene con respecto a esto y aunque la mayoría no rechaza en si a la imagen obesa, se debe de prestar atención pues los medios masivos de comunicación han lanzado campañas muy repetitivas y difundidas para el precepto de belleza estética de una figura delgada.

Los adolescentes refirieron en su mayoría no practicar dietas para adelgazar, esto puede ser incongruente con las contestaciones de los cuadros 30 y 32, Råstam (1999) ha mencionado que sus dietas según ellos son solo para que se alimenten de manera adecuada, aunque sin ser sanas y desplazan a diferentes alimentos necesarios para un desarrollo físico adecuado, sin olvidar el desarrollo psicológico concomitante.

El miedo expresado por calificativos hacia su imagen corporal; Fue afirmativo, les agrado a pocos denominativos como gordito y llenito como una expresión de afecto entre los amigos y amigas, Toro (2000) y Bruch (2002) con respecto al miedo irracional de recibir apelativos de cariño en contra de su deseo irracional de referirse a ellos es congruente con su miedo a ganar peso.

Los adolescentes atribuyen el éxito con respecto a la imagen corporal en contadas situaciones, aunque para ellos una persona que es delgada y de una figura corporal no obesa son más atractivas físicamente y que pueden obtener la mayoría de las cosas que desean como éxito social y aceptación entre los jóvenes de mas edad, por lo cual se presenta como potencial factor de riesgo. Como manifiestan Bruch y Toro en sus publicaciones, en esta sociedad de consumo donde el modelo de delgadez se vende como un producto más y siempre como sinónimo de éxito, se debe poner atención por parte de los padres al saber que ven sus hijos, Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarle

las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "ligh", etc. fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones pero que tipos como los nuevos galanes en el cine y televisión son de tipo delgados y no musculosos

Conclusiones.

Se concluye que: Se cumplen los objetivos establecidos en el tiempo y en el universo planeado.

Los factores de riesgo identificados más significativos tienen que ver con diferentes variables planteadas anteriormente, existe una trilogía de factores que no pueden pasar por alto, como es una edad promedio, el sexo con más casos planteados de anorexia y bulimia y el sobre peso que mantienen y que se considera un detonante para iniciar los padecimientos referidos, más sin embargo siendo los más francos o más expresivos no se puede dejar de pensar en los factores agregados que pudieran salir a partir de los antes señalados, se encontró que la apariencia estética en general si importa en demasía para ellos, y esto nos trae la identificación de múltiples predisponentes en la población estudiada, obviamente se observo que la opinión que los demás puedan tener de los jóvenes es muy importante, y esto se refleja en el sentido que se le da a los cánones de la belleza estética planteada por ellos mismos, lo anterior se reflejó en las respuestas de diferentes ítems del cuestionario tales como el grado de satisfacción en diferentes vertientes de su vida, pero más impactante aun es ver su grado de insatisfacción, en los diferentes rubros, y como consecuencia podrán tratar de compensar de formas no tan adecuadas, otro punto encontrado fue que en comparación con los demás no salen tan victoriosos a favor de ellos mismos, se encontró que expresan a través de las respuestas de una manera a otra que piensan que los demás son mejores en diferentes aspectos de su vida, piensan además que los demás adolescentes pueden satisfacer las expectativas que sus padres tengan de ellos, y esto se demuestra en el ítem inherente este punto y que puede ser una de las predisposiciones más importantes, pues deja ver aspectos al interior de su familia, que en algunas veces puedes ser el desencadenante mayor de la anorexia y bulimia.

Se identifico que no sienten a la adolescencia como un periodo tan agradable por la responsabilidad que trae consigo, y también el temor generado por los apelativos de que pueden ser el blanco por parte de sus compañeros y amigos, tales como gordito o llenito, y que traería como consecuencia no solo escucharlo, sino sentirse así y traer las consecuencias desencadenadas por este punto en particular.

Encontramos que la dieta es un punto encontrado que favorece la aparición de los trastornos ya señalados en varias ocasiones, y que para ellos de alguna manera u otra el éxito se presenta más en las personas delgadas que en la s que no lo son y que muestran sobrepeso, y por tal motivo admiran a las personas delgadas así como se sienten atraídos por los productos que prometen bajar de peso y son adeptos a los alimentos Light que no les subirán su peso de manera considerable, como se encontró en varias respuestas de las preguntas formuladas a la población estudiada y que abordaban estos puntos antes señalados..

La responsabilidad no se puede pasar por alto, pero se encontró que no desean que se les de más de la que ya creen tener.

Se encontró además que en varios adolescentes existe una depresión que puede llevar a la aparición de la anorexia y bulimia debido al control que ellos mismos desean desarrollar , así como llegan a un grado en que se sienten "Perseguidos" es decir, creen que todos los miran y están al tanto de sus hábitos alimenticios aunado a esto existe la culpa y la vergüenza de no poder ser mejores y demostrar que los retos no son un obstáculo para lograr el objetivo final de poder controlar su cuerpo y que este sea el inicio para sentir seguridad en todos los actos que haga en el transcurso de su vida.

Lo anterior realmente fue sorprendente dado que aunque la literatura médica y psicológica consultada refiere que anorexia y bulimia son solo problemas que afectan a adolescentes que se desenvuelven en un círculo social solvente (medio - alto y alto) se observo casos cada vez más numerosos entre el nivel socioeconómico medio y medio bajo, y si pueden acceder a los medios de comunicación masivos es en si un factor condicionante a su aparición.

La sensación que deja un trabajo de este tipo desde su Planeación y ejecución es extremadamente satisfactoria, la investigación bibliográfica fue un gran reto al no poder contar de inicio con los libros utilizados en Europa, Continente que lleva la pauta en atención y prevención de casos de trastornos de conducta alimentaria, el lograr convenios con Universidades Españolas y Francesas para su revisión en bibliotecas virtuales, Intercambiar información con estudiantes de diversas partes del mundo, y procesarla, fue y aun gran incentivo...Y al momento de poner en práctica la teoría en la población seleccionada era el momento real y decisivo de los meses previos, saber si la información era coherente con lo real , con lo tangible, con los estudiantes mismos, otro incentivo más al demostrar que en efecto si se pudo comprobar la existencia de factores de riesgo en la población seleccionada ya que no siempre la hipótesis es o puede ser comprobada como en este caso, lo triste es que en mayor o menor grado pueden desarrollar anorexia y bulimia, otra satisfacción es que en el transcurso de la investigación se encontró nombre a otros dos trastornos de alimentación como son la Vigorexia y Ortorexia, que comparten algunas pautas conductuales con la anorexia y la bulimia, datos que dejan una puerta abierta a nuevas investigaciones acerca de todos los trastornos incluyendo a la obesidad, todo esto trae consigo la satisfacción de poder contemplar los logros obtenidos y planear las subsecuentes investigaciones que pudieran salir de esta misma.

Los resultados que se obtuvieron de este estudio llevan a la propuesta de un programa de prevención que aborde diferentes aspectos en la vida del adolescente.

Recomendaciones

Se proponen acciones que disminuyan la aparición de los trastornos de conducta alimentaria en los adolescentes, y que el personal de enfermería intervenga de manera más participativa en la elaboración de planes y programas que además de contar con contenidos científicos, aborde los valores humanos como alternativa para los grandes males sociales de nuestro mundo actual y beneficie con logros reales a la sociedad mexicana.

Reflexionar acerca del objetivo primordial del personal de salud al cual pertenece el personal de enfermería, “Ayudar” de diferentes maneras para su prevención así como referenciar casos declarados de anorexia y bulimia al personal del equipo multidisciplinario de salud.

Saber escucharlos identificarlos. Ayudarlos a comprender que los cambios de personalidad, del cuerpo, etc, no es una razón para sentir la sensación de fracaso que es algo tan normal y que el control que desea perfeccionar se dará con el tiempo y con la experiencia de los años, y que el hecho de que se desarrollen un trastorno de conducta alimentaria no significa que ya son mejores, y podemos realizar lo anterior se podrá devolverles lo más importante la recuperación, autoestima y felicidad.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**Propuesta de un programa de educación en salud para adolescentes en los
trastornos de conducta alimentaria.**

Alumno: Carlos Guerrero Vera
Nivel: Licenciatura
N° de cuenta: 092142112

Asesora de programa:

Lic. Teresa C. Quezada Gudiño.

México, D.F. 2004.

Introducción.

Los trastornos de la alimentación constituyen actualmente un foco de gran interés para la investigación clínica básica. Dicho interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y en menor grado a hombres jóvenes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental. No obstante, dicho interés por el tema es muy reciente, ya que, aunque la enfermedad no es nueva no comienza a estudiarse con rigor hasta hace unas décadas.

Los trastornos de la alimentación se caracterizan básicamente por el temor casi fóbico a engordar, las distorsiones de la imagen corporal, y por todo el amplio arsenal de conductas que despliegan con el único objetivo de intentar adelgazar y, así, conseguir estar más a gusto consigo mismas. Su valoración como personas, su éxito social, así como cualquier otro objetivo o logro personal que se propongan penden de un finísimo hilo: la delgadez como forma de vida. Sin embargo una vez que se ha iniciado un trastorno de este tipo y a medida que se va avanzando estas personas consiguen justo lo contrario de lo que se proponían en un principio: su autoestima que ya era baja, se va deteriorando cada vez más con el paso del tiempo, crece su aislamiento social, y lo que es peor aún, lejos de conseguir ser felices cuando consiguen la tan deseada delgadez, cada vez se encuentran más tristes, solas y angustiadas.⁶⁸

Son muchas las variables que contribuyen a la aparición de estos trastornos pero se hace evidente que los factores socioculturales cobran una especial relevancia. La presión hacia la delgadez ha influido hasta ahora en mayor medida sobre la mujer, pero durante los últimos años esta presión se está generalizando al sexo masculino. Como consecuencia de ello, los hombres también se ven envueltos en el culto al cuerpo delgado y musculoso que fomentan los diferentes medios de comunicación y que son el resultado de muchas restricciones dietéticas y muchas horas de gimnasio. Este hecho podría hacer que en los próximos años disminuyera la diferencia entre las proporciones de casos entre hombres y mujeres⁶⁹.

