



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

EVALUACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:

**GARCÍA LUJÁN ERIKA
TELLÉZ QUINTO KARINA**

DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ
DIRECTORA DE TESIS



CIUDAD UNIVERSITARIA

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.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Erika García Luján
Karina Téllez Quinto

FECHA: 19 / Octubre / 2004

FIRMA: Erika García Luján

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Ψ A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO: AGRADECEMOS INFINITAMENTE LA OPORTUNIDAD QUE NOS BRINDA DE FORMAR PARTE DE ESTA GRAN FAMILIA, ACOGIÉNDONOS DURANTE TODOS ESTOS AÑOS. AL FORMARNOS PROFESIONALMENTE, NOS PROPORCIONÓ LAS HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA ALCANZAR LAS METAS LABORALES Y CONTRIBUIR AL AVANCE Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA EN NUESTRO PAÍS.

Ψ A LA DRA. GILDA GÓMEZ PEREZ-MITRÉ: GRACIAS POR EL TIEMPO QUE DEDICO PARA SUPERVISARNOS EN ESTA INVESTIGACIÓN; SUS CONOCIMIENTOS FUERON DE GRAN IMPORTANCIA PARA LA CULMINACIÓN DE ESTE PROYECTO. SIN SU APOYO Y CONFIANZA ESTE PROCESO HABRÍA SIDO MUY COMPLICADO.

Ψ A GISELA PINEDA: TE AGRADECEMOS POR HACERNOS PARTICIPES DE TAN IMPORTANTE PROYECTO; TU TIEMPO, PACIENCIA Y APOYO HAN SIDO FUNDAMENTALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO. GRACIAS POR LA CONFIANZA Y AFECTO QUE NOS HAS BRINDADO; DESEAMOS QUE LOGRES CON ÉXITO TODAS TUS METAS. RECUERDA QUE PUEDES CONTAR CON NOSOTROS CUANDO LO NECESITES.

Ψ AL PROFESOR JORGE PÉREZ: GRACIAS POR HABER ACEPTADO SER NUESTRO REVISOR DE PROYECTO; POR DEDICARNOS EL TIEMPO NECESARIO PARA LOGRAR UN BUEN TRABAJO. GRACIAS POR SU AMABILIDAD.

Ψ A LA PROFESORA OLGA BUSTOS: GRACIAS POR CONCEDERNOS PARTE DE SU TIEMPO A EXAMINAR ESTA INVESTIGACIÓN; SUS OBSERVACIONES Y COMENTARIOS FUERON DE GRAN AYUDA Y RELEVANCIA PARA ENRIQUECERLA.

- ψ A LA PROFESORA LILIA JOYA: AGRADECEMOS EL TIEMPO Y EL APOYO QUE NOS BRINDO; GRACIAS POR TODAS SUS ATENCIONES Y APORTACIONES A ESTE ESTUDIO.
- ψ A LA PROFESORA MARÍA DE LA LUZ JAVIEDES: AGRADECEMOS ENORMEMENTE EL TIEMPO OTORGADO A LA REVISIÓN DE ESTA TESIS, SUS SUGERENCIAS FUERON MUY SIGNIFICATIVAS Y VALIOSAS.
- ψ PROBETEL Y PAPIIT: AGRADECEMOS EL APOYO QUE BRINDAN A LAS NUEVAS INVESTIGACIONES, YA QUE REPRESENTA UNA GRAN AYUDA ECONÓMICA Y ALIENTAN A LOS PASANTES A LOGRAR SU TITULACIÓN.
- ψ A ROSALÍA, SILVIA Y RODRIGO: AGRADECEMOS SU ASESORÍA Y APOYO EN TODO MOMENTO; NO SOLO BRINDAN SUS CONOCIMIENTOS SINO TAMBIÉN SU AMABILIDAD Y AFECTO.
- ψ AL DOCTOR ERICK ROMO DEL VIVAR: AGRADECEMOS DE SOBREMNERA LA CONFIANZA QUE DEPOSITO EN NOSOTROS, POR BRINDARNOS TODAS LAS FACILIDADES PARA LOGRAR LLEVAR A CABO ESTE PROYECTO, SIN SU COLABORACIÓN LAS CIRCUNSTANCIAS SE HABRÍAN TORNADO MÁS DIFÍCILES.
- ψ A ALMIS, DOODLEY Y MAYRA: GRACIAS POR COMPARTIR CON NOSOTRAS DURANTE TODOS ESTOS AÑOS SUS CONOCIMIENTOS. GRACIAS POR BRINDARNOS TODO SU CARÍÑO, TIEMPO Y COMPENSIÓN. HAN SIDO LOS MEJORES AMIGOS QUE LA VIDA NOS PUDO REGALAR. LOS QUEREMOS MUCHO Y RECUERDEN QUE PUEDEN CONTAR CON NOSOTRAS.
- ψ **GRACIAS A TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE DE UNA U OTRA MANERA CONTRIBUYERON Y FAVORECIERON LA REALIZACIÓN DE TAN IMPORTANTE Y SIGNIFICATIVO PROYECTO DE VIDA.**

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

- ♥ MAMA MALENA: NUNCA OLVIDES QUE "TE AMO MUCHISIMO" PUES GRACIAS A TU GRAN LABOR COMO MADRE Y MUJER LOGRASTE FORMAR DE MI UNA MUJER DE BIEN. GRACIAS POR EL APOYO INCONDICIONAL QUE SIEMPRE SUPISTE BRINDARME, POR TUS CONSEJOS, POR ESTAR A MI LADO EN MOMENTOS BUENOS Y MALOS, POR TODO TU AMOR Y COMPRENSIÓN, JAMÁS OLVIDARÉ LO QUE HICISTE POR MÍ. NO OLVIDES QUE ESTE LOGRO ES DE LAS DOS, PORQUE SIN TI NO SERÍA NADA NI NADIE. ¡TE AMO CON TODO MI CORAZÓN!

- ♥ PAPI MAYITO: FUISTE Y SERÁS EL PRIMER HOMBRE EN MI VIDA, INUNCA LO OLVIDES! GRACIAS POR ENSEÑARME QUE LA ÚNICA MANERA DE SALIR ADELANTE ES A TRAVÉS DEL ESFUERZO Y LA DEDICACIÓN, ¡ERES MI GRAN EJEMPLO A SEGUIR!, PUES NO TENGO PALABRAS COMO AGRADECER EL ENORME ESFUERZO QUE REALIZASTE PARA AYUDARME A QUE SALIERA ADELANTE. "MIL GRACIAS" POR TODO TU AMOR, APOYO Y CUIDADOS, SIN ELLOS NO SERÍA NI LA MÍNIMA PARTE DE LO QUE SOY AHORA. RECUERDA QUE ¡TE AMO CON TODA MI ALMA!

AL HOMBRE DE MI VIDA:

- ☺ JESÚS PALOMINO MARTÍNEZ: SOY REALMENTE AFORTUNADA AL TENERTE A MI LADO, ¡MUCHISISISISIMAS GRACIAS! POR BRINDARME TU AMOR, APOYO Y COMPRENSIÓN, SIN TI NO HUBIERA LOGRADO CONTINUAR, PUES ME ENSEÑASTE QUE LA PACIENCIA Y DEDICACIÓN SON FUNDAMENTALES PARA ALCANZAR LAS COSAS QUE TE PROPONES. EL CONOCERTE Y AMARTE ES LO MEJOR QUE ME PUDO SUCEDER, NUNCA OLVIDES QUE "ERES EL AMOR DE MI VIDA", ¡TE AMO MUCHISIMO!

A MIS HERMANOS Y SU FAMILIA:

- ☺ OSCAR Y LAURA: ¡MIL GRACIAS! PORQUE SIN USTEDES ESTE ARDUO CAMINO HUBIERA SIDO IMPOSIBLE DE RECORRER, PUES EL SABER QUE EN CADA TROPIEZO LOS ENCONTRARÍA AHÍ PARA BRINDARME TODO SU CARIÑO, CONFIANZA Y APOYO, ME FORTALECÍA PARA SEGUIR ADELANTE. "LUPIS Y ANITA" ¡MUCHÍSIMAS GRACIAS! POR SER MIS AMIGAS Y DEJARME COMPARTIR GRANDES MOMENTOS A SU LADO; HAN LOGRADO REVIVIR EN MI BELLOS MOMENTOS DE LA INFANCIA, TODAS Y CADA UNA DE SUS SONRISAS ME HAN LLENADO DE AMOR, APOYO Y COMPRENSIÓN. ¡ESTARÉ ETERNAMENTE AGRADECIDA POR EL AMOR QUE ME HAN BRINDADO! ¡LOS QUIERO MUCHÍSIMO!

- ☺ GABRIEL Y MONICA: EN OCASIONES LA DISTANCIA SE CONVIERTE EN UN OBSTÁCULO PARA PODER DEMOSTRAR A TUS SERES QUERIDOS TODO EL AMOR QUE LES TIENES, SIN EMBARGO EL ESTAR TAN LEJOS DE USTEDES ME A PERMITIDO VALORAR AÚN MÁS TODAS SUS MUESTRAS DE AMOR, APOYO Y CONFIANZA. ¡MIL GRACIAS POR CREER EN MI Y APOYARME SIEMPRE! "KARLITA Y OSCARITO": AL RECORDARLOS, AUTOMÁTICAMENTE SE DIBUJA UNA SONRISA EN MI ROSTRO, PUES CÓMO OLVIDAR LOS MARAVILLOSOS MOMENTOS QUE HEMOS PASAMOS JUNTOS; SÉ BIEN QUE ME HUBIERA GUSTADO MUCHÍSIMO TENERLOS CERCA DE MI, PARA PODER SEGUIR DISFRUTANDO DE SU ENCANTADORA FORMA DE SER ¡GRACIAS POR SU GRAN AMOR! ¡LOS QUIERO UN BUEN!

- ☺ MARISOL Y ALFONSO: ME HACEN FALTA PALABRAS PARA AGRADECERLES EL HABER FORMADO PARTE DEL GRANDIOSO EQUIPO QUE ME AYUDO A LOGRAR MI SUEÑO ¡SIN SU AYUDA NUNCA LO HUBIERA LOGRADO! SÉ QUE NO HA SIDO NADA FÁCIL ALARGAR NUESTRO REENCUENTRO, PERO NO OLVIDEN QUE EL CARIÑO QUE NOS UNE NUNCA TERMINARA. "GABY, MARY Y ANGY": A PESAR DE SER TAN PEQUEÑAS ME HAN DADO GRANDES

LECCIONES DE VIDA, PUES PESE A ESTAR EN UN PAÍS TAN COMPLICADO HAN DEMOSTRADO PONERLE TODAS LAS GANAS DEL MUNDO PARA SALIR ADELANTE, ME SIENTO MUY ORGULLOSA DE SER SU TÍA, RECUERDEN QUE LAS QUIERO MUCHO Y QUE CUENTAN CONMIGO, NO IMPORTA LA DISTANCIA. ¡ESPERO VERLES PRONTO! ¡SIGAN ADELANTE Y RECUERDEN QUE LOS QUIERO MUCHÍSIMO!

- ☺ CLAUDIA Y SERGIO: ES DIFÍCIL DE CONCEBIR ESTA HISTORIA SIN USTEDES, PUES EN INCONTABLES OCASIONES SE CONVIRTIERON EN MI GUÍA Y APOYO, BRINDÁNDOME TODO SU CARIÑO Y PACIENCIA; SUS PALABRAS LOGRARON RECONFORTARME Y MOTIVARME EN MOMENTOS DIFÍCILES, POR ELLO Y MUCHO MÁS AGRADESCO ENORMEMENTE TODO LO QUE HICIERON POR MÍ. "KARY Y MARY": TODOS SUS BESOS, SONRISAS Y ABRAZOS LLENAN DE ENORME FELICIDAD LOS DÍAS DE MI VIDA, GRACIAS POR DEMOSTRARME TODO EL AMOR Y CARIÑO QUE ME TIENEN, SIEMPRE LO TENDRÉ PRESENTE, PORQUE SIGNIFICAN MUCHO PARA MÍ, SABEN BIEN QUE TAMBIÉN ¡LAS QUIERO MUCHÍSIMO!

A MI GRAN AMIGA:

- ☺ KARINA: ANTES QUE NADA "MUCHÍSIMAS GRACIAS" POR SER MI GRAN AMIGA, POR PERMITIRME COMPARTIR SUEÑOS, ALEGRÍAS Y TRISTEZAS, POR ESCUCHAR Y BRINDAR PALABRAS DE ALIENTO CUANDO MÁS SE NECESITAN, POR DARME TODO EL APOYO, PACIENCIA Y COMPRENSIÓN. ¡MIL GRACIAS! POR ACEPTAR COMPARTIR CONMIGO LA REALIZACIÓN DE ESTE GRAN SUEÑO CONVERTIDO AHORA EN ¡REALIDAD!, ESTOY SEGURA QUE ¡SIN TI NO HUBIERA SIDO IGUAL! ¡TE QUIERO MUCHÍSIMO!
- ☺ GRACIAS A DIOS POR RODEARME DE TODA LA GENTE QUE ME QUIERE Y ME A AYUDADO A SUPERARME.

ERIKA GARCÍA LUJÁN

AGRADECIMIENTOS

ESTE TRABAJO NO SOLO REPRESENTA LA CULMINACIÓN DE UNA ETAPA DE DESARROLLO PERSONAL, ADEMÁS DE SER FRUTO DEL ESFUERZO, LA DEDICACIÓN Y EL COMPROMISO CONMIGO MISMA FORMA PARTE DE UN ANHELO CONJUNTO. POR ELLO QUIERO DEDICAR UNAS PALABRAS DE AGRADECIMIENTO A:

♥ MIS PADRES JAVIER Y ANDREA:

QUIENES DEPOSITARON SU CONFIANZA EN MIS SUEÑOS, CREYERON EN QUE PODÍA ALCANZAR MIS METAS.

QUIENES SE ESFUERZAN AL MÁXIMO PARA APOYARME EN TODO MOMENTO, ESTÁN A MI LADO EN LAS SITUACIONES DIFÍCILES Y COMPARTEN CADA PEQUEÑO O GRAN LOGRO.

QUIENES REGALAN PARTE DE SU VIDA PARA CONSTRUIR UN SENDERO MENOS OBSTRUIDO PARA SUS HIJAS, A BASE DE TRABAJO Y CARIÑO.... ¡GRACIAS, LOS QUIERO MUCHO!.

♥ MIS HERMANAS LIZBETH, DANAÉ, NANCY Y DEISI:

LES AGRADEZCO POR HABERME ACOMPAÑADO DURANTE ESTE RECORRIDO; POR ACEPTAR PRIVARSE DE ALGUNAS COSAS EN PRO DE MIS INTERESES.

ME DA MUCHO GUSTO PODER COMPARTIR CON USTEDES LOS SUCESOS MÁS IMPORTANTES DE MI VIDA.

GRACIAS POR SU CARIÑO Y COMPRENSIÓN; LAS QUIERO.



ERY

TE DOY LAS GRACIAS POR HABER ACEPTADO COMPARTIR CONMIGO UN OBJETIVO; POR APORTAR CONOCIMIENTOS, ESFUERZO Y TIEMPO PARA LOGRAR UN BUEN TRABAJO, POR NO RENDIRTE ANTE LOS IMPREVISTOS QUE DEBIMOS AFRONTAR.

GRACIAS POR TU AYUDA Y APOYO. ERES UNA GRAN COMPAÑERA DE TRABAJO, PERO SOBRE TODO, ERES UNA EXCELENTE AMIGA. TE QUIERO.

GRACIAS A DIOS POR DARME LA OPORTUNIDAD DE ALCANZAR MIS SUEÑOS, POR FORTALECER MI ALMA DESPUÉS DE CADA TROPIEZO Y SOBRE TODO POR DEJARME COMPARTIR MIS ALEGRÍAS CON LAS PERSONAS QUE QUIERO.

KARINA TÉLLEZ QUINTO.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPITULO I. ADOLESCENCIA	1
CAPITULO II. NUTRICIÓN Y DIETA	21
CAPITULO III. IMAGEN CORPORAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN	30
CAPITULO IV. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y FACTORES DE RIESGO	48
CAPITULO V. PREVENCIÓN	100
CAPITULO VI. PLAN DE INVESTIGACIÓN	114
CAPITULO VII. RESULTADOS	118
CAPITULO VIII. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	131
REFERENCIAS	135
ANEXOS	142

RESUMEN

La presente investigación* tuvo como propósito evaluar la efectividad de dos programas de prevención (uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva TDC y otro Psicoeducativo) de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria dirigidos a mujeres adolescentes de escuela secundaria privada. Método. Se trabajó con una muestra no probabilística N=32 adolescentes de escuela privada que cumplían con el criterio de selección (insatisfacción con la imagen corporal y/o seguimiento de dieta restrictiva). El diseño del estudio fue de campo, de carácter experimental que contempló tres periodos, pre-test, post-test y seguimiento (tres meses después de la intervención) en dos grupos uno experimental y otro control. Se utilizó el cuestionario de Alimentación y Salud versión para mujeres adolescentes. Resultados. Entre los hallazgos más importantes se encontró que: a) las adolescentes del grupo experimental cambiaron su preferencia de una figura muy delgada a una figura normopeso después de la intervención a diferencia del grupo control (Psicoeducativo) que mantuvo el ideal de delgadez a largo del tiempo. b) Las adolescentes del grupo control redujeron su insatisfacción corporal al termino de la intervención; sin embargo, con el paso del tiempo regresaron a sus niveles primeros de insatisfacción. En tanto que, y tomando en cuenta el tamaño del efecto, el grupo experimental disminuyó considerablemente el grado de insatisfacción corporal en la medición final. c) El pre-test mostró que en general las adolescentes de ambos grupos no tenían mucho problema de dieta restrictiva; el post-test y el seguimiento dejaron ver que las chicas del grupo experimental disminuyeron aun más el riesgo de presentar esta conducta, aunque este cambio no resulto estadísticamente significativo debido al tamaño de la muestra.

* La presente investigación forma parte de una investigación mayor: "Maltrato infantil como factor de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria". Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT 40597-H) bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Péresmitré.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha incrementado la difusión de productos y técnicas de reducción de peso bajo la promesa de lucir una figura delgada para lograr la aceptación de la sociedad en la que se desarrolla el ser humano. Sin embargo, lejos de lograr este objetivo solo se está contribuyendo a la formación de estereotipos, que por diversos factores no son alcanzables por todas las personas, alterando así el estado de completo bienestar físico, mental y social.

Dichas estrategias publicitarias han logrado influir no solo a la población joven, sino también a la población infantil, como lo refleja el estudio realizado por Gómez Péresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001) quienes encontraron factores de riesgo de trastornos alimentarios en tres diferentes grupos de edad: pre- púberes, púberes y adolescentes, impidiendo así su adecuado desarrollo.

Es por ello que en este estudio se dedica el primer capítulo al periodo de la adolescencia con la finalidad de conocer los diferentes cambios físicos, psicológicos y sociales en los que se ven inmersos las jóvenes. Por una parte se mencionan todos los cambios físicos que llevan a las jóvenes a alcanzar su madurez sexual y como estos afectan sus emociones y su conducta. En cuanto al aspecto psicológico se observan cambios a nivel cognoscitivo, se define la personalidad y se da la formación de la identidad. Mientras que en área social se busca la independencia de los padres y la pertenencia a grupos, así como las relaciones de pareja.

En el capítulo dos se presenta un panorama sobre la importancia que tiene la alimentación para un adecuado desarrollo; se hace referencia a los diversos grupos de alimentos y nutrientes que necesita el organismo. También se hace énfasis en los beneficios de una dieta adecuada y en las consecuencias negativas que conlleva una mala alimentación.

Como ya se mencionó los medios de comunicación utilizan la imagen corporal como herramienta publicitaria argumentando que de ésta depende el éxito en todos los ámbitos, por lo tanto no es de sorprender que las chicas presenten con mayor frecuencia sentimientos de insatisfacción consigo mismas y que esto las lleve a realizar conductas riesgosas para su integridad física y psicológica con la finalidad de coincidir con los estereotipos sociales. Por tal motivo el capítulo tres nos habla de cómo y cuándo se forma la imagen corporal y cómo es que los medios influyen sobre ésta.

El contexto actual en el que se desenvuelven las adolescentes ha contribuido significativamente en el desarrollo de los desórdenes de la alimentación; es por ello que el capítulo cuatro nos permite conocer diversos trastornos de la conducta alimentaria. Dentro de éste se explican los síntomas y las complicaciones médicas que caracterizan cada trastorno, así como los criterios diagnósticos y posibles tratamientos.

De acuerdo con Unikel (1998), en nuestro país, la anorexia y bulimia nervosas no representan aún un problema de salud pública; sin embargo, el Instituto Nacional de Psiquiatría, ha detectado un incremento importante en los ingresos de primera vez a la clínica de trastornos de la conducta alimentaria, pues de 1.9% de casos registrados en 1997, aumento hasta un 67.9% en el año 2002. También es importante asentar que los trastornos que mayores porcentajes han alcanzado en los últimos seis años son: Bulimia nervosa purgativa con un total de 44.1% en mujeres y un 21.1% en hombres, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados registrando un 42.4% en el grupo de mujeres y un 63.2% en el grupo de hombres (Saucedo, 2003).

Los altos costos que provocan estos trastornos tanto a nivel individual y familiar como a nivel institucional obligan a desarrollar estrategias enfocadas a la prevención primaria ya que este método parece ser el más adecuado para eliminar o disminuir los factores de riesgo; por tal razón el capítulo cinco explica la importancia de difundir y aplicar la prevención en el sector salud. A pesar de las ventajas y beneficios que ofrece dicha prevención son pocos los antecedentes que se tienen en el caso de los trastornos alimentarios, una de las líneas que se ha seguido sobre este tema se basa en proporcionar información de las consecuencias, presencia de factores de riesgo y técnicas de control de peso. Desafortunadamente como lo revelan estudios que se han llevado a cabo en Estados Unidos, esta técnica ha tenido poco éxito (Rosen, 1989; Moriarty et al. 1990; Shisslak et al. 1990; Killen et al. 1993; Carter et al 1997; citado en Austin, 2000). Es por ello que se ha optado por buscar nuevas alternativas como lo es el programa apoyado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva dirigido al cambio de actitudes. Así pues, en esta investigación se evalúa la efectividad de dichos programas.

En el capítulo seis se describe el plan de investigación que comprende los objetivos, problemas, variables e hipótesis que se manejan en éste estudio; así mismo se mencionan las características de la muestra, los instrumentos y el procedimiento.

Los datos obtenidos se exponen en el capítulo siete a través de gráficas y tablas que permiten observar las diferencias intragrupo para cada una de las variables. Y por último, en el capítulo ocho, se discuten los resultados y se concluye que el programa basado en la TDC resulta más adecuado para disminuir los factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en comparación con el programa psicoeducativo.

CAPITULO I

ADOLESCENCIA

Muchas veces hemos escuchado o leído la frase que resume el ciclo de vida del ser humano "*el ser humano nace, crece, se reproduce y muere*"; sin embargo es mucho más complejo que eso. Es importante resaltar que no es tan solo crecer o madurar físicamente, sino que cada etapa implica otros aspectos tales como la interpretación de cambios, la interacción con otros, los factores ambientales, las implicaciones sociales, por mencionar algunos.

Para lograr entender y aplicar favorablemente los recursos del ser humano la *Psicología del desarrollo* pretende ayudar a llevar una vida significativa y productiva, y entre más se sepa sobre cómo y por qué crecemos y cambiamos y más control se ejerza sobre el proceso, mayor será la influencia positiva en la vida de los niños, los adolescentes y la propia vida (Heckhausen y Krueger, 1993; citados en Rice, 1997). Para cumplir con dicha meta se ha optado por dividir el ciclo vital en tres grandes periodos: desarrollo infantil, adolescente y adulto.

El desarrollo humano es complejo, por lo que se divide en cuatro dimensiones básicas e interdependientes: *desarrollo físico, cognoscitivo, emocional y social*. El desarrollo físico incluye las bases genéticas, el crecimiento físico de todos los componentes del cuerpo; los cambios en el desarrollo motor, los sentidos y sistemas corporales; se relaciona con el cuidado de la salud, la nutrición, el sueño, el abuso de drogas y el funcionamiento sexual.

El desarrollo cognoscitivo comprende cambios en los procesos intelectuales, el aprendizaje, el recuerdo, los juicios, la solución de problemas y la comunicación.

El desarrollo emocional se refiere al apego, la confianza, la seguridad, el amor, el afecto y una variedad de sentimientos y temperamentos. Incluye el desarrollo el concepto de sí mismo, de la autonomía, el análisis de perturbaciones emocionales y estrés.

El desarrollo social hace hincapié en el proceso de socialización, el desarrollo moral, las relaciones con pares y miembros de la familia y los roles.

Otro factor importante de considerar es la influencia de la herencia y el ambiente para el estudio del desarrollo humano. Tanto *natura* (herencia o factores biológicos y genéticos) como *nurtura* (ambiente y experiencia) ejercen influencias importantes; Los niños heredan la constitución física que les permite erguirse, caminar y jugar a medida que procede la maduración, pero una dieta inadecuada, las enfermedades, las drogas y las restricciones físicas pueden retardar el proceso. Los niños nacen con la capacidad de amar, pero deben aprender a expresarlo (Rice, 1997).

PUBERTAD

La **pubertad**, de pubes (vello) fue considerada por los antiguos como aquel periodo de la vida cuando la región genital se cubría de vello espeso y áspero. La pubertad con referencia a las chicas implica la consecución de toda la capacidad reproductiva; la nubilidad viene a indicar la posibilidad de ovular y de quedar embarazadas (Grinder, 1992)

Para Rice (1997) la **pubertad** es el periodo o edad en que una persona alcanza la madurez sexual y adquiere la capacidad de tener hijos. Papalia y Wendkos (2001) la definen como el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad: la capacidad para reproducirse.

La **pubertad** se define también como el proceso de llegar a ser física y sexualmente maduro y desarrollar las características del género del individuo -masculino- o femenino-, como la estructura física, los genitales o el vello corporal (Kimmel y Weiner, 1998).

SISTEMA DE FEEDBACK HORMONAL Y PUBERTAD

Las gónadas (ovarios en las mujeres y testículos en los hombres) producen hormonas que circulan en el torrente sanguíneo a las que, debido a sus efectos sobre los ciclos reproductores y la maduración sexual, se les conoce como *hormonas sexuales*. La liberación de hormonas sexuales por las gónadas está controlada por otro grupo de hormonas, las *hormonas gonadotrópicas*, producidas por la *hipófisis*, que es un órgano en forma de lóbulo que se proyecta hacia abajo desde la base del cerebro que está sobre el cielo de la boca. Estas hormonas gonadotrópicas son la *hormona folículo-estimulante* (FSH) y la *hormona luteinizante* (LH). La hipófisis es estimulada por el hipotálamo (localizado encima de la hipófisis) para producir hormonas gonadotrópicas. Mediante un sistema de *feedback* complejo estos tejidos transmiten mensajes en un sentido y otro para estimular o inhibir la producción de hormonas sexuales por parte de las gónadas. El hipotálamo y la hipófisis controlan constantemente el nivel de hormonas que circulan por la sangre. El hipotálamo envía un mensaje hormonal a la hipófisis para producir una hormona gonadotrópica concreta mediante impulsos de una secuencia conocida como GnRH (hormona liberadora de gonadotropina). La hipófisis puede responder o no a esta hormona sexual, según sea el nivel de otras hormonas. Si responde, produce gonadotropinas que actúan sobre las gónadas para estimular la producción de la hormona sexual apropiada (Kimmel y Weiner 1998).

Cambios en la pubertad

Poco antes de que se inicie la pubertad, el hipotálamo produce pulsaciones de GnRH a niveles más altos que los anteriores y a intervalos de aproximadamente dos horas. Estas pulsaciones parecen estimular a la hipófisis para que segregue niveles superiores de FSH y LH. A su vez, las gónadas segregan mayores cantidades de hormonas sexuales. La glándula suprarrenal también empieza a segregar mayores cantidades de andrógenos, que estimulan el crecimiento del vello púbico tanto en los chicos como en las chicas. Estos cambios hormonales estimulan el crecimiento físico y el desarrollo de los pechos, genitales y vello corporal durante la pubertad (Papalia y Wendkos, 2001).

Sistema de feedback positivos

La interacción hipotálamo-hipófisis empieza a funcionar como un sistema de feedback positivo de modo que un aumento en una hormona sexual conduzca a la estimulación de otra hormona sexual. En las mujeres este sistema se traduce en una oleada de LH por parte de la hipófisis en respuesta a un incremento rápido, y a continuación en un nivel elevado y sostenido de estrógenos, una de las clases de hormonas producidas por los ovarios (Kimmel y Weiner, 1998). Así el sistema desempeña un papel clave en la *menarquía*. La palabra menarquía viene del griego *arche* que significa “comienzo” y es el nombre científico que se le da a la primera menstruación (Berk, 1999). La cual, se presenta casi al final de la secuencia del desarrollo femenino, alrededor de dos años después del desarrollo de los senos, el crecimiento del útero y después del crecimiento repentino (Papalia y Wendkos, 1998).

INFLUENCIAS EN LA EDAD DE COMIENZO DE LA PUBERTAD

¿Pudiera ser que el organismo femenino no produjera ciclos menstruales cuando existe una disminución excesiva de las bajas reservas de grasa corporal? Algunos investigadores creen que así es; otros consideran que la grasa corporal no es importante. No obstante, parece que los procesos bioquímicos que dan origen a la pubertad son susceptibles a verse influidos por factores relacionados con el peso corporal y el ejercicio físico (Kimmel y Weiner, 1998).

Una serie de estudios llevados a cabo por Frisch y sus colegas en 1980 hallaron que deportistas femeninas de competición y bailarinas que siguen entrenamientos tienen una edad de menarquía más tardía que la de la población general; también hay más probabilidades de que presenten ciclo menstruales irregulares o de no tener la regla en caso de haber empezado a menstruar a una edad más temprana (Papalia y Wendkos, 1992).

La herencia, los factores étnicos, la nutrición, el cuidado médico y la posición socioeconómica son algunos de los factores que influyen en el momento de la maduración sexual y el desarrollo (Rice, 1997).

Cambios físicos durante la pubertad

Mientras las hormonas están cambiando en el interior del organismo, durante la pubertad tienen lugar cambios espectaculares en el exterior. El crecimiento del vello púbico, y el desarrollo de los pechos y el pene y los testículos son aspectos visibles de estos cambios corporales. No obstante, éstos son solo una parte del modelo total del desarrollo implicado en la producción de seres humanos masculinos y femeninos físicamente maduros. El aumento de la fuerza, la altura, el peso y la capacidad de ejecutar tareas fatigosas caracteriza los cambios físicos tanto en hombres como en mujeres; al mismo tiempo las diferencias entre unos y otras llegan a ser claramente visibles e importantes.

La característica más significativas del desarrollo físico durante la adolescencia es que puede comenzar varios años antes en unas personas que en otras, siendo todas ellas normales. Por tanto, un chico o una chica “de maduración temprana” puede haber completado el crecimiento adolescente y los otros cambios de la pubertad antes de que una persona de su misma edad haya iniciado el aumento repentino del crecimiento y los demás cambios (Grinder, 1992).

Crecimiento corporal

Al mismo tiempo que el aumento repentino de altura y de crecimiento muscular existe también una pérdida de grasa. En los chicos se da un descenso real en la cantidad de grasa, especialmente en los brazos y las piernas; en las chicas se produce una disminución en la tasa de acumulación de la grasa en el cuerpo, pero no una pérdida real de la misma (Tanner, 1962; citado en Kimmel y Weiner, 1998). Este periodo de descenso en la acumulación de grasa sigue a un periodo de incremento de éstas unos dos años antes de que empiece el aumento repentino del crecimiento, aunque solo es fácilmente visible en dos de cada tres.

Los adolescentes varían inmensamente respecto al principio, duración y terminación del “estirón”. los chicos pueden estar entre los 10 años y medio y los 16 cuando empiezan a crecer rápidamente; pueden estar entre los 11 y los 17 antes de alcanzar la velocidad cumbre. Para las chicas, el estirón ocurre unos dos años antes; así son más altas y de más peso que los muchachos entre los 10 años y medio y los trece (Meredith, 1967; Tanner, 1961; citados en Grinder, 1992).

Vello corporal

Cuando comienza la aparición del vello púbico éste posee una textura lisa y sedosa, con el paso del tiempo se vuelve áspero, oscuro y rizado. Los patrones de aparición son diferentes tanto en hombres como en mujeres (Papalia y Wendkos, 2001).

Desarrollo de los pechos

Los pechos femeninos comienzan a desarrollarse poco después del inicio del aumento repentino de la altura y aproximadamente al mismo tiempo en que aparece el vello púbico. Tanner lo define como sigue (citado en Kimmel y Weiner, 1998):

1. *Preadolescente*: sólo elevación del pezón (papila).
2. *Brote del pecho*: elevación del pecho y del pezón como un pequeño montículo; ensanchamiento del área que rodea el pezón (areola).
3. Mayor ensanchamiento y elevación del pecho y la areola; no existe diferencia entre la curvatura de la areola y la del pecho.
4. La areola y la papila se elevan para formar un montículo por encima del nivel del pecho.
5. *Madura*: la papila se proyecta, pero la areola sufre una recesión para adaptarse al control general del pecho.

Desarrollo genital

Los órganos sexuales femeninos cambian significativamente durante la pubertad, pues la vagina aumenta su longitud, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica y cambia a un color más intenso. Las paredes internas de la vagina cambian su secreción a una reacción ácida. Las glándulas de Bartolín empiezan a secretar sus fluidos. Los labios mayores, prácticamente inexistentes en la niñez, se agrandan considerablemente, igual que los labios menores y el clitoris. El monte de Venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa. El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal. Los ovarios incrementan notablemente su tamaño y peso hasta alcanzar la madurez sexual (Rice, 1997).

PUBERTAD PRECOZ

Cuando los cambios físicos y endocrinos de la pubertad tienen lugar mucho antes de lo habitual, antes del 95% de los adolescentes, se habla de **pubertad precoz**. En las mujeres, la pubertad precoz supone el inicio del funcionamiento del ciclo hipotálamo-hipófisis, la secreción de las hormonas sexuales, la ovulación y el desarrollo de características físicas dependientes de los estrógenos antes de los 8 o 9 años (Hopwood et al., 1990; citados en Kimmel y Weiner, 1998).

A las jóvenes no les agrada madurar temprano prefieren que los cambios se presenten al mismo tiempo que el de sus compañeras. Las niñas que maduran temprano tienden a ser menos sociables, menos expresivas y menos equilibradas; son más introvertidas y tímidas, y tienen sentimientos más negativos acerca de la menarquía (Papalia y Wendkos, 1998).

Las chicas pueden sentir que no están preparadas emocionalmente para manejar las tentaciones sexuales ni las actividades sociales sofisticadas; y sus experiencias sexuales pueden ser más tempranas (Rice, 1997).

Tienden a pensar que son demasiado obesas cuando en realidad no es así, y esta imagen negativa puede llevarlas a problemas de alimentación (Richards, Boxer, Petersen & Albrecht, 1990, citado en Papalia y Wendkos, 2001).

PUBERTAD RETARDADA

No se conocen las causas de la pubertad retrasada; parece que hay factores hereditarios involucrados porque a veces es un patrón familiar, también puede deberse a niveles demasiado bajos de hormonas gonadotrópicas, en cuyo caso puede hacerse necesaria la reposición terapéutica de éstas (Bardin y Paulsen, 1981; citados en Kimmel y Weiner, 1998).

En las chicas, cuando la menarquía no se ha presentado hacia los 15 o 16 años, o si el desarrollo de los pechos y el vello púbico no ha empezado a esa edad hay que diferenciar las causas del retraso.

Mussen & Jones, 1957; Peskin, 1967, 1973; Siegel, 1982 concluyen que los chicos que maduran tarde se sienten más incómodos, rechazados y dominados; son más dependientes, agresivos e inseguros, se revelan más contra sus padres y piensan menos en sí mismos (Papalia y Wendkos, 2001).

Sufren desventajas sociales, sienten celos de sus amigas más desarrolladas, pero establecen buenas relaciones exitosas con los muchachos de maduración normal con los que tienen mucho en común. Una ventaja es que reciben menos críticas de los padres y otros adultos; la principal desventaja parece ser la pérdida temporal de su status social por su relativa inmadurez física Rice, 1997).

DESARROLLO SEXUAL

El comportamiento sexual está influenciado por determinantes biológicos y por motivos aprendidos, apetitos y expectativas; por lo que se afirma que ni las hormonas ni las experiencias sociales, tomadas individualmente, dan razón de las manifestaciones de comportamiento sexual. Combinando estos factores se han logrado distinguir tres componentes principales del comportamiento sexual. Whalen habla de seis características de la sexualidad relativamente independientes: la identificación sexual, la elección del objeto, la gratificación sexual, la excitación, la excitabilidad y la actividad sexual. Para Brown y Lynn hay tres categorías de la sexualidad adolescente: 1) estructura sexual y papel del género, que contiene la identidad y las instancias del rol sexual; 2) las características de la motivación sexual con la excitación y la excitabilidad y 3) elección aberrante del objeto en la actividad sexual (Grinder, 1992).

La sexualidad y el rol del género

Las estructuras anatómicas que diferencian al muchacho de la muchacha no determinan si una persona actuará con masculinidad o feminidad. No hay ningún mecanismo primario, genético o innato, que preordene la masculinidad o la feminidad de la

diferenciación psicosexual (Money, 1963; citado en Grinder, 1992). Es decir, la imagen de un niño respecto de su género y el modo como supone que los demás piden que desarrolle su rol sexual sufren influencia de lo que entienda que es actuar como muchacho o como muchacha.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO FÍSICO

Nutrición y Obesidad

La sobrenutrición, al estimular el anabolismo proteínico, acelera el crecimiento en talla, peso y el esqueleto. Los chicos y chicas bien alimentados tienden a ser más altos que el promedio; las muchachas delgadas son más altas que la mayoría de las demás y las que son más pesadas que el promedio tienden a entrar en la menarquia con anterioridad a las demás.

La desnutrición parece retardar el estirón; cuando se tiene alguna dieta deficiente antes o durante el estirón de la adolescencia, la estatura, el peso y el desarrollo esquelético se aceleran hasta que el individuo alcanza su modelo de crecimiento determinado genéticamente.

El sobrepeso y la obesidad se deben probablemente tanto a la herencia como al desequilibrio regulatorio. Es más probable que un niño o adolescente se vuelva obeso si lo son uno o ambos progenitores; si bien esto puede ser índice de influjo de la herencia, es más probable que el hábito de comer demasiado sea patrón familiar (Shutter y Garell, 1966; Wolf, 1966; citados en Grinder, 1992).

En 1963 Hinton, Eppright, Chadderdon y Wolins señalaron que las muchachas que tienen de 12 a 14 años y que pesan más de lo normal tienden a saltarse más comidas y a consumir alimentos sin nutrientes que las muchachas de peso promedio. Los adolescentes se preocupan mucho por su talla, conformación, gordura o delgadez; casi todo chico se preocupa por su musculatura, mientras que la mayoría de las chicas quieren perder peso (Grinder, 1992).

EFFECTOS DE LA PUBERTAD EN EL ADOLESCENTE

Los cambios hormonales durante la pubertad son espectaculares, y parece probable que ejerzan importantes efectos en las emociones y la conducta de los adolescentes. Sin embargo, los efectos directos de los cambios hormonales en la pubertad son contradictorios. Por una parte, existen pruebas de que los incrementos en los niveles de testosterona y estrógenos están relacionados con menores problemas de conducta, mejor autoimagen y más sexualidad. Por otra parte, los aumentos en los niveles de diferentes hormonas en la pubertad (gonadotropinas y andrógenos segregados por las glándulas suprarrenales), están asociados a más problemas conductuales y psicológicos. En contraste, el modelo de efectos mediados subraya el hecho de que altos niveles de hormonas interactúan con influencias sociales relacionadas con los cambios físicos y con la edad cronológica para determinar el impacto de la pubertad en la conducta (Richards, Abell y Petersen, 1993; citados en Kimmel y Weiner, 1998).

Dado el contexto cultural en el que se desenvuelven los adolescentes, sus preocupaciones tienden a dirigirse hacia el aspecto físico más que a cualquier otra condición; de la misma manera los muchachos tratan de evitar características que pudieran parecer femeninas y las chicas aquellas que pudieran parecer masculinas. Es por ello que los adolescentes de ambos sexos se preocupan por su peso, complexión y rasgos faciales.

Las niñas, en especial quienes están en una época avanzada de su desarrollo en la pubertad, tienden a pensar que son demasiado obesas cuando en realidad no es así, y esta imagen negativa puede llevarlas a problemas de alimentación (Richars, Boxer, Petersen y Albrecht, 1990 citados en Papalia y Wendkos, 2001).

Por eso, para comprender los efectos de la pubertad debemos emplear un **modelo biopsicosocial** que considere la interacción de las influencias biológicas, psicológicas y sociales. Por ejemplo, el desarrollo de los pechos es un aspecto importante de los cambios físicos que se producen en las chicas durante la pubertad. En nuestra cultura los pechos grandes están asociados a un atractivo positivo en los medios de comunicación; asimismo, el aumento de peso en la pubertad se concibe como menos atractivo que la delgadez prepuberal, lo que puede estar relacionado con un exceso de preocupación por el peso corporal y con los trastornos de la conducta alimentaria.

Pubertad, Autoconcepto y Autoestima

El **autoconcepto** se refiere a la opinión que uno tiene de su persona y al conjunto de ideas y sentimientos que uno tiene sobre sí mismo. La **autoestima** es la evaluación emocional que uno hace de sí mismo y abarca desde la autoestima alta (evaluación positiva) hasta la autoestima baja (evaluación negativa). Los estudios con universitarios de Lerner y Spanier (1980) revelaron que el autoconcepto está relacionado con actitudes hacia el propio cuerpo, y que cuanto más atractivos o eficaces creen los individuos que son sus cuerpos, más positiva es su autoestima (Kimmel y Weiner, 1998).

Los efectos de la madurez temprana suelen ser vistos de manera positiva por los muchachos ya que al ser más musculosos que quienes maduran después, son más fuertes, logran mayores resultados en los deportes y tienen una imagen corporal más favorable lo que se refleja en una autoestima positiva.

Los resultados encontrados por Alsaker en 1992; Simmons, Blyth, Van Cleave & Bush en 1979 revelan que las chicas que maduran temprano son más propensas a tener una imagen corporal deficiente y baja autoestima que las chicas que maduran más tarde (Papalia y Wendkos, 2001).

Asimismo Crockett & Petersen en 1987 encontraron que una niña que madura pronto puede sentirse menos atractivas si sus nuevas curvas chocan con los patrones culturales que equiparan belleza con delgadez (Papalia y Wendkos, 2001). Es importante recordar que dichos efectos son influenciados por la interpretación del adolescente y las demás personas que lo rodean.

ADOLESCENCIA

Según Berryman (1994) el término **adolescencia** se refiere al proceso psicológico que se relaciona con los procesos de crecimiento físico definido por el término pubertad. Es decir, la adolescencia comienza en la biología y termina en la cultura, cuando se ha logrado un grado razonable de independencia psicológica de los padres.

Para Rice (1997) la **adolescencia** es un periodo de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta; es una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta, por la cual deben pasar los individuos antes de que puedan tomar un lugar como mayores.