En el caso de la mujer la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de niña que de mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes. En esta misma línea, se ha mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas (obvio sin olvidar que también se da en los hombres jóvenes aunque en menor proporción). Tampoco debemos olvidar que debajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarles las

⁶⁸ Calvo, R. (1992). Trastornos de la alimentación (I): Análisis. En E. Echeburúa (Ed.). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide.

⁶⁹ Herscovici, R. C., y Bay, L. (1990). Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós.

terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así, nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc... Fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

De los aspectos anteriores se deriva la necesidad de trabajar un programa de prevención en diferentes direcciones: detectar precozmente los trastornos, proporcionar información más adecuada sobre lo que constituye una alimentación equilibrada, trabajar en el papel del adolescente no centrado en el cuerpo, fomentar en la sociedad una imagen femenina y masculina más cercana a lo que realmente es un cuerpo de hombre y mujer.

Objetivo generales

- Que los adolescentes tengan conocimientos teóricos, psicológicos, sociales y familiares Para que se comprendan a si mismos y a los demás.

Objetivos específicos.

- Fomentar el respeto de los adolescentes interactuantes.
- Transmitir estrategias a los adolescentes para fomentar el desarrollo de un concepto Positivo de sí mismo y de los demás.
- Dar los conocimientos básicos de nutrición y comportamientos adecuados para una Alimentación equilibrada.

Metodología.

La estrategia de trabajo se desarrollará en el Centro de estudios Tecnológicos (C.E.T.I.S.) numero 54, con sesiones de análisis y reflexión, entre maestro – alumno, entre el alumno y sus familias en el hogar de manera participativa y dinámica utilizando técnicas en relación a la autoestima, habilidades sociales y solución de problemas.

La esencia del proceso educativo no es la instrucción, ni la transmisión de conocimientos, sino el favorecer la intervención de los referidos a través de la reflexión y análisis en el grupo, para la transformación que amplíe la posibilidad de realización del ser humano y de su carácter (esto perneará en todas las unidades).

Con esto se promoverá también el trabajo grupal y la generación de vínculos que favorezcan la autonomía y la responsabilidad de los educandos, así como un alto sentido de solidaridad con los miembros de su sociedad que se encuentren en desventaja emocional y así mismo será piedra angular el la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria.

Lugar.

Dentro de las instalaciones del Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales # 54 dependiente de la Secretaría de Educación Pública (aula asignada).

Tiempo.

Será en un período de cuatro meses asignados por las autoridades.

Recursos.

◦ Material

- Acetatos en blanco sin especificar cantidad.
- Plumines para acetato de diferentes colores.
- Computadora e impresora.
- Hojas blancas tamaño carta sin especificar cantidad.
- Diapositivas elaboradas previa investigación bibliográfica de los contenidos de los temas a tratar en las sesiones con los alumnos, tutores, profesores y padres de familia.
- Gises blancos y de colores sin especificar cantidad para usar el pizarrón y realizar rotafolios con la cartulina y plumones de diferentes colores para el pintarrón.
- Pizarrón y pintaron.
- Cartulinas sin especificar cantidad o color de la misma.
- Proyector de acetatos y diapositivas.

Humano.

Pasante de la carrera de Enfermería.

Universo de trabajo.

Alumnos de 15 a 20 años de nivel medio superior de la escuela referida.

Contenidos

Unidad I

Valores humanos en la formación de un adolescente.

Descripción: Una sociedad sin valores dejara de ser humana, y en la medida en que se estimen estos valores, mayor será el desarrollo de las personas, de la sociedad, de la nación y del mundo. Esto dará las bases del conocimiento de si mismo y los demás a los alumnos.

Objetivos:

- Conocer la estructura de los valores humanos
- Identificar la importancia de los valores humanos en la educación del adolescente.

1. - ¿Qué es un valor?
 - 1.1. - ¿Qué son los valores humanos?
 - 1.2. - ¿Qué es la acción correcta?
 - 1.3. - Valores implícitos dentro de la acción correcta:
2. - ¿Qué es el valor de la verdad?
 - 2.1. - Valores implícitos en la verdad.
3. - ¿Qué es la paz interior?
 - 3.1. - Valores implícitos en la paz interior.
4. - ¿Qué es el amor?
 - 4.1. - Diferencia entre amor y cariño.
 - 4.2. - Conociendo nuestros sentimientos.
 - 4.3. - Que es el afecto.
 - 4.4. - ¿Qué implica una relación de amor?
 - 4.5. - Amor en el seno familiar.
 - 4.6. - Valores implícitos dentro del amor.
5. - ¿Qué es la no violencia?
 - 5.1. - Valores implícitos en la no violencia.
6. - ¿Cómo los Valores humanos pueden hacer a una persona mejor?
7. - Los Valores humanos en mi sociedad.
8. - Retomando los Valores humanos en la educación.

Unidad II

Auto estima.

Descripción: La instauración temprana de tendencias de auto afirmación, una buena educación previa que lleve al dominio de los problemas que surgen desde dentro de cada ser humano y desde afuera de el, la protección, un ambiente acorde y un clima social en que haya interés y optimismo y no abandono impiden y minimizan la formación

psicológica de sentimientos de desamparo, y por lo tanto generan una posición activa ante su situación y su salud, elementos necesarios para que los alumnos comprendan este planteamiento.

Objetivos:

Identificar los conceptos básicos de auto estima.

Aplicar los conceptos de auto estima en la vida diaria de los adolescentes.

Contenidos:

1. - Concepto de auto estima.
2. - Conociendo "Quién soy yo"
3. - Aceptación de la imagen corporal.
4. - Las virtudes y defectos.
5. - Que son las metas.
6. - Aceptando la adolescencia como algo natural y placentero.
7. - Las relaciones interpersonales.

Unidad III

Relaciones familiares.

Descripción: La familia es el primer núcleo en el que se desenvuelve el ser humano y por tal motivo debe de cumplir la función primordial de seguridad y solvencia de dudas acerca del desenvolvimiento en la sociedad y el alumno aprenda como comportarse ante ella.

Objetivos:

Identificar el significado de familia.

Fomentar la discusión de problemas que se puedan encontrar en la familia para su adecuada comprensión por parte de los integrantes de la misma.

Contenidos:

1. - Significado de la familia como círculo social esencial.
2. - Relaciones en la familia.
 - 2.1. - Importancia de una armónica relación entre los integrantes de la familia.
 - 2.2. - Funciones de la familia.
 - 2.3. - Importancia de la familia en la red de apoyo.

Unidad IV

Relación con los amigos.

Descripción: Las amistades son una fuente de influencia para el desarrollo de la personalidad de un adolescente, por tal motivo se debe de poner atención especial en su desarrollo para una juventud placentera y sin problemas originados por una errónea amistad, en las que puede estar inmerso los mismos alumnos.

Objetivos:

Identificar la importancia de la convivencia con personas de otro sexo y del mismo.
Conocer el concepto de amistad y sus implicaciones.

Contenidos:

1. - Que es un amigo.
 - 1.1. - Importancia de las relaciones con otros jóvenes de la misma edad.
 - 1.2. - Que son los amigos.
 - 1.3. - Características de los amigos.

Unidad V

Adolescencia.

Descripción: La adolescencia es el periodo de la vida humana en que se forja la personalidad con la cual se afrontara el resto de la vida, un paso agradable por la etapa mencionada será de gran apoyo para evitar diferentes problemas que acarrearían alteraciones en su salud mental, conocimiento que muchos alumnos requieren reafirmar.

Objetivos:

Darle a conocer y que comprenda los cambios propios de la adolescencia.
Aprender como se forma la personalidad del hombre en la adolescencia.

Contenidos:

1. - ¿Qué es la adolescencia?
 - 1.1. - ¿Qué cambios se dan en la adolescencia con respecto al cuerpo?

2. - Aparición de los caracteres sexuales secundarios en el hombre y la mujer.
3. - Relaciones y comunicación con el sexo opuesto.

Unidad VI

Sexualidad.

Descripción: Un descubrimiento real de lo que es la sexualidad en los alumnos adolescentes hará que sea responsable en el desarrollo de la misma y con ello su auto estima se verá de igual manera incrementado.

Objetivo:

Que los adolescentes identifiquen las generalidades de la sexualidad.

Contenidos:

1. - Generalidades de sexualidad.
 - 1.1. – Conceptos.
 - 1.2. - Sentimientos al experimentar los cambios físicos en la adolescencia.
2. - Que es una relación sexual (Consecuencias físicas y emocionales).
3. - Medidas para prevenir el embarazo.
4. – Enfermedades de transmisión sexual y su prevención

Unidad VII

Salud, concepto integral de bienestar.

Descripción: La salud en el ser humano es el valor máspreciado, por tal motivo su mantenimiento es una prioridad en los seres humanos, esto lo debe conocer el alumno que a la vez es persona susceptible de padecerlo.

Objetivos:

Conocer los conceptos de salud física, mental, emocional y ambiental que permitirá concebir a la salud como un estado integral de bienestar; resaltando su valor en la vida de todo ser humano.

Construir y despertar un sentido de responsabilidad en el adolescente con su familia y la comunidad a fin de evitar enfermedades.

Contenidos:

Conceptos de salud.

1. - Salud física.

1.1. - Características. Factores que la facilitan o limitan.

1.2. - Importancia en la vida de todo ser humano.

2. - Salud ambiental.

2.1. - Características.

2.2. - Importancia de la salud ambiental para el desarrollo de todo ser humano.

2.3. - Factores y conductas que intervienen en la salud ambiental. La relación del ser humano con el medio ambiente y su importancia en el mantenimiento de la vida. El agua como punto de referencia para la salud individual y comunitaria.

2.4. - El aire como posibilitador de la función respiratoria. Importancia de la calidad del aire.

3. - Salud Mental.

3.1. - Características.

3.2. - Factores que intervienen en su facilitación y limitación.

3.3. - Importancia en la vida de todo ser humano.

4. - Salud emocional.

4.1. - Características.

4.2. - Importancia para el bienestar

4.3. - Trascendencia para el desarrollo.

Unidad VIII

Higiene personal y en el hogar.