La palabra **adolescencia** viene del latín *adolescere*, que significa “crecer o crecer hacia” (*ad*, hacia y *descere*, crecer o ser alimentado). Según el uso general que recibe en la actualidad, la adolescencia se refiere a un periodo de la vida comprendido entre la infancia y la edad adulta –aproximadamente el que va desde los 13 a los 19 años-. El significado de la adolescencia y las edades en que empieza y termina son diferentes de una parte del mundo a otra y de un periodo histórico a otro (Kimmel y Weiner, 1998).

La **adolescencia** es un periodo de cambio, crecimiento y desequilibrio en el que se deja atrás la inmadurez de la infancia, pero aun no se han aceptado los desafíos ni adquirido las potencialidades de la edad adulta (Horrocks, 2001).

La **adolescencia** tiene una ubicación ontológica, es una etapa de la vida cuyo elemento sustancial y característico es la aparición de cambios notables tanto morfológicos como funcionales. Los primeros están relacionados directamente con el crecimiento glandular; las gónadas inician su funcionamiento dando al individuo una nueva fisonomía corporal, sexual y emocional (González, 2001).

Y finalmente para Papailia y Wendkos, (2001) **adolescencia** es un lapso de desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales que se presentan interrelacionados.

PERSPECTIVAS TRANSCULTURALES

El significado que las diferentes culturas dan a la adolescencia difiere enormemente (Schlegel y Barry, 1991; citados en Kimmel y Weiner, 1998). Por ejemplo, en algunas culturas la adolescencia se marca con **ritos de iniciación**; como bendiciones religiosas, pruebas severas de fortaleza y resistencia, marcar el cuerpo de alguna manera afilar los dientes, etc. (Papailia y Wendkos, 1995). Estas ceremonias celebran públicamente la transición del individuo de la infancia a la edad adulta; antes del acontecimiento se considera a la persona como un niño pero después se le concede la condición de adulto, al adquirir importantes privilegios y responsabilidades (Berk, 1999). En la actualidad se

reconocen en el mundo una gran variedad de formas de experimentar la adolescencia por lo tanto no hay una manera característica ni única.

LOGROS DEL DESARROLLO DE LA ADOLESCENCIA

En su estudio del desarrollo en la vida humana, Robert Havighurst (Kimmel y Weiner, 1998), sugirió una serie de *logros del desarrollo* para los individuos en diversos puntos de su ciclo vital, consideran que esos logros eran conocimientos, destrezas, actitudes funciones específicas que se supone que los individuos adquirirán desairarán en momentos concretos de su vida y que resultan de una combinación de esfuerzo personal, maduración física y presión social.

Según Havighurst a cada periodo de la vida le corresponden unos logros evolutivos. para la adolescencia especificó ocho logros (Rice, 1997, p. 334):

1. Conseguir relaciones nuevas y más maduras con coetáneos de ambos géneros
2. Lograr un rol social masculino o femenino.
3. Aceptarse físicamente y utilizar el propio cuerpo con eficiencia.
4. Alcanzar independencia emocional e los padres y otros adultos
5. Prepararse para el matrimonio y la vida e familia
6. Prepararse para tener una profesión.
7. Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético como guía de conducta; desarrollar una ideología.
8. Desear y llevar a cabo una conducta socialmente responsable.

En general los jóvenes consiguen los logros del desarrollo de la adolescencia en una secuencia de tres fases. A la primera se alude, por lo general, como *adolescencia temprana* y coincide más o menos con los años de bachillerato elemental (primaria). Es una época en que los jóvenes crecen deprisa, tanto físicamente como en sus capacidades intelectuales, y comienzan a adquirir las características sexuales de los adultos. La principal tarea evolutiva durante la adolescencia temprana requiere adaptarse a estos cambios mentales y biológicos, y tal como se indica en el objetivo tres de Havighurst, aceptar el propio aspecto y aprender a utilizar el cerebro y el cuerpo de una manera eficaz (Rice, 1997).

A la segunda fase se le denomina *adolescencia media* y coincide aproximadamente con los años de la enseñanza secundaria. Los principales logros del desarrollo que afrontan los adolescentes en esta fase son: convertirse en personas físicamente seguras de sí mismas y alcanzar la autonomía psicológica de los padres, sentirse fácilmente implicados en la expansión de sus relaciones con los compañeros y lograr la capacidad necesaria para consolidar amistades íntimas, y aprender a confrontar las relaciones heterosociales, a salir con novios y a afrontar la sexualidad. Puede que los alumnos de secundaria conserven algunas preocupaciones persistentes sobre su aspecto físico y sus capacidades; sin embargo, su atención se centra ante todo en establecerse como individuos no solo autónomos, sino también interdependientes, capaces de llevarse bien con sus padres, sus compañeros y sus novios circunstanciales (Kimmel y Weiner, 1998).

La tercera fase, la *adolescencia tardía*, comienza normalmente en el último año del instituto y prosigue hasta que los jóvenes han formado un sentido razonablemente claro y coherente de su identidad personal en relación con los demás y han empezado a elaborar algunos roles sociales definidos, sistemas de valores y objetivos vitales (Rice, 1997). Los adolescentes tardíos siguen trabajando sobre cuestiones relativas a la independencia y las afinidades interpersonales, pero en esta fase el aprendizaje de la seguridad en uno mismo y de las destrezas sociales es menos importante que las decisiones sobre como las capacidades de uno, las destrezas aprendidas anteriormente, las relaciones personales importantes y las actitudes ya modeladas pueden combinarse de manera significativa para responder preguntas como “¿qué clase de persona soy?” o “¿qué quiero hacer en la vida?” (Kimmel y Weiner, 1998).

TEORÍAS DEL DESARROLLO ADOLESCENTE

Se han propuesto diversas teorías para explicar los cambios en el desarrollo que tienen lugar en la adolescencia; que van desde concepciones *biogénicas* hasta concepciones *socioculturales*.

MODELOS BIOLÓGICOS Y LOS EFECTOS DE LA PUBERTAD

Este enfoque de la adolescencia da por supuesto que los cambios hormonales producidos durante esta fase de la vida ejercen un efecto directo en la conducta, la personalidad y la adaptación del adolescente; lo que se conoce como *modelo de efectos directos*. Por otra parte, el planteamiento da a entender que los cambios físicos principales de la adolescencia, como el aumento de altura o la maduración sexual, pueden afectar las interacciones de los adolescentes con los demás, provocándoles tensión o angustia; este modelo se conoce como *modelo de efectos mediados* (Petersen y Taylor, 1980; citados por Kimmel y Weiner, 1998). Dados los diversos cambios que se presentan durante este periodo, los adolescentes se ven susceptibles a alteraciones emocionales que pueden guiarlos hacia conductas positivas o negativas que tienen influencia sobre el desarrollo.

DESARROLLO COGNITIVO E INTELECTUAL

A diferencia de los cambios físicos, los cambios producidos en el desarrollo cognitivo no son visibles, y su manifestación no es igual en todos los adolescentes. Para Cese (1985) el desarrollo de la capacidad de pensar es el resultado de la combinación de diversos desarrollos interrelacionados: mayor pensamiento automático de información básica, aumento de la capacidad de la memoria de trabajo y mayor familiarización con conocimientos específicos; por lo tanto el pensamiento se vuelve más eficaz, se tienen presentes más dimensiones al mismo tiempo, y se puede organizar y reorganizar las ideas en modelos conceptuales amplios (Kimmel y Weiner, 1998).

Para Piaget la gran novedad que caracteriza al pensamiento adolescente reside en la posibilidad de manipular ideas en lugar de limitarse a manipular objetos. El adolescente es

un individuo capaz de elaborar o comprender teoría y conceptos ideales o abstractos; es capaz de hacer proyectos para el futuro de conseguir intereses no inmediatos y de apasionarse por las ideas, los ideales o las ideologías; es capaz de razonar sobre el avance de hipótesis (lo que distingue la inteligencia adolescente de la infantil) todas estas características indican que se ha alcanzado el nivel intelectual del adulto (Caplan y Lebovici, 1977).

Keating (1990) advirtió que, en general, el pensamiento adolescente tiende a utilizar ideas abstractas (en lugar de limitarse a la realidad concreta), a ser multidimensional (en vez de limitarse a una sola idea), a ser relativo (y no absoluto) y a volverse autorreflexivo (Kimmel y Weiner, 1998). Estas capacidades no sirven forzosamente para la resolución de los problemas cotidianos, sino que son aptitudes potenciales que surgen en entornos que estimulan su desarrollo.

Durante la adolescencia, el desarrollo de las destrezas de pensamiento no avanza de una vez; existe a menudo un periodo de relativismo en el que los adolescentes parecen estar inseguros de la solución de un problema cuando, de hecho, disponen de suficiente información para tomar una decisión.

La comprensión de la importancia de este desarrollo intelectual durante la adolescencia aclara una gran diversidad de cuestiones sobre el desarrollo del adolescente; por ejemplo, la complejidad con la que piensa un individuo afecta su autoimagen, su identidad y su capacidad para comprender las relaciones interpersonales.

DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

ENFOQUE PSICOANALÍTICO

Sigmund Freud, el creador de la teoría psicoanalítica, no tuvo mucho que decir sobre los años adolescentes ya que su interés se centro en la infancia temprana; sin embargo abordó brevemente la adolescencia en su libro *Three Essays on Theory of Sexuality*, donde describió la adolescencia como un periodo de excitación sexual, ansiedad y en ocasiones perturbaciones de la personalidad (Rice, 1997).

También introdujo un concepto de una importancia considerable para entender la conducta adolescente: el *Complejo de Edipo*. Afirma que los niños atraviesan una fase del desarrollo durante los años preescolares en la que se sienten atraídos por el progenitor del género opuesto produciéndoles inevitables sentimientos de competencia con el progenitor del mismo género. La rivalidad edípica hace que los niños se muestren ansiosos porque temen que el progenitor del mismo género los castigue con dureza por interponerse entre él y el cónyuge. En el curso del desarrollo normal de la personalidad, los niños *reprimen* en primer lugar su deseo edípico (lo que implica expulsarlo de su conocimiento consciente), y a continuación se alien con el progenitor del mismo género y pasen a intentar seguir su modelo (en lugar de competir con él); este proceso de resolución de conflictos los ayuda a superar ansiedades infantiles y a formar una identificación adecuada al género (Kimmel y Weiner, 1998).

Freud sugirió, que la maduración de los órganos sexuales externos e internos y el aumento de impulsos sexuales en los adolescentes exigen que éstos se enfrenten por segunda vez con muchas de las preocupaciones psicosexuales que habían experimentado en la infancia; lo que significa que la pubertad vuelve a despertar el Complejo de Edipo y genera un nuevo ciclo de sentimientos de atracción hacia el progenitor del género contrario; para resolver la tensión sexual que se produce, los adolescentes demandan un objeto de amor por lo que se sienten atraídos hacia el sexo puesto (González, 2001).

Peter Blos distinguía diversos estadios de adaptación a la tensión psicológica producida por las preocupaciones edípicas nuevamente emergentes. La primera de estas fases es el periodo de *latencia*, en la que no aparecen impulsos instintivos nuevos y en la que los niños desarrollan sus capacidades mentales y emocionales que los preparan para enfrentarse con el incremento de impulsos que experimentarían durante la pubertad (Kimmel y Weiner, 1998).

La segunda etapa es la *preadolescencia*, durante la cual se produce un aumento cuantitativo en los impulsos instintivos, que se refleja en fantasías sexuales y una elevada susceptibilidad a llegar a ser estimulada eróticamente, pero no incluye propósitos sexuales dirigidos a ninguna persona en concreto (Kimmel y Weiner, 1998).

La tercera fase es la *adolescencia temprana* que está marcada por la atracción renacida hacia el progenitor del otro género, a la que sigue un rechazo de éste como objeto amoroso y un intento de establecer una relación de amistad íntima con los compañeros del mismo género (González, 2001).

La *adolescencia propiamente dicha*, se inicia los vínculos con amigos del mismo género empiezan a ser sustituidos por objetos amorosos heterosexuales y marca los lazos edípicos con los padres (González, 2001).

La quinta fase es la *adolescencia tardía* en la que se consolida la identidad sexual, la toma de conciencia real y la aceptación del yo. Por último, la *postadolescencia*, periodo de la edad adulta temprana en el que se pone en práctica objetivos vitales fijados durante la adolescencia en función de relaciones, roles y opciones permanentes (Kimmel y Weiner, 1998).

Anna Freud (1946) define a la adolescencia como un periodo de conflicto interno, de desequilibrio psíquico, de conducta errática. Los adolescentes son egoístas, se consideran el único objeto de interés, pero también son capaces del sacrificio y la devoción; forman relaciones de amor apasionadas solo para romperlas drásticamente; en ocasiones desean implicación social completa y participación en grupo y otras veces desean la soledad; oscilan entre la sumisión ciega y la rebelión contra la autoridad; tienen una mente materialista pero también están llenos de idealismo; son ascéticos e indulgentes, desconsiderados con los demás y suspicaces; nadan entre el optimismo y el pesimismo, entre el entusiasmo infatigable, la pereza y la apatía (Rice, 1997).

En la pubertad, el cambio más obvio es un aumento en los impulsos instintivos; debido en parte a la maduración sexual con el consiguiente interés por los genitales y el aumento en los impulsos sexuales. También se intensifican los impulsos agresivos, el hambre se vuelve voracidad y la desobediencia puede estallar en conducta criminal.

El renovado vigor de los instintos en la adolescencia desafía las capacidades el razonamiento y los poderes de la conciencia el individuo; el equilibrio conseguido entre los

poderes psíquicos durante la latencia es destruido y se produce un conflicto entre el ello y el superyo (Rice, 1997).

En el libro titulado *El yo y los mecanismos de defensa*, Anna Freud analizó el modo en que los adolescentes usan ciertos tipos de mecanismos de defensa para protegerse de ansiedades específicas generadas por el inicio de la pubertad; entre ellos se encuentran (Kimmel y Weiner, 1998):

- ✓ **REPRESIÓN.-** Se disminuye la ansiedad expulsando del conocimiento consciente la idea o sentimiento perturbador, por ejemplo olvidar la cita con el dentista.
- ✓ **NEGACIÓN.-** Los individuos se convencen a sí mismos de que las cosas malas nunca sucedieron.
- ✓ **PROYECCIÓN.-** Las personas tratan de evitar la responsabilidad de los pensamientos o sentimientos malos atribuyéndolos injustamente a los demás.
- ✓ **FORMACIÓN REACTIVA.-** Se manifiesta la opinión totalmente contraria a la sostenida en realidad (p. 38).

Debido al aumento de impulsos durante la adolescencia estos mecanismos resultan inadecuados, por lo que Anna Freud incluye otros dos mecanismos adicionales que probablemente surgen en este periodo:

- ✓ **ASCETISMO.-** Supone la minimización de la ansiedad mediante el rechazo de las tentaciones y la negación a uno mismo de los placeres normales de la vida humana.
- ✓ **RACIONALIZACIÓN.-** El individuo se muestra impersonal, examina causas y debate cuestiones morales y éticas de una forma que se evite reducir la importancia psicológica específica o la naturaleza amenazadora (Kimmel y Weiner, 1998, p. 38).

ENFOQUE INTERPERSONAL

Harry Stack Sullivan rechazó la idea de que la personalidad se forma mediante modos de adaptación a impulsos básicos. Él sostenía que los individuos son seres sociales moldeados por su entorno cultural e interpersonal, y que, en consecuencia, la personalidad evoluciona en gran medida a partir de la manera en que los individuos aprenden a adaptarse a su contexto sociocultural. Para ilustrar esta idea, Sullivan creía que los niños experimentan ansiedad no por impulsos innatos, sino por las experiencias transmitidas por las madres (Kimmel y Weiner, 1998).

Sullivan divide el desarrollo adolescente en: preadolescencia, adolescencia temprana y adolescencia tardía.

Preadolescencia

Es común que durante la infancia los niños tengan muchos amigos o compañeros de juego; sin embargo, cuando se acerca el final de ésta la relación con uno de esos amigos, casi siempre del mismo género, se hace más estrecha; hecho que puede indicar el inicio de la preadolescencia. A esos amigos nuevos y especiales Sullivan los llama *colegas* le permiten

al individuo prepararse para relaciones interpersonales maduras, marcan el inicio de la capacidad para la intimidad y el amor (Horrocks, 2001).

Adolescencia temprana

Comienza con la aparición del interés sexual, al que Sullivan llamó *Libidinosos*. Es por ello que afirmaba que el *dinamismo Libidinoso*, el cual supone una tensión recurrente y una zona corporal concreta, en este caso los genitales. También consideraba que se generaba una necesidad de satisfacción el deseo sexual que se añade a otras dos necesidades surgidas anteriormente: la necesidad de seguridad, que se refiere a la ansiedad y a la necesidad de intimidad que hace referencia a las relaciones estrechas de colaboración y el modo en que estas necesidades pueden interferir entrar en conflicto entre sí (Horrocks, 2001).

Adolescencia tardía

Empieza cuando los jóvenes han alcanzado una integración razonable de las necesidades de seguridad, intimidad y libidinosidad en sus relaciones interpersonales; para Sullivan la adolescencia tardía no es una fase inevitable del desarrollo que todas las personas atraviesan porque ello forme parte del destino predeterminado; sino porque no llegan a disfrutar de una cómoda integración de necesidades. Según Sullivan los chicos llegan a este periodo con algunas opiniones negativas o inexactas sobre sí mismos y que estas opiniones dificultan las relaciones interpersonales (Kimmel y Weiner, 1998).

ENFOQUE PSICOSOCIAL

De acuerdo con Erik Erikson, la tarea del individuo es adquirir una *identidad individual positiva* a medida que avanza de una etapa a la siguiente. Estas etapas y sus polos son (Engler, 1998):

1. *Infancia*: Confianza / Desconfianza
2. *Niñez temprana*: Autonomía / Vergüenza y Duda
3. *Edad del juego*: Iniciativa / Culpa
4. *Edad escolar*: Destreza / Inferioridad
5. *Adolescencia*: Identidad / Confusión
6. *Edad adulta temprana*: Intimidad / Aislamiento
7. *Madurez*: Productividad / Estancamiento
8. *Vejez*: Integridad del yo / Disgusto y Desesperanza (p. 170).

Para este trabajo nos centraremos en la etapa de la adolescencia y sus polos. La formación de la identidad no comienza ni termina en la adolescencia; sino que dura toda la vida y es inconsciente.

El proceso inicia cuando los niños consiguen su primer objeto amado, comienzan a encontrar la autorrealización y el reconocimiento. Continúa a través de un proceso de selección y de asimilación de las identificaciones de la niñez, las cuales dependen de la

identificación que los padres, los iguales y la sociedad tenga de ellos como personas importantes. Erikson destacó que la adolescencia es una crisis normativa, una fase normal de conflicto incrementado, caracterizada por una fluctuación en la fuerza del yo (Rice, 1997).

Para establecer una identidad el individuo debe esforzarse por evaluar los recursos y responsabilidades y aprender a utilizarlas con la finalidad de tener un concepto claro de quién es y qué quiere llegar a ser. Para Erikson (1974) existen siete elementos de identidad y su resolución de conflicto:

- ✓ *Perspectiva temporal frente a confusión en el tiempo*: El adolescente debe aprender a estimar y ubicarse en el tiempo; debe coordinar el pasado y el futuro para formar un concepto acerca el tiempo que lleva el conseguir realizar los proyectos de vida; el sentido del tiempo y la continuidad se desarrolla alrededor de los 15 o 16 años.
- ✓ *Seguridad en uno mismo frente a avergonzarse de uno mismo*: basándose en experiencias pasadas se desarrolla la confianza en sí mismo, de la capacidad para afrontar el presente y la anticipación del éxito futuro; de forma que la persona cree y siente que hay probabilidad de conseguir objetivos futuros. Para ello debe aumentar el conocimiento y la conciencia sobre sí mismo en relación con la imagen física y las relaciones sociales.
- ✓ *Experimentación de funciones frente a fijación de funciones*: Los adolescentes pueden experimentar con varias identidades, características de personalidad, formas de hablar, ideas, metas tipos de relaciones que pueden tener dentro de la sociedad.

- ✓ *Aprendizaje frente a estancamiento en el trabajo*: La elección del trabajo tiene gran importancia en la determinación de la identidad y los adolescentes pueden probar y explorar diferentes ocupaciones para poder tomar una decisión al respecto.
- ✓ *Polarización sexual frente a confusión bisexual*: Los adolescentes deben desarrollar una identificación con un sexo o con otro como base de la intimidad.
- ✓ *Líder y seguir frente a confusión de autoridad*: Se inicia el aprendizaje de la toma de responsabilidades de liderazgo y el seguimiento de otros. También descubren que los otros tienen exigencias, lo que les puede generar confusión con relación a la autoridad.
- ✓ *Compromiso ideológico frente a confusión de valores*: Algunos aspectos de la conducta son guiados por la ideología, es decir, la necesidad de creer o seguir a alguien (p. 78).

LA BUSQUEDA DE LA IDENTIDAD

Una tarea esencial durante la adolescencia es la formación de la identidad. La **identidad** es un sentido coherente de individualidad formado a raíz de la personalidad y circunstancias del adolescente. Según Erikson, la identidad del adolescente se desarrolla en silencio con el paso del tiempo, mientras muchas pequeñas partes del yo se unen de forma organizada. Él vio la adolescencia como una moratoria, un período en el que las elecciones definitivas se posponen mientras se van uniendo los distintos elementos de la identidad (Hoffman, París, Hall, 1996).

La identidad puede incluir aspectos innatos de la personalidad, rasgos como la pasividad, la agresividad y la sensualidad; talentos y habilidades; identificación con modelos (paternos, de los compañeros, de personajes culturales); modos de afrontar los conflictos y regular la conducta, la adopción de papeles sociales, vocacionales y de género consistentes. De acuerdo con Erikson los individuos pueden ser identificados por sus características físicas, apariencia y figura; por su sexo biológico y representación de roles de género; por sus habilidades de interacción social y la pertenencia a grupos; por su logro académico, por su identidad étnica; etc. (Phinney y Alipuria, 1990; citados en Rice, 1997). Los factores socioeconómicos pueden ampliar o reducir la gama de las posibilidades y los contextos subculturales, las presiones de los compañeros o situaciones familiares pueden empujar al adolescente en una u otra dirección.

De acuerdo con Erikson, los adolescentes construyen su identidad modificando y sintetizando identificaciones tempranas dentro de una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes (Kroger, 1993; citado en Papalia y Wendkos, 2001). Para construir una identidad, los adolescentes deben calcular y organizar sus habilidades, necesidades, intereses y deseos, de modo que puedan expresarse en un contexto social.

Considero el peligro principal de esta etapa a la confusión de la identidad, que puede retrasar en gran medida la llegada a la edad adulta, inclusive hasta después de los 30 años. Es normal que se presente algún grado de confusión de la identidad, esto incide en la naturaleza aparentemente caótica de gran parte del comportamiento de los adolescentes y en la dolorosa autoconciencia de los jóvenes (Papalia y Wendkos, 2001).

La identidad se forma cuando la gente joven resuelve tres problemas importantes: la elección de una ocupación, la adopción de valores para creer en ellos y vivirlos, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Durante la crisis de la niñez intermedia, de *laboriosidad versus inferioridad*, los niños adquieren las destrezas necesarias para tener éxito en su cultura. Ahora, como adolescentes, necesitan encontrar caminos para usar estas destrezas. Cuando los jóvenes tienen problemas para determinar su identidad profesional, corren el riesgo de adoptar comportamientos con serias consecuencias negativas, como actividad criminal o embarazos indeseados. Durante la *moratoria psicosocial* - el tiempo de descanso que la adolescencia permite- muchos jóvenes buscan hacer compromisos en los que tienen fe. Estos compromisos juveniles, tanto ideológicos como personales, pueden dar forma a la vida de un individuo para los años por venir (Erikson, 1974).

El punto hasta donde los jóvenes persisten en sus compromisos influye en su capacidad para resolver la crisis de identidad. Los adolescentes que resuelven de manera satisfactoria esa crisis, desarrollan la virtud de la *fidelidad*: lealtad, fe o un sentido de pertenencia duraderos hacia un ser amado, los amigos o los compañeros. Fidelidad también puede significar identificación con un conjunto de valores, una ideología, una religión, un movimiento político, una búsqueda creativa, o un grupo étnico (Erikson, 1982; citado en Papalia y Wendkos, 2001). La autoidentificación surge cuando los jóvenes eligen valores y personas a las cuales les tienen lealtad y no se limitan simplemente a aceptar las elecciones de sus padres.

ESTADOS DE LA IDENTIDAD: CRISIS Y COMPROMISO

El psicólogo James E. Marcia describe que hay cuatro etapas diferentes del desarrollo del yo o *estados de la identidad*, los cuales son: *logro de la identidad*, *exclusión*, *moratoria* y *difusión de la identidad*, que encontró a través de entrevistas semiestructuradas con un tiempo de duración de 30 minutos. La definición de Marcia sobre identidad es similar a la de Erikson: una organización interna, autoconstruida y dinámica de orientaciones, habilidades, creencias e historia individual (Papalia y Wendkos, 1998).

Las cuatro categorías difieren según la presencia o ausencia de *crisis* y *compromiso*, dos elementos que Erikson consideró cruciales para formar la identidad. Marcia define *crisis* como un periodo de toma de decisiones conscientes, y *compromiso* como una dedicación personal a una ocupación o sistema de creencias (ideología), y encontró las relaciones entre el estado de identidad y características como ansiedad, autoestima, razonamiento moral y patrones de comportamiento (Papalia y Wendkos, 2001).

A continuación se presenta una descripción breve pero acertada de cada uno de los cuatro estados de la identidad:

- *Logro de la identidad* (crisis que lleva a un compromiso): Aquí algunas personas han resuelto su crisis de identidad. Durante el periodo de crisis le dedican mucho tiempo a pensar, viven algunos conflictos emocionales sobre aspectos importantes de su vida, toman decisiones y expresan un fuerte compromiso hacia ellos mismos. Los padres estimulan la toma de decisiones propias, sin embargo, no dejan de escuchar sus ideas y de emitir sus opiniones, claro sin presionar para que las adopten. Tienen una *fortaleza flexible*, es decir, que son analíticos pero no tan introspectivos como para ser incapaces de actuar. Tienen sentido del humor, se desenvuelven bien bajo condiciones de estrés, son capaces de establecer relaciones íntimas y son firmes con sus patrones aunque tienen una mente abierta hacia nuevas ideas. La investigación en varias culturas ha encontrado que las personas de esta categoría son más maduras y competentes en sus relaciones que quienes pertenecen a alguna de las otras tres (Marcia, 1993; citado en Papalia y Wendkos, 2001).

- *Exclusión* (compromiso sin crisis): En este estado las personas han hecho compromisos, pero no como resultado de una crisis, que les implicaría cuestionamientos y la exploración de posibles alternativas, sino que aceptan los planes de alguien más para su vida. Cuentan con una *fortaleza rígida* pues son dogmáticos cuando se cuestionan sus opiniones. Cuentan con vínculos familiares estrechos y tienden a seguir a un líder poderoso que no acepta ningún desacuerdo (Craig, 2001).
- *Moratoria* (crisis sin ningún compromiso todavía): en este momento las personas se encuentran en crisis, luchando con sus decisiones. Son seguros de sí mismos y escrupulosos, pero también ansiosos y temerosos. Son cercanos a su madre pero también se resisten a su autoridad. Aún no han desarrollado una relación cercana. Y probablemente superaran su crisis con la habilidad para hacer compromisos y lograr la identidad (Craig, 2001).
- *Difusión de la identidad* (sin compromiso, sin crisis): aún no han considerado con seriedad sus opiniones y evitan los compromisos. No están seguros de sí mismos y tienden a no ser colaboradores. Sus padres no hablan con ellos sobre su futuro; consideran que no es asunto suyo. Algunas personas en esta categoría se vuelven individuos sin rumbo ni metas. Ellos tienden a ser infelices; con frecuencia están solos porque sólo establecen relaciones superficiales (Papalia y Wendkos, 2001).

Estas categorías, no son permanentes y pueden cambiar a medida que la persona se desarrolla (Marcia, 1979; citado en Papalia y Wendkos, 1998). A partir del final de la adolescencia, cada vez más personas se encuentran en el estado de *moratoria* o *logro*: buscando o encontrando su propia identidad.

Según Rice (1997), el desarrollo de la identidad incluye un sentido de **identidad étnica**; esto es, la suma total de los sentimientos de los miembros del grupo acerca de los valores, símbolos e historias comunes que los identifican como un grupo distinto. Hay cuatro formas posibles en que los miembros de los grupos étnicos pueden participar en una sociedad culturalmente diversa. La asimilación, que resulta cuando los miembros del grupo étnico eligen identificarse con la cultura dominante y renunciar a sus vínculos con la cultura étnica. La integración, que se caracteriza por una fuerte identificación y compromiso con ambas culturas. La separación, que consiste en una atención exclusiva a los valores y prácticas culturales del grupo étnico y poca o nula interacción con la cultura dominante. La marginalidad, se define por la ausencia o pérdida de la cultura de origen y la falta de compromiso con la cultura dominante. Para Ward (1990), en este proceso el adolescente primero rechaza las evaluaciones negativas de la cultura o grupo dominante y luego construye una identidad que incluye la etnicidad como un aspecto positivo y deseado de sí mismo (Hoffman, Paris, Hall, 1996).

A medida que el adolescente construye la identidad, se separa emocionalmente de sus pares y trasfieren parte de su afecto a los compañeros; si esto ni se logra se tienen identidades de compromiso; otros adolescentes logran desapegarse de sus pares pero no tienen confianza en sí mismos ni son autónomos. Para que el adolescente logre hacerse un individuo debe encontrarse en equilibrio respecto al vínculo con la familia (Rice, 1997).

Diferencias de género en la formación de la identidad

El enunciado de Freud “La biología es el destino” sugiere que los distintos patrones de desarrollo masculino y femenino en casi todas las culturas son un resultado inevitable de las diferencias anatómicas. Cualquiera que sea la razón, los sexos parecen diferir en algún modo en sus índices de maduración emocional y social, y quizá también en su camino hacia la identidad (Papalia y Wendkos, 1995).

Gran parte de la investigación realizada respalda el punto de vista de Erikson de que, para las mujeres, la identidad y la intimidad se desarrollan en conjunto. En realidad, la intimidad es más importante para las niñas que para los muchachos inclusive en las amistades en sus cursos (Blyth y Foster-Clark, 1987; citados en Papalia y Wendkos, 1998). No obstante, en lugar de ver ese patrón como salida de la norma masculina, algunos investigadores que han estudiado a niñas y mujeres, la consideran como un indicio de debilidad en la teoría de Erikson, la cual, señalan, se basa en conceptos occidentalizados y centralizados en lo masculino sobre individualidad, autonomía y competitividad. De acuerdo con Carol Gilligan (1982, 1987a, 1987b; L. M. Brown y Gilligan, 1990; citados en Papalia y Wendkos, 1998) el sentido femenino del yo no se desarrolla tanto a través del logro de una identidad separada, como a través del establecimiento de relaciones. Niñas y mujeres, afirma Gilligan se juzgan a sí mismas por el manejo de sus responsabilidades y su capacidad para cuidar de otros así como de ellas mismas. Inclusive las mujeres con logros más altos obtienen su identidad más a través de la cooperación que de la competencia. Algunos estudiosos de la teoría del desarrollo han comenzado a preguntarse que tan diferentes son en realidad los caminos masculino y femenino –especialmente en la actualidad- y si las diferencias individuales pueden ser más importantes que las diferencias de género (Archer, 1993; Marcia, 1993; citados en Papalia y Wendkos, 2001).

La autoestima durante la adolescencia, se desarrolla principalmente en el contexto de las relaciones con los compañeros, en particular con los del mismo sexo. De conformidad con la perspectiva de Gilligan, la autoestima masculina parece estar relacionada con la búsqueda de logro individual, mientras que la autoestima femenina depende más de las conexiones con los demás. Por ejemplo en un estudio longitudinal, los hombres que habían tenido una alta autoestima durante la adolescencia tendieron a recordar que les gustaba compartir con otros muchachos, mientras que las mujeres con autoestima alta recordaron los esfuerzos por ayudar a sus amigas, esfuerzos que implicaron relacionarse ellas mismas en una forma de cooperación y no de competencia (Thorne y Michaelieu, 1996; citados en Papalia y Wendkos, 2001). Las niñas preadolescentes, según Gilligan, tienden a ser perceptivas con respecto a las relaciones y asertivas en cuanto a la expresión de sus sentimientos. Sin embargo, en su adolescencia, a menudo aceptan nociones de estereotipos sobre la manera como deben actuar y reprimen sus sentimientos reales en aras de ser lindas. Solamente quienes siguen reconociendo sus verdaderos sentimientos y expresándolos de manera apropiada, mantienen relaciones saludables consigo mismas, con los demás y con la sociedad, y conservan una alta autoestima. Se ven a sí mismas como competentes y más aptas que otras chicas para elegir carreras que no sean tradicionales (L. M. Brown y Gilligan, 1990; citados en Papalia y Wendkos, 1998).

CAPITULO II **NUTRICIÓN Y DIETA**

NUTRICIÓN

DEFINICIÓN

La nutrición es un proceso que permite al organismo utilizar los nutrientes del alimento. El estado nutricional, es el que se produce en el organismo por dicho proceso y resulta del equilibrio entre el suministro de nutrientes y el gasto del organismo; incluye ingestión, absorción, transporte, almacenamiento, metabolismo y eliminación del alimento (McLaren, 1993), y es esencial para el desarrollo y funcionamiento de todos los órganos del cuerpo, para el crecimiento, la conservación de la vida, el cumplimiento de las actividades del trabajo, para resistir las infecciones, conservar la capacidad para reparar lesiones y para la reproducción (Ríos, 1979).

Es importante considerar que la nutrición es un sistema de interacción que comprende: *al organismo humano, al alimento y al nutriente* y que, por lo tanto, se relaciona con la producción, comercialización y consumo del alimento, con la economía, sociología y demografía (McLaren, 1993).

De la buena nutrición depende que pueda alcanzarse la estatura, fuerza y bienestar físico máximos. Los nervios, huesos, músculos y otros tejidos en crecimiento requieren alimentos que les ayuden a constituir el cuerpo. Las deficiencias nutricionales están relacionadas con inestabilidad emocional, tensión premenstrual (en las mujeres), menor resistencia a infecciones, reducción en las estaminas y retardo físico y mental (Rice, 1997).

Así pues, el cuerpo necesita obtener de los alimentos las sustancias nutritivas que le permitan conservarse sano, según el sexo, la edad, el grado de actividad y el clima (Jelliffe, 1974). Estas sustancias llamadas *nutrientes* son las proteínas, las grasas, los carbohidratos, los minerales, vitaminas y agua, y pueden clasificarse como sigue (Ríos, 1979):

1. *Alimentos Energéticos*. Son aquellos que contienen en mayor cantidad grasas e hidratos de carbono, tales como el azúcar, los cereales y el almidón. Permiten obtener energía para toda actividad que se realiza en el día (trabajo, juego, tareas, deporte, etc.) y obtener el calor necesario para mantener la temperatura del cuerpo.
2. *Alimentos Constructores*. Estos nutrientes son las proteínas que se encuentran en la carne, el pescado, los huevos, la leche, las leguminosas, las verduras de hoja verde oscuro, entre otras. Proporcionan el material necesario para construir y formar nuevos tejidos (durante el crecimiento y el embarazo) y reparan los tejidos dañados.

3. *Alimentos Reguladores*. Este grupo comprende las vitaminas, los minerales y el agua; estas son, la vitamina A, B, C, D, el hierro, calcio, yodo y flúor. Brindan elementos que permiten el normal funcionamiento del organismo y protegen de enfermedades.

NUTRICIÓN: ETAPAS DEL DESARROLLO

INFANCIA

Los requerimientos nutricionales se incrementan durante los primeros años de vida debido al aumento en el peso y la talla; los requerimientos de proteínas y hierro son mucho mas grandes que en los adultos casi en una tercera parte (Jelliffe, 1974). Sin embargo en el periodo denominado niñez el crecimiento es menor durante el cual las madres controlan la comida de sus hijos y determinan los patrones dietéticos que tendrán influencia sobre la salud futura. La Australian Nutrition Foundation Inc. propone una “pirámide de dieta saludable” en la que se recomienda que los niños deben comer muchos cereales, pan, vegetales y frutas; comer moderadamente leche, queso, yogurt, carne, legumbres, nueces y huevo; y deben comer menos azúcares y grasas (McLaren, 1993).

Por otra parte, Rice (1997) sugiere que para evitar problemas alimenticios durante la niñez, la madre del pequeño considere lo siguiente:

1. Que reconozca que el apetito del niño varía.
2. Que ofrezca comidas nuevas.
3. Que sirva comidas balanceadas, evitando el exceso de dulces y grasas.

ADOLESCENCIA

Durante el periodo de rápido crecimiento, los adolescentes necesitan mayores cantidades de comida para atender a los requerimientos corporales. El requerimiento calórico para las chicas puede incrementarse 25% en promedio de los 10 a los 15 años, mientras que para los muchachos el requerimiento calórico puede aumentar en un promedio de 90% de los 10 a los 19 años (Rice, 1997). Las diferencias en la composición corporal entre los sexos se debe principalmente a la mayor cantidad de tejido adiposo en la mujer (25 contra 14%), el esqueleto y la musculatura es más ligero y el almacenamiento de hierro en la mujer es mucho menor (McLaren, 1993).

De acuerdo con el mismo autor, en esta etapa se presenta un aumento repentino de la talla que contribuye al 15% de la estatura adulta final, mientras que el aumento en el peso contribuye al 50% del peso final y es por ello que la nutrición tiene una función importante al duplicar la masa corporal y los requerimientos nutricionales se relacionan en forma estrecha con la edad biológica. Debido al aumento en el crecimiento esquelético, los requerimientos de energía, proteínas, calcio, fósforo y vitamina D son considerables; en la mujer adolescente se eleva el requerimiento de hierro a consecuencia del inicio de la menstruación.

Debido al estilo de vida de los adolescentes y las necesidades de independencia sus hábitos alimenticios cambian; la mayoría de ellos omiten el desayuno o lo modifican consumiendo alimentos bajos en nutrientes y aumentando la ingesta de azúcares y grasas. Estudios recientes reflejan que los adolescentes independientes, que se preparan sus propios alimentos o que acuden a sitios de comida rápida, consumen sólo un tercio de los nutrientes que requieren, a diferencia de los que realizan sus comidas en casa o en restaurantes. Para influir en la deficiencia de nutrientes algunos adolescentes recurren al uso de suplementos alimenticios (DeBruyne y Rolfes, 1996).

INDICES E INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA EL ESTADO NUTRICIO

De acuerdo con la OMS (Gómez Péresmitré y Saucedo, 1998) los indicadores e índices antropométricos son vitales en la evaluación del estado nutricional de las poblaciones y su uso se enfoca en la identificación de prevalencia, incidencia y severidad de la desnutrición y la obesidad; con frecuencia se utilizan el peso, la talla, la circunferencia de la cabeza y otras medidas (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997). Por ello, es fundamental contar con criterios válidos para cada tipo de población, pues no solo son útiles para detectar grupos de riesgo, sino que también permiten establecer programas de vigilancia nutricional y de prevención primaria (Gómez Péresmitré y Saucedo, 1998).

Gómez Pérez-Mitré y Saucedo (1997, p. 20-22), proponen una clasificación de indicadores derivados del peso y la talla y a partir de éstos se establecen algunos índices que permiten valorar la situación nutritiva:

- I. *Peso/Talla (P/T)*. Este indicador se utiliza en niños y en adultos en relación con los valores de referencia aceptados; se utiliza como indicador de “desnutrición aguda” o “emaciación”. Es de gran utilidad para evaluar el impacto de los programas de intervención o de ayuda alimentaria.
 - II. *Talla/Edad (T/E)*. Este indicador establece la relación entre la estatura actual del niño y la que debería tener según su edad, tomando como valor teórico el percentil 50 y determina la “desnutrición crónica” en los niños.
 - III. *Peso/Edad (P/E)*. Este indicador es excelente predictor de riesgo de mortalidad en los menores de cinco años. Generalmente se utiliza para valorar el estado nutricional de menores de dos años así como en programas de vigilancia del crecimiento.
- 1) *Peso Relativo*. Se basa en la comparación de la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, la talla y el sexo del sujeto, la fórmula es:

$$\text{PESO RELATIVO} = \frac{\text{Peso actual en Kg}}{\text{Peso medio para la talla}} \times 100$$

- 2) *Índice de Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC)*. Este indicador fue propuesto por el antropólogo belga Adolph Quetelet, como indicador de masa corporal. Se calcula dividiendo el peso (Kg) entre la talla (m) elevada al cuadrado y se expresa con la fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso en Kg}}{(\text{Talla en m})^2}$$

Un estudio realizado en nuestro país, en una muestra de mujeres entre 12 y 49 años de edad (1990, citados en Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997, p. 22) utilizó el índice de masa corporal para determinar el estado nutricional del grupo y considero:

- Bajo peso cociente inferior a 20.1
- Sobrepeso entre 24.9 y 27
- Obesidad cociente mayor de 27

Otro estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré y Saucedo (1997, p 25) en una muestra de 540 adolescentes de tercero de secundaria de ambos sexos con edades entre 13 y 15 años tuvo como objetivo determinar la validez diagnóstica del índice de masa corporal comparando tres criterios para la clasificación del estado nutricional permitió obtener la siguiente tabla:

- Bajo peso valores entre 15-18.9
- Normal entre 19-22.9
- Sobrepeso entre 23-27
- Obesidad mayor a 27

- 3) *Índice Nutricional (IN)* (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1998 p. 394). Se basa en la comparación de la relación simple del peso y la talla del sujeto, con la relación del peso y la talla correspondientes al percentil 50 (mediana), referidos en las tablas del National Center of Health Statistics-Organización Mundial de la Salud (NCHS-OMS), considerando el sexo y la edad, empleándolo en preadolescentes; su fórmula es:

$$IN = \frac{\text{Peso actual en Kg/talla actual en m}}{\text{Peso en Kg (percentil 50)/talla en m (percentil 50)}} \times 100$$

De este índice se deriva la siguiente tabla:

- Inferior a 90% = bajo peso
- Entre 90-110% = peso normal
- Entre 110-120% = sobrepeso
- Mayor a 120% = obesidad

DEFICIENCIAS ALIMENTARIAS

La alimentación insuficiente en valor calórico y pobre en proteínas es, al mismo tiempo, incapaz de satisfacer las necesidades de otros nutrimentos como la vitamina A, la riboflavina y el ácido ascórbico. Cuando se presenta el proceso de adaptación a la ingesta reducida de alimentos se disminuyen los requerimientos hasta que puedan ser satisfechos; como consecuencia se presenta un cuadro de desnutrición crónica, que establece características antropológicas encontradas en un gran sector de la población mexicana, como son la reducida estatura, peso inferior, disminución de la energía psíquica y la capacidad para defenderse de las agresiones del ambiente y las situaciones del estrés. Las bajas reservas de los individuos los hacen vulnerables a enfermedades infecciosas (Zubirán, 1984).