Descripción: La higiene es parte fundamental de la salud en el ser humano, además de que forja disciplina en las conductas para su mantenimiento nos reafirma la salud física de todo individuo, este conocimiento les dará a los alumnos los elementos para prevenir conductas erróneas.

Objetivos:

Comprender la importancia que tienen los hábitos higiénicos en el hogar y personales en la conservación de la salud.

Que reconozcan la importancia de la adquisición de hábitos higiénicos personales y en el hogar como una medida preventiva de enfermedades.

Contenidos:

1. - Concepto de higiene.
 - 1.2. – Concepto de higiene personal y corporal.
 - 1.3. - Medidas de protección por parte del individuo.

Unidad IX

Alimentación.

Descripción: En un adolescente la alimentación ayudara a un desarrollo óptimo del cuerpo y como consecuencia ayudara a que la mente no encuentre limitaciones físicas para su punto ideal, conocimiento que le dará las bases de la misma.

Objetivos:

Que conozcan las características de una alimentación saludable y su importancia en la salud.

Identificar los diferentes tipos de nutrientes esenciales para el funcionamiento del cuerpo.

Que apliquen la dupla alimentación saludable e higiene en la preparación de alimentos.

Contenidos:

1. - Conceptos de alimentación y nutrición.
 - 1.2. - Diferencias entre alimentación y nutrición.
 - 1.3. - Importancia de la alimentación sana para lograr una buena nutrición.
 - 1.4. - Los alimentos y su clasificación.
 - 1.5. - Higiene y alimentación.
2. - Su relación (de la alimentación) con enfermedades.

Unidad X

Prácticas deportivas.

Descripción: El deporte crea en el joven un sentido de competencia sana para ser mejor día a día, y ayuda en la manutención de la salud en su vida, esto proporciona vigor real al alumno.

Objetivos:

Valorar la importancia de las prácticas deportivas para el bienestar físico y mental.
Comprender la función de estas prácticas en la interacción social con las demás personas.

Contenidos:

1. – Concepto de las prácticas deportivas.
 - 1.2. - Prácticas deportivas en el hogar, la escuela y en la comunidad.
 - 1.3. - Importancia para la salud física, emocional y mental de las prácticas deportivas.
2. - Las prácticas deportivas como: Disciplina (escuela), Relajación (juego), Trabajo o Actividad (casa y comunidad).
3. - La alimentación como factor determinante para la realización de prácticas deportivas.
4. - La constancia y disciplina de las prácticas deportivas para el buen funcionamiento del Organismo, como estimulante de la superación y para lograr una vida saludable y con Bienestar.
5. - Las prácticas deportivas como fomentadoras de las relaciones sociales.

Unidad XI

La influencia de los medios de comunicación en el estilo de vida del adolescente.

Descripción: El adolescente es un blanco perfecto para moldear su personalidad con los programas que ofrecen los medios masivos de comunicación hoy día, por tal motivo debe de estar familiarizado con sus contenidos y no ser tan fácil de influenciar.

Objetivos:

Analizar la influencia de los medios de comunicación sobre los hábitos de comportamiento y el estilo de vida de los adolescentes.
Identificar los efectos nocivos de los medios de comunicación para la salud integral del adolescente.

Contenidos:

1. - ¿Qué es un medio de comunicación?
 - 1.1. - Principales medios de comunicación.
 - 1.2. - ¿Qué promueven los medios de comunicación?
2. - Efectos nocivos de la televisión.
 - 2.1. - Conductas aprendidas.

Unidad XII

No auto medicación.

Descripción: Automedicarse acarrea problemas serios y agudos de salud, por lo que el más indicado para una prescripción médica será inobjetablemente el médico.

Objetivos:

Conocer y analizar la importancia de la prescripción médica.
Identificar los riesgos de la auto medicación entre adolescentes.

Contenidos:

1. - Conociendo quien realiza un diagnostico y prescribe medicamentos.
 - 1.1. - Importancia de la vigilancia médica.
 - 1.2. - Que es auto medicación.
 - 1.3. - Riesgos de auto medicarse en adolescentes.
2. - Consecuencias de tomar medicamentos sin prescripción médica.

Metas.

Se obtendrá un beneficio en la población estudiantil aproximadamente de 60 % en la disminución de la incidencia de factores de riesgo presentes, tomando en cuenta las características de la población estudiantil de estos planteles.

Evaluación.

- Aplicación de cuestionarios finales a los adolescentes.
- Evaluación de situaciones simuladas con los adolescentes.
- Debate acerca del contenido del programa.
- Se realizará un seguimiento de los usuarios que asistieron a las sesiones educativas mediante entrevistas personales para observar y determinar si existen entre los asistentes y si los hay realizar un seguimiento de acciones concretas y evaluarlas periódicamente.
- De esta manera la evaluación del programa nos permitirá identificar la comprensión de los temas y la aclaración de dudas que pudieran surgir de los diferentes temas a tratar.
- Sesiones de retroalimentación con los padres o tutores.
- Planeación con el profesorado de las metas esperadas por ellos mismos.
- Detectar la presencia de adolescentes con anorexia y bulimia y si después de las sesiones han decidido entrar a un programa de rehabilitación para trastornos de conducta alimentaria y realizarlo.
- Con todo lo anterior evaluar los contenidos del programa revisando cada vez su aplicación.

Bibliografía General.

1. Abrahams, L.-Jones P. Anorexia y bulimia: desordenes alimentarios. Ed. Alianza, Madrid 1994.
2. Aguilar. Villalobos, Diseño Institucional I, Modulo fundamentos del desarrollo de la Tecnología educativa, bases pedagógicas. Maestría en Tecnología Educativa, ILCE, México 1993.
3. American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-IV). (5ª Ed.). Versión española. . Barcelona: Masson. 1995.
4. André Ch. Les thérapies cognitives .Paris: Morisette. 1995
5. Argile, M. Psicología y calidad de vida, Intervención psicosocial. 1993. Vol II N° 6 pp. 5-15.
6. Bagu, S. Familia y sociedad. Ed. Tierra Nueva, Buenos Aires 1975.
7. Bandura, A. Self efficacy in human agency, American psychologist. Vol 37 (2), 122 -147, 1982.
8. Baravalle, G. J. Anorexia, teoría y práctica clínica psicoanalítica. Ed. Paidós, Barcelona 1993.
9. Bleichmar, H. Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid: Paidós. 1997.
10. Bloss, Meter, Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Martínez, México 1980.
11. Brooks, D.B. Dalby, R.K. Manual de reparación y mantenimiento del auto estima, Ed. Hunter, Paula, 1993.
12. Bruch, H. (1973). Eating Disorders, Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books.
13. Bruch, Hilde. La jaula dorada. Ed Paidós, España 2002.
14. Bruch, H. (1982). Treatment in anorexia nervosa. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 9, 303-312.

15. Cabetas Hernández, I. Anorexia Nervosa: La Melancolía como sustrato psicopatológico de la enfermedad. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid 1998.
16. Caparros, N. La anorexia, una locura del cuerpo. Ed. Pirámide, España 1996.
17. Castoriadis, Los dominios del hombre. Encrucijadas del laberinto, Barcelona, Gedisa 1988
18. Chandrasoma, Parakrama y Taylor, Patología general. Ed. Manual moderno, México 1998
19. Chinchilla, M. Guía practica de los trastornos de la conducta alimentaria. Ed. Masson, México 1995.
20. Cuelli, J. Papeles de educación. Valores y metas de la educación en México. Ed. De la Jornada. México. Sep. 1994.
21. De Dios J.L. Acontecimientos vitales en Anorexia Nerviosa. II Congreso A.E.T.C.A. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 1999, 26,4:84-86
22. Escrivá, A. La anorexia: feminidad vivida como un enigma amenazante. Conferencia en el Círculo de Bellas Artes. Madrid. 1999.
23. Fairburn CG.: La superación de los atracones de comida, Barcelona, Paidós, 1998.
24. Fairburn, C.G Studies of epidemiology of bulimia nervosa. American journal of Psychology 147(4) 401-408, 1990.
25. Fierro, A. Personalidad: Sistemas de conductas. México: Trillas 1983.
26. Frankenburg, F. C. Female Therapists in the Management of Anorexia Nervosa. Int. Journal of Eating Disorders, 3, (4) 25-33. 1984
27. Fromm, E. La condición humana actual y otros temas de la vida contemporánea. Ed. Paidós, México 1992.
28. Frondosa, L. Rodríguez, A.L. Los valores, antología. Cátedra extraordinaria sobre valores. Colegio Madrid, A.C. 1993.
29. FUNSALUD. Hacia una cultura de prevención, bases para un programa. Revista cuadernos De Nutrición Vol.21 N° 5 Sep. México 1998 pp. 60-73.
30. García, V. M. Educación para la salud con base en valores humanos. Revista A tu salud, Segovia, España 1994.

31. García Viveros, M. Historia de la educación para la salud en México. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Nutrición. Universidad de Monterrey, Nuevo León, México, Octubre de 1993.
32. Gardner, R. M., y Bokenkamp, E. D. The role of sensory and non sensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. Journal of Clinical Psychology, 52(1), 3-15. 1996.
33. Garner, D., Olmsted, M., Polivy, J. Development and validation of a multidimensional inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int. J. Eating Disorders, 2, 15-34. 2000.
34. Gavino, L.A. Problemas de la alimentación, manual práctico para su prevención y Tratamiento. Ed. Pirámide, España 1995
35. Gillemont, A. Anorexia y bulimia, el peso de la cultura. Ed. Ariel, Barcelona 1994.
36. Gómez, P. Anorexia nerviosa, la prevención en la familia. Ed. Pirámide, Madrid 1996.
37. Gómez, P. Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes Universitarios: Bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología 3 (1) pp. 95-112.
38. Gordon, C. The parents relationship and the child's illness in anorexia nervosa. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 17 (1), 29-42. 1989.
39. Gordon, R.A. Anorexia y bulimia, anatomía de una epidemia social. Ed. Ariel, Barcelona 1994.
40. Gillhon, Helen, L. Wheelock Collage: Como ayudar a los niños a aceptarse a sí mismos y aceptar a los demás. Ed. Paidós, 1991.
41. Halmi KA.: Trastornos de alimentación. En Tratado de Psiquiatría (Hales R, Yudofsky S, Talbot), Barcelona, Ancora, 1996.
42. Herscovici, R. C., y Bay, L. Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós. 1990.
43. Hirschman, J.R. La obsesión de comer. Ed. Paidós, Barcelona 1994
44. Holtz. V. Gardner. D. N. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes mexicanos. Fundación Internacional CVA para la prevención y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria. Agosto 1994.