Una deficiencia aguda de vitaminas conduce al agotamiento de las reservas del organismo y produce varias formas de desnutrición clínica (Jelliffe, 1974). Un ejemplo de desnutrición es la anemia que alcanza cifras importantes en zonas rurales y semirurales en donde afecta al 27.2% de las mujeres (Zubirán, 1984).

Los adolescentes cuyo peso es inferior a lo normal están quemando más calorías de las que consumen, pues las chicas en promedio necesitan cerca de 2200 calorías por día, mientras que los varones alrededor de 2800. Por ello, necesitan incrementar su consumo de comidas grasas y superar un mal apetito; también pueden conservar energía pasando más horas en la cama omitiendo el ejercicio extenuante (Rice, 1997).

Otro tipo de mal nutrición que se presenta principalmente en los países industrializados y bien alimentados es la obesidad que resulta de una ingesta excesiva de carbohidratos que se almacenan como grasa subcutánea (Jelliffe, 1974).

El exceso de peso afecta el ajuste emocional de los adolescentes, el desarrollo de la identidad del yo, la autoestima y las relaciones sociales. Influye con mucho en la tendencia de los adolescentes a experimentar sentimientos negativos acerca de sus cuerpos, lo que es especialmente cierto en el caso de las evaluaciones que las mujeres hacen de sí mismas (Andersen y LeGrand, 1991; citados en Rice, 1997).

Para Alsaker en 1992 el tener sobrepeso también se asocia con la maduración temprana y afecta de manera global las autoevaluaciones negativas de las muchachas adolescentes (Rice, 1997). También supone un riesgo para la salud futura, ya que la

obesidad esta relacionada con desórdenes ginecológicos, enfermedades de las articulaciones, hipertensión y enfermedades cardiovasculares (Shestowsky, 1983; Stein, 1987; citados en Rice, 1997).

Según el Departamento de Agricultura, Salud y Servicios del Hombre de Estados Unidos de Norteamérica en 1985 (U. S. Departments of Agriculture and of Health and Human Services, 1985) muchos adolescentes tienen dietas inadecuadas (Rice, 1997). Las principales deficiencias son las siguientes:

1. Insuficiencia de tiamina y riboflavina.
2. Insuficiencia vitamínica (especialmente de las vitaminas A y C), causada sobre todo por la falta de vegetales y frutas frescas en la dieta.
3. Insuficiencia de calcio, causada principalmente por un consumo inadecuado de leche.
4. Insuficiencia de hierro, en especial en las mujeres.
5. Insuficiencia de proteínas, por lo general sólo las mujeres (p. 360).

DIETA

DEFINICIÓN

El hombre sólo come por tres razones, para satisfacer el hambre, por costumbre y por placer; es decir, la ingesta de alimentos está influenciada por factores psicológicos y culturales. Por una parte, *el hambre* es el conjunto de sensaciones experimentadas por los cambios en el estado fisiológico del organismo, la *saciedad* es la sensación de haber abolido el hambre y se relaciona con el sistema digestivo y; por otra parte, el *apetito* es el deseo de alimento y un estado afectivo y la *saciedad* es el estado afectivo correspondiente en relación con la *saciedad* y significa el deseo de no comer (McLaren, 1993).

La palabra *dieta* deriva del latín *diaetam* que significa supresión de una parte o de la totalidad de los alimentos con fines terapéuticos o higiénicos (Diccionario Enciclopédico, 1999). El término hace referencia al programa alimentario que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad. También puede significar, para muchas chicas, desde el consumo de alimentos bajos en calorías hasta la omisión de alguna comida (Pineda, 2000).

Una dieta satisfactoria, en cualquier parte del mundo, tiene que contener cantidades adecuadas de nutrientes específicos para proveer energía, reparar el desgaste del organismo y mantener el cuerpo trabajando normalmente (Jelliffe, 1974). No existe ningún alimento que por sí solo pueda cubrir las necesidades nutricionales, por lo que se deben combinar adecuadamente los alimentos (Ríos, 1979).

Las dietas que intentan reducir el peso corporal, en la mayoría de las ocasiones, producen gran insatisfacción con la restricción a la que se someten las personas que las siguen y los que han perdido peso vuelven a recuperarlo rápidamente. Todo parece indicar que una serie de defensas metabólicas tienden a mantener el peso estable a pesar del cambio en la dieta; se ha visto que las personas sometidas a dieta aprovechan mejor la

energía de los alimentos de manera que la pérdida de peso es inferior a lo esperado (Raich, 2000).

TIPOS DE DIETAS

Intercambiable. El tipo de dieta intercambiable es el plan de comida con un conjunto de porciones de cada grupo distinto de alimentos. Dentro de cada grupo, hay alimentos que son casi iguales en calorías y que pueden intercambiarse a discreción. Por ejemplo, la categoría de “almidones” puede incluir una tajada de pan o media taza de avena; cada una es igual en valor nutricional y calórico. La ventaja más importante es que el plan intercambiable enseña destrezas para seleccionar alimentos que permiten mantener bajo peso (www.saludnutricion.com).

Flexibles. Algunos programas o libros sugieren solo el control de grasas o calorías, o una combinación de las dos, con el individuo haciendo la selección de los dos tipos y cantidad a comer. Este tipo de flexibilidad trabaja bien para muchas personas, y les enseña como controlar lo que comen. Uno de los problemas es que este tipo de dieta da lugar a que algunas personas no consideren la dieta total. Por ejemplo, programas que controlan la grasa solamente, usualmente permite a la persona tomar una cantidad sin límite de calorías y por lo tanto no conlleven a una pérdida de peso. El plan debe además enseñar a seleccionar y preparar comida saludable, debe enseñar a mantener el nuevo peso (www.saludnutricion.com).

Existe otra clasificación o tipos de dieta que comprende: la *dieta hipocalórica*, baja en calorías y se utiliza con frecuencia para bajar de peso; la *dieta blanda*, extendida especialmente para el control de enfermedades; y la *dieta hipercalórica*, rica en grasas y carbohidratos (Pineda, 2000).

La “moda alimentaria” ha ganado mucha popularidad en los últimos años, ya que diversos medios de comunicación como lo son la televisión, las revistas, la radio, etc., presentan “consejos sobre una dieta sana” a cargo de personas no entrenadas en el tema de la nutrición; esto aunado a la preocupación de los adolescentes por su imagen corporal, aumenta el miedo a la obesidad y en consecuencia los lleva a adoptar regímenes alimentarios deficientes que pueden llegar a poner en riesgo su salud y por lo tanto su vida (DeBruyne y Rolfes, 1996).

SEGUIMIENTO DE DIETA PARA EL CONTROL DE PESO

Las encuestas sobre el seguimiento de dietas restrictivas proporcionan un diagnóstico del estado nutricional para la identificación de grupos de riesgo; su objetivo es conocer las características de la alimentación del individuo o grupo. Mediante éstas se puede calcular la ingestión de nutrientes y energía, lo que permite valorar la suficiencia de la misma y determinar los hábitos alimentarios y adecuación en relación con las características de la dieta recomendable (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

Para Hill (1993; citado en Pineda, 2000) la creciente popularidad de las dietas se debe, entre otras razones, a:

- a. El poder de los estereotipos sociales, que con frecuencia asocian la delgadez con la belleza, la salud y el autocontrol; mientras que la obesidad se percibe como glotonería, pereza y un estado antisaludable y autoindulgente.
- b. El seguimiento de dietas hipocalóricas y la práctica de conductas alimentarias anómalas, son consideradas como comportamientos normales.
- c. La práctica de esos comportamientos representa una variante de la automedicación, ya que en pocas ocasiones la persona acude al nutriólogo para solicitar una dieta, y frecuentemente la adquiere de una revista o sigue las recomendaciones de amigos o familiares.

Resulta cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos, la obsesión por el peso y forma corporal tendiente hacia la delgadez difícil de alcanzar (Hill, Weaver & Blundell, 1990; citados en y Ávila, 1998b); motiva el seguimiento de dieta para el control o reducción de peso (Herman & Polivy, 1980; Polivy & Herman, 1985; Striegel-Moore, Silberstein & Robin, 1986; citados en Gómez Pérezmitré y Ávila, 1998b).

El seguimiento de dietas reductoras del peso corporal es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica, si no necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma. La teoría de la restricción propone que la conducta alimentaria de los dietantes puede desinhibirse por diferentes condiciones que van desde los estados emocionales, consumo de alcohol, hasta la misma violación de la dieta, que es lo que se conoce como un efecto paradójico (conducta reactiva), que se dispara por la restricción en la ingesta alimentaria (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

En una encuesta realizada en 1992 por la Administración Estadounidense de Alimento y Medicamento y por el Instituto Nacional de Cardiología de ese país, se encontró que casi la mitad de las mujeres blancas y un cuarto de las mujeres de color practicaban algún tipo de dieta para perder peso (Beiner y Heaton, 1995; citados en Pineda, 2000). En otro estudio realizado por Gómez Pérezmitré y Acosta (2000) se encontró, en una muestra de mujeres mexicanas entre 15 y 25 años, que un 35% realizaban dieta con propósitos de control de peso.

Los resultados del estudio longitudinal de Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling (1990; citados en Gómez Pérez-Mitre 1999), confirman que la conducta dietaria constituye un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Se sabe también que el seguimiento de dietas reductoras, entre personas normopeso, se relaciona con la aparición de estrés y con el deterioro del funcionamiento en tareas cognitivas.

Es por ello que la atención de los investigadores se ha dirigido hacia la población conformada por niños, preadolescentes y adolescentes. Field y cols. en 1993, encontraron en una muestra de 431 estudiantes del 5° al 12° grados escolares, que el 39% había hecho dieta para reducir de peso; el 20% eran dietantes ocasionales y el 7.9% reconoció ser dietante frecuente (Gómez Pérezmitré y Ávila, 1998b).

Gómez Péresmitré y Ávila (1998b) reportan con respecto al seguimiento de dieta intencional, de una muestra de 487 niños entre 10 y 11 años de edad, que un 25% de los niños habían hecho un cambio en su alimentación; un 19% con intenciones de bajar de peso y un 6% para subir el mismo. En otro estudio realizado por Gómez Péresmitré (1999) se encontró que el porcentaje más alto de seguimiento de dieta relacionado con el control de peso corresponde a niñas de 11 años de edad y; a partir de esa edad las niñas consideraban como más atractivas a las personas más delgadas, aceptando así el estereotipo social de la delgadez.

Escobar 1992, Gómez Pérez-Mitré 1993, Unikel 1993b, Hart & Ollendick 1995, Pope 1985, Hudson 1984, & Yuegelun-Todd, y Szmukler 1985 (citados en Gómez Péresmitré y Ávila, 1998b) realizaron investigaciones con adolescentes y encontraron que variables como evitación de comidas, vómito autoinducido y uso de laxantes, están directamente relacionadas con los desórdenes del comer.

La preocupación excesiva por el peso, tener miedo o temor a subir de peso o llegar a ser obesa; el deseo de una figura delgada o muy delgada (Gómez Péresmitré, 1999) y el poco interés, de las personas que practican dietas reductoras, sobre las consecuencias negativas de esta conducta, hacen necesario que se aclare que la reducción de peso no es recomendable para las personas normopeso (sobre todo para niños y adolescentes), y que las dietas hipocalóricas y conductas alimentarias anómalas pueden poner en riesgo su salud (Beiner y Heaton, 1995; citados en Pineda, 2000).

CAPITULO III

IMAGEN CORPORAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

IMAGEN CORPORAL

DEFINICIÓN

La imagen del cuerpo es un concepto polisémico, tiene definiciones clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales y psicogenéticas (Bruchon-Schweitzer, 1992); una definición psicoanalítica es la que presenta Dolto (1997), quien define la imagen corporal como la síntesis de todas nuestras experiencias emocionales, es memoria inconsciente de vivencias y al mismo tiempo es actual, viva, dinámica y narcisista.

Para Kolb la imagen corporal es la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos; desde el punto de vista físico, fisiológico, sociológico y psicológico. La ha dividido en percepción del cuerpo, integrada por las múltiples percepciones vinculadas con el cuerpo, y el concepto del cuerpo, que depende de procesos psicológicos internalizados y de sensaciones internas (Caplan y Lebovici, 1977).

Thompson y Rosen (1990 y 1992 citados en Raich, 2000), están de acuerdo en definir el constructo imagen corporal basándose en tres elementos; que se refieren a la manera en que *uno percibe, imagina, siente y actúa* respecto a su propio cuerpo.

1. *Perceptual*. Precisión con que se percibe el tamaño corporal, de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este elemento da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción corporal inferior); en los trastornos alimentarios se habla de sobrestimación del tamaño corporal.
2. *Subjetivo (cognitivo-afectivo)*. Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo en cuanto a la apariencia física (tamaño, peso, partes del cuerpo); se ha hallado insatisfacción corporal en trastornos alimentarios.
3. *Conductual*. Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (exhibición o evitación).

Según Cash y Pruzinsky, 1990 (Raich, 2000), la imagen corporal implica perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo; cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal y; emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción.

Para Bruchon-Schweitzer (1992), la imagen del cuerpo es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el

individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias.

Para Raich (2000), la imagen corporal es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como de movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos. La imagen corporal no es fija e inamovible; puede ser diferente a lo largo de la vida, tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y maneras de interpretarlas. Es una representación condensada de las experiencias pasadas y presentes del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias (Caplan y Lebovici, 1977).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA IMAGEN CORPORAL

Para Schilder (1987) la elaboración de la imagen corporal se basa en experiencias adquiridas por las acciones y actitudes de los otros, éstas pueden ser palabras o acciones dirigidas hacia el cuerpo y además, las actitudes de los otros hacia sus propios cuerpos ejercen una influencia en nosotros. Las experiencias vividas con y a través de los otros, los papeles y comportamientos premiados o castigados, van conformando la autoimagen e imprimiendo el significado de sus atributos percibidos (González, Lizano y Gómez Pérezmitré, 1999).

La cultura nos enseña qué es lo bello y qué es lo feo, actualmente uno de los factores más influyentes en estos conceptos es la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad. Por tal motivo no es extraño que tantas mujeres estén insatisfechas con su peso; ya que el ideal estético corporal cae dentro del peso más bajo, “ser bella es igual a ser delgada”, aunque biogenéticamente esto es difícil de conseguir (Raich, 2000).

Los modelos estereotipados son aprendidos desde la infancia por un proceso de inculcación social; este hecho está confirmado por diversos estudios que muestran que los niños aprenden progresivamente a asociar las características somáticas y psíquicas, hasta una conformidad total con las atribuciones efectuadas por los adultos (Bruchon-Schweitzer, 1992). En ocasiones la presión social por la esbeltez está dada por la familia, que comenta la importancia de una apariencia delgada, refuerza los comportamientos de dieta y estimula su seguimiento, y rechaza la obesidad. Las familias que inculcan una sobrevaloración de la seguridad que ofrece la “belleza física” provocan que los adolescentes estén menos dispuestos a aceptar cualquier desviación en la configuración corporal o a adaptarse a ella (Caplan y Lebovici, 1977).

Las amistades pueden particularizar los modelos sociales y amplificar los defectos de una persona; al ver que los amigos se preocupan por el físico se aprende que es importante “preocuparse por el físico”. Al compararse con sus pares, los adolescentes piensan que ser diferentes equivale a ser inferiores (Caplan y Lebovici, 1977).

Otro factor que parece influir en los intereses y conductas que se relacionan con la delgadez en las muchachas, y en general en las sociedades occidentales actuales, es el nivel socioeconómico. González, Lizano y Gómez Péresmitré (1999) realizaron un estudio a una muestra de 200 niños mexicanos, de ambos sexos, de escuelas privadas y públicas, con edad entre los 9 y 13 años. Concluyeron que a mayor edad o a más acercamiento a la adolescencia, hay mayor preocupación por el peso y menor ingesta de alimentos y; que los niños de escuelas públicas tienden a comer más y mayor cantidad de carbohidratos que los niños de las escuelas privadas; es decir, que los de escuelas privadas se preocupan más por su físico y podrían tener más presión social para estar “en línea”.

Muchos adolescentes se preocupan por su apariencia física, ésta tiene un efecto importante en el desarrollo de la imagen corporal, especialmente si se han tenido experiencias sociales negativas en la niñez y el inicio de la adolescencia (Keelan, Dion y Dion, 1992; citados en Rice, 1997). Caplan y Lebovici, (1977), consideran que cuanto más perturbado afectivamente está el adolescente, menos tolerante se muestra respecto a su aspecto físico.

En la adolescencia se enfatiza la importancia del atractivo físico, ya que es durante esta etapa cuando pueden modificarse ideas, costumbres, creencias y hábitos (González, Lizano y Gómez Péresmitré, 1999); el atractivo físico afecta la autoestima positiva y la aceptación social del adolescente (COF, Rierdan y Stubbs, 1990; Thornton y Ryckman, 1991; citados en Rice, 1997). Influye en la personalidad, la atracción interpersonal y las relaciones sociales (Shea y Adams, 1984; citados en Rice, 1997).

Durante la adolescencia el cuerpo está cambiando rápidamente, se genera pues la necesidad de una reconstrucción radical de la imagen corporal y el cuerpo adquiere un nuevo valor (Caplan y Lebovici, 1977); las chicas comienzan a salir con personas del sexo opuesto, hay necesidad de agradar y de seguir la moda del momento y se generan comentarios de otros, estos factores influyen la imagen corporal y la autoestima.

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Para poder definir la alteración de la imagen corporal es necesario definir dos de sus elementos, el peso real y el peso imaginario. El primero es el resultado de la medición realizada con una báscula y/o el valor del Índice de Masa Corporal (peso/talla). El peso imaginario es el patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se pone en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo. Así pues, la distorsión de la imagen corporal es la diferencia entre el peso real y el peso imaginario (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Uno de los aspectos que generan preocupación es el peso corporal, estudios realizados por Raich y cols. en 1996 reflejan que una gran parte de las mujeres que están en el rango de peso saludable y normal experimentan insatisfacción con él, mientras que otras que están en peso inferior al saludable aún desean disminuirlo o, por lo menos, mantenerlo (Raich, 2000). Evaluar la apariencia a partir de un estándar irreal (mujer alta, delgada, escultural) indica un “ideal irreal”; cuando se perciben desajustes entre la apariencia y el

ideal la atención se centra en los defectos: “soy demasiado baja”, “demasiado gorda”, “no soy guapa”. La probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal genera insatisfacción corporal (Raich, 2000).

Un estudio realizado por Wooley en 1985 demostró lo anterior, pues se encontró que en una muestra de 33 mil mujeres un porcentaje muy alto (76%) se consideró como “demasiado gorda” cuando la mayoría, de acuerdo con los indicadores médicos, se encontraba no sólo dentro del peso normal, sino también por debajo de éste. En otro estudio Schifter y Ajzen (1987) informaron que las mujeres de una de sus muestras (conformada por estudiantes con peso normal) consideraban, tener de 3.5kg a 5kg por arriba de su peso normal (citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

El adolescente formula una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas, tanto reales como imaginarias (Caplan y Lebovici, 1977). Estudios realizados confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen; si a una persona no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él, es difícil que se sepan apreciar cualidades de destreza o inteligencia; es decir, la persona se siente poco adecuada, no se autovalora, tiene una *baja autoestima* (Raich, 2000).

El hecho de encontrar bellos los cuerpos femeninos casi anoréxicos no es raro. El estudio comparativo de las proporciones de las modelos que posan para diferentes revistas (“Playboy y Vogue”) y de las misses desde los años cincuenta muestra la linealidad creciente de las siluetas seleccionadas (Silverstein, 1986; citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) unidas a su andrógina progresiva –pechos cada vez menos voluminosos, línea “judía verde” remplazando a la línea “reloj de arena”- (Bruchon-Schweitzer, 1992).

SATISFACCIÓN E INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La evaluación por el propio sujeto de la satisfacción que experimenta con respecto a su cuerpo, es la medida más predictiva de su percepción de sí mismo. Esto fue demostrado por Secord y Jourard en 1953 encontrando que la satisfacción respecto del propio cuerpo está significativamente ligada a la satisfacción respecto de sí mismo y a menudo ocurre más en las mujeres que en los hombres. Desde entonces ha sido ampliamente confirmada la relación que hay entre la satisfacción respecto del propio cuerpo y la autoestima. Pues los más satisfechos con sus cuerpos se consideran también más seguros de sí mismos, más felices, más inteligentes, más amables, más satisfechos sexualmente (Berscheird, Dion y Bohrnstedt, 1973; citados en Maisonneuve y Bruchon-Schweitzer, 1984).

Gómez Pérez-Mitré (1993b) señala que la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. Menciona que es una de las variables más importantes en el estudio de los desórdenes de la conducta alimentaria, ya que se encuentra presente tanto en la anorexia nervosa como en la bulimia y en la obesidad, formando parte, en consecuencia, de la etiología multifactorial de su complejo cuadro sindromático. Así la variable insatisfacción con la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza, adopta y

construye, como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura.

Para Cash y Brown la insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta/disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpos, y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación (citados en Murrieta, 1997).

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado de discrepancia entre la figura actual y la ideal cuyo predictor es la dirección o nivel de la autopercepción negativa o positiva (Gómez Pérez-Mitré y Ávila, 1997); es considerada como factor de riesgo, su origen es de carácter psicológico-social y es de naturaleza cognoscitiva ya que involucra un proceso de conocimiento donde interactúan procesos como aprendizaje y pensamiento y, actitudinal que expresa afecto y aceptación o rechazo hacia la propia imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

La satisfacción corporal ha sido evaluada principalmente por la *Body Cathexis Scale* de Secord y Jourard (1955; citados en Grogan, 2000), quienes con el fin de conocer mejor ciertos determinantes de la satisfacción corporal, pidieron a chicas estudiantes que evaluaran las medidas "ideales", según ellas, de siete partes del cuerpo femenino. Posteriormente se les tomaron medidas reales de estas zonas (altura, peso, pecho, cintura, caderas...) y obtuvieron que el cuerpo "ideal" correspondía al de la ectomorfa moderada (delgada pero no flaca) y la satisfacción corporal relativa a cada zona es tanto más fuerte cuanto más delgada y pequeña sea esa región, excepto el pecho.

Los estudios realizados con una muestra de estudiantes adolescentes por Karvonen, Kimura y Taylor en 1974, reportaron que tanto mujeres como hombres, en una proporción de 8:2, deseaban bajar de peso (citados en Gómez Pérez-Mitré 1993b). Estos hechos se confirman con la encuesta realizada por Berscheid, Walster y Bohrnstedt (1973, citados en Grogan, 2000), quienes aplicaron una escala de satisfacción corporal que incluía también datos faciales, a una muestra de 2000 hombres y mujeres de nacionalidad norteamericana. Encontrando que las mujeres se preocupaban por la delgadez, pues la mayoría de ellas se mostraba insatisfecha en las dimensiones del tronco inferior (vientre, caderas, muslos) y en el peso. Por otro lado destacaron que los hombres también valoraban la delgadez, a pesar de que para ellos la fuente de satisfacción siempre a sido la fuerza muscular (hombros, pecho, tono muscular), mostraron que un peso elevado predecía insatisfacción.

Lavoisier en 1978 decía que a medida que cada individuo se halla cotidianamente frente a un cuerpo de referencia imaginario, idealizado, inaccesible (delgado, joven, musculoso, alto, de piel blanca pero un poco bronceada), toda diferencia respecto de este modelo (exceso de peso, arrugas, tejidos musculares poco tónicos, baja estatura, piel negra), podrá ser sentida por la mayoría de los seres humanos como insatisfacción. De ahí el profundo malestar que experimentamos frente a nuestro propio cuerpo, malestar característico de nuestra época y que afecta especialmente a las mujeres (citado en Maisonneuve y Bruchon-Schweitzer, 1984).

Más tarde esto fue comprobado por Davis (1984, citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) al trabajar con una muestra de 91 mujeres estudiantes, reportando que aquellas que se consideraban endomorfas (de gran peso) tenían puntuaciones muy bajas con respecto a la

satisfacción corporal, ocurriendo lo contrario con aquellas que se consideraban ectomorfas (delgada pero no flaca). Es decir, que cuanto más aumentaba la distancia entre forma percibida y forma ideal, más crecía la insatisfacción corporal.

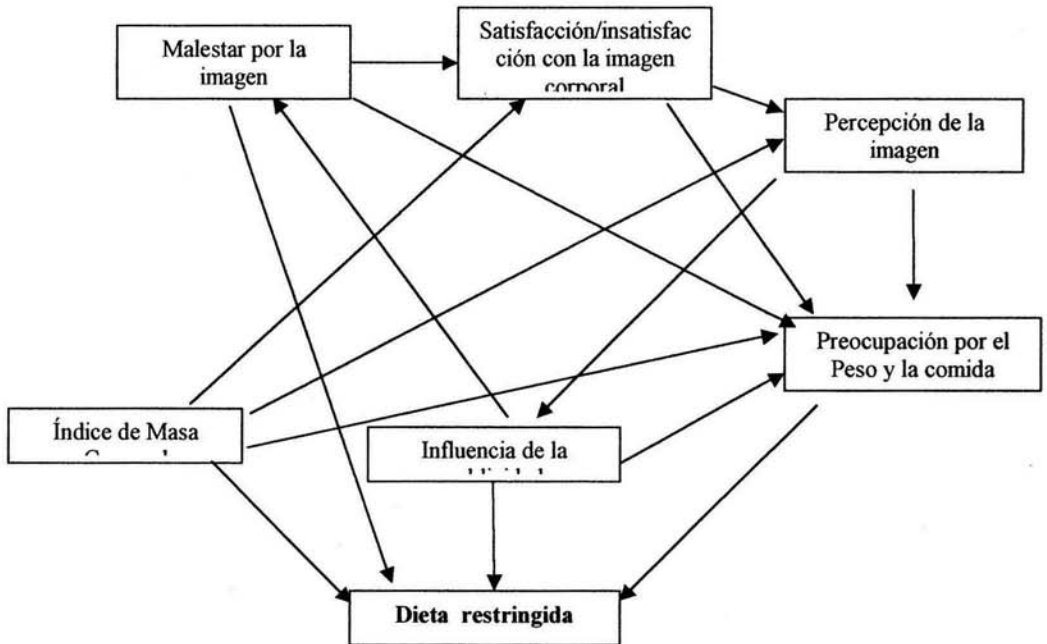
Lori Irving (1990, citado en Grogan, 2000) observó en 162 mujeres universitarias a quienes proyectó diapositivas de modelos delgadas, promedio y gruesas, que experimentaban un descenso en su autoestima y en su satisfacción corporal después de haber contemplado a las modelos delgadas. De la misma manera, Stice en 1994 corroboró lo encontrado por Irving pues al presentar fotografías de modelos delgadas a una población femenina, estas tendían a reaccionar con depresión, estrés, culpa, vergüenza y sobre todo inseguridad e insatisfacción ante el propio cuerpo (citado en Toro, 1996).

La satisfacción corporal predice muy bien la autoestima; así unos sujetos con una elevada tenderán a estimarse favorablemente en la escala de autoestima de Janis y en las situaciones reales. Martinelli (1975; citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) realizó un estudio con adolescentes italianos en los que encontró fuertes relaciones entre satisfacción corporal y autoestima; de igual manera la satisfacción corporal global se manifiesta fuertemente asociada a diversas necesidades: realización de sí, afiliación, necesidad heterosexual y a diversos aspectos adaptativos de las conductas.

Varios estudios han comprobado que un buen predictor de la insatisfacción corporal es el sobrepeso y esto es válido tanto para hombres como mujeres. Es importante mencionar que en esta característica que suele ser indeseable, principalmente cuando es autoevaluada, suelen interferir otras características corporales como dientes, pecho, forma de piernas, estructura del cuerpo, posturas, etcétera. Como si el hecho de ser demasiado gordo -objetiva o subjetivamente- produjera una insatisfacción, no específica sino difusa (Gray, 1977; Prytula y Hiland, 1975; Young y Reeves, 1980; Young, Reeves y Elliot, 1978; citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

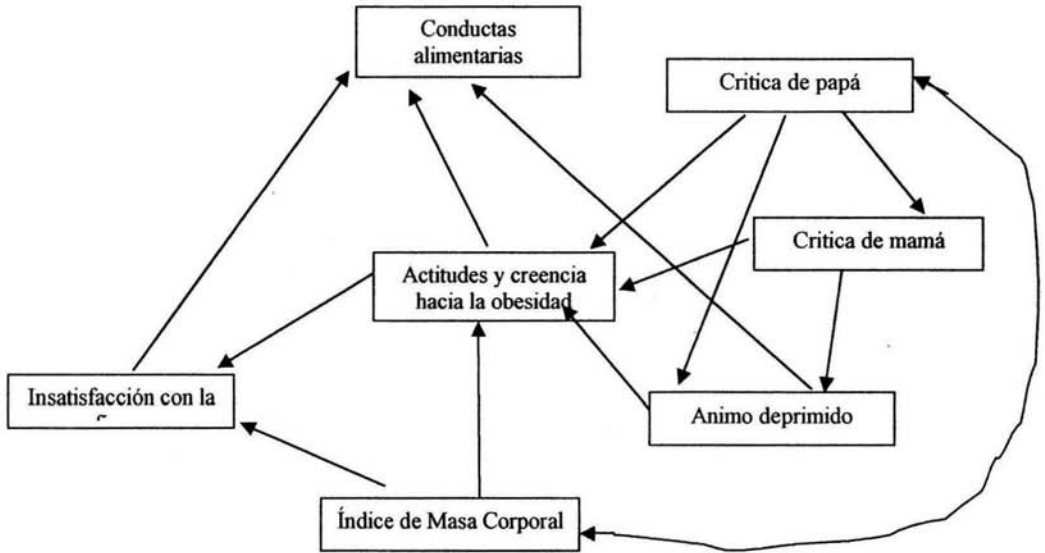
En México se han realizado estudios que originaron los primeros modelos predictivos de dieta restringida en púberes hombres, mujeres y sus madres. El modelo para las mujeres púberes contempla la preocupación por el peso y la comida, la influencia de la publicidad, el malestar por la imagen corporal, la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, y el Índice de Masa Corporal (IMC). Concluyendo que las variables que mayor impacto tienen sobre la dieta restringida son la influencia de la publicidad, la preocupación por el peso y la comida, el IMC y el malestar por la imagen corporal (Saucedo 2003. Ver modelo 1).

**Modelo 1. Modelo Predictivo De Dieta Restringida En Púberes Mujeres
(Saucedo, 2003 p. 121)**



Otro estudio realizado por Unikel (2003) permitió elaborar un modelo predictivo de conducta alimentaria que confirma la influencia que ejerce la presión social por la delgadez en población mexicana. El modelo refleja que las críticas de parte de madre y padre y el Índice de Masa Corporal representan la presión social, las cuales influyen tanto en las “actitudes y creencias hacia la obesidad” como en el estado de ánimo (deprimido) y la insatisfacción con la figura corporal, factores que generan prácticas alimentarias anómalas (ver modelo 2).

Modelo 2. Modelo Predictivo de Conducta Alimentaria de Riesgo
(Unikel, 2003 p. 135)



Lerner en 1976 decía que si bien los sentimientos positivos respecto del propio cuerpo parecen ligados a la autoestima y a una percepción en general satisfactoria de uno mismo, es posible observar que las razones de esta autoevaluación favorable del cuerpo son diferentes para ambos sexos. Pues la imagen que la mujer tiene de sí misma parece depender de la manera en que su cuerpo cumple con su función de seducir, lo cual implica la importancia asignada al rostro y al ajuste de las partes del cuerpo a las normas estéticas que imperan, (citado en Maisonneuve y Bruchon-Schweitzer, 1984).

Un estudio llevado a cabo con estudiantes adolescentes por Nylander en 1971 mostró que la insatisfacción corporal, incrementaba conforme al aumento de edad, pues encontró que el 50% de estas chicas dijeron "sentirse gordas" a los 14 años y en un 70% a los 18 años (citado en Gómez Pérez-Mitré 1993b). En México, esto mismo fue confirmado por Gómez Péresmitré et al. (2001) al estudiar una muestra conformada por tres grupos de edad, encontrando que las adolescentes ocupaban el primer lugar en cuanto a insatisfacción con la imagen corporal mientras que las púberes y pre-púberes ocuparon el segundo lugar. Otro estudio realizado con una muestra de 400 sujetos de primaria y secundaria reportó que solo una tercera parte de las niñas respondió percibirse dentro de un peso normal, una parte importante de estas niñas dieron respuestas un tanto más alejadas de la realidad; es decir, que tres cuartas partes de ellas tuvieron problemas con la percepción de su imagen corporal ubicándose tanto por debajo como por arriba de su peso corporal normal (Avila, Lozano y Ortiz, 1997).

En otro estudio realizado en adolescentes de 15 a 18 años de edad se encontró que un porcentaje alto de adolescentes resultaron insatisfechas con su imagen corporal. Así pues, es razonable pensar que estos factores incrementan la probabilidad de emitir respuestas dirigidas a modificar la imagen, corporal, por ejemplo, seguimiento de dieta o conductas alimenticias restrictivas (Aguilar y Rodríguez, 1997).

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa -casi únicamente- a través de la imagen corporal (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

COMUNICACIÓN E IMAGEN CORPORAL

La comunicación es el modo de entenderse unos hombres con otros, debiendo tomar en cuenta la imitación simple, las pinturas rupestres y el lenguaje (Cortes, 1972); el lenguaje fue evolucionando hasta llegar a ser una abstracción, una organización del mundo en unidades ordenadas y clasificadas que permiten reducir la vastedad de la vida y a través de él han podido perpetuarse la tradición, los hábitos, las habilidades (Castañeda, 1984).

La comunicación es el acto de relación mediante el cual dos o más personas evocan en común un significado; para que haya comunicación son necesarios por lo menos dos sujetos: quien emite y quien recibe. Se entiende por emisor y receptor a las personas o grupos que participan en los procesos de comunicación e influirán en el mensaje (Paoli y González, 1988).

El receptor tiende a captar la realidad que se presenta, y de la forma en que se presenta. Al evocar un significado que otro u otros envían, lo transforma, lo reinforma, lo pone a su servicio según las lógicas informacionales que posee, y en función de las cuales interpreta, decodifica (Paoli y González, 1988).

Para Cazanueve (citado en Gil, 1993) la comunicación es un proceso de socialización y de formación del individuo, en la medida en la que éste adquiere la conciencia de sí en la interiorización de las conductas en el intercambio de mensajes significativos.

Debido al desarrollo de técnicas que hacen posible la amplificación del mensaje (difusión y edición), éste se multiplica, se reproduce y se difunde para un gigantesco público anónimo; así surge la comunicación de masas (Castañeda, 1984). La comunicación que se basa en los medios masivos se realiza en gran medida informada por la lógica publicitaria; emisor y receptor constituyen e interpretan los mensajes según la competencia discursiva de la comunicación a la mayoría de los habitantes (Paoli y González, 1988).

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Hablando estrictamente, cualquier portador de mensajes puede considerarse medio de comunicación. El concepto de medios de comunicación en sentido moderno va íntimamente ligado a la idea de un público masivo (Dondis, 1984).

Los medios de comunicación masiva son aquellos en los que se cuenta con un trasmisor y muchos receptores (Paoli y González, 1988), tal es el caso de la radio, el cine, la televisión y las revistas que han sufrido diversos cambios generados por los avances tecnológicos que van del gesto del hombre primitivo a la aparición del lenguaje y a la transmisión posterior del sonido y la imagen (Castañeda, 1984).

De acuerdo con la Comunicación Internacional para el Estudio de los Problemas de la Comunicación en 1978 (Gil, 1993; p 83), las funciones que los medios de comunicación colectiva deberían cumplir son:

1. Informar, difundiendo las noticias, datos hechos, opiniones, comentarios y mensajes necesarios para entender las situaciones individuales, colectivas, nacionales e internacionales;
2. socializar dicha información constituyendo un fondo común de conocimientos e ideas que permitan a todos los individuos integrarse en la sociedad en la cual vive;
3. motivar a los individuos en torno a los objetivos inmediatos y las finalidades últimas de cada sociedad, estimulando las actividades individuales o colectivas orientadas hacia la consecución de objetivos comunes;
4. promover el debate y el diálogo entre los sectores de la sociedad sobre los asuntos de interés público en la resolución de todos los problemas locales, nacionales e internacionales;
5. educar, transmitiendo los conocimientos que contribuyan al desarrollo del espíritu, a la formación del carácter y a la adquisición de conocimientos y aptitudes en todos los momentos de la vida;
6. promover la cultura, difundiendo las obras artísticas y culturales para preservar el patrimonio del pasado;

7. esparcir, difundiendo el teatro, la danza, el arte, la literatura, la música, el deporte y el juego;
8. integrar a los individuos, grupos y naciones a la información que necesitan para conocerse y comprenderse mutuamente.

Cine

La posibilidad de difundir imágenes en movimiento, de aumentar el tamaño de los objetos acercándoles al espectador o hacer perfectamente visibles los menores detalles, más la eficacia para pintar la realidad con mayor exactitud son las principales características de la cinematografía (Castañeda, 1984).

Para Castañeda (1984), el cine es excepcional como espectáculo, como documental científico y de investigación tiene grandes alcances que además se ha transformado en un poderoso medio didáctico.

Para Jean Cassou (citado en Dondis, 1984), el cine, con su mímica y su tiempo, con sus contradicciones y técnicas y sus limitaciones específicas permite la participación de todas las clases de la sociedad, desde los que buscan solo reír hasta los que exigen la satisfacción de demandas estéticas; así, el cine principia el culto a las estrellas (Castañeda, 1984).

Televisión

La televisión es un vocablo híbrido compuesto de la voz griega *tele*= lejos y *visión* que quiere decir la transmisión de la imagen a distancia, valiéndose de las ondas hertzianas. La televisión es un invento electrónico que muestra acontecimientos que ocurren en el momento mismo en que se están viendo (Cortes, 1972); la difusión de imágenes por medio del televisor se ha generalizado tanto que ha absorbido o desplazado a otros medios masivos de comunicación como el cine, el teatro y la radio (Castañeda, 1984).

El tratamiento de la información por parte de la televisión es sólo uno de los tipos de manipulación que se efectúan en el mundo de la comunicación: el de los valores abstractos producidos por las relaciones entre los textos; también hace uso de las imágenes para valorar acentuar o distanciar al sujeto o al objeto de la información respecto al espectador (Vilches, 1989). Las imágenes se pueden amputar, descomponer, sustituir, colorear y el sonido se puede mezclar con el propósito de provocar determinados efectos y reacciones (Gil, 1993).

La televisión ocupa, después del trabajo y del sueño, la mayor parte del tiempo de la gente (Cayrol, 1985; citado en Gil, 1993). Por ejemplo, los niños españoles le dedican 20 horas semanales; los niños franceses de entre 8 a 14 años pasan frente al televisor 16 horas a la semana; un adolescente norteamericano de 16 años ha pasado 15 000 horas mirando televisión. Si un adolescente mexicano le dedica 3.6 horas al día a la televisión y en México, el canal más importante transmite en el transcurso del día 600 anuncios publicitarios (Gil, 1993) cabe hacer la pregunta *¿cuánto tiempo está viendo estos anuncios y que influencia tienen sobre los adolescentes?*.

La televisión penetra hasta el interior de la célula más importante de la sociedad, la familia. Induce a comprar y consumir determinadas cosas, organiza las instancias temporales y espaciales de la vida cotidiana; dice cómo vestirse, a dónde viajar, cómo llevar a cabo relaciones de noviazgo y matrimonio, cómo cuidarse el pelo, rostro, piernas, senos o cómo alimentarse (Gil, 1993).

PUBLICIDAD

La comunicación pública se transforma en la política del consumo -proceso de participación- (Silverstone, 1994); los motivos personales de la gente que comunica y sus medios de comunicación se encuentran subordinados invariablemente a motivos económicos (Key, 1994).

La publicidad se desarrolla a partir de una estructura que tiene su génesis en la presencia abrumadora de mercancías; organiza o tiende a organizar la concepción de las mercancías que la industria ofrece (Paoli y González, 1988). Para entender el contexto simbólico de la construcción publicitaria a partir de la cual emite el publicista se debe conocer la lógica de las mercancías. De acuerdo con Karl Marx (citado en Paoli y González, 1988), la mercancía es un objeto exterior, una cosa que merced a sus propiedades satisface necesidades humanas. Lo que interesa al sujeto de la sociedad industrial capitalista es que las mercancías están ahí para ser usadas; así las cualidades impresas del objeto aparecen como cualidades del objeto mismo. De este modo las concepciones de las necesidades humanas implícitas en los objetos aparecen como cualidades de los objetos (Paoli y González, 1988).

La ilusión publicitaria es la expresión exaltada más allá de la sustancia, cargada de significación psicosociocultural, dirigida a un receptor encasillado por la sociedad en patrones de conducta preestablecidos. La publicidad es una forma de comunicación dirigida a las masas que se expresa en segunda persona del singular (tú y usted); habla de los objetos, pero construye relaciones sociales. Se centra siempre en el futuro comprador; le ofrece una imagen de sí mismo que resulta fascinante gracias al producto o a la oportunidad que está intentando vender (Paoli y González, 1988); es decir, hace uso de motivos inconscientes pero omnipresentes que se relacionan con las necesidades del ego -status, dominio, seguridad o reconocimiento- (Key, 1994).

Los anuncios publicitarios y los medios de comunicación tienen dos objetivos simples y mensurables: incrementar el número de consumidores e incrementar las cantidades que consumen con la finalidad de recuperar el máximo de ganancias de la inversión (Key, 1994). La publicidad, aparte de dar a conocer los productos o servicios, pretende suscitar el deseo de adquirir el producto creando un mundo ilusorio en torno a él, explotando las debilidades emocionales, físicas y sociales del individuo para modificar sus formas de pensar acerca de sí mismo y del mundo que le rodea (Gil, 1993); de tal manera que se considera a los sujetos como criaturas de apetitos pasajeros y en gran medida irracionales, cuyo interés individual deben ser comprado (Silverstone, 1994).

La publicidad emite mensajes a través de gran cantidad de medios, y los mismos se multiplican más allá de esos medios; llega por la pantalla de televisión, por la prensa, la radio, etcétera (Paoli y González, 1988). Estos medios de comunicación evitan que el público enfrente realidades objetivas a nivel de concepción consciente, por lo que hacen uso de integraciones subliminales que pueden hacer que las celebridades, las modelos, automóviles, comidas o cualquier objeto se tornen más atractivos, excitantes, deseables, sabrosos y vigorosos (Key, 1994). Así pues los anuncios de la televisión las muestran como "deben ser": delgadas, saludables, sexys, hermosas, triunfadoras. No interesa si están anunciando un detergente, una marca de lavadora, si están conduciendo un programa sobre la mujer, o si están seduciendo a un hombre para que compre ese automóvil (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

La publicidad de productos directa o indirectamente adelgazantes deben hacer atractivo el producto en cuestión, ello supone asociarlo al cuerpo deseable, es decir, al estereotipo delgado actualmente vigente. El producto, pues, se acompañará de imágenes visuales y/o de palabras que describan del modo más "encantador" posible un cuerpo delgado. El prestigio de tal cuerpo ya está enraizado en el medio social. Pero tal permanente reiteración ha de contribuir forzosamente a incrementar el arraigo social, su interiorización individual y colectiva. Los productos más conocidos suelen difundirse a través de los más diversos medios de comunicación y publicidad: prensa diaria, revistas ilustradas, televisión, carteles urbanos, radio, etcétera. El impacto multisensorial refuerza el mensaje, especialmente en personas predispuestas. En un ambiente dominado por la publicidad, viviendo y creciendo en el seno de este bombardeo, puede hacerse realmente difícil no obedecer las sugerencias (Toro, 1996).