45. I.E.P.S, B. Educación y valores sobre el sentido de la acción educativa. Ed. Narcea Madrid 1985.
46. Johnson, W. G., Corrigan, S. A., y Mayo, L. L. Innovative treatment approaches to bulimia nervosa. Behavior Modification, 11, 373-388. 1987.
47. Johnson y Flach. Characteristics of 105 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142(11), 1321-1324, U.S.A. 1985.
48. Kaplan, H. Sinopsis de psiquiatría. Ed. Panamericana, 8ª edition, USA 2000.
49. Kastury, N. Sathya Sai Books and publication trust. Ed. Errepar, India 1990.
50. Labinowicz, E. Introducción a Piaget. Ed. Fondo educativo interamericano México 1991 pp. 112.
51. Lancaster. Enfermería comunitaria Ed. Interamericana, México 1984.
52. Lasa, A. Los pecados de la carne. En: Jornadas sobre anorexia mental y bulimia, Bilbao. Grupo Psicoterapia Analítica Bilbao. 1995
53. Lázaro L. y Toro J. Aspectos epidemiológicos, sociales y culturales de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Aula Med. Psiquiatría 1999 1, 3:205-219
54. Lerner, M. Introducción a la psicoterapia de Rogers, Nueva visión, Buenos Aires 1974, pp. 95.
55. Mancilla, J. M. Factores de riesgo en trastornos alimentarios. Asociación Mexicana de Psiquiatría VOL. I N° 16, 1999.
56. Marro, F. Aplicabilidad y repercusiones de la obra de Piaget. Ed. Fondo educativo Interamericano. México 1991. pp. 113 – 132.
57. Maslow, A.; El hombre realizado. Hacia una psicología del ser. Ed. Kairos. Numancia. 1992.
58. Mora, M., y Raich, R. M. Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. Análisis y Modificación de Conducta, 19, 66. 1993
59. Muñoz, B. J. Reflexiones sobre el tema educación y valores .Revista de información y Orientación pedagógica de la escuela normal superior del Estado De México, N° 5, Junio 1991, pp. 24-36.
60. Orley, J. Educación en habilidades para la vida División de salud mental OMS Ginebra, Suiza 1992.

61. Palazzoli, M. Self - Starvation. New Jersey: Jason Aronson. 1994.
62. Perpiñá, C. Trastornos alimentarios: de los problemas en los criterios diagnósticos al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización. Revista Española de Terapia de Comportamiento, 7, 199-219. 1989.
63. Piaget, J. El criterio moral en el niño. Ed roca. México, 1985.
64. Raich, R. Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide. 1994.
65. Råstam M. Personality and Eating Disorders II Congreso A.E.T.C.A. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 1999, 26,4:107-108 .
66. Rodin, J. Factores psicológicos de trastornos alimentarios. Clínicas Médicas de Norteamérica. USA 1989.
67. Rodríguez, M. J. Psicología social de la salud. España 1995.
68. Russell GF: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9: 429-448, 1979.
69. Sánchez, García, J. Anorexia y bulimia, en busca del cuerpo perfecto. Ed. Paidós, Barcelona 1996.
70. Sánchez. H, J. J. La gestión participativa en la enseñanza. Ed. Narcea, Madrid 1979.
71. Santamarina, C., Tubert, S. Género, desarrollo psicosexual: bases para una acción social y educativa. Memoria de investigación. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1999.
72. Saucedo, M. T. Factores de crianza e interacción familiar, predictores de trastornos Alimentarios. Tesis de Maestría, Facultad de psicología, México 1996.
73. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona: Paidós. 1999.
74. SRI Sathya Sai Baba. Educación en valores humanos. Fundación Sri Sathya Sai Baba, El Salvador 1993.
75. SRI Sathya Sai Baba. Programa de educación en valores humanos. Ed. Errepar Argentina 1992.
76. Toro, Joseph. Anorexia y bulimia, cultura y sociedad. Ed. Ariel, España 1996.
77. Toro Joseph. El cuerpo como un delito. Ed. Ariel, España, 2000.

78. Toro, J. Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. Monografías de Psiquiatría II (4), 10-16. 1990.
79. Toro J. Los trastornos alimenticios, en Psicopatología del niño y del adolescente, coord. J. Rodríguez Sacristán Ed. Universidad de Sevilla 1995
80. Tubert, S. Género, desarrollo psicosexual y trastornos de la imagen: bases para una acción social y educativa. Memoria de investigación. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. . 1999.
81. Vandereycken W., Castro J y Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Ed. Martinez Roca 1991
82. Vargas, A. Palacios. Educación para la salud. Ed. Interamericana Mc Graw-Hill, México 1993, pp 286.
83. Villegas, M. (1986). La psicología humanista y educación, concepto y método. Anuario de psicología, 34, (1), 7-45. En fundamentos del desarrollo de la tecnología educativa I, Bases socio pedagógicas. Paradigmas de la psicología educativa. Hernández Rojas, G. ILCE. México 1991, pp. 98 – 115.
84. Vygostky, L.S. El desarrollo de las funciones psicológicas superiores. Ed. Grijal. Pp. 123 - 132. 1991.
85. Wersch, J. (1989). Vygostky y la formación de la mente, ed. Paidos 1991.
86. Zonis de Zukerfeld, R. Trastornos de la alimentación: Alexitimia, Imagen corporal y tercera tópica. FUNDAIH, 8, 21-27. 1996.

Bibliografía de referencia

1. Abrahams, L.-Jones P. Anorexia y bulimia: desordenes alimentarios. Ed. Alianza, Madrid 1994.
2. Aguilar. Villalobos, Diseño Institucional I, Modulo fundamentos del desarrollo de la Tecnología educativa, bases pedagógicas. Maestría en Tecnología Educativa, ILCE, México 1993.
3. American Psychiatric Association Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (DSM-IV). (5ª Ed.). Versión Española. . Barcelona: Masson. 1995.

4. André Ch. Les thérapies cognitives .Paris: Morissette. 1995
5. Argile, M. Psicología y calidad de vida, Intervención psicosocial. 1993. Vol II N° 6 pp. 5-15.
6. Baravalle, G. J. Anorexia, teoría y práctica clínica psicoanalítica. Ed. Paidós, Barcelona 1993.
7. Bleichmar, H. Avances en Psicoterapia Psicoanalítica. Madrid: Paidós. 1997.
8. Blos, Meter, Psicoanálisis de la adolescencia. Ed. Joaquín Martínez, México 1980.
9. Bruch, H. (1973). Eating Disorders, Obesity and Anorexia Nervosa and the Person Within. New York: Basic Books.
10. Bruch, Hilde. La jaula dorada. Ed Paidós, España 2002.
11. Bruch, H. (1982). Treatment in anorexia nervosa. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy, 9, 303-312.
12. Cabetas Hernández, I. Anorexia Nervosa: La Melancolía como sustrato psicopatológico de la enfermedad. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid 1998.
13. Calvo, R. Trastornos de la alimentación (I): Análisis. En E. Echeburúa (Ed.). Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad. Madrid: Pirámide. 1992.
14. Cuello, J. Papeles de educación. Valores y metas de la educación en México. Ed. De la Jornada. México. Sep. 1994.
15. De Dios J.L. Acontecimientos vitales en Anorexia Nerviosa. II Congreso A.E.T.C.A. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 1999, 26,4:84-86
16. Escrivá, A. La anorexia: feminidad vivida como un enigma amenazante. Conferencia en el Círculo de Bellas Artes. Madrid. 1999.
17. Fairburn CG.: La superación de los atracones de comida, Barcelona, Paidós, 1998.
18. Fierro, A. Personalidad: Sistemas de conductas. México: Trillas 1983.
19. Frankenburg, F. C. Female Therapists in the Management of Anorexia Nervosa. Int. Journal of Eating Disorders, 3, (4) 25-33. 1984
20. García, V. M. Educación para la salud con base en valores humanos. Revista A tu salud, Segovia, España 1994.

21. García Viveros, M. Historia de la educación para la salud en México. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Nutrición. Universidad de Montemorelos, Nuevo León, México, Octubre de 1993.
22. Gardner, R. M., y Bokenkamp, E. D. The role of sensory and non sensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. Journal of Clinical Psychology, 52(1), 3-15. 1996.
23. Garner, D., Olmsted, M., Polivy, J. Development and validation of a multidimensional inventory for anorexia nervosa and bulimia. Int. J. Eating Disorders, 2, 15-34. 2000.
24. Gómez, P. Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes Universitarios: Bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología 3 (1) pp. 95-112.
25. Gordon, C. The parents relationship and the child's illness in anorexia nervosa. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 17 (1), 29-42. 1989.
26. Gordón, R.A. Anorexia y bulimia, anatomía de una epidemia social. Ed. Ariel, Barcelona 1994.
27. Johnson, W. G., Corrigan, S. A., y Mayo, L. L. Innovative treatment approaches to bulimia nervosa. Behavior Modification, 11, 373-388. 1987.
28. Halmi KA.: Trastornos de alimentación. En Tratado de Psiquiatría (Hales R, Yudofsky S, Talbot), Barcelona, Ancora, 1996.
29. Herscovici, R. C., y Bay, L. Anorexia nerviosa y bulimia: amenazas a la autonomía. Buenos Aires: Paidós. 1990.
30. Holtz. V. Gardner. D. N. Trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes mexicanos. Fundación Internacional CVA para la prevención y tratamiento de los trastornos de conducta alimentaria. Agosto 1994.
31. I.E.P.S, B. Educación y valores sobre el sentido de la acción educativa. Ed. Narcea Madrid 1985.
32. Labinowicz, E. Introducción a Piaget. Ed. Fondo educativo interamericano México 1991 pp. 112.
33. Lancaster. Enfermería comunitaria Ed. Interamericana, México 1984.
34. Lasa, A. Los pecados de la carne. En: Jornadas sobre anorexia mental y bulimia, Bilbao. Grupo Psicoterapia Analítica Bilbao. 1995

35. Lázaro L. y Toro J. Aspectos epidemiológicos, sociales y culturales de los Trastornos del Comportamiento Alimentario. Aula Med. Psiquiatría 1999 1, 3:205-219
36. Llopis Martín J.M., Lara Moreno. Valores educativos en alumnos de la escuela de profesorado de la universidad de Almería. Primeras jornadas internacionales. Política social y calidad de vida. Granada, España Marzo 1994
37. López García, J.E. Isasi, N.B. La vertiente humana del cambio social: la jerarquía de los valores, La ciencia y la técnica de la fe. Cenic, Madrid, 1977
38. Marro, F. Aplicabilidad y repercusiones de la obra de Piaget. Ed. Fondo educativo Interamericano. México 1991. pp. 113 – 132.
39. Maslow, A.; El hombre realizado. Hacia una psicología del ser. Ed. Kairos. Numancia. 1992.
40. Mora, M., y Raich, R. M. Sintomatología bulímica: un análisis topográfico y funcional. Análisis y Modificación de Conducta, 19, 66. 1993
41. Palazzoli, M. Self - Starvation. New Jersey: Jason Aronson. 1994.
42. Perpiñá, C. Trastornos alimentarios: de los problemas en los criterios diagnósticos al esbozo de un nuevo modelo para su conceptualización. Revista Española de Terapia de Comportamiento, 7, 199-219. 1989.
43. Piaget, J. El criterio moral en el niño. Ed roca. México, 1985.
44. Raich, R. Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide. 1994.
45. Råstam M. Personality and Eating Disorders II Congreso A.E.T.C.A. Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna 1999, 26,4:107-108 .
46. Rodríguez, M. J. Psicología social de la salud. España 1995.
47. Russell GF: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9: 429-448, 1979.
48. Salcedo Meza, C. Bulimia, adicción por la delgadez. Revista Psicoanálisis Vol III. N°13 pp23-26 .
49. Santamarina, C., Tubert, S. Género, desarrollo psico-sexual: bases para una acción social y educativa. Memoria de investigación. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 1999.
50. Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona: Paidós. 1999.

51. Sri Sathya Sai. Educación en valores humanos Fundación Sri Sathya Sai Baba. El Salvador 1993.
52. Toro Joseph. El cuerpo como un delito. Ed. Ariel, España, 2000.
53. Toro, J. Clasificación y relaciones de los trastornos del comportamiento alimentario. Monografías de Psiquiatría II (4), 10-16. 1990.
54. Toro J. Los trastornos alimenticios, en Psicopatología del niño y del adolescente, coord. J. Rodríguez Sacristán Ed. Universidad de Sevilla 1995
55. Vandereycken W., Castro J y Vanderlinden J. Anorexia y Bulimia. La familia en su génesis y tratamiento. Ed. Martinez Roca 1991
56. Vargas, A. Palacios. Educación para la salud. Ed. Interamericana MC Graw-Hill, México 1993, pp. 286.
57. Vygostky, L.S. El desarrollo de las funciones psicológicas superiores. Ed. Grijal. Pp. 123 - 132. 1991.
58. Zonis de Zukerfeld, R. Trastornos de la alimentación: Alexitimia, Imagen corporal y tercera tópica. FUNDAIH, 8, 21-27. 1996.

Anexos.

I. Cuestionario para identificar factores predisponentes de trastornos de conducta alimentaria

Edad _____ Sexo _____ Semestre _____ Peso _____
Talla _____

1. - En general ¿hasta que punto estas satisfecho con lo logros que has obtenido?

- a.- Muy satisfecho. b.- Algo satisfecho. c.- Medio satisfecho. d).- Algo insatisfecho.
e.- Muy insatisfecho.

2. - En general ¿hasta que punto te sientes satisfecho contigo mismo?

- a.- Muy satisfecho. b.- Algo satisfecho. c.- Medio satisfecho. d).- Algo insatisfecho.
e.- Muy insatisfecho.

3. - En general si tuvieses que compararte con la media de personas, ¿como te sentirías contigo mismo?

- a.- Muy satisfecho. b.- Algo satisfecho. c.- Medio satisfecho. d).- Algo insatisfecho.
e.- Muy insatisfecho.

4.-¿Hasta que punto te encuentras satisfecho con tu vida hasta ahora?

- a.- Muy satisfecho. b.- Algo satisfecho. c.- Medio satisfecho. d).- Algo insatisfecho.
e.- Muy insatisfecho.

5.- ¿Hasta que punto sientes que controlas tu vida?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

6.- ¿Hasta que punto te has sentido inferior a los demás?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

7.- ¿Hasta que punto has estado harto de todo?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

8.- ¿Hasta que punto te sientes con pleno control de ti mismo?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

9.- ¿Hasta que punto te ha agobiado las cosas que tenias que hacer?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

10.- ¿Hasta que punto te ha resultado dificil hablar con alguien del otro sexo?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

11.- ¿Hasta que punto has sentido que eres una persona madura y responsable?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

12.- ¿Hasta que punto has deseado ser de nuevo un niño?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

13.- ¿Hasta que punto te has sentido feliz?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

14.- ¿Hasta que punto quieres tener mayor control sobre algún aspecto de tu vida?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

15.- ¿Hasta que punto te has sentido un fracaso en la vida?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

16.- ¿Hasta que punto eres perfeccionista?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

17.- ¿Hasta que punto has querido ser tratad de forma más adulta?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.

e.- Nunca.

18.- ¿Hasta que punto no respetas las normas?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

19.- ¿Hasta que punto tienes muchas cosas de que sentirte orgulloso?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

20.- ¿Hasta que punto sientes que no satisfaces a uno o ambos padres?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

21.- ¿Encuentras la adolescencia agradable?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

22.- ¿Hasta que punto te preocupa lo que los demás pueden pensar de ti?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

23.- ¿A ti no te preocupa el tipo ni el tamaño de tu cuerpo?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

24.- ¿Hasta que punto tienes costumbres regulares con tu alimentación? (comer tres veces por día).

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

25.- ¿Hasta que punto has ayunado un día entero o más para adelgazar?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

26.- ¿Hasta que punto has utilizado medicamentos para bajar de peso?

a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d.- Casi nunca.
e.- Nunca.

27.- ¿Hasta que punto sentido envidia de los cuerpos esbeltos de los atletas y modelos de moda?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

28.- ¿Hasta que punto captan tu atención los anuncios que ofrecen productos para adelgazar?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

29.- ¿Hasta que punto comes y bebes solo alimentos ligth?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

30.- ¿Hasta que punto te aterra observarte en un espejo por sentirte obeso?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

31.- ¿Hasta que punto has hecho régimen para adelgazar en tu vida?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

32.- ¿Hasta que punto te angustia que te digan llenito o gordo aunque solo sea un cumplido?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

33.- ¿Hasta que punto crees que las personas delgadas son más aceptadas por los demás que los que no lo son?

- a.- Todo el tiempo. b.- Casi todo el tiempo. c.- A veces. d).- Casi nunca.
e.- Nunca.

Gracias por tu cooperación.

Hoja de respuestas individual.

Iniciales de tu nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Semestre: _____ Peso: _____ Talla: _____

1	A	B	C	D	E
2	A	B	C	D	E
3	A	B	C	D	E
4	A	B	C	D	E
5	A	B	C	D	E
6	A	B	C	D	E
7	A	B	C	D	E
8	A	B	C	D	E
9	A	B	C	D	E
10	A	B	C	D	E
11	A	B	C	D	E
12	A	B	C	D	E
13	A	B	C	D	E
14	A	B	C	D	E
15	A	B	C	D	E
16	A	B	C	D	E
17	A	B	C	D	E
18	A	B	C	D	E
19	A	B	C	D	E
20	A	B	C	D	E
21	A	B	C	D	E
22	A	B	C	D	E
23	A	B	C	D	E
24	A	B	C	D	E

25	A	B	C	D	E
26	A	B	C	D	E
27	A	B	C	D	E
28	A	B	C	D	E
29	A	B	C	D	E
30	A	B	C	D	E
31	A	B	C	D	E
32	A	B	C	D	E
33	A	B	C	D	E
34	A	B	C	D	E
35	A	B	C	D	E
36	A	B	C	D	E
37	A	B	C	D	E
38	A	B	C	D	E
39	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
41	A	B	C	D	E
42	A	B	C	D	E
43	A	B	C	D	E
44	A	B	C	D	E
45	A	B	C	D	E
46	A	B	C	D	E
47	A	B	C	D	E
48	A	B	C	D	E

II. Cuadros de la investigación.

CUADRO 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS.

EDAD DE LOS ADOLESCENTES	Fo.	%
15 años	5	10
16 años	8	16
17 años	20	40
18 años	4	8
19 años	10	20
20 años	3	6
TOTAL	50	100.00

FUENTE: Alumnos del Centro de Estudios Tecnológicos e Industriales #54

CUADRO 2

DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS ADOLESCENTES DE 15 A 20 AÑOS.