Hace algunos años se realizó un estudio acerca de los mensajes publicitarios relacionados con el adelgazamiento aparecidos en revistas españolas dirigidas al público femenino. En donde se analizó el impacto publicitario o penetración social de esos mensajes y se halló que incidían de modo preferente y significativo en la población femenina de 14 a 24 años de edad, de nivel socioeconómico medio y alto y residentes en áreas urbanas. Sin embargo, lo más interesante consistió en corroborar que las características de esa población coincidían con la características de las poblaciones que suelen experimentar la mayor prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario (Toro et al., 1988; citado en Toro, 1996).

Es importante mencionar que la oleada de publicidad de anuncios proadelgazantes alcanza su máxima expresión cuando se acercan temporadas de primavera, pues aprovechan a toda costa el miedo al peso en el momento en que éste, se multiplica ante las expectativas de mayor exhibición corporal. La publicidad aprovecha las inclinaciones estético-corporales vigentes en nuestra sociedad para vender productos adelgazantes, pero la impregnación publicitaria contribuye significativamente al mantenimiento y aun mayor arraigo de tales inclinaciones (Toro, 1996).

INFLUENCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El papel que los actuales medios de comunicación desempeñan en la difusión de valores y modelos relacionados con la estética de la delgadez tienen gran influencia en la población general. Un estudioso del tema señala que, sea cual fuere la variabilidad geográfica de las normas de belleza que haya existido en otras épocas, el desarrollo de los medios de comunicación de masas a lo largo del siglo XX tiende a imponer en todo el mundo unas normas tanto de belleza como de moda más uniformes que en ningún otro momento (Toro, 1996).

Existe la certeza de que la imagen televisiva y la cinematográfica induce cambios en la personalidad de los individuos a una profundidad aun mal percibida (Cohen-Seat, 1957; citado en Gil, 1993), inculcándoles pautas de comportamiento social, modificando las concepciones que poseen de la vida, así como afectando la vestimenta, la mímica, la higiene y su dieta alimenticia (Gil, 1993).

Las mujeres se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de mujer que venden los medios. Se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen que son las únicas expectativas que se tienen de ellas. Esto disminuye su sensación de seguridad, la confianza en sus recursos, en lo que sí tienen de valioso (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001). La publicidad propicia que la persona se sienta insatisfecha de sí misma o, mejor dicho, de lo que tiene, que en este conjunto de referencias equivale a lo que se es. Hay que destacar: no hace que el público se sienta mal por el modo de vida de la sociedad, sino consigo mismo; pero al comprar su producto todo cambiará (Paoli y González, 1988).

La promoción y multiplicación de los medios de comunicación de masas constituye un fenómeno que, con toda probabilidad, es el principal responsable de la difusión del ideal estético a seguir y que como consecuencia, resulta un determinante importantísimo para el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria, a través de todo el tejido social. Se trata de unos medios que, junto a todas sus sugerencias e informaciones verbales, incluyen profusamente imágenes de cuerpos humanos. A través de aquellos textos y estas imágenes, sutil o burdamente van destilando mensajes y señales que, entre muchas otras consecuencias, facilitan la difusión y consiguiente interiorización colectiva de *la cultura de la delgadez* (Toro, 1996).

Los medios de comunicación de masas glorifican el cuerpo ideal y descalifican al que se aparta de él, enfatizando así, normas poco realistas (Caplan y Lebovici, 1977). Toro, Cervera y Pérez en 1989, hicieron un análisis de la publicidad "pro esbeltez" incluida en las diez revistas femeninas con más de 100.000 ejemplares editados que se publican en España, y observaron que uno de cada cuatro anuncios (productos light, artículos sobre dietas, fotografías de modelos o actrices ultradelgadas) invitaba directa o indirectamente a perder peso (Raich, 2000). Es por ello que las empresas más rentables son las que se dedican a reducir el peso.

Los fabricantes de alimentos lights, cremas para la piel, pastillas y pociones adelgazantes, etcétera, no están solos, se acompañan amigablemente de editores de libros dedicados a las mil y una dietas adelgazantes, junto a ellos, aportan su importante granito de arena los proveedores de servicios múltiples, añádanse muchos nutricionistas, cirujanos más o menos plásticos, endocrinólogos y simple vividores del cuento, y se tendrá un panorama complejísimo, entre agobiante y descorazonador cuyos intereses han de conducirles forzosamente a promover el adelgazamiento más universal posible (Toro, 1996).

El publicista tiene la misión de concebir imágenes que sublimen al objeto para que éste adquiera sentido y se sumerja en el seno de los valores de la sociedad (Paoli y González, 1988). El estímulo subliminal refuerza emocionalmente a una imagen y posiblemente agrega una perspectiva ideológica inconsciente; el bombardeo constante de estos estímulos puede provocar cambios permanentes en los sistemas orgánicos y sus procesos complejos. Así, el condicionamiento por medio del reforzamiento de imágenes deseadas para sí, provoca que el individuo pierda su habilidad de diferenciar entre las fantasías preceptuales y la realidad; se puede afirmar, entonces, que la gente a menudo prefiere más la mentira que la verdad si ésta le proporciona una autoimagen deseable (Key, 1994).

Ya que gran parte de los anuncios de alimentos usan técnicas subliminales se puede hacer referencia, como ejemplo, que en Estados Unidos, más de 15 millones de personas padecen trastornos alimenticios y nutricionales, como bulimia, pica, anorexia y obesidad. Los individuos que sufren anorexia y bulimia se perciben a sí mismos como personas obesas, incluso aunque estén al borde de la muerte por inanición. De las enfermedades, en éstas se podría decir que son poderosos factores causales el exceso de información de los medios de comunicación, el adoctrinamiento subliminal de los anuncios y las manipulaciones culturales acerca del deseo de tener cuerpos esbeltos. Si una enferma de anorexia nerviosa adquiriera una cinta de reducción de peso con integraciones subliminales, el resultado sería fatal (Key, 1994).

La transmisión verbal de informaciones, normas y criterios, apoyada o no en imágenes, constituye un agente esencial de modificación cognitiva y conductual del ser humano. Alrededor del 65% de una muestra de adolescentes y jóvenes barcelonesas manifestaron su interés por “los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento y la obesidad”, y el 42% confesaban sentirse atraídas por “los libros y artículos de revistas que hablan de calorías” (Martínez Mallén *et al.*, 1993, citado en Toro, 1996).

Wiseman dio a conocer en 1992 (citado en Toro, 1996), una investigación en donde contabilizó los artículos dedicados a dietas adelgazantes y a ejercicio físico en seis importantes revistas femeninas americanas, publicadas desde 1959 a 1988. Y descubrió el excesivo incremento de artículos dedicados a estos temas, resultando ser realmente dramático. Sin embargo, en los últimos ocho años estudiados, el número de artículos sobre ejercicio físico superaba el de los relativos a dietas adelgazantes, lo que sugiere la aparición de una nueva tendencia. El ejercicio físico y el estar en forma se están constituyendo en

objetivos prioritarios de nuestro momento sociohistórico. No obstante, el incremento más espectacular registrado por el estudio en cuestión fue el experimentado por los artículos que trataban simultáneamente de ejercicio y dieta. Es como si se estuviera aceptando de forma generalizada que la pauta ideal consiste en no ingerir calorías y quemar las que se tienen mientras se mejora el tono muscular.

Un estudio más completo y profundo realizado en el Clinical Psychology Center de la Universidad de Arizona eligió tres tipos de revistas periódicas ("tradicionales", "modernas" y "de modas") destinadas separadamente a público femenino y masculino. Los artículos que contabilizaron fueron separados en cuatro categorías en función de su contenido: "Perder peso", "Belleza", "Estar en forma" y "Salud". Cualquiera de estas categorías de artículos aparecía con mucha más frecuencia en las revistas femeninas que en las masculinas. El promedio de artículos relativos a perder peso publicados en las revistas femeninas era de 10.7 cada seis meses, mientras en las publicaciones para varones eran de 0.8; los promedios concernientes a belleza eran de 15.8 y 2.7 respectivamente; los correspondientes a estar en forma eran de 4.8 y 3.2; y los relacionados con salud, 10.5 y 2 (Toro, 1996).

Asimismo, las revistas de modas eran las que también incluían un mayor número de artículos de cualquiera de las cuatro categorías establecidas, lo que pone de relieve la estrecha relación entre un área -la moda- aparentemente dedicada al vestido y la ornamentación y el culto al cuerpo. Hay que concluir de una vez por todas que la interiorización de la preocupación por las formas del vestir conlleva ineludiblemente en nuestra sociedad la preocupación por la silueta y el peso.

Garner publicó en 1980 un conocido estudio acerca de la evolución de las dimensiones corporales de las modelos que aparecían en las páginas de Playboy y de las concursantes y ganadoras de los concursos de "Miss América", a lo largo de 20 años. Los resultados fueron inequívocos: los cuerpos en cuestión iban siendo cada vez más delgados y tubulares, siguiendo una dirección opuesta a la de la mujer media americana. Este estudio ha sido prolongado hasta 1988 por Wiseman *et al.*, (1992), habiendo comprobado que en los últimos diez años ha seguido produciéndose un significativo descenso del peso de las concursantes a "Miss América", manteniéndose el bajo peso de las chicas de Playboy. El 69% de estas muchachas y el 60% de las concursantes tenían pesos correspondientes a un 15% o más por debajo de los esperables en función de su edad, talla y sexo. Recuérdese que mantener el peso un 15% o más por debajo de lo esperado es un criterio diagnóstico de anorexia nerviosa según el DSM-IV. Es como si las mujeres que nuestra sociedad considera modelos de belleza hubieran de tener uno de los síntomas más definitivos y más definitorios de ese trastorno de comportamiento alimentario. En cuanto a las dimensiones corporales, en la última década estudiada se han reducido significativamente las medidas de las caderas de las concursantes (Toro, 1996).

Se sugiere además, al tomar como modelo estereotipado de físico al de una adolescente casi púber, que el atractivo está ligado estrechamente con el mantenimiento de una apariencia juvenil. O sea que para ser una mujer exitosa en esta sociedad occidental, no solo hace falta "no" desarrollar un cuerpo femenino, con formas propias de la mujer,

sino que además tampoco está permitido crecer, madurar y envejecer naturalmente al ritmo que la vida requiere para ser vivida (Crispo, Figueroa y Guelar 2001).

Es evidente la gran influencia que ejercen, en mayor o menor medida, sobre la población femenina y la juvenil las imágenes o reproducciones corporales que aparecen en los medios de comunicación. Pues un estudio británico realizado por Shaw en 1995 (citado en Toro, 1996) mostró que un grupo de 24 chicas adolescentes que fueron enfrentadas a tres series de fotografías: "adolescentes" procedentes de revistas de modas para muchachas de 13 a 17 años, "adultas" para mujeres de más de 18 años y fotografías neutras. Respondían ante los dos primeros tipos de fotografías con gran insatisfacción corporal y sobre todo que resultaron más afectadas ante los modelos adultos que ante modelos de su propia edad. Lo cual se puede explicar con la teoría de la identidad social, lo que supone que las modas -los cuerpos- propias de las mujeres adultas resultan elementos identificadores de la aceptación social en el grupo.

Es preciso concluir que si las imágenes de los cuerpos actualmente "de moda" pueden influir en todo el mundo, esta influencia bien puede ser decisivamente negativa en las personas que estén en riesgo o predispuestas a padecer trastornos del comportamiento alimentario. El modo como pueden influir resulta más inquietante cuando se constata que con frecuencia, las imágenes que aparecen en anuncios que intentan hacer atractiva la delgadez distorsionan las proporciones corporales normales (Toro, 1996).

MODA E IMAGEN CORPORAL

El mundo de la moda, desde la llamada "alta costura" y hasta tallercitos de modistas y costureras adictas al "corte y confección", ha desempeñado desde sus inicios históricos un papel relevante en la preocupación femenina por revelar/ocultar el cuerpo. No es permisible abrigar duda alguna acerca de la importancia que la industria y los industriales del vestido tienen para el mantenimiento del actual modelo estético corporal. La difusión de las *tendencias* de la moda, no se entendería sin la presencia de las *modelos*. Estas muchachas, que protagonizan las exhibiciones de todo género de vestimenta femenina, que aparecen en pasarelas, revistas ilustradas, pantallas de televisión, carteles urbanos, fotografías de la prensa diaria, etcétera, quizás no se han convertido tanto en modelos del vestir, cuanto en modelos corporales. Es su silueta, su tipo de "percha", su generalizada delgadez, la que primariamente parece ejercer influencias decisivas en muchas adolescentes, muchísimas jóvenes y bastantes nostálgicas de juventud. Es más: una vez popularizadas sus imágenes, prestigiados sus cuerpos por encarnar el estereotipo físico que a su vez contribuyen a establecer, es cuando probablemente más influyen en el volumen de ventas de las prendas que anuncian. Pero su imagen física social, llena de prestigio, éxito y dinero, ha de suscitar forzosamente todo género de vocaciones. La invasión y difusión de las imágenes, interactuando con el desarrollo de los mercados y la producción en serie, ha facilitado la impreción colectiva, rápida e inmediata, de modelos textiles y corporales (Toro, 1996).

Es evidente que la evolución de las características corporales de las modelos y de las actrices ha ido cambiando conforme pasa el tiempo y las exigencias de los diseñadores. Pues un estudio de las características corporales de las modelos de alta costura inglesa que exhibían su figura desde 1967 a 1987 ha demostrado que la silueta exigida se fue haciendo

cada vez más tubular, con reducción progresiva de busto y caderas e incremento de altura y cintura (Morris *et al.*, 1989; citado en Toro, 1996). Otro tipo de estimaciones realizada por Brownell en 1991, indica que la grasa corporal de actrices y modelos se sitúa entre 10 y el 15% del total y hay que recordar que la proporción de grasa media de una mujer sana es del 20-22% (Toro, 1996).

Por ello y de acuerdo con Toro (1996) la esbelta delgadez de muchas modelos se sitúa permanentemente al borde de lo patológico. Pues conocedores del tema apuntan que entre el 20 y el 50% de estas muchachas sufren trastornos del comportamiento alimentario. No es infrecuente que, tras una comida en grupo, las modelos desaparezcan en dirección al baño a fin de “empolvase la nariz”. Lo que están haciendo masivamente es vomitar. Su cuerpo prestigiado y los procedimientos para conseguirlo se insertan, asociados, en la mente de la población receptiva a estas informaciones. Las consecuencias son previsibles.

Todas estas modelos corporales de nuestra peculiar cultura constituyen a ojos de muchas mujeres y la mayoría de las jovencitas la quintaesencia de la belleza y el éxito. Aparecen en todos los medios de comunicación rodeadas de prestigio social que sólo otorga la reverencia masiva de las gentes, provocada y azuzada por los comerciantes en modas ayudados por inteligentísimas campañas de mercadotecnia, de promoción y lanzamiento publicitario. Sucede que el cuerpo modélico, aunque vaya dirigido a toda la sociedad, a todas las edades, *ha de ser joven*. Así se potencian mutuamente y simultáneamente el culto a un determinado tipo de cuerpo, el culto a la juventud y el culto al producto que se pretende vender. Por otro lado, esa juventud de las modelos las sitúa más cerca de las expectativas de las adolescentes, las más indefensas ante estos impactos y las más susceptibles a los trastornos del comportamiento alimentario. Junto al impacto que esas muchachas ejercen sobre las ventas de los productos que anuncian, aquí interesa el que pueden ejercer y de hecho ejercen sobre las decisiones pro-adelgazamiento de las adolescentes. Delgadez corporal se asocia a elegancia, a prestigio, a ropas/envoltorio que sólo así resultan bellas. Claro que ropas y cuerpos así planteados son simples apariencias, imágenes tan sólo. Pero “la imagen es lo más importante”. Y “cuidar de su cuerpo” significa “estar delgada”. Por tanto, quien no está delgado no cuida su cuerpo, no da buena imagen, no puede llevar y lucir la ropa de las triunfadoras. Esas ropas, soportadas por cuerpos delgados y en cualquier caso muy alejados de la anatomía promedio, suelen ser de tallas bastantes inferiores a las tallas medias. Es casi imposible que esos vestidos de tallas pequeñas, lucidos por mujeres “anormales”, fotografiados con iluminaciones y en posiciones *sui generis*, adopten la misma apariencia en una mujer media, en la mayoría de la población. Sin embargo, la mayoría de tales vestidos sólo se confeccionan en esas tallas pequeñas. Entonces seguir la moda significa poder embutirse en un vestido de talla inferior a la propia; sin duda se trata de un factor que propicia adelgazar (Toro, 1996).

CAPITULO IV

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y FACTORES DE RIESGO

Todo ser vivo, para mantenerse como tal, precisa alimentarse. El ser humano, no es la excepción, y su imprescindible nutrición le exige la ingestión de alimentos, el acto de comer. No cabe duda, sin comer, sin alimentarse en cantidad suficiente y con una mínima variedad alimentaria, no es posible la vida, por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud (Toro, 1996).

De acuerdo con el mismo autor, la comida no sólo es nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano se ve obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida. En consecuencia la comida -los alimentos- y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión. Se trata de ocasiones comunes en que la comida deja de ser simplemente alimento para desdoblarse en premio o castigo, en aprobación o desaprobación social, en algo susceptible de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa. Debido a que desde el nacimiento y a lo largo de la vida aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas, el comer se convierte así, en un acto social.

Son múltiples las situaciones alimentarias en que el alimento ingerido entraña un valor añadido que está determinado por las circunstancias personales y sociales en que se come y, en consecuencia, también por las experiencias anteriores en situaciones semejantes. Baas *et al.* (1979, citado en Toro, 1996), enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos, y por consiguiente los distintos significados que se les puede atribuir:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia de un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza (p. 3).

Evidentemente, muchos de esos usos y significados se superponen y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez. Pero al margen de significados concretos en circunstancias concretas, hay ciertas constantes que a lo largo de la historia de la humanidad parecen mantener su vigencia. Si el comer puede, y suele revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con *el no comer*. La supresión o prohibición de un alimento, puede tratarse de tabúes alimentarios muy sólidamente establecidos. En su mayor parte son de carácter religioso, aunque se piense que su origen histórico pudiera basarse en justificaciones estrictamente alimentarias. Así se sabe que los hindúes tiene prohibido comer carne de vaca y cuajada; los judíos, carne de cerdo y mariscos; los budistas sólo pueden ingerir algunos pescados y ninguna otra carne animal. De la misma manera, distintas religiones obligan a ayunos totales o selectivos (abstinencia) en determinadas épocas del calendario religioso que están relacionadas con celebraciones. En tales circunstancias, comer es pecar; la ingestión alimentaria debe provocar culpa, ansiedad, sensación de haber infringido una norma sagrada. Se trata, de reglas suficientemente interiorizadas para que, aun sin observadores ni jueces externos, el infractor -el comedor de lo prohibido- reaccione así, angustiadamente, deseando no haberlo hecho, arrepintiéndose (Toro, 1996).

Este mismo autor señala que los antropólogos parecen dar por establecido que en las sociedades preindustriales, con su perenne escasez de recursos, hombres y mujeres debían adaptarse a los ritmos "naturales" de escasez y abundancia (que alguna vez la había). Las oscilaciones entre saciedad y hambre parece que les llevaban a establecer ayunos voluntarios, creyendo que así podían conseguir de los dioses sueños y visiones, salud, buena suerte o fertilidad. Los ayunos de carácter penitencial o propiciatorio probablemente nacieron de este especial sentido del ritmo de la naturaleza. Si la naturaleza, de manera errática e impredecible, humilla a las personas por el hambre, éstas pueden humillarse o castigarse a sí mismas antes de que lo haga Dios mediante igual procedimiento. Así pues, esa abstinencia alimentaria podía entenderse como búsqueda de fertilidad, como penitencia o como huida de lo material. Con tales características ya estaba presente en el área mediterránea antes del establecimiento de la cristiandad.

La llegada del cristianismo implicó una serie de cambios en costumbres y valores que conmocionaron la sociedad en aquel momento existente. En las escrituras se hace referencia al ayuno y con cierta frecuencia aparecen en ellas personajes modélicos que lo practican. Pero hasta finales del siglo III y principios del IV no se estableció el ayuno como una práctica religiosa relevante, definitiva de la comunidad cristiana, e identificada con la pureza de corazón delante de Dios. Con probabilidad se produjo, lentamente, una integración de las creencias y costumbres alimentarias preexistentes en el seno de la nueva normativa cristiana. A partir de ese momento, el cristiano, mediante el ayuno, se unía a Cristo y se hacía agradable a los ojos de Dios (Toro, 1996).

Pero en los albores del año 2000 las cosas son muy diferentes. Los ayunos y abstinencias practicados en "nombre de Dios" están siendo relegados al olvido con acelerada rapidez. Las costumbres van cambiando a gran velocidad debido a fenómenos de masas promovidos por potentísimos agentes económicos y políticos. Es precisamente en esta sociedad laica y carente de hambrunas donde aparecen con un carácter epidémico

jamás visto con anterioridad los ahora denominados "**Trastornos Alimentarios o de la Conducta Alimentaria**". Se trata de auténticas enfermedades, que justamente guardan estrecha relación con los ayunos y abstinencias que se venían practicando a lo largo de la historia (Toro, 1996).

¿En qué consisten estos trastornos?. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios de origen psicológico. Estos trastornos se clasifican de acuerdo con las conductas, con las consecuencias que estas conductas producen sobre las esferas física, emocional y social y por último con el resultado final: adaptación o muerte (Palma, 1997).

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

Existe una gran variedad de trastornos de la conducta alimentaria, los que se inician con más frecuencia en la infancia o la niñez como: pica, rumiación o mericismo. Y los que se dan en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud como: Anorexia y Bulimia Nervosas, Ingestión Compulsiva y Trastornos de la Conducta Alimentaria no Especificados. Alguna de estas desviaciones pueden conducir a incapacidades físicas, enfermedades graves e inclusive la muerte (DSM-IV-TR, 2002).

En los últimos 25 años, los trastornos de la conducta alimentaria han dado la cara como importantes enfermedades en cuyo desarrollo intervienen múltiples factores que incluyen trastornos emocionales de la personalidad, alteraciones del entorno familiar, una posible sensibilidad genética o biológica y un ambiente sociocultural en el que coexisten la sobreabundancia de comida y la obsesión por la delgadez (García-Camba, 2001).

En este culto a la delgadez, nos guste o no, participamos todos de algún modo. Pero esta participación está revistiendo caracteres dramáticamente alarmantes en el sexo femenino, especial y concretamente en las muchachas púberes, adolescentes y jóvenes, quienes, sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente, como siempre ha ocurrido, los valores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas (Toro, 1996).

Es por ello, que en este capítulo nos concentraremos en los Trastornos de la Conducta Alimentaria que se inician en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud.

ANOREXIA NERVOSA

DEFINICIÓN DE ANOREXIA NERVOSA

El término Anorexia proviene del latín "*an*", prefijo restrictivo y "*orexis*", apetito, es decir, "*sin apetito*". Mientras que el adjetivo "*nervosa*" expresa su origen "*psicológico*". Estas raíces afirman que la Anorexia es la falta de apetito; sin embargo es un término erróneo para referirse a este padecimiento (Palma, 1997). La Anorexia Nervosa es un Trastorno de la Conducta Alimentaria grave que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso en los valores mínimos normales y que se acompaña de una alteración de la percepción de la forma y del peso corporal (García-Camba, 2001).

La anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos, etcétera (Toro, 1996).

La anorexia nervosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños prepúberes o mujeres maduras hasta la menopausia. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales (CIE-10, 1992).

La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Las características esenciales de la anorexia nervosa 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. Las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea. Mientras que en las niñas prepúberales puede retrasar la aparición de la menarquía (DSM-IV-TR, 2002).

CLASIFICACIÓN

La CIE-10 (1992) clasifica a la Anorexia Nervosa de la siguiente manera:

- **Anorexia Nervosa:** es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida significativa de peso, originada y mantenida por el propio enfermo mediante la evitación del consumo de "alimentos que engordan", vómitos autoinducidos, purgas, ejercicio excesivo y consumo de diuréticos. Presentan distorsión de la imagen corporal. En la mujer interrupción del ciclo menstrual (amenorrea) y en el varón una pérdida del

interés y de la potencia sexual. Si se inicia antes de la pubertad, retrasa o detiene la secuencia de las manifestaciones de la misma.

- **Anorexia Nervosa Atípica:** este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan "una o más de las características principales" de la anorexia nervosa, como amenorrea o pérdida significativa de peso, pero por lo demás presentan un cuadro clínico bastante característico. También pueden incluirse aquí enfermos que tengan todos los síntomas importantes de la anorexia nervosa, pero en grado leve.

El **DSM-IV-TR** (2002), distingue dos subtipos en la Anorexia Nervosa:

- **Tipo restrictivo:** La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nervosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- **Tipo compulsivo/purgativo:** Las personas recurren regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida (p.655).

SINTOMATOLOGIA

La sintomatología de la anorexia nervosa es sumamente variada y compleja, siendo la consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales (Toro, 1996).

Señales de alarma para la detección de la Anorexia Nervosa

Este trastorno no se declara de un día para otro; algunas conductas que en un principio pueden parecer sanas poco a poco se van exagerando y al cabo del tiempo son tantos los rasgos alterados que al sumarse contribuyen al deterioro físico y mental de la paciente (Palma, 1997).

Toro y Vilardell (1987), Palma (1997), Feinholz (1997), y Tannenhaus (1999) mencionan algunas conductas características del desarrollo de la Anorexia Nervosa y son:

☞ Alteraciones en la conducta alimentaria:

1. Comienza por eliminar algunos alimentos como refrescos, frituras, golosinas, etcétera, aquellos que considera "engordadores",
2. Sé preocupa más que antes por las dietas en general,
3. Consume excesivas cantidades de agua,
4. Se interesa por el contenido energético de los alimentos,
5. Comienza por realizar ayunos,
6. A medida que pasa el tiempo se eliminan alimentos de importancia para mantener un buen estado de nutrición como lo son lípidos y grasas,

7. Continúa vigilando y controlando las calorías que va a ingerir,
8. Sigue realizando dietas a pesar de que ya está muy delgada,
9. Poco tiempo después comienza la idea de que las carnes, comenzando con la de puerco, seguida de la de res, pollo y pescado no le agradan poniendo como pretexto una serie de mitos como que estos alimentos tienen toxinas, que vuelven a la gente agresiva y mantienen la firme convicción de convertirse al vegetarianismo, obviamente sin cumplir las características de este tipo de alimentación,
10. La poca proteína que consumen es el queso fresco o yoghurt,
11. Para este tiempo ya sólo consumen algunos cereales integrales sin azúcar y muy poca fruta y verdura, de las cuales, destacan la lechuga, el pepino, la zanahoria y el jitomate,
12. A estas alturas la dieta ya está muy deteriorada y esto se ve representado en la delgadez extrema, pues se encuentra completamente "emaciada".

☞ Rituales obsesivos en la alimentación:

- A. Curiosamente, mientras rechaza los alimentos, gradualmente e ininterrumpidamente, cada vez le preocupa más todo lo concerniente con la alimentación,
- B. Parte, la poca comida que ingiere en trocitos pequeños y los mueve de un lado a otro del plato,
- C. Toma el alimento con los dedos o lo desmenuza,
- D. Suele utilizar cubiertos para niño,
- E. Usa para cada alimento un plato diferente,
- F. Tarde en comer una pequeña porción de alimento largo tiempo,
- G. Esconde la comida que no ingiere particularmente debajo de la cama o
- H. Tira los alimentos al sanitario,
- I. Si tiene alguna mascota es ésta la que termina comiendo sus alimentos,
- J. Pasa en la cocina mucho más tiempo que en cualquier otra época anterior,
- K. Realiza las compras de la despensa,
- L. Prepara platillos para toda la familia, los cuales se niega a comer,
- M. Se encuentra absorta en el estudio de libros de cocina y revistas culinarias,
- N. Colecciona recetas de cocina y
- O. Sigue leyendo y hablando ávidamente de todo cuanto cae en sus manos relacionado con el tema.

☞ Está preocupada por el peso, por seguir dietas y por la figura, y exagera la importancia que tienen estos factores en su vida.

☞ Expresa su constante disgusto con su talla, el cual nunca desaparece a pesar de la disminución objetiva de su peso y medidas.

☞ Cuando existe una clara discrepancia entre la forma en que se percibe (muy gorda) y la forma en que la perciben los demás (muy flaca).

☞ Cuando hay bajas notorias y consistentes de peso y que no se explican por algún otro factor como alguna patología.

☞ Suele usar ropas muy holgadas o demasiado grandes: una de las razones de que la anorexia a menudo persista durante algunos años es que las pacientes se vuelven expertas en esconder su condición. Una de las maneras para conseguirlo es usar ropas que oculten el cuerpo.

☞ Reduce los contactos con familiares, amigos y compañeros, aislándose de sobremanera.

☞ Cuando dice que come mucho y es claro que come significativamente menos que el resto de sus familiares, amigos y compañeros.

☞ Cuando recurrentemente se excusa por no comer cuando está en compañía de otros argumentando que antes de reunirse con ellos comió mucho o ya comió.

☞ Abusa de laxantes, diuréticos o píldoras de dieta de venta libre: a menudo recurren a estos productos en su celo por perder peso, aunque, por supuesto, este tipo de conductas resultan más difíciles de confirmar.

☞ Realizan actividad física excesiva: desde andar con paso ligero hasta el cine o el centro comercial porque tienen que realizar ejercicio, hasta el grado de dedicar de dos a seis horas diarias a realizar un deporte o ejercicio.

☞ Presenta un excesivo deseo de agradar a los demás y evita situaciones estresantes: a menudo muestra una extrema necesidad de acomodarse y tratar de hacer felices a los demás, algunas veces a expensas de sus propias felicidades y necesidades.

☞ Una personalidad rígida, expresada en una excesiva necesidad de seguir reglas y una tendencia a criticar a los demás: se desarrolla a partir de la necesidad de la futura paciente de mantener el mayor control sobre su entorno, en parte porque carece de control real sobre su propia vida y en parte porque sus circunstancias pueden estar en cierto modo verdaderamente fuera de control.

☞ Presenta miedo a situaciones nuevas: a menudo resulta ser una chica tímida e introvertida que evita situaciones nuevas, esto quizá encaja con los problemas contra los que lucha respecto a la identidad y el control.

☞ Experimenta vértigos, desmayos, pérdida de conocimiento y dificultad para concentrarse sin causa alguna.

☞ Cambios muy repentinos en el carácter: irritable, malhumorada, riñe con todo mundo, llora con facilidad, etcétera (Toro y Vilardell, 1987, p. 16-19; Palma, 1997, p. 25; Feinholz, 1997, p. 16; Tannenhaus, 1999, p. 42, 43, 45, 54, 55).

☞ Aparición de callosidades en el dorso de la mano producidas por la erosión dentaria al provocarse repetidamente los vómitos (García-Camba, 2001, p. 136).

Síntomas de inanición

Como se ha señalado, muchos de los síntomas y signos de los pacientes con anorexia nervosa se derivan de la propia desnutrición aunque, curiosamente, incluso cuando la desnutrición es muy avanzada existe una relativa escasez de sintomatología física (García-Camba, 2001).

Tannenhaus (1999) describe los síntomas físicos de la inanición, los cuales son:

- ✗ *Piel fría, algunas veces con tonalidad azulada.* Llamada hipotermia, esta afección es en parte resultado de la pérdida de tanta grasa corporal, la cual actúa como aislante. La paciente siente frío todo el tiempo, incluso durante el verano.
- ✗ *Dolor al sentarse.* La paciente ha perdido tanta grasa que no hay almohadilla natural por encima de los huesos.
- ✗ *Hipotensión, o presión anormalmente baja,* probablemente debida al debilitamiento de la actividad del corazón.
- ✗ *Un corazón debilitado* y los cambios hormonales asociados a la anorexia también conducen a un latido del corazón anormalmente lento (bradicardia).
- ✗ *Estreñimiento lo bastante grave para causar dolor abdominal.* Algunas veces la paciente no relaciona el dolor y el estreñimiento con el hecho de que no está comiendo lo suficiente, de manera que acude al médico que entonces puede ser capaz de determinar la verdadera razón de su malestar.
- ✗ *Problemas con la deglución,* posiblemente porque la inanición provoca un mal funcionamiento del tracto diastrointestinal.
- ✗ *Indigestión* después de la escasa comida que consume, posiblemente también debido a la función gastrointestinal deteriorada.
- ✗ *Edema, o retención anormal de agua.* Una de las funciones que la proteína realiza en el cuerpo es mantener un equilibrio de agua normal en los vasos sanguíneos, de manera que cuando alguien se ve privado de comida o falta de proteína, algo de esa agua puede pasar al tejido, lo que produce un aspecto hinchado. Algunos expertos creen que entre las anoréxicas no se produce tan frecuentemente como cabría de esperar.
- ✗ *Sensación de debilidad o cansancio,* quizá porque el cuerpo no está recibiendo el combustible necesario.
- ✗ *Anemia* debida a la ingesta insuficiente de hierro y proteínas.
- ✗ *Intensidad metabólica disminuida,* una respuesta de adaptación a la inanición que permite al cuerpo minimizar sus necesidades de combustible.
- ✗ *Problemas de sueño,* muy probablemente debidos al hambre así como a otros factores que aún no han sido identificados.
- ✗ *Anormalidades hormonales.* La señal más evidente de esto es la ausencia de los períodos menstruales, una afección conocida como amenorrea (Tannenhaus, 1999, p. 46-48).

Crispo, Figueroa y Guelar (2001, p. 112, 113) añaden otros síntomas físicos debidos a la inanición:

- * *El aspecto de la piel* de los pacientes anoréxicos suele ser seco, áspero y quebradizo, como consecuencia de los déficit nutricionales.
- * Desarrollo en zonas que normalmente no tienen vello -espalda, brazos, mejillas- la aparición de un vello fino y largo, tipo pelusa, llamada *lanugo*, y que algunas veces va acompañado de caída de cabello.
- * *Las extremidades* -manos y pies- suelen estar *bastante frías* y con frecuencia de un *color violáceo* debido a las alteraciones circulatorias lo que se conoce como *acrocirosis*.
- * *Un color amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies*, denominado hiper胡萝卜素emia, debido a la ingesta excesiva de calabaza y/o zanahoria, propia de la dieta que lleva este tipo de pacientes.

Alteraciones Psicológicas

Para García-Camba (2001) los aspectos psicológicos más importantes en la Anorexia Nervosa son:

- ◆ Alteración de la corporalidad, caracterizada por distorsión de la propia imagen corporal y alteración de los estímulos procedentes del cuerpo que hace que no se sientan por lo general el hambre, la saciedad, la fatiga o la debilidad física.
- ◆ Rasgos de ansiedad de carácter fóbico que probablemente constituyen el núcleo central de la patogenia de la anorexia y son una constante clínica en estos pacientes.
- ◆ Rasgos obsesivos-compulsivos.
- ◆ Trastornos afectivos, en particular de carácter depresivo.
- ◆ Falta de conciencia de la enfermedad, particularmente al principio de la evolución, algo de lo que participa en parte la familia.
- ◆ Tendencia a la manipulación del entorno.
- ◆ Conducta de engaño.
- ◆ Aislamiento social.
- ◆ En algunas pacientes anoréxicas con atracones y purgas se ha referido una mayor prevalencia de suicidio y conductas autoagresivas (p. 10, 11).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico temprano de la Anorexia Nervosa es difícil debido a que el enfermo y sus familiares no tienen claro que los rasgos presentados al comer son síntomas de una enfermedad compleja y grave que requiere de atención especializada (Palma, 1997). Los criterios más utilizados en la actualidad para el diagnóstico de la Anorexia Nervosa son los que recoge el **DSM-IV** y el **CIE-10** (García-Camba, 2001).

Las pautas para el diagnóstico según la **CIE-10** (1992) son:

- a. Pérdida significativa de peso (Índice de Masa Corporal IMC o de Quetelet de menos de 17.5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- b. La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: 2) vómitos autoinducidos, 3) purgas intestinales autoprovocadas, 4) ejercicio excesivo y 5) consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c. Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone así mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexuales (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas). También pueden presentarse concentraciones altas de hormonas del crecimiento y de cortisol, alteraciones del metabolismo periférico de la hormona tiroidea y anomalías en la secreción de insulina.
- e. Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía (CIE-10, 1992, p. 219-221).

Para el DSM-IV-TR (2002) los criterios diagnósticos para la Anorexia Nervosa son:

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

→ Especificar el tipo: restrictivo o tipo compulsivo/purgativo (DSM-IV-TR, 2002, p. 659-660).

Los Pautas de Investigación de la CIE-10 y los criterios del DSM-IV para la anorexia nervosa difieren en diversos aspectos. La CIE-10 requiere específicamente para que la pérdida de peso resulte autoinducida mediante la evitación de "comidas que engordan" y, en el hombre, comporte una pérdida del interés y de la potencia sexual (correspondiendo a lo que en las mujeres sería la amenorrea). Finalmente, a diferencia del DSM-IV donde el diagnóstico de anorexia nervosa tiene preferencia sobre el de bulimia nervosa, la CIE-10 excluye el diagnóstico de anorexia nervosa si se ha dado atracones de forma regular (DSM-IV-TR, 2002).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de la Anorexia Nervosa resulta fácil en los cuadros floridos que llevan ya una cierta evolución, pero no en los de comienzo o en los que presentan formas clínicas más larvadas (García-Camba, 2001).

Para el diagnóstico correcto de la Anorexia Nervosa se debe de tener presente otro tipo de enfermedades que provocarían la excesiva pérdida de peso. Como, por ejemplo, infecciones gastrointestinales, tumores cerebrales, neoplasias ocultas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida; que traen consigo una pérdida de peso importante, pero las personas con estos trastornos generalmente no tienen una imagen distorsionada del cuerpo ni un deseo de adelgazar (DSM-IV-TR, 2002).

En el *trastorno depresivo mayor* puede haber una pérdida de peso importante, pero la mayoría de los individuos con este trastorno no tienen deseos de adelgazar ni miedo a ganar peso. En la *esquizofrenia* se observan patrones de alimentación bastante raros; los enfermos adelgazan en ocasiones de forma significativa, pero rara vez temen ganar peso ni presentan alteración de la imagen corporal, necesarias para establecer el diagnóstico de anorexia nervosa (DSM-IV-TR, 2002).

Algunas características de la anorexia nervosa forman parte de los criterios para el diagnóstico de fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno dismórfico. Cuando el individuo con anorexia nervosa tienen miedos sociales limitados a la conducta alimentaria, no debe establecerse el diagnóstico de fobia social. De manera similar, ocurre en el trastorno obsesivo-compulsivo, pues si el enfermo anoréxico presenta obsesiones y compulsiones relacionadas sólo con el alimento no debe efectuarse el diagnóstico adicional de dicho trastorno. En cuanto al trastorno dismórfico, sólo si la alteración no está relacionada con la silueta y el tamaño corporal debe de dársele el diagnóstico adicional del mencionado trastorno (DSM-IV-TR, 2002).

En la *Bulimia nervosa* los individuos presentan atracones recurrentes y conductas encaminadas a no ganar peso y se encuentran excesivamente preocupadas por la silueta y el peso corporal. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nervosa de tipo

compulsivo/purgativo, las personas con bulimia nervosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo (DSM-IV-TR, 2002).

COMPLICACIONES MÉDICAS

Las complicaciones médicas de la anorexia nervosa en gran medida son resultado de la pérdida de peso y de la desnutrición, así como de las conductas purgativas. De todos los TCA la anorexia es la que desencadena con mayor frecuencia complicaciones médicas graves, responsables en muchos casos de la significativa mortalidad de esta enfermedad (García-Camba, 2001). A continuación se presenta un listado de las alteraciones médicas más comunes.

☒ Alteraciones metabólicas.

Las alteraciones hidroelectrolíticas son relativamente frecuentes en las pacientes anoréxicas. Algunas pacientes descubren que si ingieren cantidades muy importantes de agua antes de sus controles de peso pueden hacer creer que están cumpliendo los objetivos impuestos por sus terapeutas. Este hábito es capaz de desencadenar una gran dilución electrolítica que puede provocar convulsiones y hasta la muerte denominándolo intoxicación acuosa (García-Camba, 2001).

Es frecuente, también la elevación de los valores de colesterol, a diferencia de lo que sucede en otras formas de desnutrición. Esta hipercolesterolemia, que no ha podido relacionarse claramente con los hábitos dietéticos de los pacientes, probablemente responda a una disminución en la secreción de ácido biliar y una alteración del metabolismo del colesterol (García-Camba, 2001).

Las pacientes de bajo peso presentan con frecuencia una insuficiencia de glucosa en sangre (hipoglucemia), que por lo general no produce síntomas, con disminución de insulina circulante. Se ha atribuido a la combinación de baja ingesta de hidratos de carbono y reducción del tejido adiposo (García-Camba, 2001).

☒ Alteraciones endocrinas.

El sistema endocrino es uno de los que más se afectan en la anorexia nervosa. Esta constelación de trastornos involucran a la hipófisis, la tiroides, las suprarrenales y los ovarios, alteraciones que son secundarias a la desnutrición, es decir, que no son debidas a la falla primaria de estas glándulas (Palma, 1997).

La amenorrea es una característica nuclear de la anorexia nervosa y se debe al mal funcionamiento del hipotálamo, que disminuye la concentración de las hormonas que regulan la función ovárica (FSH: hormona foliculoestimulante y LH: hormona luteinizante) (Palma, 1997). Debido a que necesita disponer de un mínimo del 18 al 22% de grasa corporal para que pueda darse el funcionamiento normal de éste sistema neuroendocrino. Por debajo de este nivel de grasa subcutánea la menstruación no hace su aparición. Hay que resaltar que, en un alto porcentaje de anoréxicas, la amenorrea aparece antes de que exista

una delgadez que la justifique, lo cual indica la presencia además de un factor psicológico que actúa sobre los niveles hormonales de estas mujeres. De hecho, la moderna medicina psicosomática ha puesto de manifiesto cómo numerosas patologías obstétricas y ginecológicas los quistes de ovario o los dolores menstruales resultado con frecuencia de somatización de conflictos psicológicos y emocionales por parte de las mujeres (Gómez, 1996).

La tiroides también sufre una serie de alteraciones y, por lo tanto, la concentración de hormonas tiroideas puede parecerse a la de un paciente con hipotiroidismo (Palma, 1997). También se origina el llamado "síndrome eutiroides enfermo" caracterizado por una disminución de la conversión periférica de la tiroxina (T4) en triyodotironina (T3) y una producción preferencial de T3 "inversa" que tiene menos actividad metabólica que la T3. (García-Camba, 2001). Clínicamente parece como si el metabolismo disminuyera de algún modo, esto quiere decir, que el cuerpo "sabe" que no está entrando suficiente combustible para el consumo de energías y es como si pusiera el motor a bajas revoluciones. Quema lo mínimo para que le queden reservas (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001). Haciendo su aparición signos tales como sequedad de piel, estreñimiento o intolerancia al frío (García-Camba, 2001).

Las alteraciones de la glándula suprarrenal provocan un aumento de las concentraciones circulantes de cortisol y otras alteraciones en las hormonas suprarrenales, no conociéndose todavía el efecto que tienen éstas sobre la función de los demás órganos en la anorexia nervosa (Palma, 1997).

Alteraciones cardiovasculares.

La anorexia nervosa suele producir alteraciones del sistema cardiovascular. De hecho, la mayoría de las muertes en anoréxicas adolescentes se deben a colapso cardiovascular secundario a la desnutrición extrema. Con la pérdida progresiva de peso disminuye el grosor de la pared del ventrículo izquierdo y el volumen de eyección, lo que conduce a una marcada disminución de la función ventricular. Son también muy comunes los edemas de tobillos debidos a la insuficiencia cardíaca (García-Camba, 2001).

Como consecuencia de la disminución del gasto energético, es muy frecuente la disminución de las pulsaciones cardíacas a lo que se le denomina *bradicardia* y una disminución en la presión arterial, lo que se conoce como hipotensión. Este es uno de los elementos que provoca esas descomposturas repentinas de las que hacen referencia las anoréxicas cuando se levanta de golpe de una silla o que están acostadas e intentan incorporarse y "se les pone todo negro" (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

Alteraciones renales.

No es raro encontrar alteraciones en la concentración y dilución de la orina en pacientes con más de 2 años de evolución de la enfermedad. Las alteraciones hidroelectrolíticas conducen muchas veces a un mayor o menor grado de insuficiencia

prerrenal y así es frecuente la elevación de los niveles de urea y creatinina en plasma que se relacionan con la menor ingesta de proteínas y líquidos (García-Camba, 2001).

☒ Alteraciones en el sistema óseo.

Es posible que se produzca una disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas espontáneas. Esto se llama osteoporosis, porque los huesos se visualizan como agujerados. Se debe a una ingesta disminuida por la mala alimentación y agravada por la fijación del calcio en los huesos, como consecuencia de la baja producción de estrógenos (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001). La afección esquelética propia de este trastorno es una complicación muy trascendente, ya que la pérdida de masa ósea es intensa y precoz, y una vez que se desarrolla, es difícil recuperar la integridad del esqueleto (García-Camba, 2001).

☒ Alteraciones orofaciales y gastrointestinales.

En la anorexia es muy frecuente la hipertrofia de las glándulas salivales, sobre todo la inflamación de las parótidas que guardan relación con las propias modificaciones hidroeléctricas más que con los vómitos, ya que aparece también en aquellos pacientes que no tienen conductas de purga ni de vómito. La inflamación parotídea tarda varios meses en desaparecer una vez que se han normalizado el peso y la conducta alimentaria (García-Camba, 2001).

La pérdida de peso propia de la anorexia se asocia con el denominado síndrome de la arteria mesentérica superior. Su cuadro clínico se caracteriza por síntomas de obstrucción intestinal en la tercera parte del duodeno, de aparición en personas muy delgadas. La malnutrición y los vómitos pueden producir hemorragias gastrointestinales, casi siempre por erosión esofágica y, en casos aislados, por rotura de esfago o síndrome de Boerhoeve, una complicación potencialmente fatal (García-Camba, 2001).

BULIMIA NERVOSA

DEFINICIÓN DE BULIMIA NERVOSA

Bulimia significa "*hambre de buey*", se deriva del griego "*bous*" buey y "*limos*" hambre. Mientras que el adjetivo "*neriosa*" expresa su origen "*psicológico*". (Palma, 1997). La Bulimia Nervosa consiste en un comportamiento obsesivo de voracidad compulsiva que empieza normalmente entre las edades de 15 y 24 años y va precedido de un período de preocupación progresiva por el peso corporal y la apariencia, durante el cual la persona decide seguir un régimen estricto entre los episodios de voracidad o, por lo menos, "controlar su peso" a través de inducirse el vómito o la toma de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994).

La Bulimia Nervosa se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un período de tiempo variable de unos minutos a horas, durante los cuales el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, existiendo durante el mismo una dificultad para parar de comer durante esos episodios de voracidad. La ingesta desmesurada produce una sensación de distensión-hinchazón-malestar físico en la región abdominal, así como sensaciones nauseosas por la plenitud, lo que junto a los frequentísimos sentimientos de culpa y vergüenza generan depresión y autodesprecio, originando todo ello al final el vómito reflejo, o bien inducido para disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido. Cuando no consiguen el vómito usan los laxantes o diuréticos o el riguroso ayuno posterior para controlar el peso por miedo a engordar (Chinchilla, 1995).

La Bulimia Nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal y suelen ser vómitos autoinducidos, uso anómalo de laxantes, diuréticos, restricciones alimentarias, ayunos, etcétera (Toro, 1996).

La Bulimia Nervosa es un Trastorno de la Conducta Alimentaria que consiste en la aparición de episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas, como el vómito autoprovocado, el abuso de fármacos, laxantes y diuréticos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Y existe una alteración de la percepción de la forma y el peso corporal (García-Camba, 2001).

CLASIFICACIÓN

La CIE-10 (1992) clasifica a la Bulimia Nervosa de la siguiente manera:

- **Bulimia nervosa:** es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.
- **Bulimia nervosa atípica:** este término debe ser utilizado para los casos en los que faltan una o más de las características principales de la bulimia nervosa, pero que por lo demás presentan un cuadro clínico bastante típico. Los enfermos tienen con frecuencia un peso normal o incluso superior a la normal, pero presentan episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de vómitos o purgas.

El DSM-IV-TR (2002), distingue dos subtipos en la Bulimia Nervosa:

- **Tipo purgativo:** El enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.
- **Tipo no purgativo:** El enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio (p.662).

SINTOMATOLOGIA

Señales de alarma para la detección de la Bulimia Nervosa

El abanico de comportamientos bulímicos puede variar mucho de una persona a otra (Sherman y Thompson, 1999). Aunado a esto, los individuos con este trastorno generalmente se sienten muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas (Feinholz, 1997). Esto puede pasar desapercibido para toda la familia durante mucho tiempo o años, sin que realmente se den cuenta de lo que está sucediendo (Chinchilla, 1995).

Abraham y Llewellyn-Jones (1994), Chinchilla (1995), y Tannenhaus (1999), describen algunas conductas características de la bulimia nervosa:

- ↳ Previamente al inicio del atracón la paciente casi siempre está nerviosa-ansiosa, estresada, tensa, triste, sola y/o aburrida.
- ↳ Episodio obsesivo de voracidad compulsiva (atracción): esto puede ser muy difícil de detectar, porque la bulímica se vuelve muy hábil para ocultar su conducta. No

obstante, si alguien parece estar comiendo más de lo acostumbrado sobre una base regular o si hay una cualidad caótica o descontrolada en su manera de comer puede comenzar o estar inmersa en este trastorno. Esto, a su vez, desencadena otro tipo de conductas en la bulímica como:

- ☞ Emplear o gastar una buena parte de su tiempo pensando, planeando, organizando y reflejando acerca de la comida que ingerirá en el próximo atracón.
- ☞ Está siempre corriendo al supermercado, en compra de alimentos como tartas, helado, pastelitos, chocolates, principalmente comidas de textura suave, lácteas o líquidas y ricas en calorías, fáciles de comer y después de vomitar.
- ☞ Se encuentra en constante bancarrota pero no da la impresión de haber sacado provecho de ello.
- ☞ Almacenan comida con el propósito de utilizarla en el siguiente atracón.
- ☞ Algunas veces roba comida, o dinero para comprar comida, a su familia o amigos.
- ☞ El robo en las tiendas también es común, no sólo de comida sino también de otros artículos como laxantes diuréticos, píldoras para adelgazar o supresores de apetito.
- ☞ Realiza conductas inapropiadas para perder peso: también es poco probable observar a alguien realizando estas conductas, pero los indicios marcan que permanecer en el baño durante largos períodos de tiempo después de las comidas, indicarían que podría estarse autoinduciendo el vómito o estar utilizando de manera excesiva el uso de laxantes, diuréticos, píldoras para adelgazar de venta libre.
- ☞ Tener un régimen estricto de alimentación o estar constantemente a dieta no recomendada por un especialista.
- ☞ Aumento o mantenimiento del peso, a pesar de estar frecuentemente a dieta y hacer ejercicio: alguien que siempre parece estar contando las calorías pero nunca parece perder peso, puede estar atracándose en secreto. Por otra parte, alguien que da la impresión de comer bien pero hace mucho ejercicio y parece un poco delgada, puede estar vomitando su comida, haciendo demasiado ejercicio o ayunando en secreto o quizá las tres cosas.
- ☞ Puede obsesionarse tanto con sus atracones que minimiza las consecuencias de los mismos, traducéndose esto a la larga en aislamiento social.
- ☞ Evitan comer con la familia o salir a reuniones sociales en las que sirvan comida.
- ☞ Realizan largas caminatas de rodeo para evitar ver tiendas de comida.

- ↳ Se preocupa por el físico, por el cuerpo, por su funcionamiento y peso y tiene un miedo atroz a la obesidad presente y futura, pesándose por ello con suma frecuencia.
- ↳ Depresión frecuente: la depresión no es una garantía de que alguien tenga bulimia, pero a menudo se ve triste, fatigada, con pensamientos pesimistas, incluso ideas suicidas, baja autoestima, desconcentrada y sin sueño (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994, p. 114, 115, 117; Chinchilla, 1995, p. 101-102; Tannenhaus, 1999, p. 63-65, 80).

Síntomas físicos de la bulimia

No todos los síntomas se presentan en una enferma de bulimia nervosa, una gran parte de ello depende de la frecuencia de los episodios de atracón-purga, la naturaleza de la purga (vómito o abuso de laxantes y diuréticos) y la duración de la enfermedad (Tannenhaus, 1999).

Tannenhaus (1999), Abraham y Llewellyn-Jones (1994) describen los síntomas físicos de la bulimia y son:

- * Marcadas oscilaciones en el peso corporal.
- * Problemas dentales: el estómago humano segrega ácido clorhídrico para ayudar a la digestión, cuando se expone de manera persistente a zonas del cuerpo con las que no tienen que estar en contacto, como la boca y los dientes puede ser extremadamente corrosivo y generar una grave enfermedad de encías, erosión del esmalte, caries e incluso pérdida de dientes.
- * Dolores de garganta: resultado del contacto del ácido estomacal con los tejidos de la garganta.
- * Aumento de las glándulas parótidas, submaxilares y submandibulares: el vómito frecuente puede provocar la inflamación o la infección de dichas glándulas, situadas cerca del oído, lo que da un aspecto de hinchazón en las mejillas o lo que comúnmente se conoce como "cara de ardilla".
- * Dolores abdominales o cólicos estomacales: debidos al abuso excesivo de cantidades de alimento significativamente superiores en un corto período de tiempo.
- * Dolores de cabeza y cansancio: al finalizar los episodios de voracidad o atracones.
- * Debilidad muscular y disfunción cardíaca: debido a la deshidratación y el desequilibrio electrolítico por el abuso persistente de diuréticos y autoinducimiento el vómito.
- * Ruptura y hemorragia del esófago: debidas a la ingesta compulsiva.
- * Diarrea y/o estreñimiento: por el abuso persistente de laxantes, diuréticos o píldoras para adelgazar.
- * Retención de agua en manos y pies (edemas): como reacción compensatoria del uso de diuréticos como método para perder peso.
- * Irregularidades menstruales: a causa de las oscilaciones en el peso corporal.

- * Úlceras y callos en los dedos de la mano: con el fin de vomitar, a menudo se meten uno o más dedos en la garganta, esto práctica puede provocar callos en la mano si cada vez es raspada por los dientes, o si entra en frecuente contacto con el ácido que asciende.
- * Hernia hiatal: la presión creada por el vómito frecuentemente puede ocasionar esta forma de hernia (Tannenhaus, 1999, p. 77-79; Abraham y Llewellyn-Jones, 1994, p. 124-126).

Alteraciones Psicológicas

Feinholz (1997), Sherman y Thompson (1999) describen los aspectos psicológicos más importantes de la Bulimia Nervosa:

- ◆ Distorsión de la imagen corporal: la imagen se distorsiona de tal manera que desfigura el tamaño y forma de algunas partes o de todo su cuerpo.
- ◆ Baja sensación de autoestima: considera que vale poco para lo que es capaz y después devalúa sus pocas destrezas, habilidades o aptitudes que está dispuesta a admitir. Los atributos o resultados positivos se asignan a la suerte o a alguna otra fuente externa.
- ◆ Baja sensación de autocontrol: les es difícil controlar sus impulsos o apremios. Este control deficiente del impulso se debe a una baja tolerancia a la frustración y ansiedad. El exceso en el consumo de alimentos, alcohol y/o drogas es simplemente un impulso más de la dificultad que tiene para controlar.
- ◆ Cambios de carácter: suelen ser demasiados los sentimientos, tanto ocultos como manifiestos que puede experimentar la bulímica. La depresión es el más común, pero también puede ser el enojo, la ansiedad u otros sentimientos conflictivos.
- ◆ Dificultad para expresar la emoción en forma directa: la bulímica nunca ha aprendido a expresar sus sentimientos directamente, pues teme perder el control sobre ellos. Esto quiere decir que no reconoce su necesidad de afecto, o si se siente enojada o frustrada ni aún dentro de ella misma, lo que la lleva a utilizar un mecanismo en el que transforma sus sentimientos en calorías, gramos, etcétera, pues le resulta mucho más fácil controlar el peso corporal basándose en cuántas calorías ingiere o deja de ingerir porque eso es tangible, controlable. La forma en como funciona este mecanismo en términos generales es que cuando se presenta una situación que provoca angustia, enojo, temor, o cualquier otra emoción con la que la persona no puede lidiar, ni siquiera reconocer como tal, recurre a comer en exceso, sin control y sin consciencia de sus actos en ese momento. Este llenarse compulsiva y excesivamente refleja exactamente la experiencia que vive frente al afecto que la invade, que es incontrolable. La necesidad de liberarse de esta carga es el paso siguiente de ese exceso de comida (de afecto), que es intolerable e "indigerible", de ahí que la consecuencia "lógica" sea vomitar. Al vomitar se está desechando simbólicamente la sobrecarga y el afecto mismo.
- ◆ Imperiosa necesidad de recibir la aprobación de los demás: siente que debe de agradar a fin de ser aceptada, recibir aprobación y ser amada. Esta necesidad, se debe más al temor al rechazo y al abandono, por ello antepone las necesidades de los que la rodean a las propias (Feinholz, 1997, p. 12; Sherman y Thompson, 1999 p. 20, 21, 105).

Distorsiones Cognoscitivas

Sherman y Thompson (1999) mencionan las Distorsiones Cognoscitivas más frecuentes en la Bulimia Nervosa:

◆ **Pensamientos irracionales:** son inexactitudes en el juicio, es decir, pensamientos ilógicos o distorsiones, que hacen que creamos cosas acerca de nosotros mismos y de lo que hacemos que no están basadas en la realidad. Algunos ejemplos de los pensamientos irracionales más comunes en las bulimias son:

✦ *Pensamiento del todo o nada (dicotómico):* ocurre cuando una persona ve las cosas en categorías concretas, absolutas, negras o blancas.

✦ *Generalizaciones excesivas:* esto ocurre cuando una persona utiliza un solo error para predecir que ella *nunca* cambiará.

✦ *Conclusiones precipitadas:* ocurre cuando se interpreta negativamente con precipitación una experiencia, incluso cuando no existen hechos para apoyar esa evaluación o suposición.

✦ *Magnificación y minimización:* implica exagerar los errores propios (con la comida, por ejemplo), mientras se minimizan los errores y fallos de los otros.

✦ *Razonamiento emocional:* sucede cuando la persona considera que su sentimiento negativo refleja con exactitud cómo son las cosas realmente.

✦ *Afirmaciones relacionadas con el deber:* en este caso la persona usa "debo" en un intento por motivarse a sí misma. En realidad, este proceso hace que se sienta culpable o frustrada al no lograrlo, pues el término "debo" siempre implica presión.

Estas distorsiones sirven también para mantener tanto la bulimia como la depresión, pues permiten a la persona exagerar la probabilidad e intensidad de los resultados negativos, así como reforzar una imagen personal y autoestima negativas. Cuando los pensamientos irracionales se llevan más allá para justificar las acciones, la persona está incurriendo en la:

◆ **Racionalización:** ésta (que no se confunda con el pensamiento racional) es un proceso cognoscitivo mediante el cual la persona hace que un pensamiento o una conducta parezca razonable, racional o lógico cuando en realidad no lo es. Las bulímicas pueden usar este proceso para justificar sus excesos en la comida o dejar de comer. Algunas de las racionalizaciones que usan las bulimicas son:

✦ *Si empiezo a comer, no seré capaz de detenerme:* utiliza esta afirmación como un medio para tratar de convencerse de no comer, e intentar ahuyentar a la comida.

✦ *Si no me deshago de lo que como, me pondré gorda:* cree que cualquier alimento que permanezca en su cuerpo se convertirá en grasa; lo que se dice es que no puede comer normalmente sin engordar.

✦ *Estoy demasiado gorda, "soy repugnante":* la verdadera falacia de la gordura es que ella supone que sería más feliz si sólo pudiera adelgazar y que su infelicidad se debe al hecho de estar gorda.

- ✦ *Ya que he comido tanto, da igual comerlo todo*: la primera parte de la racionalización es cierta y ayuda a la bulímica a creer en la segunda parte, sin pensar que ésta es ilógica.
- ✦ *He tenido un mal día, merezco comer lo que quiera*: no es lógico que comer en exceso sea una forma razonable de manejar el hecho de haber tenido un mal día. Casi siempre creen que sólo merecen comer cuando su alimentación ha sido correcta o después de hacer ejercicio, o de periodos de dieta y ayuno (p. 98-105).

DIAGNÓSTICO

Para que pueda hacerse el diagnóstico de bulimia nervosa según la CIE-10 (1992), deben estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación de modo que constituyen pautas diagnósticas estrictas.

- ⊖ a. Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.
- ⊖ b. El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de uno de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.
- ⊖ c. La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija de forma estricta un dintel de peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años. Este episodio precoz puede manifestarse de una forma menor u larvada, con una moderada pérdida de peso o una fase transitoria de amenorrea CIE-10, 1992, p. 221-223).

Para el DSM-IV-TR (2002) los criterios para el diagnóstico de Bulimia Nervosa son:

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
 - (1) ingesta de alimentos en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.
 - D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
 - E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.
- Especificar el tipo: purgativo o no purgativo (DSM-IV-TR, 2002, p. 665).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En el caso de la Bulimia el diagnóstico diferencial puede ser más difícil, ya que los estigmas físicos en un principio son menores y el paciente puede ocultar datos sobre su comportamiento (García-Camba, 2001).

A los individuos con atracones que aparecen exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa se les debe diagnosticar *anorexia nervosa, tipo compulsivo/purgativo*, y no debe de establecerse el diagnóstico adicional de Bulimia Nervosa. El juicio clínico decidirá si el diagnóstico más correcto para una persona con episodios de atracones y purgas posteriores, que no cumplen los criterios para anorexia nervosa, tipo compulsivo/purgativo (por ejemplo, cuando el peso es normal o las menstruaciones son regulares), es anorexia nervosa, tipo compulsivo/purgativo en remisión parcial o Bulimia Nervosa (DSM-IV-TR, 2002).

En algunas enfermedades neurológicas y médicas (como el *síndrome de Kleine-Levin*) se ha observado una conducta alimentaria alterada, pero no una preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales (rasgo psicológico característico de la bulimia nervosa). El comer en exceso es frecuente en el *trastorno depresivo mayor, con síntomas atípicos*, pero estos sujetos no recurren a medidas compensatorias ni muestran preocupación excesiva por el peso y la silueta corporales. Si se cumplen criterios están incluidos entre las conductas impulsivas que forman parte de la definición del *trastorno límite de la personalidad*, de modo que si se cumple los criterios para ambos trastornos, también se establecerán los dos diagnósticos (DSM-IV-TR, 2002).

COMPLICACIONES MÉDICAS

Las complicaciones médicas más importantes de la Bulimia Nervosa casi siempre se relacionan con las maniobras o mecanismos compensatorios de vómitos autoinducidos, uso de diuréticos, laxantes, etcétera (Chinchilla, 1995). Y sólo de forma excepcional son resultado de los atracones (García-Camba, 2001).

☒ Alteraciones metabólicas.

Las alteraciones hidroelectrolíticas son relativamente frecuentes en las pacientes bulímicas que se provocan vómitos repetidos y utilizan grandes cantidades de laxantes y diuréticos. De hecho, algunas de las muertes atribuidas a esta enfermedad guardan relación

con la hipopotasemia condicionada por la baja de líquidos debido a las conductas de purga. Además, si se ve acompañada de un aumento en el valor de bicarbonato sérico, hay que sospechar la existencia de vómitos frecuentes o la utilización de diuréticos, que a su vez produce graves arritmias cardíacas. La deshidratación provoca hiperaldosteronismo, que se manifiesta por edemas, cuya aparición desencadena un círculo vicioso de incremento de las conductas de purga (García-Camba, 2001).

☒ Alteraciones orofaciales y gastrointestinales.

En las pacientes que presentan vómitos de repetición pueden aparecer descalcificaciones en la cara interna de los dientes como consecuencia de la importante acción del ácido gástrico vehiculado en los vómitos. Este signo puede constituir una importante clave diagnóstica en pacientes que niegan la autoprovocación de vómitos de larga evolución (García-Camba, 2001). Otro signo son las heridas en encías, paladar y garganta como consecuencia de introducir las manos u otros elementos en la boca con la finalidad de estimular el vómito, que en ocasiones puede llegar a ocasionar sangrado (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

Es muy frecuente, el vaciamiento gástrico y la prolongación del tránsito intestinal debido a la inducción de los vómitos. Ello produce sensación de plenitud, borborigmos y estreñimiento que incrementa el rechazo de los alimentos y tienden a perpetuar la restricción alimentaria y a precipitar las conductas de purga (García-Camba, 2001). También pueden ocasionar la alteración de la motilidad del tubo digestivo, pudiendo aparecer disfagia o dificultad para tragar los alimentos (Gómez, 1996). Aunado a eso, es bastante común la aparición de gastritis, debido a la pérdida a través del vómito del moco que protege la mucosa gástrica del ácido clorhídrico, ocasionando vómitos de sangre (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

Pero lo más frecuente es la aparición de constipación grave, como consecuencia del uso prolongado de laxantes, ya que éstos acostumbran al intestino a funcionar bajo su estímulo (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001). El abuso de laxantes, sobre todo los de tipo estimulante que contienen fenoltaleína, pueden provocar complicaciones colónicas, en particular estreñimiento grave (García-Camba, 2001).

☒ Alteraciones renales.

Cuando se abusa de los diuréticos por tiempo muy prolongado, puede producirse una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón. También son frecuentes las infecciones urinarias y la producción de cálculos o arenillas (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

EPIDEMIOLOGÍA DE LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSAS

Existen numerosos estudios epidemiológicos -por cierto muchos más sobre anorexia que sobre bulimia- que dan cifras de prevalencia no siempre concordantes debido a la falta de uniformidad en cuanto a las condiciones de los estudios y la falta de acuerdo en los criterios diagnósticos utilizados (García-Camba, 2001).

A pesar del amplio debate y la diversidad en los resultados de investigación existentes hasta la fecha, no existe un soporte definitivo para apoyar la idea de que la incidencia de Anorexia nervosa se haya incrementado. La incidencia típica en mujeres es aproximadamente de 8 por 100, 000 habitantes por año; mientras que en varones es menor al 0.5 por 100, 000 habitantes por año. Al parecer la incidencia en mujeres de 15 a 24 años se encuentra incrementada. Los datos de incidencia en Bulimia nervosa, son menos precisas dado que es un padecimiento que es menos estudiado, como ya se menciona y debido también a la secretividad que lo caracteriza. Los datos indican sin embargo, una elevación en la incidencia de Bulimia nervosa, la estimación más precisa es de 13 por cada 100, 000 habitantes por año (Nielsen, 2001 citado en Unikel, 2003).

La Anorexia nervosa se presenta 95% en mujeres, la mayoría de éstas entre los 10 y los 30 años, con una media de 17 años en la edad de inicio de la enfermedad con una proporción hombre/mujer de 1:20. Mientras que la Bulimia nervosa ocurre más frecuentemente entre los 12 y 40 años con una proporción hombre/mujer que aumenta a 1:10 (Unikel, 2003).

Panorama Nacional.

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria es un área de investigación relativamente nueva en México. Por lo que no se cuentan con cifras exactas de la prevalencia e incidencia de trastornos alimentarios, sin embargo, los estudios que se han realizado indican la presencia de conductas anómalas; las cuales representan factores de riesgo en el desarrollo de desórdenes del comer (Pineda, 2003).

Los datos obtenidos en la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal 1997, con una muestra representativa de estudiantes de nivel medio y medio superior del Distrito Federal (N= 9755), con un cuestionario que mide síntomas característicos de la anorexia y bulimia nervosa elaborado específicamente para dicha investigación; se encontró que el 3.1% de las mujeres presentaban 3 ó 4 indicadores clínicos de los trastornos de la conducta alimentaria con una frecuencia de dos veces a la semana o mayor (sobrestimación del peso corporal, preocupación por engordar, prácticas alimentarias de tipo restrictivo y/o purgativo); mientras que únicamente el 0.3% de hombres se encuentra en dicha situación, obteniendo así una proporción de 10:1 (Unikel, 2003).

Sin embargo los datos arrojados por la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la Población Estudiantil del Distrito Federal 2000, señalan un

incremento con respecto a la medición realizada en 1997, en el porcentaje de 3 o más indicadores clínicos característicos de los trastornos de la conducta alimentaria. En 1997 se registró un porcentaje del 2.8% en mujeres y de 1.8% en hombre, mientras que en la medición del 2000 la distribución por sexo fue de 10.1% y 5% respectivamente. Estos datos confirman que se ha incrementado el número de personas con síntomas característicos de los trastornos alimentarios, lo cual coincide con el aumento de personas que buscan atención especializada para los mismos (Unikel, 2003).

En el Instituto Nacional de Psiquiatría, se ha detectado un incremento importante en los ingresos de primera vez a la clínica de trastornos de la conducta alimentaria, pues de 1.9% de casos registrados en 1997, estos se incrementaron hasta un 67.9% en el año 2002, debiendo señalarse que la proporción de mujeres contra hombres es de 28 a 1. También es importante asentar que los trastornos que mayores porcentajes han alcanzado en los últimos seis años son: Bulimia nervosa purgativa con un total de 44.1% en mujeres y un 21.1% en hombres, y los trastornos de la conducta alimentaria no especificados registrando un 42.4% en el grupo de mujeres y un 63.2% en el grupo de hombres. Es alarmante el incremento que se ha registrado en la clínica de trastornos del Instituto de 1997 a 2002 (Saucedo, 2003).

De la misma manera, se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento en el Instituto de la Nutrición, en donde se reciben un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria y de los cuales, aproximadamente 4 se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nervosa (Unikel, 1998 citado en Saucedo, 2003).

TRATAMIENTO PARA LA ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSAS

Antes de ofrecer un tratamiento, se debe de someter al paciente a una evaluación completa para averiguar el historial de la enfermedad y su condición física, de manera que se pueda tener en cuenta sus necesidades específicas y así ofrecerle un tratamiento adecuado (Abraham y Llewellyn-Jones, 1994). Es fundamental someter a estos pacientes a la exploración médica, nutricional y mental inicial y reevaluar después su estado en repetidas ocasiones a lo largo de la evolución de la enfermedad. Debido a que, tanto la anorexia como la bulimia presentan una evolución marcada por ciclos de recuperación y recaídas (García-Camba, 2001). Cerca del 50% de las mujeres con diagnóstico de bulimia se han recuperado por completo entre cinco y diez años después, pero el 20% sigue presentando el desorden, y el 30% muestra algunos síntomas. Casi un tercio de las pacientes que se recuperan en un principio recaen durante los primeros cuatro años pero una segunda recuperación es común. El avance es peor en la anorexia. Hasta el 25% de los pacientes anoréxicos llegan a una invalidez crónica, y entre el 2% y el 10% mueren prematuramente (Papalia y Wendkos, 2001).

Es conveniente comentar que el tratar la anorexia nervosa puede plantear todo un desafío. Debido a que estas pacientes son inteligentes y decididas; han concebido toda clase de maneras ingeniosas de rechazar las calorías y, además, no se consideran enfermas. La mayoría de ellas se resiste a la ayuda con tanto entusiasmo como el que dedica al cálculo de las calorías y el ejercicio, si ha aceptado comenzar un tratamiento, es necesario

que un miembro importante de la familia la lleve, porque ella no irá por sí misma. A esto debe de añadirse el hecho de que por lo general una anoréxica es bastante joven y por lo general vive en casa de sus padres, donde su conducta afecta a la familia entera. En cambio una característica de la bulimia es que resulta más fácil de tratar que la anorexia. Porque las bulímicas tienden a ser adultas, más independientes y pueden contar con buenos sistemas de apoyo si aún no se ha aislado demasiado. No le gusta padecer este trastorno y se muestra dispuesta a aceptar ayuda. (Tannenhaus, 1999).

El tratamiento de la Anorexia y la Bulimia Nervosas es complejo y tratarlo de forma aislada ocasiona mucha tensión para el tratante y poco éxito para la paciente, por lo tanto se necesita un equipo multidisciplinario que integre a psiquiatras, psicólogos, endocrinólogos y nutriólogos. El modelo de tratamiento interdisciplinario le permite a los distintos profesionales tratantes compartir la responsabilidad que se tiene ante el enfermo y sus familiares. Además facilita el quehacer terapéutico al circunscribir las intervenciones y decisiones al saber de cada uno de los profesionales sin que por ello se pierda la noción del tratamiento integral (Rocha, García, Barriguete y Palma, 1997).

Hay que señalar que el tratamiento puede darse en régimen hospitalario o régimen ambulatorio. Abraham y Llewelyn-Jones (1994), a través de su experiencia han observado que la mejora después de tratar a una paciente hospitalizada no es mayor que cuando se le trata en régimen ambulatorio. Dicho hallazgo puede simplemente reflejar el hecho de que las pacientes más graves son hospitalizadas, debido a que presentan una crisis o su trastorno se ve acompañado de otras alteraciones médicas o psiquiátricas a un punto tal que peligra la vida del paciente. En tanto que las menos graves reciben el tratamiento en régimen ambulatorio que les permite continuar el contacto con sus familiares y amigos (Abraham y Llewelyn-Jones, 1994).

La clave de la recuperación, ya sea en régimen hospitalario o ambulatorio, está en el *ordenamiento de la alimentación*, que traerá consigo no sólo el restablecimiento orgánico sino también el anímico. Por lo tanto, la intervención inicial será en el ámbito nutricional y consiste fundamentalmente en *diseñar un plan alimentario* específico y adecuado a las características únicas de cada paciente, pero con objetivos comunes a todos los casos. Para la anorexia nervosa los objetivos son: 1) la recuperación del peso y del estado nutricional, y 2) la normalización del patrón alimentario. Mientras que en la bulimia nervosa son: I) normalizar el patrón alimentario para evitar el ciclo atracón-purga y II) normalizar el peso en el caso de que haya sobrepeso. Es importante ser muy claros en este punto, porque está comprobado que:

- ✓ No existe terapia eficaz de la anorexia nervosa, que no esté acompañada de un proceso de renutrición y,
- ✓ No existe terapia eficaz de la bulimia nervosa, que no esté acompañada del restablecimiento de hábitos correctos de alimentación.

Es falso e inoperante pensar que, si se cambia primero la actitud interna hacia la comida o hacia el propio cuerpo, o si se modifican ciertos aspectos psicológicos en primer lugar, la conducta alimentaria se ordenará espontáneamente a continuación (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

Por otro lado hay que ir preparando el terreno para iniciar las intervenciones psicoterapéuticas, pues es importante transmitir al paciente y a su familia la noción de un proceso terapéutico en contraposición con la idea de curación como consecuencia de una intervención médica concreta. El proceso terapéutico consiste en:

- Generar un espacio de contención y apoyo para el enfermo y su familia.
- Discutir el concepto de enfermedad para promover una noción más adecuada de los problemas asociados con la imagen corporal, el estado de nutrición, la vida de relación y la salud en general.
- Comprender las alteraciones alimentarias como maniobras que el paciente lleva a cabo para contener con sus preocupaciones y ansiedades internas y que, debido a procesos psicopatológicos, el paciente hasta ese momento supone como lo más adecuado. De esta manera la pérdida de peso aparece como la expresión manifiesta del trastorno psíquico y la serie de complicaciones médicas como la consecuencia obligada de la enfermedad (Rocha, García, Barriguete y Palma, 1997).

Al abordar el problema en distintos niveles se logra una mejor comprensión de la naturaleza de las alteraciones individuales y del escenario familiar del padecimiento. Es conveniente establecer un contrato terapéutico que promueva un clima de confianza y seguridad en el paciente y el equipo médico. Al igual que se establecen los límites de lo tolerable y aquello que amenaza el buen desarrollo del tratamiento y en consecuencia la salud del paciente. Es un acuerdo relacionado con el encuadre del tratamiento que determina el tiempo, lugar, frecuencia y costos de las intervenciones médicas, psicológicas y nutricias (Rocha, García, Barriguete y Palma, 1997).

Existen varias formas de terapias: individual, familiar y de grupo. Otros complementos útiles para el tratamiento podrían incluir los grupos de autoayuda, terapia nutricional y terapia con medicamentos.

En la **psicoterapia individual**, el terapeuta trabaja únicamente con la paciente en un esfuerzo por determinar cómo se han desarrollado las dificultades en la forma de comer y cómo podrían modificarse eficazmente y empezar el proceso de cambio. Aun cuando muchas pacientes practican las mismas conductas, cada persona es única y requiere de una técnica de tratamiento diseñada especialmente para satisfacer sus necesidades (Sherman y Thompson, 1999).

La **terapia psicoanalítica** se basa en recurrir a las experiencias infantiles que explican la conducta y trabajarlas con el paciente. Así como lograr la capacidad de identificar y sentir las diversas emociones expresándolas verbalmente y con las conductas concomitantes; es decir, ayudar a la paciente a identificar los afectos: a través de las palabras, las acciones, el llanto, la expresión artística, etcétera (Feinholz, 1997).

La **terapia familiar** está dirigida a la paciente y a los miembros de su familia que, de alguna forma, tienen relación con las dificultades, pues la paciente casi siempre empieza en casa; por tanto, normalmente dentro de la familia operan interacciones o dinámicas que mantienen el trastorno alimenticio. La terapia familiar se enfoca menos en la paciente y más en la familia como una unidad. Y su objetivo es modificar las interacciones o

dinámicas disfuncionales familiares mediante la cooperación y asistencia de los integrantes de la familia (Sherman y Thompson, 1999).

La **terapia conductual** gira sobre un hecho central: el reforzamiento del comportamiento adaptado o deseado, es decir, la ingesta alimenticia, concretamente el aumento y mantenimiento del peso, sin practicar ningún tipo de mecanismos compensatorio (vómitos autoinducidos, laxantes, diuréticos, etc.). La paciente inicia su tratamiento en condiciones de aislamiento social para que de esta manera el reforzamiento utilizado sean las visitas familiares, sesiones de televisión, paseos, lecturas y más. Al reforzar la conducta deseada significa asociar tales actos o hechos a respuestas emocionales positivas y por lo tanto incompatibles con la ansiedad (Toro y Vilardell, 1987).

La **terapia cognitivo conductual** combina los mejores aspectos de la psicoterapia y la terapia conductual. Se trata de habituar al paciente a analizar sus pensamientos, corrigiendo todas las distorsiones cognitivas susceptibles de llevarle a comportamientos desadaptadores y a afectos negativos. Por supuesto, y a diferencia de otros planteamientos psicoterapéuticos, es un procedimiento abiertamente directivo. La progresiva importancia concedida a los estereotipos culturales interiorizados y, en general, a las cogniciones patológicas de la anorexia y de la bulimia, obliga a la inmensa mayoría de los especialistas a plantearse, de un modo u otro, la lucha a favor de una nueva concepción de las cosas, especialmente de todo lo concerniente a la imagen corporal, su evaluación, la función de la alimentación, las relaciones interpersonales, el autocontrol, el perfeccionismo, etcétera (Toro y Vilardell, 1987).

La **terapia de grupo** consiste en reunir personas con trastornos alimentarios, la mayoría de las cuales son bulímicas y cuyo principal foco de atención son ellas. El tratamiento en grupo es benéfico porque permite que cada persona descubra que no es la única con ese problema; allega a la bulímica varias personas que la apoyan y que comprenden cómo se siente; le brindan un ambiente seguro en el cual aprenderá nuevas aptitudes que son necesarias para superar sus síntomas bulímicos; la terapia de grupo da a la paciente una oportunidad para aprender de otros integrantes del grupo, así como del terapeuta y, finalmente, el grupo le proporciona a cada paciente la oportunidad de establecer lazos significativos y separaciones terapéuticas al finalizar (Sherman y Thompson, 1999).

El **grupo de autoayuda**. Su meta es proporcionar apoyo y estímulo necesarios para continuar y mantener el cambio terapéutico. Como lo indica el nombre, el grupo de autoayuda no está dirigido por un terapeuta sino más bien por una paciente en recuperación o, incluso, funciona sin un líder. Algunas veces también se dispone de grupos de autoayuda o apoyo para padres y amigos de la paciente y, en la mayoría de los casos, no tiene ningún costo (Sherman y Thompson, 1999).

La **terapia nutricional** la proporciona una dietista titulada y, casi siempre, no sólo comprende el suministro de información nutricional, sino también la planeación de las comidas, como ya se mencionó anteriormente. Al planear las comidas, se proporciona a la paciente una estructura diseñada para enfrentar sus dificultades y objetivos particulares, la

cual no sólo la ayuda a saber cuánto y qué comer, sino que también a empezar a normalizar su alimentación. Asimismo, un plan alimenticio reduce parte de la ansiedad y temor de la paciente asociados con la comida. Aun cuando a algunas pacientes al principio les desagrada y se resisten a la planeación de las comidas, con el tiempo muchas informan que fue uno de los aspectos más benéficos de su tratamiento (Sherman y Thompson, 1999).

Farmacoterapia. La medicación puede ser provechosa si la paciente tiene un trastorno concurrente. Cuando la anorexia va acompañada de otro trastorno como la depresión, la medicación de antidepresivos puede suavizar ésta y hacer a la paciente más receptiva a la terapia para su trastorno de la ingesta. Sin embargo, los medicamentos han tenido más éxito en el tratamiento de la bulimia que en el de la anorexia, pero nunca deben usarse como sustituto de la psicoterapia (Tannenhaus, 1999).

COMEDOR COMPULSIVO

DEFINICIÓN DE COMEDOR COMPULSIVO

El comedor compulsivo se caracteriza por su obsesión por la comida y por comenzar dietas que rompe en poco tiempo; se sienten culpables por no poder controlar la ingestión de alimentos y se obsesiona por el peso, característica que no se presenta en otras formas de obesidad (Palma, 1997).

La ingesta compulsiva afecta por igual a hombres y mujeres de cualquier edad, los cuales sienten de vez en cuando la necesidad imperiosa de darse atracones de comida, no impulsados por el hambre como las bulímicas, sino como una fuente de placer en sí o para vencer la ansiedad, llenar carencias afectivas, etcétera, es decir, exactamente como podrían ingerir alcohol o drogas; de hecho, casi un 20% de estos enfermos suele abusar también de forma ocasional de algún tipo de estupefaciente. Como toda compulsión, conlleva una tendencia a repetir este comportamiento de forma periódica pero esporádica, es decir, no se atraca con tanta frecuencia. El atracón sólo le sirve para conjurar la angustia que sentiría si no realizase estas acciones. Los comedores compulsivos suelen negar que tienen un problema con la comida. Si se les obliga a reconocer su pauta de comportamiento, es muy posible que mientan sobre los hechos y no quieran aceptar ningún tipo de ayuda (Gómez, 1996).

La ingesta compulsiva es un trastorno de la conducta alimentaria porque representa una relación anormal y contraproducente con la comida. Generalmente se sienten obligados a comer en respuesta a cualquier emoción fuerte, por lo que su ingesta escapa a su control o bien ejerce sobre ellos un control limitado. Cada vez que experimentan sentimientos fuertes, incluso positivos, comerán. Algunos terapeutas creen que la clave de la ingesta compulsiva es que ésta distrae la mente de los problemas reales. Una característica particular es que cuando terminan de realizar una ingesta compulsiva se odian por ello, esto causa un ciclo viciado de más estrés, que conduce a más ingesta de comida que conduce a más estrés y así sucesivamente, de manera que el paciente centra su mente y energía en abstenerse de comer y no en los problemas que provocan su estrés (Tannenhaus, 1999).

No todos los que realizan una ingesta compulsiva se atracan. Algunos simplemente comen más, o con mayor frecuencia, por ejemplo, pueden preparar comidas suculentas y tomar varias porciones abundantes de cada plato, con independencia del hambre que puedan sentir. O simplemente desarrollan el hábito de tomar un tentempié antes o después de un acontecimiento estresante, sin saber que comen no por hambre sino por estrés (Tannenhaus, 1999).

La baja autoestima parece un factor común entre las personas que comen de manera compulsiva. De hecho, muchos expertos creen que la baja autoestima es un elemento central del problema. Puede decirse que la persona que realiza ingesta compulsiva a menudo se pone entre la espada y la pared: odia el aspecto de su cuerpo y se odia a sí misma cuando sucumbe al impulso a comer. Aparte este odio a sí misma, se castiga aún más poniéndose a dieta y prometiéndose no volver a tomar comidas "prohibidas" hasta la "próxima vez" (Tannenhaus, 1999).

CÓMO SE DESARROLLA LA INGESTA COMPULSIVA

Para Tannenhaus (1999) las razones que llevan a las personas a realizar una ingesta compulsiva son:

- ❖ **Tienen problemas para distinguir el hambre de otras sensaciones:** algunas de las personas que realizan una ingesta compulsiva no saben cuándo están hambrientas y, por lo tanto, comen en respuesta a señales que no tienen relación con las necesidades de sus cuerpos. Los médicos consideran que algunos hábitos como éstos comienzan en la infancia. Muchos padres alimentan a un bebé cuando llora, incluso si llora porque se ha mojado o por otra razón que nada tiene que ver con la comida. De esta manera, el bebé se acostumbra a ser alimentado en respuesta a cualquier sentimiento o acontecimiento doloroso y este hábito persiste en la adultez.
- ❖ **Utilizan la comida para consolarse:** ciertas comidas son conocidas como comidas "de consuelo" porque se recuerdan épocas de la infancia, cuando todas las necesidades eran satisfechas, eran cuidados y el mundo era seguro. Además los padres a menudo utilizan ciertas comidas para consolar a los niños durante momentos de dolor. Así se llega a la adultez asociando ciertas comidas, y quizá el acto de comer en general, con un sentimiento de seguridad y protección.
- ❖ **Están a dieta permanente y experimentan frecuentes fluctuaciones de peso:** la ingesta contenida a menudo es contraproducente, pues anima a quien está a dieta a darse un atracón. Las mujeres que se someten a dieta permanente pueden desarrollar un problema similar en menor grado; pueden seguir la dieta durante un tiempo, luego comen todo lo que quieren -no un verdadero atracón, pero sí suculentos platos incluso si no están hambrientas- y luego se ponen otra vez a dieta (p. 91-92).