SEXO	Fo.	%
Femenino.	35	70
Masculino	15	30
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 3

SEMESTRE QUE CURSAN LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

SEMESTRE	Fo	%
1° Semestre	8	16
3° Semestre	7	14
5° Semestre	35	70
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 4

PESO DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

TIPO	Fo	%
PESO BAJO	6	12
PESO NORMAL	39	78
SOBREPESO	5	10
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 5

TALLA CON RESPECTO A LA EDAD DE LOS ADOLESCENTES ENTREVISTADOS

ESTATURA	Fo	%
ESTATURA ALTA	9	18
ESTATURA NORMAL	38	76
ESTATURA BAJA	3	6
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 6

SATISFACCION DE LOS LOGROS OBTENIDOS

GRADO	Fo.	%
Muy satisfecho	8	16
Algo satisfecho	13	26
Medio satisfecho	16	32
Algo insatisfecho	12	24
Muy insatisfecho	1	2
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 7

SATISFACCION CONSIGO MISMO EN LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 20 AÑOS

GRADO	Fo.	%
Muy satisfecho	3	6
Algo satisfecho	14	28
Medio satisfecho	15	30
Algo insatisfecho	13	26
Muy insatisfecho	5	10
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 8

COMPARACION CON LOS DEMAS JOVENES

GRADO	Fo.	%
Muy satisfecho	4	8
Algo satisfecho	11	22
Medio satisfecho	16	32
Algo insatisfecho	17	34
Muy insatisfecho	2	4
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 9
SATISFACCION EXPERIMENTADA CON LA VIDA

GRADO	Fo.	%
Muy satisfecho	3	6
Algo satisfecho	11	22
Medio satisfecho	22	44
Algo insatisfecho	12	24
Muy insatisfecho	2	4
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 10
SENSACION DE CONTROL EN LOS ACTOS PROPIOS

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	2	4
Casi todo el tiempo	10	20
A veces	25	50
Casi nunca	11	22
Nunca	2	4
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 11
SENTIMIENTO DE INFERIORIDAD

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	0	0
Casi todo el tiempo	8	16
A veces	24	48
Casi nunca	17	34
Nunca	1	2
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 12
SENSACION DE FASTIDIO DE LOS DEBERES COTIDIANOS

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	1	2
Casi todo el tiempo	17	34
A veces	22	44
Casi nunca	8	16
Nunca	2	4
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 13

SENTIMIENTO DE CONTROL INTERNO

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	2	4
Casi todo el tiempo	10	20
A veces	26	52
Casi nunca	12	24
Nunca	0	0
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 14

PRESENCIA DE AGOBIO EN LOS ACTOS POR REALIZAR

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	1	2
Casi todo el tiempo	18	36
A veces	14	28
Casi nunca	15	30
Nunca	2	4
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 15

DIFICULTAD EN LA COMUNICACIÓN CON EL SEXO OPUESTO

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	11	22
Casi todo el tiempo	4	8
A veces	13	26
Casi nunca	16	32
Nunca	6	12
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 16

SENSACIÓN DE MADUREZ Y RESPONSABILIDAD

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	1	2
Casi todo el tiempo	8	16
A veces	15	30
Casi nunca	22	44
Nunca	4	8
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 17

DESEO DE VOLVER A SU INFANCIA

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	3	6
Casi todo el tiempo	6	12
A veces	14	28
Casi nunca	12	24
Nunca	15	30
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 18

SENTIMIENTO DE FELICIDAD

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	3	6
Casi todo el tiempo	12	24
A veces	22	44
Casi nunca	12	24
Nunca	1	2
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 19

DESEO DE CONTROL EN ALGUN ASPECTO DE LA VIDA

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	15	30
Casi todo el tiempo	21	42
A veces	11	22
Casi nunca	3	6
Nunca	0	0
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 20

SENTIMIENTO DE FRACASO

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	1	2
Casi todo el tiempo	4	8
A veces	15	30
Casi nunca	17	34
Nunca	13	26
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 21
PERFECCIONISMO ENTRE LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	22	44
Casi todo el tiempo	9	18
A veces	9	18
Casi nunca	3	6
Nunca	7	14
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 22
DESEO DE UN TRATO MÁS ADULTO

GRADO	Fo.	%
Toda el tiempo	7	14
Casi todo el tiempo	5	10
A veces	3	6
Casi nunca	16	32
Nunca	19	38
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 23

PROBLEMAS CON LA IMAGEN DE AUTORIDAD EN LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	9	18
Casi todo el tiempo	1	2
A veces	16	32
Casi nunca	13	26
Nunca	11	22
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 24

SENTIMIENTO DE ORGULLO PROPIO EN LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	5	10
Casi todo el tiempo	7	14
A veces	9	18
Casi nunca	26	52
Nunca	3	6
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 25

PROBLEMAS PARA LA SATISFACCION DE LOS PADRES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	27	54
Casi todo el tiempo	11	22
A veces	6	12
Casi nunca	4	8
Nunca	2	4
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 26

ACEPTACION DE LA ADOLESCENCIA

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	14	28
Casi todo el tiempo	8	16
A veces	3	6
Casi nunca	9	18
Nunca	16	32
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 27

IMPORTANCIA DE LA OPINION DE LOS DEMAS ENTRE LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	15	30
Casi todo el tiempo	16	32
A veces	5	10
Casi nunca	10	20
Nunca	4	8
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 28

ACEPTACION DE LA FIGURA CORPORAL EN LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	12	24
Casi todo el tiempo	3	6
A veces	2	4
Casi nunca	1	2
Nunca	32	64
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 29

CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL EN LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	14	28
Casi todo el tiempo	8	16
A veces	7	14
Casi nunca	12	24
Nunca	9	18
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 30

PRACTICA DE AYUNO PARA ADELGAZAR EN LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	5	10
Casi todo el tiempo	0	0
A veces	2	4
Casi nunca	1	2
Nunca	42	84
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 31
USO DE FARMACOS PARA ADELGAZAR

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	5	10
Casi todo el tiempo	3	6
A veces	1	2
Casi nunca	1	2
Nunca	40	80
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 32
ENVIDIA POR CUERPOS MÁS DELGADOS

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	14	28
Casi todo el tiempo	6	12
A veces	16	32
Casi nunca	12	24
Nunca	2	4
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 33

INTERES EN LA PUBLICIDAD DE PRODUCTOS PARA ADELGAZAR

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	12	24
Casi todo el tiempo	4	8
A veces	20	40
Casi nunca	2	4
Nunca	12	24
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 34

CONSUMO DE ALIMENTOS LIGHT ENTRE LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	9	18
Casi todo el tiempo	5	10
A veces	10	20
Casi nunca	16	32
Nunca	10	20
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 35

MIEDO DE UNA IMAGEN OBESA ENTRE LOS ADOLESCENTES

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	4	8
Casi todo el tiempo	4	8
A veces	5	10
Casi nunca	2	4
Nunca	35	70
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 36

PRACTICA DE DIETAS ENTRE LOS ADOLESCENTES ENTRE 15 A 20 AÑOS

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	7	14
Casi todo el tiempo	0	0
A veces	3	6
Casi nunca	0	0
Nunca	40	80
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 37

MIEDO ACERCA DE APELATIVOS DE SU IMAGEN CORPORAL

GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	10	20
Casi todo el tiempo	3	6
A veces	9	18
Casi nunca	6	12
Nunca	22	44
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

CUADRO 38

PERCEPCION DE ACEPTACION DE LA IMAGEN DELGADA ENTRE LOS DEMÁS

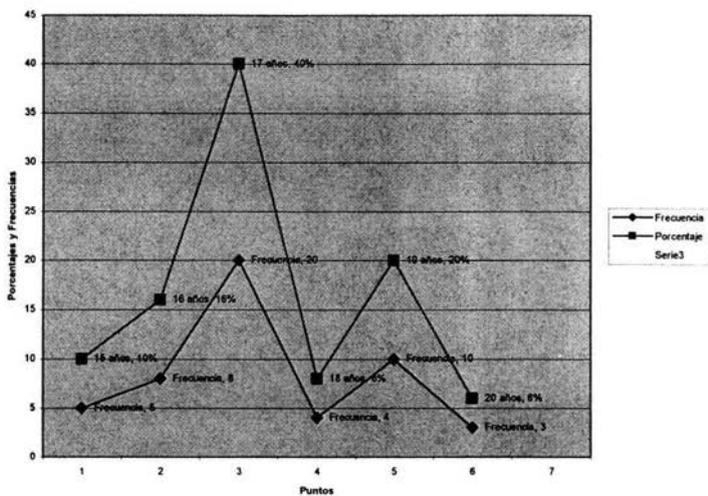
GRADO	Fo.	%
Todo el tiempo	10	20
Casi todo el tiempo	5	10
A veces	13	26
Casi nunca	11	22
Nunca	11	22
TOTAL	50	100.00

FUENTE: op. cit.

Anexo III

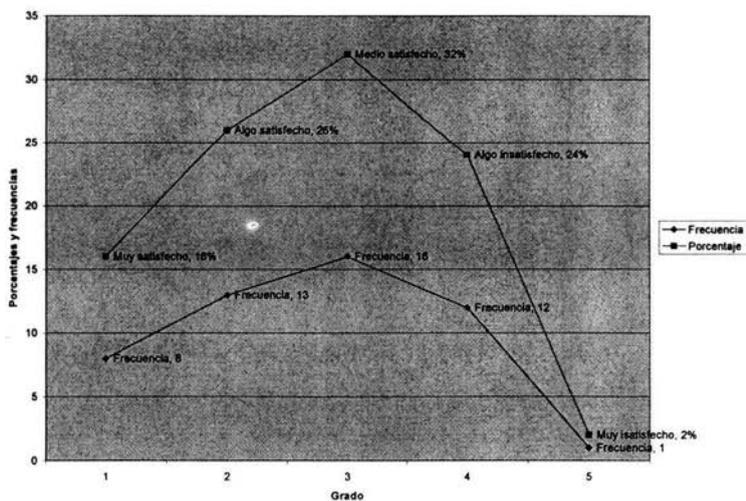
Gráficas.

Gráfica 1, edad de los adolescentes.



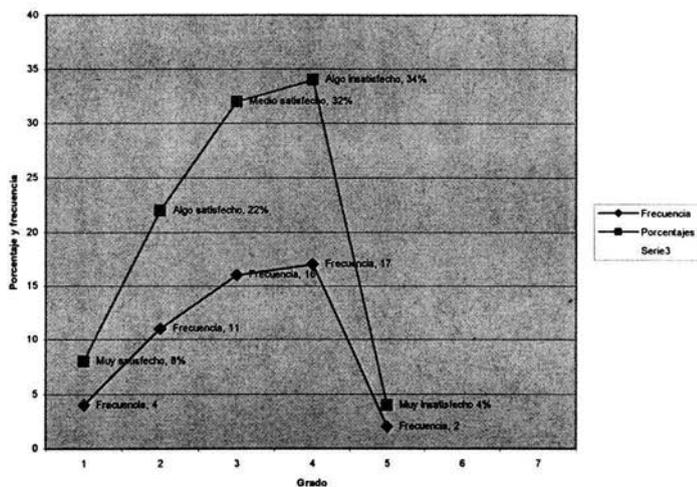
Fuente; Cuadro 1 del anexo I.