DIAGNÓSTICO

Criterios diagnósticos del DSM-IV (1995) para el desorden de compulsión alimentaria (Binge Eating Disorder):

- A. Episodios recurrentes de compulsión alimentaria (atracones).
- B. Los episodios de compulsión alimentaria se asocian a por lo menos tres de las siguientes conductas:
 - 1. Comer más rápidamente de lo normal.
 - 2. Comer hasta tener una sensación desagradable de "lleno".
 - 3. Ingerir cantidades enormes de comida sin tener sensación de hambre.
 - 4. Comer solo (sin compañía) por sentirse avergonzado de las enormes cantidades que se ingiere.
 - 5. Sentirse muy disgustado consigo mismo, con sensación de culpa o deprimido después de haber tenido una ingesta copiosa.
- C. Profunda angustia en relación con la conducta alimentaria.
- D. Las compulsiones alimentarias ocurren en un promedio de dos veces por semana durante un lapso de seis meses.
- E. El disturbo no ocurre exclusivamente durante un episodio de Anorexia Nervosa o Bulimia.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

Para el DSM-IV-TR (2002) esta categoría es para los desórdenes de la conducta alimentaria que no concuerdan con los criterios para ninguno de los trastornos de la conducta alimentaria específicos, ya descritos, como la Anorexia y Bulimia Nervosas. Ejemplo:

- (1) En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares.
- (2) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- (3) Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
- (4) Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
- (5) Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
- (6) Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (p. 665-666).

FACTORES DE RIESGO

Un factor es aquello que contribuye a causar un efecto (Diccionario Enciclopédico, 1999), en este caso, al desarrollo de una enfermedad o trastorno. La susceptibilidad a padecer alguna enfermedad es un fenómeno complejísimo pero real, ya que intervienen varios factores causales, como: la dotación genética, la conducta y los valores de los individuos, la historia previa de enfermedad, el medio físico y psicosocial en el que vive, los hechos traumáticos que inciden en la existencia de las personas, etcétera... En toda población existirá un grupo de individuos en riesgo a padecer algún TCA a causa de la presencia de una combinación específica de factores predisponentes. Es la interacción y temporalización de estos fenómenos en un individuo concreto lo que es necesario para que la persona desarrolle un TCA como lo es la anorexia nervosa (Toro y Vilardell, 1987).

FACTORES PREDISONENTES DE LA ANOREXIA

⊕ Factores Genéticos.

Los estudios familiares no han revelado de modo significativo la presencia de anorexia nervosa en los padres de las pacientes. La concordancia madre-hija es sumamente rara. Una de las aproximaciones mayores que se ha reportado es la de Kalucy y colaboradores (1977, citado en Toro y Vilardell, 1987) en donde el 16% de las madres y el 23% de los padres de sus pacientes cuentan con antecedentes de un peso excesivamente bajo en la adolescencia, cierta hiperactividad, hábitos dietéticos y alguna valoración positiva del bajo peso (Toro y Vilardell, 1987).

⊕ Trastornos Afectivos y Emocionales.

Toro y Vilardell (1987) hacen referencia a los trastornos afectivos/emocionales que intervienen como disposición adquirida genética y/o experiencialmente. Conforme a orden de importancia los cuadros depresivos ocupan el primer lugar, quedando en segundo término los trastornos por ansiedad. Mientras que el síndrome obsesivo-compulsivo ocupa un área difícil de ubicar, sin duda juega un papel importante en ciertos casos.

⊕ Características de Personalidad.

Garner y colaboradores (1980, citado en Toro y Vilardell, 1987) al administrar a grupos de mujeres normales, obesas y anoréxicas un instrumento que media características de personalidad, hallaron que estas últimas eran significativamente más inestables emocionalmente y más introvertidas que los otros dos grupos. Sin embargo, Toro y Vilardell (1987) comentan que es importante resaltar que el trastorno anoréxico resulta suficientemente desorganizador desde todos los puntos de vista para que se puedan sacar excesivas conclusiones premórbidas a partir de las exploraciones practicadas durante el curso de la enfermedad.

○ Un historial de ligero Sobrepeso.

La obesidad o el sobrepeso es un factor facilitador de la anorexia nervosa. Sin embargo, la obesidad parece contar más como factor predisponente en el caso de las anoréxicas bulímicas (Garfinkel y Garner, 1982, citado en Toro y Vilardell 1987). Por otro lado, junto con el sobrepeso hay que situar también a la "sensibilidad excesiva para el peso", es decir, las disposiciones cognitivas para la fácil sobrevaloración del propio peso o de las propias dimensiones corporales.

○ Problemas con la Autonomía.

Es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada de la familia o de otros patrones externos. Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, es inevitable que se tenga una cierta sensación de ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales, porque se termina siempre dudando de sí mismo.

Muchas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en el símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser "especial" y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

○ Déficit en la Autoestima.

Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como "autoestima". Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como "ideal" es el concepto que tienen de sí misma, más baja estará su autoestima. En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etcétera. Una joven puede sentirse tan insegura acerca de sus posibilidades de cumplir con esos parámetros y, por lo mismo, de ser exitosa en sus relaciones que concentra en *el peso* el área de triunfo y aceptación (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

○ Camino a la Perfección y al Autocontrol.

La tendencia al perfeccionismo es bastante común. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convencidos de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas. De este modo, lograrán ser seguras y tenerse la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida. Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

También es bastante frecuente encontrar una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, lo cual incluye, obviamente, excesivo control del cuerpo. Se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que le son difíciles de manejar. No soportan que las cosas no estén bajo su control y tienen una gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que "deberían saber" cómo hacer todo bien desde el comienzo. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que sí es posible controlar, y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida. Pero lo más dañino y lo más frustrante de esa forma de encarar las cosas es que no logran nunca ese control por el que luchan tanto (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

○ Miedo a Madurar.

Se desarrolla por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un período de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos. Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más "de mujer". Para muchas jóvenes, éste puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

Generalmente, estas jóvenes están muy encantadas en la niñez, y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica. O bien, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por esa falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto. Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno o malo, todo o nada y obeso o delgado (Crispo, Figueroa y Guelar, 2001).

⊕ Características Familiares.

No ha sido posible verificar la existencia de una familia típica o específica de la anorexia nervosa, entendiéndolo como tal, ya sean las características psicológicas de los padres, un patrón interactivo concreto, o ambos factores a la vez. Se ha detectado que una vez ya desencadenado el trastorno existe una serie de características familiares relativamente comunes (Toro y Vilardell, 1987).

Por el contrario, se ha observado que con anterioridad a la enfermedad, el 54% de los pacientes de una muestra ya presentaban relaciones familiares alteradas. Más tarde, esto fue constatado con un 55% y 56% de otras dos muestras de pacientes anoréxicos (Morgan y Russell 1975; Jacobs e Isaacs, 1986; citados en Toro y Vilardell, 1987).

Asimismo parece existir una cierta tendencia a que los padres de las anoréxicas sean más bien de edad elevada. De igual manera, la presencia de consumo excesivo de alcohol y/o drogas en los familiares de primer grado, pero también en los de segundo, resultan de una clara relevancia como factores predisponentes para la anorexia. También parece

desempeñar un cierto papel predisponente la obesidad materna, concretamente en el grupo de anoréxicas bulímicas (Garfinkel y Garner, 1982, citados en Toro y Vilardell, 1987). Pues es lógico que la madre obesa funcione para su hija como un contramodelo estético corporal (Toro y Vilardell, 1987).

Crispo, Figueroa y Guelar (2001) han identificado ciertas características familiares comunes en pacientes anoréxicas y son:

- ⊙ Escasa comunicación entre sus miembros;
- ⊙ Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan;
- ⊙ Sobreprotección por parte de los padres;
- ⊙ Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándolas a los cambios de etapa;
- ⊙ Ausencia de límites generacionales;
- ⊙ Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos;
- ⊙ Historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo;
- ⊙ Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico.

⊕ Factores Socioculturales.

Para Toro y Vilardell (1987) los factores socioculturales constituyen los hechos más significativos y eficaces en cuanto a la disposición al trastorno anoréxico y su facilitación concreta. Creen que sin ellos prácticamente no existiría anorexia nervosa. Pues sin ciertos patrones estéticos corporales leídos, observados, escuchados, difundidos, provocados e interiorizados, no tendría porqué existir dicho trastorno. Dentro de los factores socioculturales se encuentran:

⊙ Nivel Socioeconómico.

Es evidente que la anorexia nervosa no se distribuye homogéneamente entre las distintas capas o estratos de nuestra población. Crisp y colaboradores (1976, citado en Toro y Vilardell, 1987) llevaron a cabo un minucioso estudio en escuelas de Londres, hallando que en las *escuelas privadas* aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 muchachas, mientras que en las *escuelas públicas* se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas. Existen significativas diferencias de incidencia en función de la clase social, habida cuenta que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel socioeconómico claramente superior al representado en las escuelas públicas. Es decir, que la anorexia nervosa es más frecuente en clases o estratos sociales medios y altos (Toro y Vilardell, 1987).

Por su parte, Garner y Garfinkel (1982, citado en Toro y Vilardell, 1987)) han verificado este mismo hecho en su clínica de Toronto. En donde observaron la importantísima diferencia existente entre los porcentajes de pacientes anoréxicas procedentes de las clases altas (70.6%) y las clases bajas (29.4%), antes del año de 1975. Otro hecho significativo, es que a medida que pasan los años aumenta la cantidad total de pacientes asistidas (Toro y Vilardell, 1987).

Sin embargo, en estudios más recientes se ha encontrado representación en todas las clases sociales. Este cambio hacia una mayor uniformidad entre las clases sociales no puede sorprendernos tratándose de enfermedades con un gran componente patogénico sociocultural. En efecto, el desarrollo de las sociedades occidentales ha hecho que en la actualidad exista una radical homogeneidad en los programas educativos y en el acceso a los medios y así la población joven, aun perteneciendo a diferentes estratos sociales, adopta los mismos estereotipos culturales que incluyen el culto a la delgadez y el éxito a través de una figura socialmente atractiva (García-Camba, 2001).

○ Diferencias Culturales.

Es de gran importancia mencionar que la incidencia de anorexia nervosa no se produce del mismo modo en el mundo occidental desarrollado, que en el mundo subdesarrollado, o tercer mundo. Un estudio en Malasia revela interesantes datos en una encuesta realizada a los 18 psiquiatras existentes, en donde se puso de manifiesto que solo habían atendido 30 casos de anorexia (28 mujeres y dos varones) a lo largo de unos nueve años (Buhrich, 1981; citado en Toro y Vilardell, 1987). Estas cifras son muy inferiores a las occidentales. Además, esos 30 pacientes anoréxicos, 19 eran chinos, siete indios y uno euroasiático. Sólo había una mujer malaya. Este hecho reviste importancia dadas las características socioeconómicas elevadas y occidentalizadas de las poblaciones chinas e india. Asimismo es interesante observar que los malayos hacen frecuentes bromas acerca de que la delgadez es consecuencia y señal de "excesos" sexuales. Se especula sobre la posibilidad de que estas actitudes sociales y culturales desanimen a las muchachas malayas potencialmente anoréxicas en su persecución de la delgadez (Toro y Vilardell, 1987).

○ Distribución por Sexo.

Los TCA afectan mucho más a la mujer que al varón. En el caso de la anorexia nervosa la balanza epidemiológica se inclina mucho más hacia el sexo femenino (García-Camba, 2001). No hay prueba alguna de que la anorexia se halle vinculada al sexo biológico, siendo así, se trata de una enfermedad casi exclusivamente femenina (Toro y Vilardell, 1987).

○ Distribución por Edades.

La edad de comienzo es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios. La anorexia nervosa aparece en torno a la pubertad, durante la adolescencia y al inicio de la juventud, con cifras muy bajas antes de los 9 y después de los 25 años. En aquellos casos de aparición muy precoz -entre los 7 y los 12 años- el cuadro muestra características peculiares, como una particular tendencia a la depresión y conductas obsesivas, mayor presencia de síntomas digestivos al comienzo (náuseas, plenitud y dolor abdominal, dificultad para tragar), y una osteoporosis más intensa (García-Camba, 2001). También se ha observado que de los 14 a los 18 años constituyen los momentos de mayor riesgo dentro de ese rango de edades (Toro y Vilardell, 1987).

Cabe mencionar que la aparición temprana de este trastorno sé esta dando con mucho más frecuencia, debido a que desde edades muy tempranas, alrededor de los seis o

siete años de edad, los niños ya han interiorizado perfectamente los criterios básicos sobre estética corporal, incluyendo el rechazo a la obesidad, el obeso y en última instancia, al exceso corporal. (Toro, 1996).

¿Pero cómo es que ocurre?. Los niños no suelen tener contacto directo con la moda, pero sí con los anunciantes de productos adelgazantes al encontrarse expuestos al medio de comunicación más intrusivo: la Televisión. Se encuentran rodeados de adultos y adolescentes preocupados por su peso y apariencia corporal. Los juegos en que los niños representan papeles les permiten interpretar, practicar, adquirir, asumir y, en última instancia, interiorizar una gran parte de conductas de los adultos junto con las actitudes a ellas asociadas. En las dramatizaciones, especialmente las niñas, tienen contacto directo con las muñecas, con quienes hablan, ríen, lloran y se divierten. Estas muñecas "las de toda la vida", tradicionalmente eran siempre figuras de niña, aunque con frecuencia vistieran prendas de mujer. Más hace algunos años empezaron a difundirse muñecas de cuerpo y gestos femeninos adultos. Ante ellas, las niñas difícilmente pueden desempeñar papeles de madres, maestras o afines (Toro, 1996).

En todo caso son esas muñecas adultas personajes con los que la niña puede identificarse; el personaje, la muñeca, puede modelar el comportamiento de la niña. La más popular, la más conocida, la más vendida, la más elogiada, la, por tanto, más potencialmente influyente, es sin duda la muñeca **Barbie**, quien es un prototipo erróneo de delgadez extrema. Ésa es la silueta de una de las imágenes femeninas más admiradas por las niñas de todo el mundo occidental, ése es el modelo de cuerpo que tales niñas contemplan, manipulan, visten y desnudan, reforzando así el culto por la delgadez, el cual tratarán de alcanzar más tarde durante la pubertad o la adolescencia (Toro, 1996).

No resulta extraño, entonces, que exista evidencia de que niñas tan jóvenes respondan que desean estar más delgadas. Un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1997) demuestra lo anterior, en una muestra de escolares preadolescentes mexicanos, con edad promedio de 10.8 años, constituida por niñas (n= 90) y niños (n= 110). En donde, las niñas (45%) respondieron que se preocupaban mucho y demasiado por su peso, pero esta respuesta fue aún mayor entre los niños (65%). Sin embargo los papeles se invierten en cuanto a la elección de la figura ideal, pues las niñas mostraron una fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez, en la que la figura ideal es prácticamente una figura anoréctica. Que más tarde en la adolescencia, intentarán hacer valer a través de métodos que pondrán en riesgo su integridad física y emocional.

⊙ Grupos de Riesgo.

Dentro de la población general, es decir la considerada normal, cabe definir un subgrupo constituido por adolescentes, básicamente del sexo femenino, especialmente entre los 14 y 19 años, sobre todo con pesos algo superiores a la media, tendiendo a proceder de niveles socioeconómicos medios y superiores, occidentales u occidentalizadas (Toro y Vilardell, 1987).

⊙ Presión Social y Estereotipos Culturales.

Los cambios históricos entrañan cambios culturales que, entre otras cosas, acarrear modificaciones en los patrones estéticos corporales. La existencia de un modelo, un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre todos y cada uno de los miembros de la población en cuestión. Los estereotipos estéticos, como todo lo que son valores, suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, desde las clases más elevadas a las más deficitarias. El ideal de la delgadez, muy especialmente la femenina, se dan en las clases opulentas, donde la obtención del alimento no es problema puesto que lo usual es su abundancia tanto cuantitativa como cualitativamente (Toro y Vilardell, 1987).

Pero ¿cómo se generan estos modelos estéticos corporales entre nosotros? Son muchos los caminos que pueden conducir a su gestación y alumbramiento, sin embargo, uno de los más importantes son *los medios de comunicación*. Debido a que nos encontramos inmersos en un mundo y en un momento histórico en que la prensa, televisión, cine, videos, revistas ilustradas, radio, etcétera, son las primordiales fuentes de información acerca de lo que sucede a nuestro alrededor y más allá, mantienen así nuestra atención sobre de ellos y aprovechan el gran espacio para bombardearnos permanentemente con múltiples mensajes, haciéndonos creer que "el culto a la delgadez" trae consigo el éxito y el glamour a quien la posee y quien la consiga, de cualquier forma (Toro y Vilardell, 1987).

⊙ La Coacción Publicitaria.

Las imágenes cinematográficas, las fotografías de las revistas ilustradas, los reportajes sobre métodos de adelgazamiento, los datos "íntimos" de las famosas, la literatura proadelgazante de libros y publicaciones periódicas dedicados a divulgar la higiene y la salud, contribuyen a determinar ese estado de opinión o evaluación corporal del que estamos hablando. Todo ese arsenal de imágenes y palabras crea un importantísimo y suculentísimo mercado descubierto y cultivado por los comerciantes y productores de los mil y un recursos, que real o supuestamente facilitan el adelgazamiento (Toro y Vilardell, 1987).

Los anuncios a favor de la pérdida de peso incorporan el estereotipo estético de delgadez, lo potencian, lo concretan, intentan dar razones y motivos más o menos plausibles y amplían el mercado, y claro está, procuran vender todo cuanto pueden. Pudo comprobarse que la difusión de esta publicidad se produce predominantemente en el sexo femenino, entre los 15 y 24 años de edad, en las clases sociales medias y altas en las grandes capitales. Es decir, la difusión de los mensajes publicitarios pro-adelgazamiento sigue un patrón sociodemográfico semejante al de la epidemiología de la anorexia nervosa (Toro y cols., 1985b citado en Toro y Vilardell, 1987).

o La Condición Femenina.

No es posible entender el fenómeno de la anorexia nervosa sin relacionarlo con determinadas características de la condición femenina. El dramático predominio de las mujeres sobre los varones en cuanto al padecimiento del trastorno, guarda relación forzosa con los aspectos psico-socio-culturales del sexo. La anorexia nervosa está asociada con el *papel sexual*, es decir, con el conjunto de comportamientos, cogniciones y sentimientos que son comunes a los individuos de un sexo dado en una comunidad dada, y que se adquieren merced al proceso de tipificación sexual. Y el papel femenino conlleva la susceptibilidad a contraer los trastornos de la ingesta, debido a la cultura de la delgadez, que induce prácticamente al adelgazamiento o al no incremento de peso afectando negativamente a la mujer (Toro y Vilardell, 1987).

En la persecución de sus respectivos modelos corporales el empeño de uno y otro sexo no es el mismo. Las mujeres parecen tener un concepto de su cuerpo mucho más claramente definido que los hombres. La presión social actúa muy precozmente y la naturaleza ayuda a ello en la medida en que la adolescente sufre una serie de transformaciones que la obligan a centrar su atención sobre el susodicho cuerpo. Desde muy jovencitas, las mujeres, las niñas, aprenden a dedicar una atención especial a sus cuerpos. La preocupación por el peinado e incluso la preocupación por el vestido constituyen formas más o menos indirectas de mantener el fuego sagrado de la estética corporal. La mujer, mucho más que el varón, tiende a identificarse ella misma con su cuerpo, su cuerpo es mucho más autoimagen (Toro y Vilardell, 1987).

o La Etapa Adolescente.

Como ya hemos visto la anorexia nervosa se da preferentemente en la edad adolescente y en el inicio de la juventud. El adolescente y la adolescente están aprendiendo su propia identidad. En un periodo de tiempo relativamente corto, tienen que adquirir las pautas conductuales, cognitivas y aun emocionales que rigen en su medio social. Se trata de unas edades en que la aprobación social más significativa no es ya la de los adultos, sino la del grupo coetáneo. En consecuencia, compartir, seguir y encarnar los valores del grupo de edad es algo estrechamente relacionado con la autoestima personal. Esto se aplica a todos los comportamientos y características personales, y por tanto también al propio cuerpo. La aceptación o no del propio cuerpo, pues, va estar condicionada por los criterios que al respecto predominan en el grupo coetáneo. Pero el grupo adolescente es un conjunto de individuos dotados de cuerpos en evolución, cuyos criterios al respecto, están sumamente determinados por los modelos sociales oficiales u oficiosos (Toro y Vilardell, 1987).

Hay que tomar en cuenta que para el adolescente su cuerpo en evolución le plantea no sólo cómo es, sino *cómo desearía ser*, ya que la percepción de los cambios tiene que obligar a incertidumbres, esperanzas, deseos y más. Es pecado de toda una sociedad, de toda una cultura que las adolescentes sobre todo, tengan que juzgarse a sí mismas en función de su organismo biológico, y no en función de sus actos (Toro y Vilardell, 1987).

Factores Precipitantes.

Precipitar: acelerar o hacer que una cosa se desarrolle u ocurra antes del tiempo adecuado (Diccionario Enciclopédico, 1999). Los factores precipitantes marcan el momento del inicio del trastorno, en este caso en particular de la anorexia nervosa. Se habla de precipitantes externos, atendiendo al carácter objetivo, manifiesto, observable, de los hechos supuestamente traumáticos que ponen en marcha un proceso morboso (Toro y Vilardell, 1987).

⊕ Separaciones y Pérdidas.

En el caso de la anorexia son bastantes las publicaciones que testifican la relación temporal entre dicho trastorno y el fallecimiento de una persona significativa afectivamente, habitualmente alguno de los padres, las separaciones de los padres, el alejamiento de su hogar por parte de la paciente, etcétera. En lo que a fallecimientos se refiere Beaumont y colaboradores (1978), los hallan en un 32% de sus pacientes. Mientras que Kalucy y colaboradores (1977) en un 29%, aportando así cifras muy semejantes. En cuanto al número de casos asociados con ausencia del hogar por la interesada Kalucy y colaboradores reportan un 34%. Por lo que a separaciones y conflictividad grave, Kalucy (1977) encuentra un 7% de separaciones oficiales en los padres de sus pacientes, Rowland (1970) un 43% de casos en los que se dan situaciones directa o indirectamente consideradas como separaciones, y Halmi (1974) un 36%. Toda esta casuística permite percibir la desorganización familiar como algo asociado al inicio de la anorexia nervosa (citados en Toro y Vilardell, 1987).

⊕ Contactos Sexuales.

La experimentación de relaciones sexuales concretas o aproximaciones a las mismas como precedente inmediato de la anorexia nervosa ha sido comprobado y se mueve entre el 16% de la población estudiada por Halmi (1974) y el 47% de la muestra presentada por Beaumont y colaboradores (1978). Estas nuevas experiencias suponen nuevos esfuerzos de adaptación, nuevas exigencias sociales. El inicio de un contacto sexual expone ante otra persona y ante uno mismo, el propio cuerpo (citados en Toro y Vilardell, 1987).

⊕ Otras situaciones Aversivas.

- ⊙ Un incremento rápido de peso puede precipitar también una anorexia. Los comentarios críticos de familiares, amigos o personas significativas suelen darse en muchísimas adolescentes anoréxicas como algo recordado y vivido antes de iniciarse el cuadro.
- ⊙ Puede ir precedida de alguna enfermedad somática. Las cosas suelen suceder como si el adelgazamiento y/o la anorexia real que aveces acompaña a tales trastornos quedaran fijados en la paciente o facilitaran psicobiológicamente un proceso que se hallaba latente, con anterioridad.
- ⊙ Damlouji y Ferguson (1985) publicaron tres casos de anorexia nervosa comenzada inmediatamente después de haber sufrido accidentes automovilísticos con importantes traumatismos y modificaciones corporales. Ninguna de las tres mujeres (17, 23 y 29 años) había manifestado con anterioridad síntomas anoréxicos de ningún tipo. Echo que

pone de manifiesto la radical importancia de la propia imagen corporal valorada socioestéticamente en la patogenia de la anorexia nervosa (citado en Toro y Vilardell, 1987).

✦ Acontecimientos Vitales.

La locución acontecimientos vitales está asociada históricamente con una manera de enfocar y sobre todo de intentar evaluar la intensidad del estrés experimentado por una persona en una época determinada de su vida. En lo que a la anorexia se refiere los estudios de este género son escasos. El más importante es el publicado por Strober (1984) quien encontró que las anoréxicas habían experimentado más cambios o acontecimientos vitales que la población adolescente normal con la que trabajo. Y que en el caso de las anoréxicas bulímicas, las situaciones estresantes les provocan aumento del consumo de alimentos, y por tanto de peso, siendo este hecho el realmente precipitante de la anorexia nervosa. Sin embargo, hay que destacar que el primer lugar es ocupado por la experimentación de cambios en la aceptación -objetiva o subjetiva- por parte del grupo de compañeros (citado en Toro y Vilardell, 1987).

✦ Exceso de Actividad Física.

Para Epling y colaboradores no hay duda que el exceso de ejercicio físico puede provocar el inicio de una anorexia nervosa (1983, citado en Toro y Vilardell, 1987). Un incremento de la actividad física pudiera funcionar como factor precipitante de ciertas anorexias, al margen de toda "intencionalidad anoréxica" de entrega a tales actividades: deporte, danza, gimnasia, etcétera. Sin embargo, no podemos olvidar que, aunque las cosas sucedan cronológica y literalmente así, las situaciones concretas en que suele practicarse este género de actividades son de carácter social y, poco o mucho, competitivas. Es decir, constituyen ocasiones de que el propio cuerpo, sus dimensiones y su imagen sean puestas en cuestión. En tal caso la influencia precipitante sería doble en personas predisuestas (Toro y Vilardell, 1987).

Los TCA afectan con mayor frecuencia a determinados grupos profesionales como modelos, bailarinas y atletas. En ese sentido se ha señalado que el ejercicio excesivo podría precipitar la aparición de un TCA. Un estudio realizado sobre 603 mujeres atletas que constituían el total de la población de atletas de elite de Noruega con edades comprendidas entre los 12 y los 35 años, se consideraron con riesgo de sufrir un TCA un total de 107, de las cuales el 92% cumplía los criterios de anorexia o bulimia. Refieren como factores de riesgo en las atletas el cambio de entrenador, los períodos prolongados de dieta, el aumento del grado de entrenamiento, las lesiones y los consejos de los preparadores sobre la conveniencia de reducir la dieta para aumentar el rendimiento deportivo (Sundgot, 1994, citado en García-Camba, 2001).

Factores de Mantenimiento.

Mantener: hacer que algo no decaiga, no se extinga ni perezca (Diccionario Enciclopédico, 1999). Existe una serie de factores que, cualesquiera que sean tales características, actúan manteniendo el cuadro anoréxico tal como suele ser y haciéndolo evolucionar tal como suele hacerlo (Toro y Vilardell, 1987).

⊕ Consecuencias Psicológicas de la Inanición.

⊙ Cambios Intelectuales.

Los efectos de la inanición en el aspecto intelectual se presentan o no de acuerdo con el grado de severidad y duración de la privación del alimento. En los casos más avanzados y en los extremos lo que se observa es un deterioro progresivo y reversible (al ingerir cantidades suficientes de comida) de la capacidad de razonar. La disminución de alimento se traduce en un decremento en la efectividad del desempeño intelectual. El deterioro conlleva a la simplificación de ideas hasta polarizar las experiencias, es decir, o buenas o malas, por la incapacidad de manejar relaciones complejas entre ideas y personas. De hecho este proceso se traduce en un paulatino distanciamiento social, debido a que las relaciones interpersonales se tornan situaciones demasiado complejas de enfrentar, porque presentan matices y requieren de flexibilidad y negociación. Se observa también que disminuye la capacidad de concentración; así mismo hay pérdida de pensamiento abstracto, de creatividad y espontaneidad, tanto en lo intelectual como en lo social. Disminuye el control de los movimientos corporales y se nota cierta torpeza; cuando el padecimiento se presenta muy intenso y ha cursado largo tiempo la falta de concentración y de control del cuerpo hacen a las pacientes propensas a accidentes (Feinholz, 1997).

⊙ Sexualidad.

En los casos extremos, debido a la disminución en la cantidad de nutrimentos, el funcionamiento hormonal se ve afectado. Endocronológicamente estas jóvenes presentan un estado pre-adolescente por la inhibición de las hormonas reproductoras. De hecho un síntoma característico, por el cual en ocasiones se lleva a las jóvenes a consulta, es que se interrumpa la menstruación. También se ha observado que en las niñas se retrasa significativamente la edad de la menarquía. Las alteraciones hormonales también provocan un decremento en el deseo sexual, inclusive se ha informado que en los varones se observa una disminución de los sueños eróticos (Feinholz, 1997).

⊙ Estados de Ánimo y Sentimientos.

Se puede dar una disminución gradual en la intensidad de sentimientos y emociones que puede llegar casi a la indiferencia real, tanto interna como en la interacción con los demás. Esta disminución en los afectos da la apariencia, y de hecho conlleva, a una actitud de aislamiento. Al dejar de ingerir alimentos, algunas personas presentan una reacción de euforia, la hipótesis de la "adicción" a la inanición debido a que el cerebro interpreta la falta de alimento como una señal de estrés, produce adrenalina y endorfinas. Al mantenerse una

circunstancia de privación tan prolongada, acompañada de ejercicio que aumenta la producción de endorfinas, se crea esta situación de "adicción". Por esto se observa gran actividad deportiva en estas personas así como una sensación de "bienestar" que les produce no comer. Los pacientes anoréxicos presentan una acentuada inquietud, relacionada con esta situación de "adicción", que las tiende a mantener en un estado de alerta constante. Esta inquietud llevada al extremo produce inclusive alteraciones del sueño (Feinholz, 1997).

⊕ Interacción Familiar.

Una vez establecida la problemática anoréxica, las relaciones interpersonales en el seno del grupo familiar se modifican, se hacen conflictivas y redundan en perjuicios de la paciente, tendiendo a mantener, cuando no a agravar, sus síntomas. La familia suele reforzar positivamente los comportamientos de rechazo alimenticio así como los de carácter compulsivo. Asimismo, acostumbra a generar situaciones intensamente ansiógenas relacionadas con las comidas. Las pautas de interacción padre-hijo, y sobre todo madre-hija, quedan alteradas, haciéndose oscilantes e incoherentes. Los padres suelen reaccionar depresivamente ante el trastorno de su hija, actuando no sólo como "padres depresivos", sino como multiplicadores de los errores o anomalías mencionadas, manteniendo y agravando la enfermedad (Toro y Vilardell, 1987).

⊕ Interacción Social.

Su reducción o, a veces, anulación completa, redundan en un recorte radical de las posibilidades de distracción de la anoréxica, facilitándose la concentración monotématica en su problemática alimenticia, estética y ponderal. Ello supone una disminución significativa de posibles fuentes habituales de gratificación, lo que empeora su estabilidad emocional y facilita o incrementa el humor depresivo. No obstante, se observan casos de pacientes cuya anorexia, es decir, su adelgazamiento, les ha facilitado una mayor relación social. Ello se observa en obesas previas que al disminuir de peso se sienten, y quizá lo sean, más aceptadas entre sus compañeros y compañeras. En tales casos, la relación social se mantiene o se aumenta respecto de épocas anteriores. Pero esta relación, en la práctica, funciona como un potente reforzador de las conductas restrictivas alimenticias de la anorexia. Subjetivamente, pero no siempre, la gratificación social está asociada a la pérdida de peso (Toro y Vilardell, 1987).

⊕ Cogniciones y Valores.

La patología anoréxica desde un principio, y muy particularmente actuando después los factores de mantenimiento se nutre permanentemente de la evaluación estética que la interesada hace de su propio cuerpo y del temor experimentado hacia el incremento de peso. Mientras estas cogniciones se mantengan incólumbes, el cuadro persistirá de un modo u otro. Además de que, al margen de lo que ocurra en su ambiente inmediato, más o menos alarmado y crítico ante sus prácticas y opiniones, la anoréxica sigue viviendo en el mismo medio social de siempre, un medio preñado de incitaciones masivas al adelgazamiento y

actuando sobre una persona especialmente receptiva a tales mensajes, dramáticamente sensibilizada a los mismos. Cuando más avanza el curso de la anorexia, tanto mayor tienen que ser la sensibilidad y la receptividad a todo cuanto suscite pérdida de peso (Toro y Vilardell, 1987).

FACTORES DE RIESGO EN LA BULIMIA

La bulimia es un fenómeno multicausal relacionado con factores psicológicos, familiares y sociales. Para Sherman y Thompson (1999) los factores biológicos, familiares y sociales predisponen el desarrollo de la bulimia; así, las características psicológicas, o de la personalidad, proporcionan la causa determinante, una vez que se ha preparado el terreno.

- ✦ Tipos de personas que tienen más probabilidad de desarrollar Bulimia.

Cualquier grupo que requiera un peso corporal bajo o una figura esbelta coloca a sus miembros en un riesgo más alto. Aquí se incluye a bailarinas y modelos (Garner y Garfinkel, 1980 citado en Sherman y Thompson, 1999), así como algunos atletas. Además las personas que han sido abusadas sexualmente parecen enfrentar un mayor riesgo (Sherman y Thompson, 1999).

- ✦ La Sociedad como factor causal de la Bulimia.

Es indudable que la sociedad contribuye a la bulimia mediante su penetrante preocupación por la esbeltez. A las personas en general, y a las mujeres en particular, tanto en los medios visuales como impresos se les bombardean con mensajes de que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de estar delgada. Estos continuos mensajes nos ayudan a atribuirle a la esbeltez demasiada importancia. Con frecuencia los atributos positivos se asocian con ser delgada y atractiva, y el sobrepeso conlleva numerosas connotaciones negativas, como "perezosa", "fuera de control", "descuidada" y "fea". Consecuentemente, al tener la esbeltez un valor más alto y estar en sobrepeso se convierte en un tabú, nuestra sociedad alienta a las mujeres a bajar de peso a cualquier costo (Sherman y Thompson, 1999).

Con el énfasis que se le concede a la esbeltez, los regímenes para adelgazar se han vuelto cada vez más comunes. Y a pesar de la falta de éxito de las dietas (la mayoría no conduce a una pérdida de peso permanente), la dieta continúa siendo el régimen más popular, ya que se estima que, cada año, se gastan más de 33.000 millones de dólares en la industria promotora de reducción de peso (Wolf, 1991 citado en Sherman y Thompson, 1999). Hacer dietas se ha vuelto tan generalizado y popular, que se está convirtiendo en norma. Desafortunadamente esta moda de las dietas ha conducido a muchas personas a experimentar con regímenes que no sólo no funcionan, sino que también pueden ser potencialmente peligrosos o destructivos (Sherman y Thompson, 1999).

Casi siempre la bulimia empieza con una dieta. Desde luego, no todas las personas que siguen dieta se vuelven bulímicas. Basta decir que las dietas se relacionan específicamente con la bulimia en cuanto a que la dieta conduce a, o causa, la ingestión excesiva de alimento. Es decir, que cuando se restringe radicalmente el consumo calórico, se presentan impulsos tanto psicológicos como fisiológicos para excederse en la comida y como consecuencia "rompen" sus dietas y pueden comer de más o en exceso (Sherman y Thompson, 1999).

El papel que juegan los poderosos mensajes de esbeltez en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia es realmente alarmante, pues afectan a que las chicas y las mujeres perciban erróneamente su físico y les desagrada la forma en que se ven. La distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con el físico tienen particular relevancia para el desarrollo de este trastorno alimentario (Sherman y Thompson, 1999).

⊕ La familia.

La familia puede contribuir al desarrollo de la bulimia al proporcionar entorno, valores, actitudes y comportamientos modelados y reforzados dentro de esa unidad social. Por lo que, las familias que tienen más probabilidades de desarrollar hijos bulímicos son aquellas que cuentan con una comunicación deficiente o destructiva, poseen problemas con el abuso del alcohol y tienen una predisposición genética a padecer depresión. Ya que los hijos crecen en un ambiente, en el cual, existen pocas salidas saludables para la expresión emocional y al acumularse estos sentimientos y frustraciones, recurren a la comida como una forma de enfrentarse a esos sentimientos displacenteros. Asimismo, los problemas con el alcohol son comunes en las familias bulímicas, ya que si el sistema familiar no permite una expresión emocional directa, se debe encontrar una indirecta. Esto también, nos habla de la poca o nula carencia del control de impulsos que poseen los miembros de este tipo de familias. De la misma manera, ocurre con las familias que ponen un gran énfasis en la comida, la dieta y el tamaño del cuerpo, porque obviamente están comunicando a los hijos la importancia que conceden a la alimentación, el acto de comer y el peso (Sherman y Thompson, 1999).

Para Sherman y Thompson (1999) la Bulimia puede cumplir un determinado propósito en cada entorno familiar como lo es el poder ayudar a distraer a los miembros de la familia de otro problema "real", o ayudar a un miembro de la familia a obtener la atención que necesita y por último que pueda ayudar a la familia a manejar aspectos de separación, individuación y apego.

Rott, Fallon y Friedrich (1986 citado en Sherman y Thompson, 1999) pudieron describir tres tipos de familias con bulimia y son:

- ⊙ La "familia perfecta": da la impresión de ser exitosa y la bulímica aparece como la perfecta "niña buena". Esta es una familia en la cual la apariencia y la reputación son de primordial importancia. La lealtad familiar es muy fuerte, por tanto, se ocultan los secretos y problemas de la familia. Existen ideas claras y rígidas acerca de los logros de la familia, y se espera que los miembros las acaten, al igual, que mantengan un

aspecto exterior feliz y siempre se vean alegres -al grado de evitar cualquier sentimiento o situación problemática-. Tanto a la apariencia como a los logros se les otorga una alta valoración.

- ⊙ La "familia sobreprotectora": carece de una confianza básica en la capacidad de los otros miembros de la familia, especialmente la bulímica, para cuidarse así misma. Estas familias dificultan que la bulímica se separe, ya que se le enseña que nadie fuera de la familia puede ocuparse de ella ni ser digno de confianza. Tal desconfianza es comunicada por uno de los padres, por lo general por la madre, quien algunas veces ha sido víctima de maltrato y nunca ha resultado sus problemas pasados. Obviamente este sistema familiar no alienta a los hijos a ser autónomos e independientes, impidiendo que desarrolle un sentido de su propia capacidad.
- ⊙ La "familia caótica": como su nombre lo indica carece de estructura y estabilidad. En este caso, es frecuente que los padres no estén disponibles y los hijos, casi siempre, se crían solos. A menudo prevalece el abuso de alcohol o de alguna otra sustancia. Si existen reglas, éstas tienden a ser inconsistentes y los hijos nunca saben qué esperar. La familia caótica es diferente de las otras familias bulímicas en cuanto a que sus emociones, especialmente el enojo, se expresan con más frecuencia. Además, por desgracia, cuando las emociones llegan a expresarse se hace de manera incontrolada e inadecuada, algunas veces, incluso, al punto de ser destructiva o violenta.

⊕ Factores Biológicos que Intervienen en la Bulimia.

Para Sherman y Thompson (1999) los factores biológicos que parecen desempeñar un papel en el desarrollo de la bulimia son la predisposición a la depresión y los factores que propician tener peso y figura que no se ajustan a los estándares ideales promovidos por la sociedad y adoptados por la bulímica. Estos factores se deben, en su mayor parte, a la herencia. Parece que *la depresión* desempeña un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia. Consecuentemente, es probable que una persona que ésta predispuesta a la depresión sea más propensa a desarrollar bulimia que una que no lo está. Se cree que esta predisposición se transmite genéticamente. La evidencia de este aparente vínculo entre la depresión y la bulimia proviene de estudios en familias que han encontrado niveles más altos de trastornos afectivos en los parientes de las personas bulímicas en primero y segundo grados que en parientes de individuos no bulímicos (Sherman y Thompson, 1999).

En este sentido, *los factores relacionados con el peso y la figura ideal* son menos claros. Primero, el peso de la persona alcanza un peso establecido, un peso natural con el que el cuerpo se siente equilibrado y se esfuerza por conservar. El peso establecido se determina casi siempre por herencia y, en gran parte, lo delgada que puede ser una persona. Si sus padres son robustos u obesos, la hija tenderá aun peso establecido más alto del que le parecerá satisfactorio. Esto significa que es probable que su peso sea más alto del que le sería agradable y que le resultará más difícil reducir y estar tan delgada como le gustaría. Obviamente, cualquier factor que aumente la probabilidad de tener un peso más alto y disminuya la posibilidad de ser capaz de perder peso y no recuperarlo, debe incrementar la probabilidad para desarrollar un trastorno alimentario. Parece razonable creer que si una mujer tiene un peso alto y pocos medios razonables y efectivos para bajar y mantener su peso, tiene mayor tendencia a recurrir a métodos "heroicos" como la bulimia. Esto se

refiere a las bulímicas con sobrepeso, pero aun cuando la mayoría de las bulímicas creen que están pasadas de peso, esto no es necesariamente cierto (Sherman y Thompson, 1999).

A continuación los Factores Individuales que Contribuyen al Desarrollo de la Bulimia.

⊕ Personalidad.

Para Sherman y Thompson (1999) la personalidad de un individuo está formada por rasgos que representan patrones perdurables para percibir, relacionarse y pensar acerca del entorno y uno mismo. Es por ello, que la personalidad, en gran parte, determina quién tendrá un trastorno alimentario y quién no, pues a la larga es la respuesta del individuo y su manejo de ese ambiente lo que determina si esa persona presentará bulimia.

⊙ Baja Autoestima.

Es, tal vez, el rasgo más importante, ya que se presenta con mucha frecuencia y es probable que sea el que contribuya más que cualquier otro rasgo a mantener la bulimia. La bulímica se centra en su aspecto físico, en realidad le desagrada su ser interno. Tiende a denigrarse a ella misma, usando una diversidad de caracterizaciones negativas como; "gorda, fea, tonta, despreciable, débil y sin esperanza". Tiene un discurso negativo para explicar lo que le sucede en su vida. Si algo sale mal, está más que dispuesta a aceptar la culpa, ya que la ineptitud e ineficiencia se ajustan a cómo piensa y se siente respecto de sí misma. Por otra parte, si algo sale bien en su vida, es poco probable que se lo atribuya a sí misma ya que el éxito no tiene cabida en su autoconcepto negativo (Sherman y Thompson, 1999).

⊙ Necesidad de Aprobación/Dependencia.

La persona bulímica cree que las cosas verdaderamente importantes que quiere en la vida, como seguridad y felicidad, provienen de otras personas en lugar de estar bajo su control. Por esta razón, tiende a tomar decisiones basadas en lo que cree que los demás quieren o esperan de ella en un esfuerzo por complacerlos y ganarse su aprobación. Desafortunadamente su necesidad de aprobación le ayuda más pasiva, carente de asertividad y demasiado sumisa como resultado del temor a desagradar a su única fuente de buenas sensaciones. Asimismo, esta actitud refuerza su creencia de que no puede funcionar de manera independiente y, además no le concede oportunidades para desarrollar confianza en sí misma (Sherman y Thompson, 1999).

⊙ Baja Tolerancia a la Ansiedad y a la Frustración.

Según Sherman y Thompson (1999), la bulímica tiene dificultades para esperar. En términos psicológicos, significa que encuentra difícil retrasar la gratificación. Si se siente abotargada, debe librarse inmediatamente de esa sensación mediante el abuso de diuréticos o laxantes. Siente que no puede esperar sin purgarse dos o tres días de alimentación normal, lo cual sería lo indicado para lidiar con su sensación de gordura. Si siente que tiene demasiada comida dentro, su ansiedad provoca que se sienta que debe deshacerse de esa comida inmediatamente. Ella está demasiado ansiosa para esperar una semana y ver si el

alimento que ingirió provocará aumento de peso. En tales situaciones, piensa que sucederá algo horrible si no se ocupa de la situación en *ese preciso momento*.

Parte de la dificultad de la bulímica para tolerar la frustración consiste en que siente que ha estado frustrada toda su vida y, en cierto grado, es probable que sea cierto. Asimismo, las frustraciones de la bulímica se fomenta por su propia privación. Con mucha frecuencia no se permite comer lo que quiere en el momento que quiere ni la cantidad que desea. Suele, asimismo, negarse placeres simples porque no los merece, debido a que rara vez cree que ella, o lo que hace, sea suficientemente bueno. Parte de la baja tolerancia de la bulímica a la ansiedad se relaciona con el hecho de que, por lo general, se siente ansiosa por una diversidad de razones y, por tanto, no puede tolerar más. Su dificultad con la ansiedad se complica aún más con el hecho de que intenta reprimir sus sentimientos, lo cual sencillamente crea más ansiedad que debe reprimir. Por desgracia esto motiva una necesidad más intensa de buscar la liberación y el alivio mediante los excesos en la comida y las purgas (Sherman y Thompson, 1999).

⊙ Compulsión.

Para Sherman y Thompson (1999) el estilo compulsivo de la bulímica puede caracterizarse por un perfeccionismo, afán por el orden y orientación hacia las reglas que, con frecuencia, raya en la rigidez. Este medio rígido, y algunas veces impersonal, de relacionarse con el mundo tiene como propósito principal poder lidiar con el temor y la ansiedad asociados con la desaprobación. Pero a fin de adaptarse y acatar las reglas establecidas por otras personas importantes para ellas, es necesario que deje pendientes sus propias necesidades de independencia y autonomía, esto sólo sirve para frustrarla, enojarla y, a la larga, deprimirla. Así que sólo puede expresar su enojo mediante métodos menos directos, como comer en exceso y purgarse o la resistencia pasiva (indecisión, pucheros, obstinación, negatividad, etcétera).

⊙ Irresponsabilidad.

El perfeccionismo y la compulsión de la bulímica algunas veces pueden conducir a lo que parece ser irresponsabilidad. Con frecuencia el perfeccionismo provoca indecisión. Tiene tanto miedo a recibir una evaluación negativa que no termina lo que está haciendo, para lo cual cita una variedad de excusas, puede creer que lo que está haciendo nunca será lo suficientemente bueno. Para la persona que trata de entender esta irresponsabilidad, parece como si la persona bulímica simplemente estuviera intercambiando una evaluación negativa (irresponsable) por el temor de otra (desaprobación). También la conducta irresponsable puede ser resultado de una deficiente concentración. La bulímica puede perder cosas u olvidarse de atender obligaciones o responsabilidades. Con frecuencia, estas circunstancias están motivadas por una mala concentración, la cual tiende a ser deficiente por varias razones. Primera, puede estar tan preocupada por su comida, peso y cuerpo que sencillamente no piensa en otras cosas. Segunda, muchas bulímicas están deprimidas y la depresión casi siempre obstaculiza la concentración. Y tercero, su falta de concentración puede deberse a los efectos fisiológicos de cómo y qué está comiendo y con cuánta frecuencia se está purgando (Sherman y Thompson, 1999).

Por último, algunas personas bulímicas pueden adoptar conductas irresponsables como manifestación pasiva de estar enojadas. Esto es porque, como hemos dicho, muchas bulímicas temen expresar sus emociones directamente, en especial el enojo. No obstante, con frecuencia están muy enojadas por una diversidad de razones y pueden expresarlo sin mayor peligro mediante la obstinación, la resistencia pasiva, retrasos, interrumpiendo a otros, indecisiones u otras muchas formas (Sherman y Thompson, 1999).

⊙ **Expresión Histriónica.**

Según Sherman y Thompson (1999) el término "histriónico" significa animado, espectacular e, incluso, teatral. La bulímica histriónica busca llamar la atención mediante una expresión exagerada de la emoción. Lo que en realidad está buscando es que alguien la atienda -atienda su parte emocional-. Aunque la bulímica histriónica exprese su emoción, lo que expresa no es lo que siente realmente y, por tanto, le concede muy poco alivio. Puede parecer graciosa, entretenida o provocativa mientras, en realidad, se siente enojada, ansiosa, temerosa o deprimida. Sin embargo, tiende a no expresar una emoción negativa por el temor a la desaprobación. La bulímica histriónica resulta ser más sugestionable, ya que se deja influir y convencer más fácilmente.

⊙ **Dificultad para la Toma de Decisiones.**

La persona bulímica toma sus decisiones con base en lo que cree que quieren los demás. Por lo general, está consciente de lo que se espera de ella, pero rara vez sabe lo que quiere hacer. Tiene miedo de tomar una decisión equivocada y desagradar a otras personas. Al mismo tiempo, no siempre podrá complacer a los demás. Algunas veces se siente tan ansiosa y frustrada cuando trata de tomar la decisión correcta que después de una considerable deliberación para "terminar de una vez". O bien, puede posponer la toma de decisión distrayéndose con excesos en la comida y las purgas (Sherman y Thompson, 1999).

⊙ **Mentir y Robar.**

De acuerdo con Sherman y Thompson (1999) algunas personas bulímicas mienten y roban; sin embargo, no son lo que se podría llamar mentirosas o ladronas patológicas, si no que son conductas que forman parte del complejo síntoma bulímico. Respecto a no decir la verdad, las bulímicas utilizan las mentiras casi siempre para evitar la desaprobación. Una persona así siente la necesidad de ser perfecta y una urgencia correspondiente para encubrir su imperfección. Desde luego, tendrá necesidad de ocultar su bulimia en cuanto a que es uno de los aspectos que más le desagradan de su persona y piensa lo avergonzada que se sentiría si otros supieran lo que está haciendo. En este sentido, el robo es muy parecido a las mentiras. Muy a menudo, roba laxantes o diuréticos ya sea porque está demasiado avergonzada para comprarlos o porque tiene que tomar tantos que ya no tiene medios para adquirirlos. Asimismo, también puede robar dinero para comprar alimentos, laxantes o diuréticos; es factible que sienta que la probabilidad de que la descubran es menor si no usa su dinero, cheques o tarjetas de crédito. Las mentiras, las conductas de cleptomanía disminuirán significativamente o desaparecerán una vez que la persona haya superado la bulimia.

○ Conductas Autodestructivas o Suicidas.

Muchas bulímicas no están conscientes del daño potencial de su trastorno. Otras niegan también la gravedad de la bulimia. Algunas utilizan indicios de daño físico como señales para dejar de excederse en la comida y purgarse. Si el intento de la bulímica es autodestructible, mostrará mayor tendencia a lastimarse en otras formas. Sin embargo, esto no implica que la bulímica nunca se use como autocastigo. Un reducido número de bulímicas puede mostrar verdaderas conductas autodestructibles o suicidas; típicamente estas conductas no son parte del complejo síntoma bulímico, sino que son el resultado de un serio trastorno de la personalidad (Sherman y Thompson, 1999).

FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

De acuerdo con Gómez Péresmitré (2001a) los factores de riesgo "son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto, en la medida en que vulnerabiliza al individuo incrementando la probabilidad de la enfermedad y en la que facilitan las condiciones para manifestaciones de la misma".

Es importante considerar que la exposición a diversos factores de riesgo tiene efectos acumulativos ya que parecen tener efectos aditivos sobre la vulnerabilidad: la probabilidad de enfermarse es proporcional al número y severidad de los factores de riesgo (Andersen, 1995 citado en Gómez Péresmitré, 2001a)

Por ello y de acuerdo con Rodríguez-Salgado (1999, citado en Pineda, 2003) la posibilidad de predecir riesgos, en las distintas etapas de la vida es una tarea importante en la aplicación de la promoción de la salud y por ende en la prevención de enfermedades, de ahí la importancia del estudio de los factores de riesgo.

Los principales factores de riesgo en el campo de los Trastornos de la conducta Alimentaria pueden dividirse en tres grandes grupos: 1. Los asociados con imagen corporal, entre los que destacan la **satisfacción/insatisfacción**, la alteración: **sobrestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida**; 2. Los asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el **seguimiento de dieta restrictiva**, 3. Aquellos relacionados con el cuerpo real o biológico: **peso corporal, madurez sexual precoz/tardía** (Pineda, 2003).

Un estudio muy completo realizado por Gómez Péresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001), muestra la temprana aparición de diferentes factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos alimentarios en una muestra total de N= 8673 escolares mexicanos (4525 mujeres y 4148 hombres), divididos en tres grupos: pre-púberes (6-9 años), púberes (10-12 años) y adolescentes (13-19 años). Encontrando que las mujeres comparten el deseo de una **figura ideal** delgada y muy delgada, la cual, aumenta en la medida en que se incrementa la edad, de tal manera que el porcentaje más alto lo obtuvieron las adolescentes (77%) seguidas de las pre-púberes (42%) y púberes (41%). Esto a su vez, les genera una **insatisfacción con su imagen corporal** (debido a que quieren estar más delgadas), correspondiendo el porcentaje mayor, nuevamente, a las adolescentes (50%), seguidas de las pre-púberes (42%), y púberes (41%). Como ya se mencionó, esto es el resultado, entre otros factores, de la influencia de los agentes socializadores quienes promueven una figura delgada como ideal de belleza, éxito y salud, que lejos de ser combatida es promovida cada vez más por los medios de comunicación, por lo tanto, se espera que las actitudes negativas hacia el propio cuerpo continúen incrementándose, entre las mujeres de diversas edades en sociedades occidentalizadas (Pineda, 2003).

En cuanto a la **alteración de la imagen corporal** las chicas pre-púberes (41.5%) y púberes (41.4%) presentaban una tendencia a la sobrestimación al igual que las adolescentes (20.1%), esto quiere decir, que se percibían más gruesas de lo que en realidad estaban, encontrándose en menor medida en las adolescentes. Es importante enfatizar que las niñas más jóvenes (6 a 9 años de edad) ya se encuentran involucradas (enganchadas) con el estereotipo del culto a la delgadez (Gómez Pérezmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda 2001).

En cuanto a la **preocupación por el peso corporal**, el porcentaje mayor lo obtuvo el grupo de mujeres púberes (42%), seguidas de las adolescentes (18%). Hay que destacar que la preocupación por el peso corporal se considera una de las variables de más alto riesgo y que más directamente puede conducir al desarrollo de trastornos de la alimentación. Con respecto a la actitud hacia la obesidad, tanto los niños como las niñas pre-púberes, otorgaron adjetivos negativos en su gran mayoría. Llama la atención como puede generalizarse una característica física, un mayor o menor grado de grasa corporal a una característica o capacidad intelectual (tonto), y cuán estigmatizante puede resultar el término "gordo" que se le califica como "asqueroso" y que también se asocia con el color ("prieto").

Es bien sabido que el **seguimiento de dieta restrictiva** con la finalidad de control de peso, es un factor de riesgo que aparece consistentemente como antecedente de los trastornos de la conducta alimentaria (Saucedo, 2003). Pues la mayoría de los pacientes con este tipo de padecimientos, informan que habían seguido poco tiempo antes o estaban siguiendo algún tipo de régimen en el momento de iniciarse el trastorno, de tal manera que la relación de dieta y trastorno parece ser alta (Hsu, 1990, citado en Saucedo, 2003). Esto es realmente alarmante, pues el estudio arrojó que la mitad de las chicas de cada grupo (pre-púberes, púberes y adolescentes) habían hecho cambios en su alimentación relacionados con el control de peso durante el último año.

Si bien es cierto que los factores de riesgo no son trastornos alimentarios propiamente dichos, resulta importante distinguir entre un trastorno alimentario y un factor de riesgo, mientras que por un lado, el primero tiene que cumplir con todos y cada uno de los criterios propuestos en los manuales diagnósticos, como el DSM-IV y el CIE-10; por otro lado, un factor de riesgo implica la presencia de alguno o varios de los síntomas (dieta restrictiva, alteración de la imagen corporal, etcétera), sin cumplir con todos los criterios: la presencia, intensidad y frecuencia de todos ellos (Gómez Pérezmitré y col., 2001).

CAPITULO V **PREVENCIÓN**

SALUD

Para los griegos, la salud era la armonía, lo justo, lo equilibrado, lo limpio y lo puro (Videla, 1991). La OMS (1986) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección. Mientras que para Font (1976, citado en Rodríguez, 1995) la salud es un problema social y un problema político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad.

Para Sigerist (1941; citado en Terris, 1987), un individuo sano es el que está equilibrado en su cuerpo y en su mente y bien adaptado a su ambiente físico y social. Está en pleno control de sus facultades físicas y mentales, es capaz de adaptarse a cambios del ambiente siempre y cuando no rebasen los límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad, de acuerdo a sus posibilidades. Por lo tanto, la *salud* es algo positivo, una actitud positiva ante la vida, y una jovial aceptación de las responsabilidades que la vida impone a la persona.

Salleras (1985, citado en Rodríguez, 1995), definió el paradigma de salud-enfermedad de la psicología de la salud, como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico y social, y de capacidad funcional, que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad (citado en Oblitas y Becoña, 2000).

Para San Martín la salud es una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido como el individuo y por el grupo como la manifestación de un estado mórbido (Morales Calatayud, 1999).

Oblitas y Becoña, 2000, afirman que la salud es un derecho del individuo, una responsabilidad personal que debe ser fomentada y promocionada por la sociedad y sus instituciones. Para De Miguel (1985, citado en Rodríguez, 1995), la salud es una construcción social y, por tanto, es un concepto dinámico y cambiante cuyo contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y acepta.

ENFERMEDAD

Hipócrates decía que la enfermedad es una “disimetría de los humores”; posteriormente Galeno introdujo el concepto de “sufrimiento pasivo o padecimiento” de donde se deriva el término “paciente” (Videla, 1991).

Morales Calatayud (1999) define enfermedad como un estado o situación en la cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre.

Para San Martín, enfermedad, es un desequilibrio biológico, ecológico y social o una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que se está expuesto; este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y de la anatomía del individuo (Morales Calatayud, 1999).

La definición de salud más convencional y clásica se entiende como “ausencia de enfermedad”, quizás porque es más fácil comprender la enfermedad que se asocia a sensaciones como el malestar, el dolor, la incomodidad, la fiebre, la hemorragia, etc. claramente perceptibles, y que tienen una implicación directa en la capacidad funcional de la persona y de la sociedad misma. Por el contrario, el estado de salud pasa inadvertido. Este concepto de salud está ligado, pues, a parámetros biológicos, en la medida en que el propio concepto de la enfermedad lo está, al ser entendida como alteración anatómica o fisiológica manifestada por disfunciones en los parámetros “normales”. La salud es lo “normal” frente a la “anormalidad” de la enfermedad (Rodríguez, 1995).

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Psicología De La Salud

Schwartz y Weiss en 1978 definen la medicina conductual como el campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (Morales Calatayud, 1999).

Para Holtzman y cols. la psicología de la salud se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud (Morales Calatayud, 1999).

Según Carrobes (1993, citado en Oblitas y Becoña, 2000), la psicología de la salud es un campo de especialidad de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología Científica, sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud que existen en la actualidad.

Para Morales Calatayud (1997), la psicología de la salud es una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud; le interesa el estudio de aquellos

procesos psicológicos que participan en el estado de salud, el riesgo de enfermar, las acciones útiles para la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (citado en Morales Calatayud, 1999).

La *promoción de la salud* supone la instalación y mantenimiento de comportamientos no solo saludables, sino también aumentadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales (Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996). La promoción de la salud es una tarea social que requiere de esfuerzos coordinados de grandes grupos como gobernantes, industria, médicos y educadores que como expertos en materia de salud definan normas y determinen medidas (Sigerist, 1960; citado en Terris, 1987). Ésta se realiza mediante acciones ejercidas sobre los individuos que les llevan a modificar sus comportamientos, para que adquieran y conserven hábitos de salud sanos (OMS, 1969; citado en Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996).

Desde la perspectiva de Leventhal y Hirschman (1982; citado en Alvaro, Garrido y Torregrosa, 1996), se podrían estudiar los mecanismos de elección de estilos de vida, por ejemplo, hábitos higiénicos, ejercicio y dieta. El término *estilo de vida* se utiliza para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo pone en práctica en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad; entre los comportamientos específicos identificados como factores de riesgo se encuentran el consumo de alcohol y drogas, el manejo del estrés, el control de peso y el seguimiento de dieta (Morales Calatayud, 1999). La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos (Oblitas y Becoña, 2000).

PREVENCIÓN

Para Videla (1991), la prevención es el instrumento de lucha por la salud y no por el lucro respecto a la enfermedad. También considera que es un abordaje metodológico, con estrategias que capacitan a recursos que se convierten en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción de la salud.

Dentro de la concepción preventiva en salud pública, la enfermedad puede ser interrumpida de cuatro formas (Galván y García, 1993):

1. Inoculando al huésped, es decir, fortaleciendo a la persona objeto de los riesgos
2. Retirando al agente patológico; es decir, controlando las causas del problema
3. Retirando los mecanismos por los cuales la enfermedad se dispersa; es decir, controlando la generalización del problema
4. Cambiando el ambiente para reducir las oportunidades de que el huésped y el agente patológico convivan.

Shisslak, Crago, Neal y Swain (1987), describen tres tipos de prevención que son:

- ❖ **Prevención primaria.** Pretende actuar en contra de las circunstancias dañinas antes de que estas tengan oportunidad de producir una enfermedad. Los programas de este nivel de prevención están dirigidos a identificar aquellos factores ambientales que benefician o dañan la capacidad de una persona para enfrentarse a las tensiones diarias de la vida.
- ❖ **Prevención secundaria.** Se refiere a programas que reducen el índice de enfermedad, disminuyendo su prevalencia o detectando casos en riesgo; esta reducción se puede llevar a cabo alterando los factores que producen nuevos casos o reduciendo la severidad y duración de los casos ya existentes a través del diagnóstico y tratamiento oportuno.
- ❖ **Prevención terciaria.** La meta de este nivel de prevención es reducir el índice de desordenes o alteraciones, incluye programas de rehabilitación que permiten disminuir su duración y cronicidad (Shisslak, Crago, Neal y Swain, 1987).

Los tres tipos de prevención son necesarios; sin embargo, se considera que la alta incidencia de casos de anorexia y bulimia nervosa requiere el nivel primario debido a los altos costos de la enfermedad (Pineda, 2003).

Prevención Primaria

En materia de prevención primaria no se tiene como objetivo la curación ni la investigación del inconsciente, sino las posibilidades de desarrollo de las capacidades y actitudes de los seres humanos (Videla, 1991). Posee una serie de dificultades debido a que es menos “vendible” que la prevención secundaria o terciaria. Es difícil probar su importancia y necesidad ya que está asociada con factores culturales, relacionados con prejuicios, estereotipos y tendencias; ejemplo de ello es la nutrición (no se come lo que el organismo necesita, sino lo que indica la cultura) (Oblitas y Becoña, 2000).

Para Ardila (citado en Oblitas y Becoña, 2000) la atención primaria se define como la asistencia sanitaria basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas del desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación.

La prevención primaria, consideran Oblitas y Becoña, (2000) pasa de hacer énfasis en la enfermedad a hacerlo en la salud y es el conjunto de actividades encaminadas a disminuir el riesgo y la aparición de problemas de salud, a propiciar y reforzar los factores protectores y las actitudes de la comunidad que permitan la detección temprana de los problemas y el acceso a los servicios disponibles.

Diekstra (1991, citado en Morales Calatayud, 1999) propone cinco categorías de problemas susceptibles de intervenciones psicológicas en el nivel primario de atención:

- ✓ Problemas de ansiedad y estrés, incluyen pánico, fobias, ideas obsesivas, migraña, asma y enfermedades cardiovasculares
- ✓ Trastornos de los hábitos, incluyen problemas sociales y de salud como el fumar, la obesidad, la bulimia, alcoholismo adicciones a drogas; en países en desarrollo las principales causas de muerte han sido las infecciones y la desnutrición o inadecuada nutrición (Oblitas y Becoña, 2000).
- ✓ Dificultades educacionales u ocupacionales que incluyen, terminación de la escuela y cambio de trabajo
- ✓ Problemas interpersonales, sociales y materiales incluyendo, timidez, falta de asertividad, conducta agresiva
- ✓ Ajuste psicológico a la enfermedad física como la hospitalización, incapacidad, accidentes, la muerte

Para Catalano y Dooley (1980, citados en Austin, 2000), el nivel de prevención primaria puede clasificarse en estrategias reactivas y en estrategias proactivas. La prevención reactiva se refiere al aumento de la resistencia del individuo a los estresores potencialmente dañinos y a mejorar sus respuestas; y puede llevarse a cabo antes o después de que se presente el estresor. El programa proactivo es definido como aquellas estrategias que eliminan los agentes causales; es decir, procura evitar el estresor completamente.

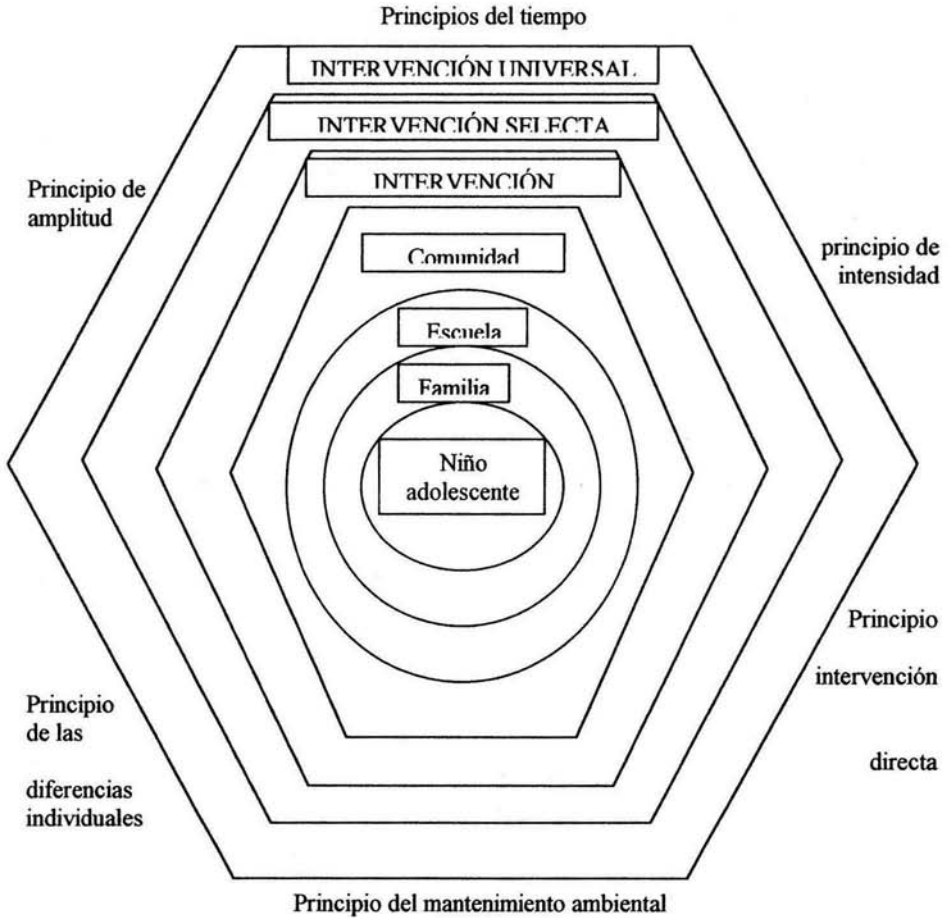
Para Caplan, 1964; Bloom, 1985; Zax & Spector, 1974; Rickel y Allen, 1987, (citados en Galván y García, 1993) la infancia y la adolescencia son objetos y objetivos naturales de todo programa de prevención. Sin embargo, socialmente se establecen prioridades de prevención, que por lo general son muy complejas y difíciles. Las acciones de prevención consisten fundamentalmente en las posibilidades de identificación de riesgos, predicciones y sucesos indeseables y la manipulación de factores que eviten, pospongan o aminoren los efectos de dichos factores. De este tipo de condicionantes se crean niveles de prevención que tradicionalmente se han clasificado de lo primario a lo terciario.

Existen una serie de principios que delinean un esquema general de posibilidades del trabajo en programas de prevención que proponen Ramey y Ramey (1992, citados en Galván y García, 1993), mismos que integrados con las propuestas de niveles de intervención de Gordon (1983, citado en Galván y García, 1993), permiten conciliar un esquema general de prevención, susceptible de lograr impactar a niños y adolescentes particulares (Galván y García, 1993; ver esquema 1).

Los elementos del esquema son definidos de la siguiente manera:

1. **El principio el tiempo**, señala que las intervenciones que se aplican de manera temprana y mantenida, produce mejores beneficios que los que se emplean de manera tardía.
2. **El principio de la intensidad**, se refiere a que programas intensivos producen efectos más duraderos que los producidos por intervenciones superficiales.
3. **El principio de la intervención directa**, proporciona experiencias que incluyen el aprendizaje de nuevas habilidades.
4. **El principio de amplitud**, se refiere a intervenciones que proporcionan servicios integrados.
5. **El principio de las diferencias individuales**, reconoce que existen requerimientos y adaptaciones particulares.
6. **El principio del mantenimiento y ambiental del desarrollo**, prescribe que a lo largo del tiempo, los efectos benéficos de un programa disminuirán si no existe el soporte mantenido de las condiciones preventivas.
7. **Estrategias de intervención Universales**, consisten en la aplicación a unidades sociales.
8. **Estrategias Selectas**, se dirigen a sujetos específicos que se mantienen en condiciones de riesgo.
9. **Estrategias Indicadas**, dirigidos a niños que no se encuentran en los niveles anteriores.

ESQUEMA 1. PRINCIPIOS Y ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN



Esquema de García, 1993; Ramey & Ramey, 1992 y Gordon, 1983 obtenido de Galván y García 1993

TEORÍA DE LA DISONANCIA COGNOSCITIVA

Para poder entender como funciona la disonancia cognitiva es importante conocer aquello sobre lo que actúa, la *actitud*. McGuire, 1985; Ostrom, 1969; Zanna y Rempel, 1988 (citados en Smith y Mackie, 1997) definen una *actitud* como cualquier representación cognitiva que resume la evaluación de un *objeto actitud*, el yo, los demás, cosas, acciones, sucesos o ideas; tienen una dirección positiva, neutral o negativa y puede ser débil o fuerte (intensidad).

Dicha representación se compone de información cognitiva, afectiva y conductual. El componente cognoscitivo es el conjunto de categorías que los seres humanos utilizan para dar nombre a los estímulos. El componente afectivo se forma por los contactos ocurridos entre la categoría y circunstancias placenteras o displacenteras. El componente conductual incluye el acto o la conducta a que se dedicará un individuo en presencia de ciertos estímulos (Whittaker, 1979).

Las personas adoptan actitudes porque son útiles para dominar el entorno social (Smith y Mackie, 1997). Como bien indica Triandis (1971; citado en Whittaker, 1979), las actitudes se refieren a lo que la gente piensa, siente y a cómo le gustaría comportarse respecto a un objeto de la actitud; sin embargo, la conducta no se encuentra determinada tan sólo por lo que nos gustaría hacer, sino también por lo que pensamos que deberíamos hacer, basándose en las normas sociales y en las consecuencias de las acciones.

El psicólogo social Leon Festinger (1957) desarrollo, entre otras, la *teoría de la comparación social*, supone que los procesos de comparación social se desarrollan a partir de la "necesidad de conocer", y la *teoría de la disonancia cognitiva*, señala que se trata de la necesidad de tener un conocimiento aparentemente congruente (citado en Deutsch y Krauss, 1974).

Festinger (1957; citado en Myers, 1991) sostiene que experimentamos tensión "disonancia" cuando dos pensamientos o creencias "cogniciones", simultáneamente accesibles, son psicológicamente incoherentes; es por ello que debemos adecuar nuestros pensamientos para disminuir esa tensión.

Para Deutsch y Krauss (1974) existe "disonancia" entre dos elementos cognitivos (x e y) si $no-x$ se sigue de y . Suponen que la magnitud de la disonancia y la de la presión para reducir la disonancia entre dos elementos cognitivos, aumenta en relación directa con la importancia o valor de los elementos.

De acuerdo con la teoría de la disonancia cognitiva, las tensiones causadas por la existencia de las diferencias entre acciones y actitudes, a menudo se reducen por medio de ajustes en el pensamiento (Smith y Mackie, 1997). Al describir la reducción de la disonancia, Festinger (Deutsch y Krauss, 1974), introduce una distinción entre los elementos cognitivos que se refieren al comportamiento o a los sentimientos. Señala que los conocimientos sobre el ambiente son más resistentes al cambio que las creencias sobre el comportamiento.

Cooper y Fazio (1984; citados en Inchaustegui, 1992), describen la disonancia como incongruencia psicológica y afirman que para hacer surgir la disonancia, un producto debe resultar de la conducta y tal producto posibilitar un evento aversivo. Consideran que las consecuencias aversivas deben ser previsibles para conducir así a la atribución de responsabilidad, y por tanto al surgimiento de disonancia. Para estos autores, dado que la activación es incómoda debido a la aceptación de responsabilidad por la ocurrencia de un evento aversivo, se suscita presión para cambiar las actitudes: ésta es la motivación de la disonancia; el propósito es precisar, definir o explicar el desarrollo de los eventos que conducen al cambio de actitud, mediante los procesos de disonancia.

Según Festinger (1957; citado en Deutsch y Krauss, 1974) la disonancia posterior a la decisión surge porque la decisión a favor de la alternativa elegida se opone a las creencias a favor de la no elegida. Para poder estabilizar la decisión luego que ha sido tomada, una persona tratará de reducir la disonancia cambiando sus cogniciones de manera tal que aumente el atractivo de la alternativa elegida en comparación con la no elegida o desarrollando cogniciones que permitan que las alternativas puedan sustituirse entre sí. Esto es, después de tomar decisiones importantes, usualmente reducimos la disonancia aumentando de categoría la alternativa escogida y degradado la opinión no escogida (Myers, 2000).

Para Myers (2000), la teoría se centra en lo que induce una acción deseada y no en la efectividad relativa de las recompensas o castigos administrados a posteriori; es decir, aceptamos la responsabilidad de nuestro comportamiento si lo hemos escogido sin presión ni incentivos obvios. El cambio de actitud es el resultado más probable cuando hay justificación insuficiente; la conducta se justifica y se elimina la disonancia porque la actitud cambia para concordar con la conducta (Smith y Mackie, 1997). Para comprobar esta afirmación Festinger y Carlsmith realizaron un experimento en 1959 (Deutsch y Krauss, 1974), se predijo que cuanto más pequeña fuese la recompensa utilizada para lograr que un sujeto realizara algo que ordinariamente hubiera rechazado, mayor será su cambio de opinión.

Brehm y Cohen (1962; citados en Deutsch y Krauss, 1974), proponen que para que se dé la disonancia es necesario el compromiso; un inocente compromiso inicial con frecuencia nos lleva a aceptar un compromiso mayor (Myers, 2000). Según Festinger (Whittaker, 1979), cuando la disonancia es grande, el cambio de actitud favorecerá la posición discrepante con la que se tiene algún compromiso.

La comunicación persuasiva intenta suministrar información que producirá un cambio duradero en las actitudes (Smith y Mackie, 1997). Si podemos persuadir al prójimo de adoptar una nueva actitud, su conducta debería adecuarse a ella; o bien podemos inducirlo a compararse de modo distinto, la disonancia puede disminuir mediante un cambio de actitud. Es importante tener en cuenta, que la gente tiende más a persuadirse de la validez de un acto cuando siente que tuvo la oportunidad de elegir (Myers, 1991).

Sherman y Larry Gorkin (1980; citados en Myers, 1991), despertaron disonancia en sus estudiantes de la Universidad de Indiana al proponerles el acertijo:

“Padre e hijo viajan en un coche y sufren un accidente; el padre muere y el hijo está en estado desesperante. Es llevado de urgencia al hospital y se le prepara para el quirófano. Quien acude para operarlo lo ve y exclama: “No lo puedo operar, ¿es mi hijo?”. ¿Cómo pudo ser?”.

Aun cuando, previamente casi, todos los estudiantes habían señalado favorecer la igualdad en razón del sexo y demás ideas feministas, muchos fallaron al solucionar el enigma por no identificar a ese “quien” impersonal con una médica madre de ese hijo. Si yo creo no ser un machista, comprender que interpreté esa pequeña anécdota a partir de una presunción machista me causa disonancia.

Si bien es cierto que algunas veces defendemos lo que creemos, también es cierto que llegamos a creer lo que estamos defendiendo (Myers, 2000); esta premisa se analizó en un estudio realizado por Janis y Mann en 1965, en el que las mujeres jóvenes que fumaban fueron invitadas a desempeñar el papel de un muchacho fumador al que se le había diagnosticado cáncer; papel que era altamente incongruente e incómodo. Hacer el papel les obligó a concentrarse y a construir un conjunto de argumentos sólidos contra el cigarrillo. Estos argumentos pronto minaron sus actitudes precedentes; cuando se contactó con ellas más de dieciocho meses después estaban fumando muchos menos (Mann y Janis, 1968; citados en Smith y Mackie, 1997).

En otro estudio realizado por Rowel y sus colegas en 1983 (Smith y Mackie, 1997), se persuadió a niños para ofrecerse como voluntarios a hacer un video que ayudara a “otros chicos” que habían sido “embubucados por la televisión” y que se habían “metido en problemas por imitar lo que vieron en la TV”. Al escenificar mensajes antitelevísivos sin recompensa, los niños tuvieron que justificar actitudes discordantes con sus propias conductas, proceso que aparentemente les ayudó a convencerse a sí mismos. Aunque continuaron viendo tanta televisión como el grupo control, mostraron un cambio de actitud, están menos interesados y menos impresionados por la televisión violenta; para estos niños el ver no volvió a significar hacer. Esto concuerda con lo propuesto por Walster y Festinger en 1962 y Becker en 1965 (citados en Whittaker, 1979) que cuando los sujetos escuchan una comunicación persuasiva sin saber que está dirigida a ellos, cambian más que cuando oyen la misma comunicación sabiendo que la fuente intenta persuadirlos.

MODELO PSICOEDUCATIVO

La educación es un proceso de socialización, de asimilación de los nuevos miembros a las reglas, valores, saber y prácticas del grupo social (Flórez, 2000). Durkheim defiende que educar es confrontar al alumno con las grandes ideas morales de su tiempo y su país; educar, por tanto, es elegir y proponer modelos con claridad y perfección (Palacios, 1984).

Este proceso ha requerido de modelos o métodos para cumplir su propósito; uno de ellos es conocido como *método de enseñanza tradicional*, *modelo pedagógico tradicional*, *método magistral* o *modelo psicoeducativo*. Procede de la pedagogía impositiva de la Edad

Media, cuando los libros eran escasos y caros, y la palabra del maestro era la única fuente del conocimiento; es por ello que se le llama enseñanza por transmisión.

En el sistema didáctico tradicional los participantes (maestro y alumno) tienen papeles específicos y diferentes. El profesor simplifica, prepara, organiza, ordena; prepara su clase en función del contenido de los temas y los expone, contesta dudas de los alumnos, evalúa el aprendizaje con base en cuestionarios o trabajos; y para evitar perder tiempo y malgastar esfuerzos, el maestro no deja de tomar la iniciativa. Mientras que el alumno imita los modelos propuestos; participa en la ejecución de las actividades seleccionadas – haciéndolo una persona pasiva que espera recibir todo conocimiento- (Palacios, 1984). Así pues, la actividad predominante es la transmisión verbal de conocimientos por el profesor con una falta casi absoluta de interacción entre los alumnos y se pone el mayor énfasis en el aprendizaje de hechos básicos y definiciones (http://www.sistwma.itesm.mx/va/nuevmod/Mo_Trad.html).

Este modelo ha demostrado ser efectivo y tiene ciertas ventajas para el estudiante, en un mínimo de tiempo, recibe un máximo de información, seleccionada y tratada por un experto que sabe distinguir lo esencial de lo superficial; el alumno, adquiere habilidades, actitudes y valores (responsabilidad, capacidad de trabajo, comprensión, retención) (Flórez, 2000). Sin embargo, es importante considerar que al transmitir algo aparentemente preciso inoculamos también el temor impreciso que lo enfatiza y lo amplía; y de acuerdo con Juan Delval “una persona capaz de pensar, de tomar decisiones, de buscar información relevante que necesita, de relacionarse con los demás y cooperar con ellos, es mucho más polivalente y tiene más posibilidades de adaptación que el que sólo posee una formación específica” (Savater, 1997).

De manera más concreta y con base a las necesidades de este proyecto, la *Psicoeducación* puede definirse, de acuerdo con Davis y Olmsted (1992; citados en Davis, Olmsted, Rockert, Marques y Dolhanty, 1997), como la provisión didáctica de información sobre la naturaleza de un desorden (en este caso alimentario) con el propósito de generar un cambio de actitud en las personas a quienes está dirigida.

En las consulta que tienen un diagnóstico de bulimia nervosa o de trastornos del comer no específicos, un recurso que se utiliza habitualmente, según Crispo, Figueroa y Guelar (2001), es reunir a las jóvenes en grupos en los que se imparte dosificadamente información, y se trabaja sobre soluciones y estrategias para enfrentar las dificultades más comunes por las que atraviesan (se trabaja sobre la imagen corporal, cómo evitar ser arrastrada por los dictados de la moda). Los grupos psicoeducativos tienen una naturaleza breve y fundamentalmente didáctica, pero pueden variar en el número de sesiones y de participantes; por ejemplo se forman grupos de 6 a 12 participantes y duran entre 5 y 8 semanas, con una sesión semanal de una hora y media coordinados por dos profesionales de la salud. Al comenzar se realiza un contrato verbal que implica no faltar a ninguno de los encuentros.

Para estos autores (p. 159,160) el poder transmitir esta información en un contexto grupal conlleva beneficios tales como:

- Ser un ámbito específico para evaluar todo tipo de dudas respecto al tema, que en general no tienen en claro porque les da vergüenza preguntar.
- Compartir y aprender de otras experiencias.
- Aprender a expresar sentimientos.
- Poder ayudar a otros a pesar de sentirse muy mal.

En un estudio realizado por Davis, Olmsted, Rockert, Marques y Dolhanty (1997), con una muestra de 100 mujeres adultas diagnosticadas con bulimia nervosa se compararon dos programas de intervención, uno psicoeducativo y otro psicoeducativo+psicoterapia. El primero comprendió 5 sesiones de 90min. impartido por 2 terapeutas quienes presentaron a los participantes, a modo de conferencia, información sobre estrategias de cuidado de sí mismo. El segundo grupo asistió a 12 sesiones, cinco de las cuales tenían el mismo formato del primer grupo y en las siguientes 7 sesiones las participantes realizaban planes de trabajo con temas asignados (imagen corporal, autovaloración, consecuencias de hacer dieta, etc.) que debían comunicar a otras mujeres, brindar apoyo y consejo. Los autores no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos y aunque los síntomas de la bulimia nervosa persistieron se observó disminución en su frecuencia, se presentaron menos episodios de atracón y vómito y se redujo el uso de laxantes en ambos grupos.

Otros estudios están dirigidos no solo a las pacientes sino también a miembros de su familia con el objeto de incidir sobre otros factores involucrados en los trastornos alimentarios; tal es el caso de la psicoeducación familiar (Salorio, Ruiz, Torres, Sanchis y Navarro, 1999), la psicoeducación dirigida a cambiar la expresión de emociones hacia las pacientes (Uechara, Kawashima, Goto, Tasaki y Someya, 2001)

Hasta hace poco tiempo el modelo psicoeducativo se utilizaba solamente en el tratamiento de los trastornos alimentarios dirigido a pacientes diagnosticadas y a sus familiares; sin embargo, surge el interés por saber si este modelo puede ser empleado en el ámbito de la prevención y cuál sería el resultado.

PREVENCIÓN EN TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Los investigadores que están a favor de la prevención sostienen que los tratamientos no disminuyen la incidencia de un trastorno y que tanto en el ámbito ético como económico resulta lógico esforzarse por reducir dicha incidencia. Es por ello que la intervención temprana es el mejor factor de recuperación y el método más económico para eludir tratamientos potencialmente muy costosos (Striegel-Moore y Steiner-Adair, 1998; citados en Pineda, 2003).

Las estrategias y modalidades de la prevención pueden agruparse, en términos generales, en modelos que proveen información en relación a la enfermedad, trastorno o problema que se desea prevenir; modelos que, sin proveer información, apuntan a aumentar la conciencia de conductas saludables o no en relación al objetivo específico y, por último,

modelos que apuntan a producir un impacto en los factores sociales y que influyen en el desarrollo y en el mantenimiento de los problemas que quieren evitarse (Kirzman y Salgueiro, 2002).

Los programas de trastornos alimentarios en adolescentes se basan en componente psicoeducativo; es decir, acuden a la provisión de información. Crisp (1988; citado Kirzman y Salgueiro, 2002), argumenta que proveyendo información se previene la aparición de nuevos casos y promueve la búsqueda de ayuda en quienes ya tienen problemas. Dichos programas también se han utilizado en la prevención del abuso de drogas; el problema, según Moskowitz (1989; citado en Stice, Mazzotti, Weibel, y Agras, 2000), es que los resultados en esta línea sugieren que la información por sí sola, no produce cambios y que por el contrario, pueden ocasionar que un mayor número de adolescentes se involucren en estos tipos de problemas.

Hasta el momento las estrategias utilizadas han sido reactivas; los investigadores dirigen su intervención a factores socioculturales de los trastornos alimentarios a través del trabajo individual, entrenan a los participantes en la evaluación crítica de los medios y promover resiliencia psicológica a la presión para el control de peso (Austin, 2000).

Después de analizar estos primeros intentos Stice y col (2000), consideran que la prevención dirigida a la población en general (prevención primaria) proporciona menos beneficios que la prevención secundaria. Según Kirzman y Salgueiro (2002) centrarse en la prevención secundaria significa de alguna manera, cambiar conductas, desplegar ciertos dispositivos que apunten al cambio de conducta.

Por tal razón Stice y col. (2001), proponen que las investigaciones a nivel de prevención deben dirigirse a una población en riesgo; deben considerar métodos alternativos al tradicional para lograr cambio actitudinal y deben tener antecedentes teóricos fuertes articulados en un modelo etiológico.

Esta idea choca con lo propuesto por Austin (2000), quien opina que en la prevención de trastornos alimentarios es necesario el desarrollo de estrategias proactivas (eliminación de agentes causales) y la creación y validación de instrumentos de medición ecológica. Además Carter et al., 1997 y Mann et al., 1997 (citados en Stice y col., 2000) considera que la prevención primaria no tiene que contemplar la discusión de los síntomas de la enfermedad (debido a sus efectos iatrogénicos).

Por ejemplo Olson y Zanna, 1981 y Ajzen y Timko, 1986; (citados en Myers, 2000), afirman que para cambiar los hábitos de salud (por medio de la persuasión), es mejor hacer que se cambien las actitudes de las personas frente a prácticas específicas como la dieta y el ejercicio. De igual modo para Irving (2000), el activismo en los medios es una forma de crear una cultura que promueva la aceptación de uno mismo y la diversidad en general y prevenir que los niños y mujeres se sientan avergonzadas de sus cuerpos.