Gráfica 2, Satisfacción de los logros obtenidos.



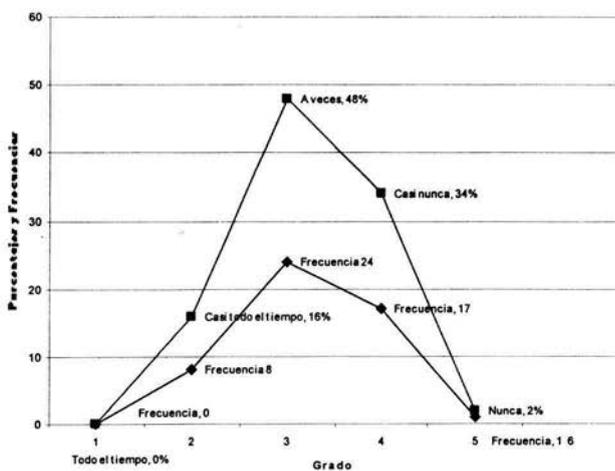
Fuente: Cuadro 6 del anexo I.

Gráfica 3, Comparación con los demás.



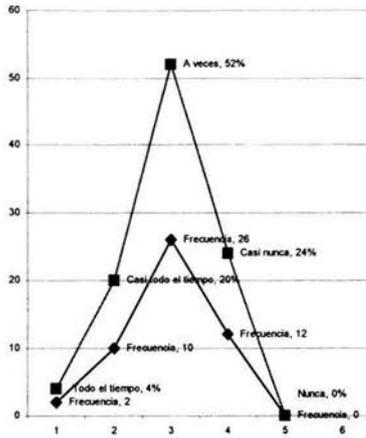
Fuente: Cuadro 8 del anexo I.

Gráfica 4, Sentimiento de inferioridad.



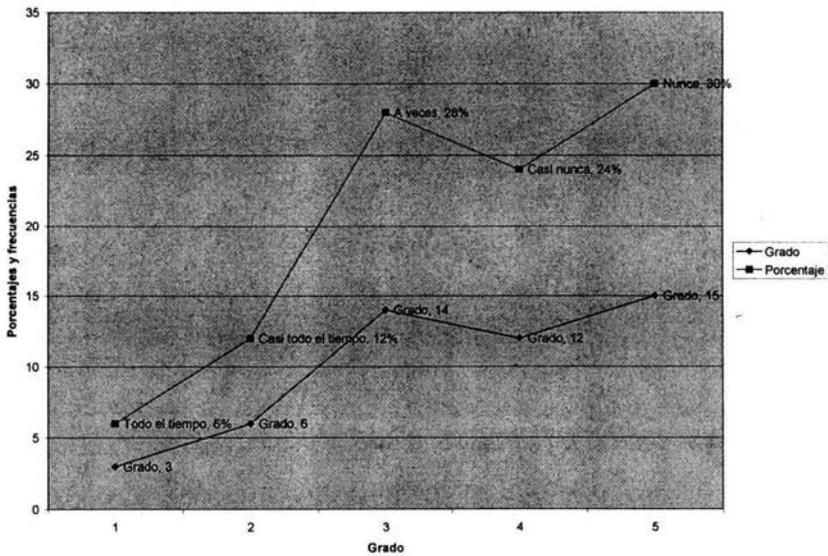
Fuente: Cuadro 11 del anexo I.

Gráfica 5, Sentimiento de control interno.



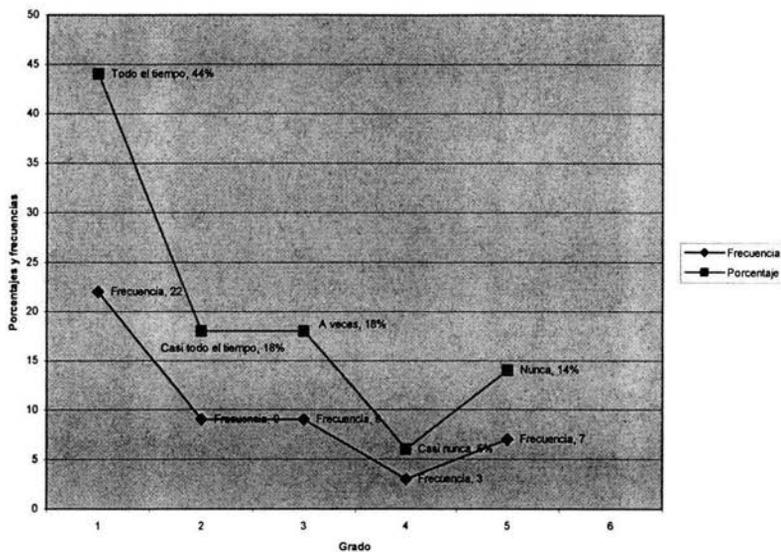
Fuente: Cuadro 13 del anexo I.

Gráfica 6, Deseo de volver a su infancia.



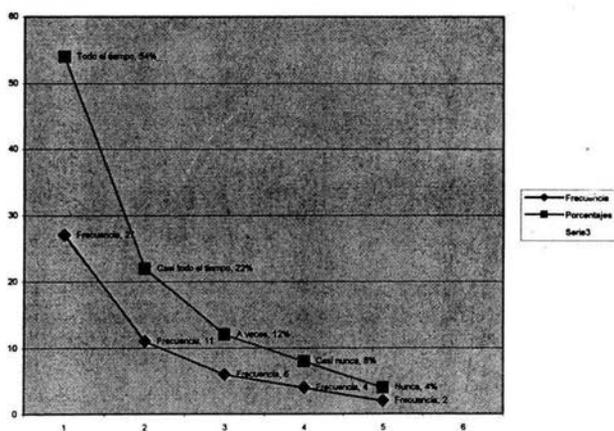
Fuente: Cuadro 17 del anexo I.

Gráfica 7, Perfeccionismo entre los adolescentes.



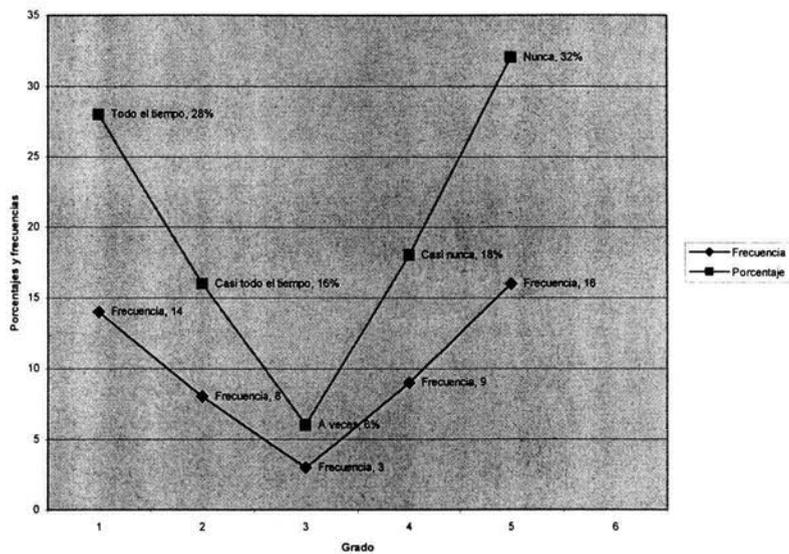
Fuente: Cuadro 21 del anexo I.

Gráfica 8, problemas para la satisfacción de los padres.



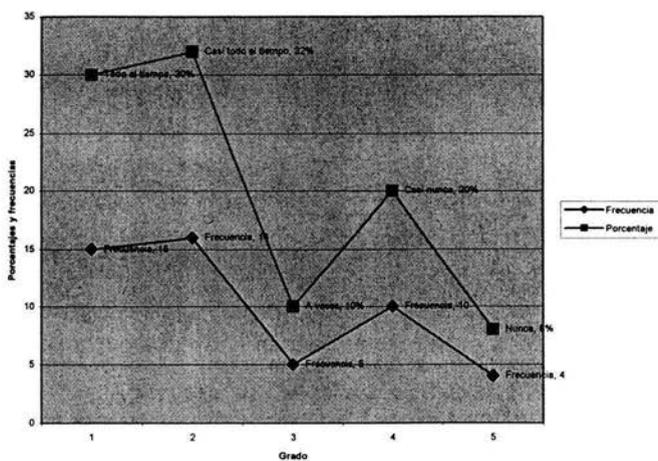
Fuente: Cuadro 25 del anexo I.

Gráfica 9, Aceptación de la adolescencia.



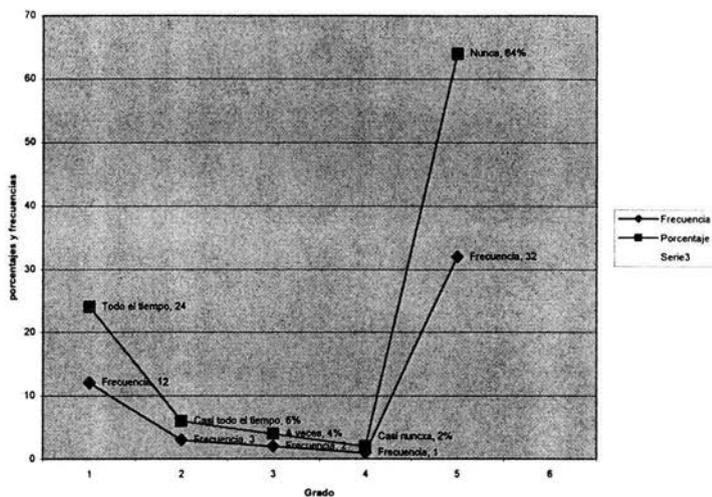
Fuente: Cuadro 26 del anexo I.

Gráfica 10, Importancia de la opinión de los demás.



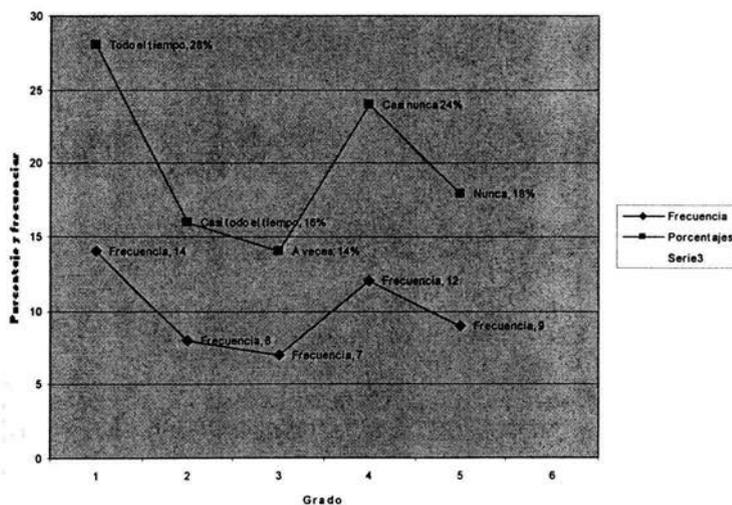
Fuente: Cuadro 27 del anexo I.

Gráfica 11, Aceptación de la figura corporal.



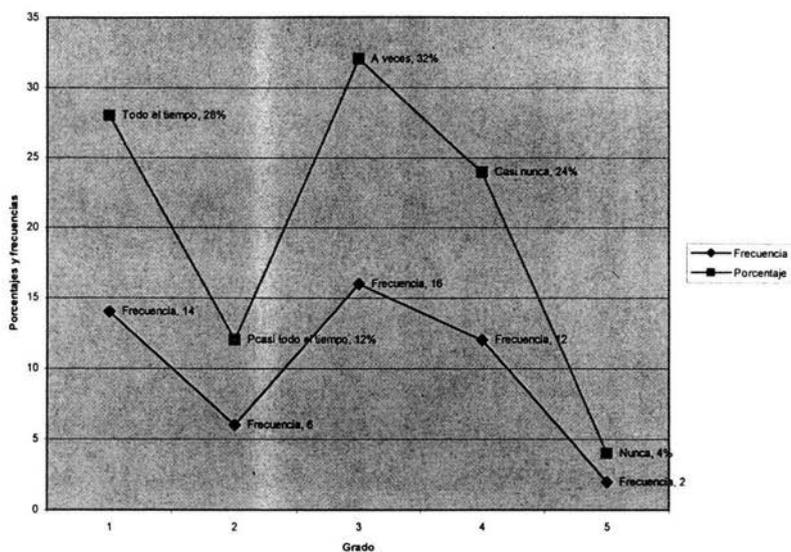
Fuente: Cuadro 28 del anexo I.

Gráfica 12, Conducta alimentaria normal.



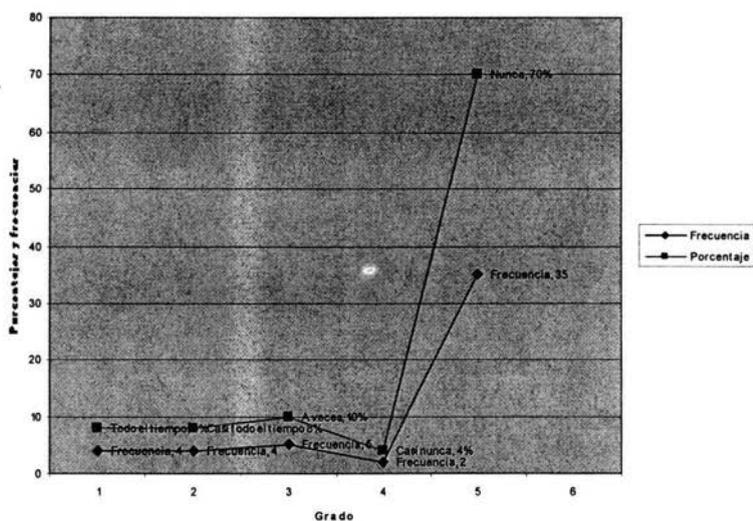
Fuente: Cuadro 29 del anexo I.

Gráfica 13, Envidia por cuerpos más delgados.



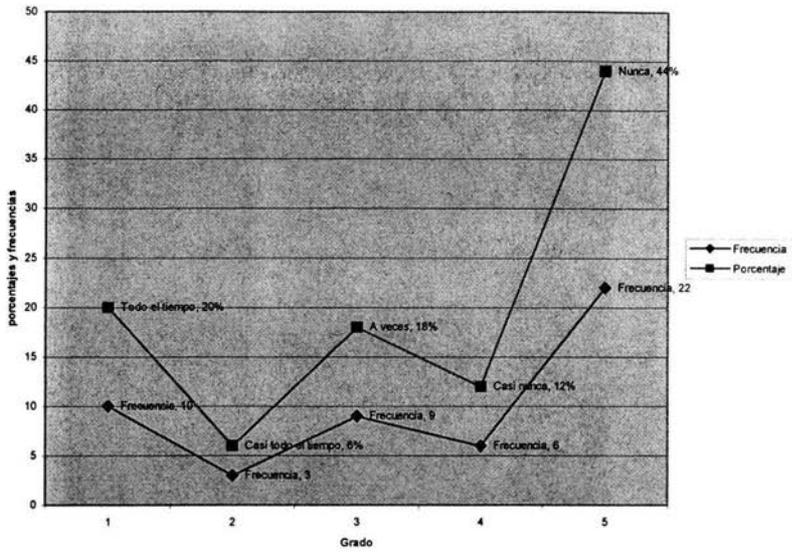
Fuente: Cuadro 32 del anexo I.

Gráfica 14, Miedo de una imagen obesa.



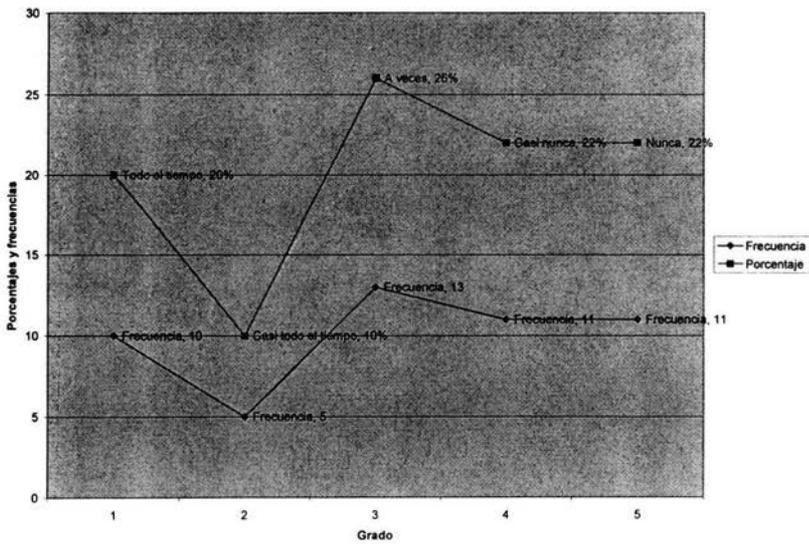
Fuente: Cuadro 35 del anexo I.

Grafica 15, Miedo acerca de apelativos de su imagen corporal.



Fuente. Cuadro 37 del anexo I

Grafica 16, Percepción del éxito con respecto a una imagen delgada.



Fuente: Cuadro 38 del anexo I.

IV. Peso y Talla de los adolescentes entrevistados.

Peso		Talla		Edad
Hombres				
58	PESO NORMAL	1.65	BAJO ESTATURA	18
60.5	PESO NORMAL	1.68	EST. NORMAL	17
63.6	PESO NORMAL	1.74	EST. NORMAL	20
53.8	PESO NORMAL	1.69	EST. NORMAL	16
55.8	BAJO PESO	1.7	LIG. ALTO	19
72.3	PESO NORMAL	1.68	BAJO ESTATURA	19
83.5	SOBREPESO	1.8	EST. ALTA	17
58.5	PESO NORMAL	1.69	EST. NORMAL	19
58.3	PESO NORMAL	1.65	EST. NORMAL	19
79.8	SOBREPESO	1.82	EST. ALTA	17
53.5	PESO NORMAL	1.68	EST. NORMAL.	15
68.5	PESO NORMAL	1.75	NORMAL	19
61.9	PESO NORMAL	1.71	NORMAL	17
55.5	BAJO PESO	1.69	NORMAL	19
69.8	PESO NORMAL	1.75	NORMAL.	17
Mujeres				
Peso		Talla		
53.8	NORMAL	1.65	NORMAL	17
49.9	BAJO PESO	1.62	NORMAL	20
53.8	NORMAL	1.6	NORMAL	17
49.1	NORMAL	1.62	NORMAL	16
67.8	SOBREPESO	1.69	NORMAL	15
49.3	NORMAL	1.63	NORMAL	16
57.1	NORMAL	1.68	LIG. ALTA	19
60.1	NORMAL	1.68	NORMAL	18
58	NORMAL	1.67	NORMAL	16
57	NORMAL	1.62	NORMAL	17
53.8	NORMAL	1.61	NORMAL	17
60.7	NORMAL	1.62	NORMAL	17
53	NORMAL	1.6	NORMAL	18
51.3	NORMAL	1.59	NORMAL	15
55.3	NORMAL	1.6	NORMAL	16
71.8	SOBREPESO	1.75	ALTA	15

57.8	NORMAL	1.67	LIG. ALTA	17
	BAJO DE			
50.1	PESO	1.69	LIG. ALTA	17
59.3	NORMAL	1.63	NORMAL	17
58.5	NORMAL	1.65	NORMAL	18
	BAJA DE			
48.1	PESO	1.61	NORMAL	17
49.3	NORMAL	1.58	BAJA ESTATURA	17
61.9	NORMAL	169	NORMAL	17
53.9	NORMAL	163	NORMAL	19
50.1	NORMAL	162	NORMAL	16
70.5	SOBREPESO	165	NORMAL	16
49.3	BAJA PESO	169	NORMAL	17
58.3	NORMAL	169	ALTA	19
50.1	NORMAL	163	NORMAL	17
57.2	NORMAL	165	NORMAL	16
50.1	NORMAL	169	NORMAL	15
59.8	NORMAL	163	NORMAL	17
53.2	NORMAL	162	NORMAL	17
55.2	NORMAL	175	ALTA	19
58.7	NORMAL	162	NORMAL	20