Así pues, y de acuerdo con Kato y Mann (1996; citados en Kirzman y Salgueiro, 2002), las estrategias más efectivas serán aquellas más concretas y dirigidas a distintos grupos de poblaciones; es decir, poder determinar qué grupos de personas pueden

beneficiarse de un programa de prevención primaria y qué grupo de un programa de prevención secundaria. Al centrarse en la prevención primaria se interviene en un momento en que la conducta, que se intenta prevenir, está en un nivel bajo de desarrollo. Si los problemas vinculados a la insatisfacción corporal y los hábitos alimentarios van abarcando grupos de edades desde la adolescencia, púberes y prepúberes hasta pre-escolar y escolar, es necesario extender las estrategias preventivas a estos grupos (Gómez Pérezmitré, Alvarado, Moreno, Saloma, y Pineda, 2001).

Además es importante considerar lo mencionado por Stice y col. (1996, citado en Stice, Mazzotti, Weibel, y Agras, 2000) en su Modelo del Camino Doble para Trastornos Alimentarios, en el cual, consideran que la presión sociocultural que se tiene para lucir una figura delgada promueve la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal y dieta restrictiva; este modelo fue denominado así porque posiciona al afecto negativo y a la dieta restrictiva como predictores finales de la patología bulímica y median los efectos de otros factores de riesgo.

CAPITULO VI **PLAN DE INVESTIGACIÓN**

Objetivo general

Evaluar la eficacia de dos programas de prevención de factores de riesgo en trastornos alimentarios en una muestra de mujeres adolescentes de escuela secundaria privada.

Objetivos Específicos

Comparar la efectividad de dos programas de prevención dirigidos a mujeres adolescentes que presentan alto riesgo en desarrollar trastornos de conducta alimentaria; basados en el cambio de actitudes que se apoya en:

1. La teoría de la disonancia cognoscitiva (TDC) (Festinger, 1954, cit. en Deutsch y Kraus, 1992).
2. La presentación de información psicoeducativa (Carter, Stewart, Dunn y Fairburn, 1997, citado en Stice et. al, 2000).

Problema general

¿Cuál de los dos programas de prevención produce mejores resultados en la disminución de factores de riesgo de trastornos de conductas alimentarias?

Problemas Específicos

Al comparar los dos tipos de intervención (uno basado en la TDC. y otro psicoeducativo), ¿cuál de los dos produce en las adolescentes:

1. Disminución en la preferencia por una figura delgada como figura ideal?
2. Disminución en el grado de insatisfacción corporal?
3. Disminución en el grado de seguimiento de dieta restrictiva?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Después de la intervención con el programa basado en la TDC, se encuentra en las adolescentes:

1. Menor preferencia de una figura delgada como figura ideal en comparación con las adolescentes expuestas a la intervención psicoeducativa
2. Menor grado de insatisfacción con la imagen corporal, en comparación con las adolescentes expuestas a la intervención psicoeducativa.
3. Menor seguimiento de dieta restrictiva, en comparación con sus pares expuestas a la intervención psicoeducativa.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables independientes:

Programa de intervención

- a. Basado en la Teoría de la Disonancia Cognitiva (TDC).
- b. Psicoeducativo.

Variables dependientes:

1. Satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.
2. Dieta restrictiva.
3. Figura Ideal.

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Definición conceptual

En términos de prevención de la enfermedad, el programa de intervención, se refiere a la actuación planificada dirigida por lo general a un grupo específico o población determinados en situación de riesgo debido a un desorden o enfermedad identificables, con miras a reducir el nivel de riesgo existente (OPS. 1996, p. 400).

Definición operacional

En la presente investigación se utilizaron dos tipos de estrategias planificadas con el propósito de reducir el riesgo de trastornos alimentarios.

SATISFACCIÓN / INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Definición conceptual

La satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se refiere a las percepciones evaluativas globalmente favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992, p. 164).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1997) la satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se refiere al grado de discrepancia entre la figura actual y la ideal teniendo como predictor la dirección o nivel de la autopercepción negativa o positiva.

Definición operacional

La satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal se midió a través de la diferencia de la figura actual menos la figura ideal.

La insatisfacción se presenta cuando existe una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura real y la figura ideal. A mayor sea la diferencia mayor es la insatisfacción. Una diferencia igual a cero indica satisfacción (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

DIETA RESTRICTIVA

Definición conceptual

Dieta restrictiva se refiere al seguimiento intencional de un régimen alimentario con el fin de controlar el peso corporal (disminuir o mantener) de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheung & Colditz, 1993).

Definición operacional

Esta variable se midió a través del reactivo: "¿en los últimos seis meses has hecho dieta para bajar o subir de peso?" (a. Sí, b. No) y a través del factor No. 6 de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1998) que mide seguimiento de dieta crónica y restrictiva (Ver anexo 1).

FIGURA IDEAL

Definición conceptual

La figura ideal es conceptualizada como aquella silueta o forma corporal que representa el modelo o estereotipo al que aspira una persona.

Definición operacional

Esta variable se midió a través del reactivo "Me gustaría que mi cuerpo fuera..." del Cuestionario de Alimentación y Salud que evalúa la elección de figura ideal en adolescentes; en el cual se presentan nueve siluetas corporales que cubren un continuo de peso que va de la categoría de emaciada a obesidad pasando por la normopeso (Ver anexo1).

MÉTODO**TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

Se realizó una investigación de campo, de carácter experimental; empleando un diseño pre-test- pos-test- seguimiento (tres meses después de la intervención), con grupo experimental y grupo control.

MUESTRA Y SUJETOS

Se obtuvo una muestra total de N=32 adolescentes que cumplieran con el criterio de selección (insatisfacción con la imagen corporal y/o seguimiento de dieta).

Las adolescentes de la muestra total fueron asignadas al azar a dos grupos:

- n1=16 grupo experimental (Programa de intervención basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva).
- n2=16 grupo control (Programa de intervención Psicoeducativo).

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS

➤ Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez-Péresmitré y Ávila, 1998a).

Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Péresmitré y Ávila, 1998a), versión para mujeres adolescentes (ver anexo I). Este instrumento consta de 12 secciones:

SECCIÓN	ÁREA DE MEDICIÓN
A	Sociodemográfica
B	Conducta alimentaria y estrés
C	Elección de figura actual
D	Autoatribución
E	Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA)
F	Escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA)
G	Elección de figura ideal
H	Apoyo social y antecedentes familiares de adicciones
I	Afrontamiento al estrés
J	Percepción de la relación materna
K	Imagen corporal y actitud hacia la obesidad
L	Satisfacción / insatisfacción con las partes corporales

El cuestionario de Alimentación y salud tiene un alpha general de .9017; su aplicación es grupal y dura aproximadamente una hora. En todas las escalas los reactivos se califican de acuerdo con el siguiente criterio: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema.

De acuerdo con los objetivos de la presente investigación se utilizaron las siguientes secciones A, C, G, E y F. La sección A consta de 13 preguntas cerradas de opción múltiple que indagán datos sociodemográficos.

Las secciones C y G contienen una escala visual que está compuesta por nueve siluetas que cubren un continuo de peso, que va de una silueta emaciada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal; las figuras fueron colocadas al azar y las escalas aparecen en lugares diferentes del cuestionario.

La EFRATA secciones E y F contienen 7 preguntas cerradas de opción múltiple y 69 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de "nunca" = 0 hasta "siempre" = 4; y de "muy de acuerdo" = 4 hasta "muy en desacuerdo" = 0), mismos que forman 7 factores que explican el 42.8% de la varianza. La escala total tiene un alpha de .8876. para los propósitos de este trabajo, se utilizaron los factores que miden Conducta Alimentaria Compulsiva (factor 1), Preocupación por el Peso y la Comida (factor 2) y Dieta Crónica y Restrictiva (factor 6) (ver anexo 1).

PROCEDIMIENTO

- 1) Se acudió a las autoridades de las escuelas secundarias privadas para solicitar su colaboración en la realización de esta investigación, relacionada con hábitos alimentarios.
- 2) Una vez autorizado el proyecto, se aplicó el instrumento a nivel grupal (a los tres grados) en horario de clase con la finalidad de seleccionar a las adolescentes que conformarían la muestra (Pre-test).
- 3) Se seleccionó a los sujetos que presentaban insatisfacción con la imagen corporal y/o seguimiento de dieta restrictiva (alto riesgo), y se asignaron al azar a las condiciones (experimental y control).
- 4) Se realizó una junta informativa con los padres de dichas adolescentes y se pidió autorizaran por escrito la asistencia de sus hijas a los programas de intervención (ver anexo 2).
- 5) Las sesiones se realizaron una vez por semana durante dos meses de manera simultánea en aulas diferentes. Al iniciar los programas de intervención se le dijo a las chicas que su participación era voluntaria, que tenían la libertad de abandonar el programa si así lo deseaban y que la información que proporcionarían sería confidencial.
- 6) A las chicas del grupo experimental se les produjo disonancia a través de diferentes técnicas como role playing o juegos de roles, modelamiento, grupos focales y desarrollo de actividades en casa. (Pineda y Gómez Peresmitré 2002; citado en Pineda 2003). Ver anexo 3.
- 7) A las adolescentes del grupo control se les proporcionó información sobre los trastornos alimentarios, las consecuencias de estas conductas, factores de riesgo y técnicas de control saludable, a través del método tradicional de enseñanza (Pineda y Gómez Peresmitré 2002; citado en Pineda 2003). Ver anexo 4.
- 8) Al finalizar los programas de intervención se aplicó nuevamente el Cuestionario de Alimentación y Salud (Post-test).
- 9) Se aplicó de nueva cuenta dicho cuestionario tres meses después de la intervención.
- 10) El procedimiento se ajustó al siguiente diseño:

G1	O1	X1	O2	O3
G2	O1	X2	O2	O3

CAPITULO VII

RESULTADOS

La presente investigación se propuso evaluar la efectividad de dos programas de prevención (Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y Psicoeducativo) de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, dirigidos a mujeres adolescentes de escuela secundaria privada del Distrito Federal que presentaban alto riesgo de padecer dichos trastornos.

MUESTRAS EXPERIMENTALES

De la muestra no probabilística de $N=74$; 12 chicas cursaban el primer grado de secundaria, 29 chicas cursaban el segundo grado y 32 chicas cursaban el tercer grado, se obtuvo una muestra total de $N=32$ adolescentes que cumplían con el criterio de selección (insatisfacción con la imagen corporal y/o seguimiento de dieta).

Las adolescentes de la muestra total fueron asignadas al azar a dos grupos:

- ⊙ $n_1=16$ grupo experimental (Programa de intervención basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva).
- ⊙ $n_2=16$ grupo control (Programa de intervención Psicoeducativo).

DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS EXPERIMENTALES

Con la finalidad de disminuir la influencia de factores externos en los resultados de esta investigación los grupos fueron igualados en las siguientes variables:

↳ **EDAD**

El promedio de edad de las adolescentes del grupo disonancia cognoscitiva fue de $X=14$ años ($s=1.05$) mientras que para las adolescentes del grupo psicoeducativo fue de $X=14$ años ($s=.93$). Ver figura 1.

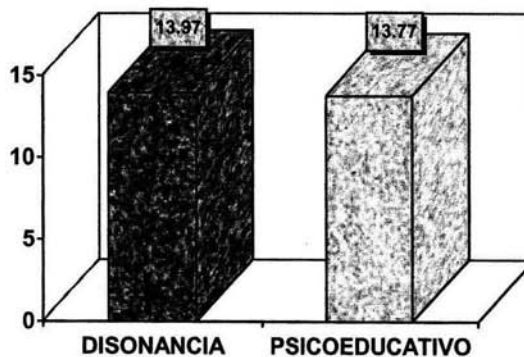


FIGURA 1. Variable edad por grupo.

↳ SITUACIÓN LABORAL

La totalidad de las adolescentes de ambos grupos reportaron no trabajar, esto se muestra en la figura 2.

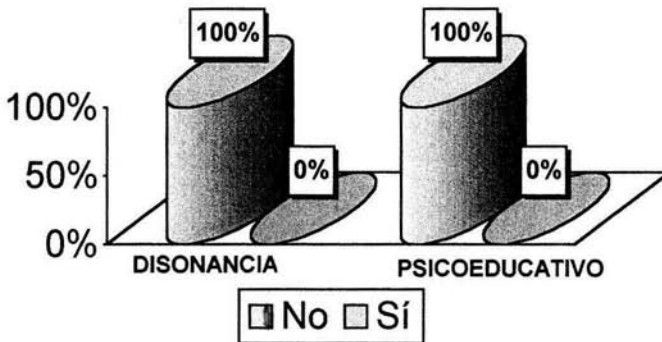


FIGURA 2. Distribución porcentual de la variable ¿Trabajas? por grupo.

↳ VIVES CON?

La mayoría de las adolescentes (75%) de ambos grupos reportó vivir actualmente con su familia completa (padre, madre y hermanos), el porcentaje restante vive sólo con papá o mamá.

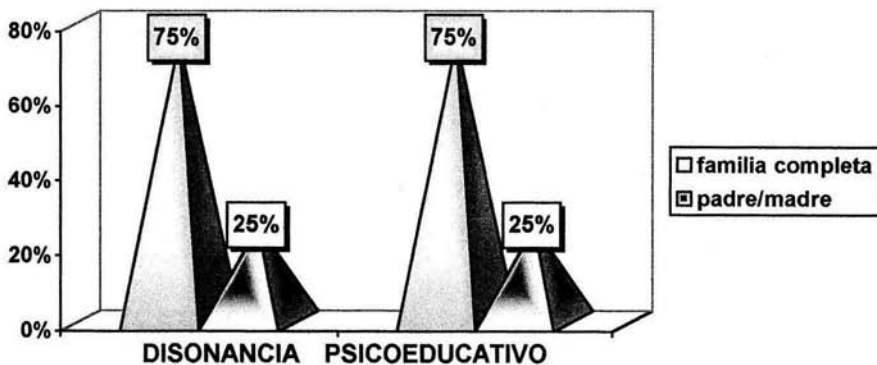


FIGURA 3. Distribución porcentual de la variable ¿vives con? por grupo.

↳ LUGAR ENTRE LOS HERMANOS

Como se observa en la figura 4 el más alto porcentaje (31%) de las chicas del grupo disonancia cognoscitiva reportó ser la hija menor; mientras que el mismo porcentaje de chicas del grupo psicoeducativo ocupan el lugar intermedio entre sus hermanos.

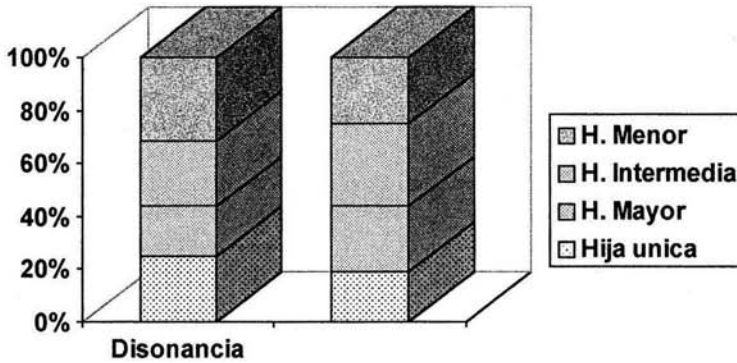


FIGURA 4. Distribución porcentual de la variable ¿lugar que ocupas entre tus hermanos? por grupo.

↳ MADURACIÓN SEXUAL

A la pregunta ¿qué edad tenías cuando se presentó tu primera menstruación? La totalidad de las chicas se ubicaron en las categorías de 9-11 y de 12-14 años. Las chicas de disonancia se repartieron por partes iguales en ambas categorías, mientras que las del grupo psicoeducativo se ubicaron ligeramente en mayor proporción en la categoría de 12-14 años (ver fig. 5).

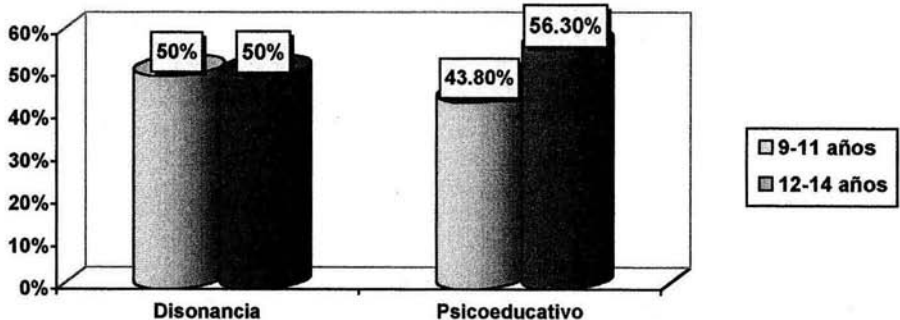


FIGURA 5. Distribución porcentual de la variable edad de la primera menstruación por grupo.

↳ VIDA SEXUAL

Como se puede observar en la figura 6, la totalidad de las chicas del grupo psicoeducativo no han iniciado su vida sexual; mientras que un mínimo porcentaje (7%) de las chicas del grupo disonancia ya la ha iniciado.

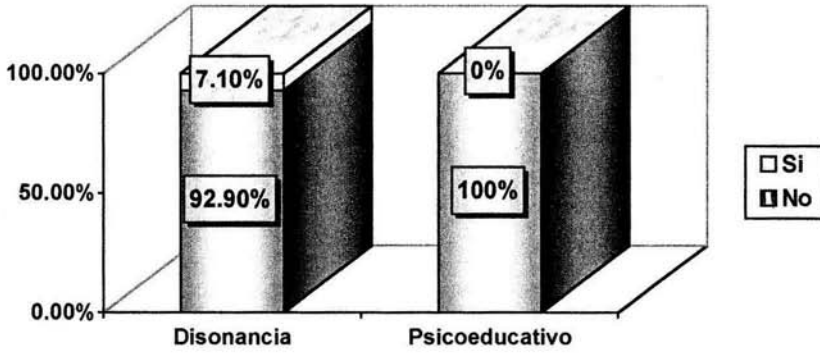


FIGURA 6. Distribución porcentual de la variable vida sexual por grupo.

✓ MUERTE EXPERIMENTAL

Al concluir la intervención se contaba con una $N=29$; de la cual 15 chicas pertenecían al grupo experimental (disonancia cognoscitiva) y 14 pertenecían al grupo control (psicoeducativo); es decir, hubo una muerte experimental de 1 sujeto para el primer grupo y 2 para el segundo.

✓ ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL ANTES DE LA INTERVENCIÓN

Antes de la intervención la mayoría de las adolescentes del grupo psicoeducativo eligió las figuras de muy delgada (31% figura C) a delgada (31% figura F) y un 12% eligió la figura emaciada (D) como figura ideal. Mientras que un 56% de las adolescentes del grupo disonancia cognoscitiva eligió una figura delgada (F, delgada 1) como figura ideal; un 19% eligió la figura emaciada (D) y el 6% eligió la figura G (sobrepeso 1) como figura ideal. Cabe resaltar que ninguna de las chicas de ambos grupos eligió la figura normopeso (figura B) como figura ideal (ver fig.7).

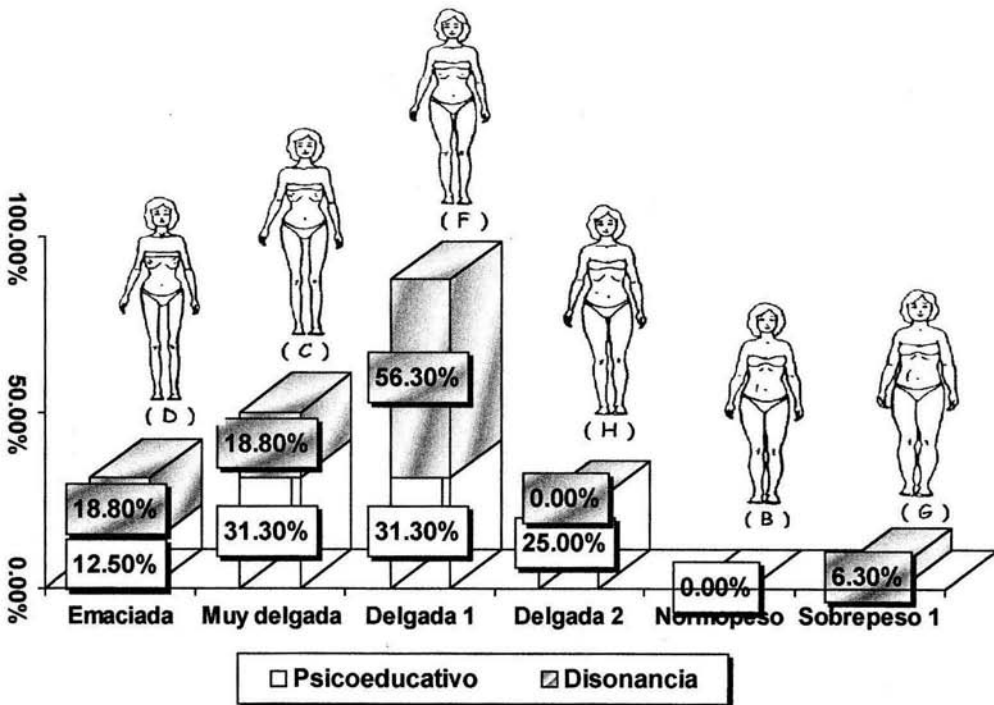
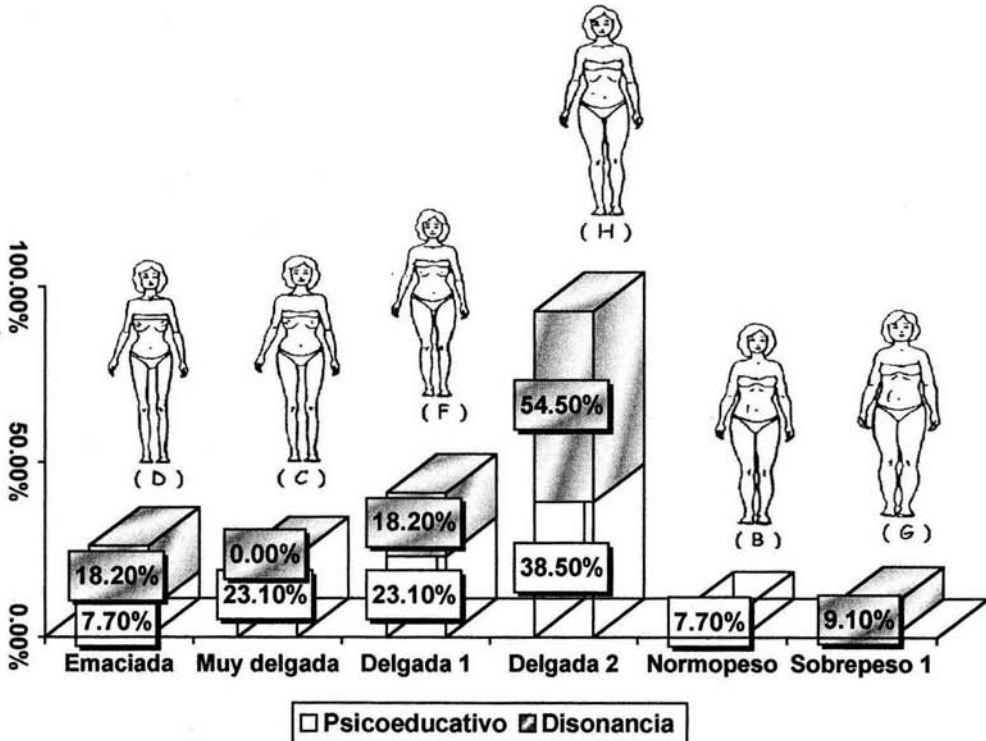


FIGURA 7. Distribución porcentual de la variable Elección de Figura Ideal antes de la intervención.

✓ ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL DESPUES DE LA INTERVENCIÓN

Después de la intervención el grupo experimental disminuyó el porcentaje de chicas que había elegido la figura F (delgada 1) a 18% cayendo ahora la mayoría (54%) en la elección de una figura más gruesa (figura H, delgada 2) como figura ideal; también se observa una pequeña disminución en el porcentaje de elección de la figura emaciada (de 19% a 18%). En el grupo psicoeducativo se observa disminución en la elección de la figura emaciada, de 12% a 8%; en tanto que, hubo un aumento en la elección de la figura delgada 2 (H), de 25% a 38%. A diferencia del grupo disonancia, en este grupo sí se eligió la figura normopeso (8%) como figura ideal (ver fig. 8).

FIGURA 8. Distribución porcentual de la variable Elección de Figura Ideal después de la intervención.



✓ ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL TRES MESES DESPUES DE LA INTERVENCIÓN (SEGUIMIENTO).

Tres meses después de la intervención, durante el seguimiento, las chicas que pertenecían al grupo psicoeducativo reportaron un aumento porcentual (de 23% a 33%) en la elección de la figura F (delgada 1) como la figura ideal; mientras que se obtuvo una disminución de 38% a 22% al seleccionar la figura delgada 2 (H) como figura ideal; aumentando así notoriamente de un 8% a 28% la elección de una figura emaciada (D) como figura ideal. En el grupo disonancia cognoscitiva se presentó un incremento en la elección de la figura normopeso (de 0% a 4%), así mismo aumento de 9% a 14% la preferencia de la figura con sobrepeso 1 (G) como figura ideal, dándose un incremento en la elección de la figura muy delgada (C, 36%) como figura ideal; sin embargo, se presentó una disminución de 18% a 0% en la elección de la figura emaciada (D).

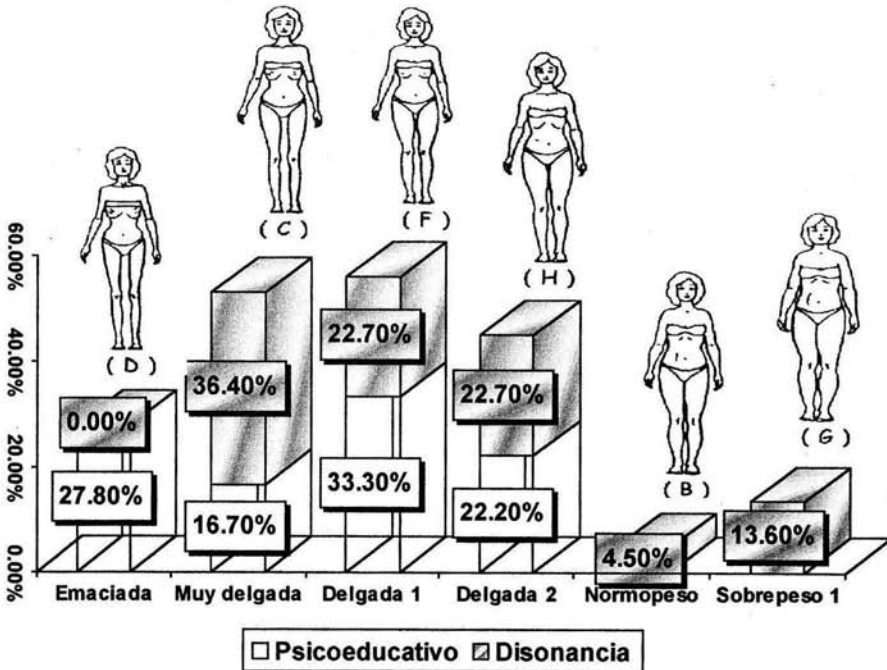


FIGURA 8. Distribución porcentual de la variable Elección de Figura Ideal tres meses después de la intervención (Seguimiento).

Con la finalidad de conocer las diferencias intragrupos en la elección de figura ideal antes, después y seguimiento (tres meses después) de la intervención se aplicó la prueba *t* de Student para muestras relacionadas. Los resultados reflejan que en el grupo disonancia cognoscitiva no se presentaron diferencias estadísticamente significativas antes/después de la intervención ($t(10) = -1.896$, $p = .087$); sin embargo sí se produjeron diferencias significativas en el seguimiento ($t(17) = -3.117$, $p = .006$) (véase tabla 2). Con respecto al grupo psicoeducativo no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes/después ($t(11) = -.561$, $p = .586$) y antes/seguimiento ($t(13) = -.888$, $p = .391$) de la intervención; sin embargo puede observarse preferencia por la elección de una figura menos delgada como figura ideal (véase tabla 3). De tal manera que se acepta la hipótesis alterna y se confirma la hipótesis de trabajo "Se reducirá la preferencia de una figura delgada como figura ideal después de la intervención basada en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC), y en el seguimiento en comparación con el grupo psicoeducativo" (ver fig. 9).

Con la finalidad de saber que tanto influye el tamaño de la muestra ($N=29$) y saber el tamaño del efecto sobre los resultados obtenidos se recurrió a la siguiente fórmula:

$$d = 2(t) / \sqrt{gI}$$

Para el grupo psicoeducativo se tiene que $d = 2(.561) / \sqrt{11} = .3382$ antes/después y en el seguimiento se tiene una $d = .4925$ lo que indica que el tamaño del efecto es bajo.

TABLA 2. PRUEBA *t* de STUDENT, MEDIAS y DESVIACIONES. ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL DEL GRUPO DISONANCIA

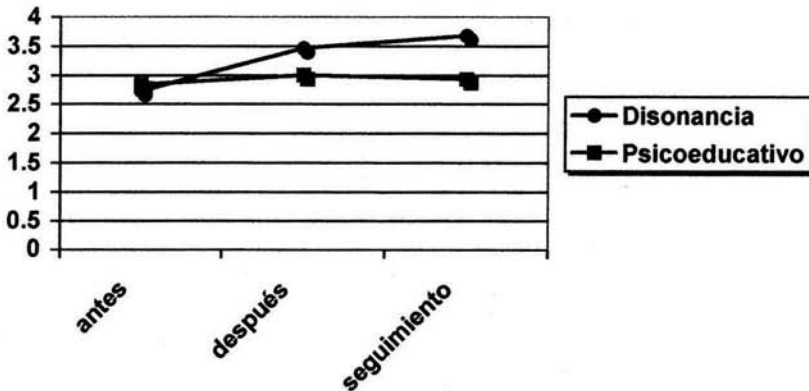
GRUPO DISONANCIA	X	S
Antes	2.7273	1.0090
Después	3.4545	1.4397
Seguimiento	3.6667	1.3720
<i>t</i> antes/después	$t(10) = -1.896$, $p = .087$	
<i>t</i> antes/seguimiento	$t(17) = -3.117$, $p = .006$	

TABLA 3. PRUEBA t de STUDENT, MEDIAS y DESVIACIONES. ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL DEL GRUPO PSIOEDUCATIVO

GRUPO PSIOEDUCATIVO	X	S
Antes	2.8333	1.0299
Después	3.0000	1.0445
Seguimiento	2.9286	.9169
t antes/después	t(11)= -.561, p= .586 d= .3382	
t antes/seguimiento	t(13)= -.888, p= .391 d= .4925	

Como se observa en la figura 9, el comportamiento de las medias de figura ideal para el grupo de disonancia es relativamente ascendente, especialmente del pre-test al post-test. El comportamiento del grupo psicoeducativo es básicamente paralelo al eje de la X's.

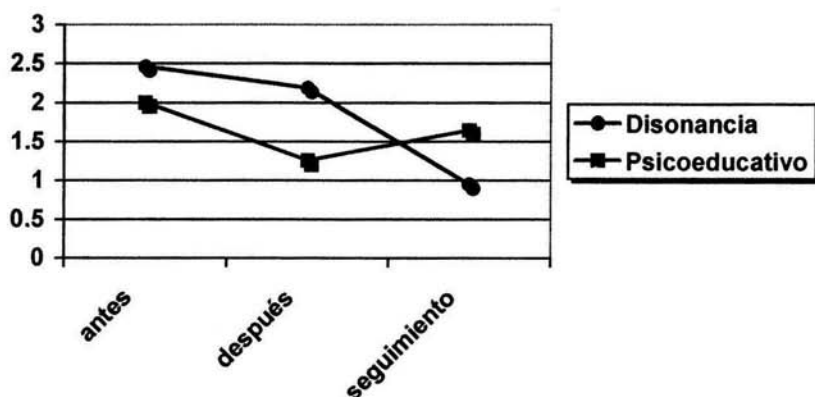
FIGURA 9. COMPARACIÓN DE MEDIAS EN LA ELECCIÓN DE FIGURA IDEAL



✓ SATISFACCIÓN/ INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

La figura 10 contiene las medias de insatisfacción con la imagen corporal, en ésta se puede observar, que de un inicio (en el pre-test) las chicas de disonancia presentaban mayor grado de insatisfacción en comparación con las chicas del otro grupo. Como se puede ver en esa misma figura se presentó una disminución evidente del grado de insatisfacción en ambos grupos después de la intervención, viéndose más claro en el grupo psicoeducativo. No obstante, en el seguimiento, el grado de insatisfacción con la imagen corporal disminuye todavía más que en la medición del post-test, en el grupo disonancia. Como se observa en la misma figura, las chicas del grupo psicoeducativo tendieron a regresar a sus niveles primeros de insatisfacción (pre-test).

FIGURA 10. COMPARACIÓN DE MEDIAS EN LA SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL



La prueba t de Student para muestras relacionadas indicó que en el grupo disonancia cognoscitiva no se presentaron diferencias significativas antes/después ($t(10) = .896$, $p = .391$) y antes/seguimiento ($t(17) = 1.458$, $p = .163$) de la intervención (ver tabla 4); aunque las adolescentes disminuyeron el grado de insatisfacción con su imagen corporal. En el grupo psicoeducativo la prueba t indica que si se produjeron diferencias significativas antes/después de la intervención ($t(11) = 2.691$, $p = .021$); pero éstas no se mantienen a lo largo del tiempo (seguimiento: $t(13) = .414$, $p = .686$) (véase tabla 5). Por lo tanto, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo "Después de la intervención con el programa basado en la TDC, las adolescentes presentaran menor grado de insatisfacción con la imagen corporal, en comparación con las adolescentes expuestas a la intervención psicoeducativa".

En la tabla 4 se muestra el tamaño del efecto del grupo disonancia, antes/después resultó ser bajo ($d = .5666$); mientras que en el seguimiento el *tamaño del efecto* provocado por la intervención fue relativamente alto ($d = .7072$), en otras palabras, las diferencias estadísticamente significativas no se produjeron debido al tamaño de la muestra ($N = 29$).

La tabla 5 contiene los resultados del tamaño del efecto del grupo psicoeducativo, para el seguimiento el tamaño del efecto resultó ser muy bajo ($d = .2296$); indicando así que el tamaño de la muestra no tiene influencia sobre los resultados obtenidos.

TABLA 4. PRUEBA *t* de STUDENT, MEDIAS y DESVIACIONES. SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL DEL GRUPO DISONANCIA

GRUPO DISONANCIA	X	S
Antes	2.4545	2.4643
Después	2.1818	2.3587
Seguimiento	.9444	1.3048
t antes/después	t(10) = .896, p = .391 d = .5666	
t antes/seguimiento	t(17) = 1.458, p = .163 d = .7072	

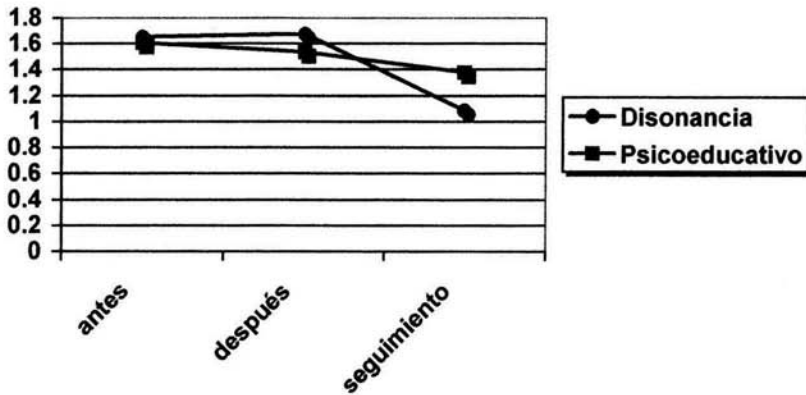
TABLA 5. PRUEBA *t* de STUDENT, MEDIAS y DESVIACIONES. SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL DEL GRUPO PSICOEDUCATIVO

GRUPO PSIOEDUCATIVO	X	S
Antes	2.0000	.8528
Después	1.2500	.8660
Seguimiento	1.6429	1.1507
t antes/después	t(11) = 2.691, p = .021	
t antes/seguimiento	t(13) = .414, p = .686 d = .2296	

✓ SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA

Como se puede observar en la figura 11 el comportamiento de las medias con respecto a la variable seguimiento de dieta restrictiva indica que ambos grupos, antes de la intervención (pre-test), no presentaban mucho riesgo con esta conducta. Con todo y esto después de la intervención el grupo psicoeducativo presentó una ligera disminución en comparación con el grupo disonancia; en tanto que, en el seguimiento este último grupo redujo aun más sus valores (en comparación con el pre-test, el post-test y el grupo psicoeducativo) y por tanto el riesgo de presentar la conducta.

FIGURA 11. COMPARACIÓN DE MEDIAS EN EL SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA



En cuanto al análisis estadístico se tienen los siguientes datos, en el grupo disonancia cognoscitiva se obtuvo una $t(9) = -.238$, $p = .817$ antes/después de la intervención y una $t(11) = 1.483$, $p = .166$ antes/seguimiento de la intervención por lo que no se observan diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 6). Para el grupo psicoeducativo las diferencias tampoco fueron significativas ($t(11) = .819$, $p = .430$) antes/ después y ($t(7) = .552$, $p = .598$) seguimiento de la intervención (ver tabla 7). Así pues, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de trabajo "Después de la intervención con el programa basado en la TDC, las adolescentes reducirán el seguimiento de dieta restrictiva, en comparación con sus pares expuestas a la intervención psicoeducativa".

En esta variable, el tamaño del efecto para disonancia antes/después de la intervención resultó ser muy bajo ($d = .1586$); en tanto que en el seguimiento el tamaño del efecto fue muy alto ($d = .8942$), lo que indica que las diferencias estadísticamente significativas no se produjeron debido al tamaño de la muestra ($N=29$).

Con respecto al grupo psicoeducativo, el tamaño del efecto antes/después y seguimiento de la intervención resultó ser bajo ($d = .4938$ y $d = .4172$, respectivamente), por lo tanto el tamaño de la muestra para este grupo no influyó en los resultados.

TABLA 6. PRUEBA t de STUDENT, MEDIAS y DESVIACIONES. SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA DEL GRUPO DISONANCIA

GRUPO DISONANCIA	X	S
Antes	1.6500	.5197
Después	1.6750	.4937
Seguimiento	1.0833	.2887
t antes/después	t(9) = -.238, p = .817 d = .1586	
t antes/seguimiento	t(11) = 1.483, p = .166 d = .8942	

TABLA 7. PRUEBA t de STUDENT, MEDIAS y DESVIACIONES. SEGUIMIENTO DE DIETA RESTRICTIVA DEL GRUPO PSICOEDUCATIVO

GRUPO PSIOEDUCATIVO	X	S
Antes	1.6042	.3874
Después	1.5313	.5768
Seguimiento	1.3750	.5175
t antes/después	t(11) = .819, p = .430 d = .4938	
t antes/seguimiento	t(7) = .552, p = .598 d = .4172	

CAPITULO VIII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal de la presente investigación fue evaluar la eficacia de dos programas de prevención, uno basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) y otro basado en el Método Tradicional de Enseñanza (psicoeducativo), de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria (insatisfacción con la imagen corporal y/o seguimiento de dieta restrictiva) en mujeres adolescentes con un promedio de edad de 14 años. La muestra total estuvo conformada por una N= 29 adolescentes estudiantes de escuela secundaria privada; de ésta 15 chicas integraban el grupo expuesto al programa basado en la TDC y 14 chicas integraban el grupo expuesto al programa psicoeducativo.

Los resultados obtenidos en el pre-test permiten afirmar que las adolescentes tienen como ideal corporal una figura muy delgada, hecho que se debe a la inculcación social de modelos estereotipados que relacionan la belleza con la delgadez; coincidiendo así con lo encontrado por Gómez Pérez-Mitré en 1997, en donde las niñas mostraron una fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez teniendo como ideal una figura prácticamente anoréctica.

En relación con la elección de figura ideal después de la intervención se encontró que el grupo expuesto al programa basado en la TDC no presentó diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, estas diferencias si se presentaron tres meses después de la intervención, indicando con ello que las adolescentes cambiaron su preferencia de una figura muy delgada a una figura normopeso e incluso una figura más gruesa como ideal; coincidiendo así con los resultados reportados por Stice y col. (2000 y 2001) y Pineda (2003) donde las chicas expuestas al programa basado en la TDC mostraron un cambio en cuanto a la figura ideal al elegir siluetas normopeso después de la intervención. En tanto que en el grupo psicoeducativo no se presentó cambio significativo pues el comportamiento de las medias refleja que el ideal de delgadez se mantuvo a lo largo del tiempo.

La diferencia en la dirección del cambio encontrada entre el post-test (al término de la intervención basada en la TDC) y el seguimiento puede explicarse tomando como referencia el fenómeno denominado por Hovland, Lumsdaine y Sheffield (1949; citado en Morales, 1994) como "sleeper effect" o "efecto a posteriori"; el cual menciona que al trabajar a nivel cognoscitivo el cambio de actitud es mayor cuando ha pasado un cierto tiempo de lo que había sido inmediatamente después de la intervención debido a que las participantes analizan cuidadosa y sistemáticamente el contenido del mensaje, son persuadidas por él y almacenan dicha información en la memoria.

En la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal se observó cambio estadísticamente significativo después de la intervención con el programa psicoeducativo, pero este cambio no se mantuvo en el seguimiento; es decir, aunque las adolescentes redujeron su insatisfacción corporal al término de la intervención no lograron mantenerlo al paso del tiempo regresando así a sus niveles primeros de insatisfacción. En el grupo

expuesto al programa basado en la TDC no se observó cambio significativo después de la intervención y en el seguimiento; sin embargo la distribución de las medias muestra que el grado de insatisfacción con la imagen corporal disminuye considerablemente en la medición final. Al analizar con mayor profundidad los resultados, se observa que los cambios, aunque no resultaron estadísticamente significativos, fueron más notables para el grupo con intervención basada en la TDC; para ver el tamaño del efecto se obtuvo el estadístico $d (2(t) / \sqrt{gI})$ el cual resulto relativamente alto en el caso del grupo expuesto al programa basado en la TDC y muy bajo en el grupo expuesto al programa psicoeducativo por lo tanto se deduce que debido a la muestra tan reducida los resultados no reflejan significancia estadística.

Antes de la intervención las adolescentes de ambos grupos no presentaban alto riesgo de seguimiento de dieta restrictiva; a pesar de ello las chicas del grupo expuesto a la intervención basada en la TDC disminuyeron aun más el riesgo de presentar esta conducta, para esta variable también se obtuvo el estadístico d que resulto ser muy alto en el caso del grupo expuesto al programa basado en la TDC y bajo en el grupo expuesto al programa psicoeducativo lo que demuestra que el tamaño de la muestra influyó para que los resultados no fueran estadísticamente significativos.

Así pues se pudo corroborar la hipótesis de trabajo referente a la figura ideal en la que se planteo que se reduciría la preferencia de una silueta delgada como figura ideal después de la intervención basada en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y en el seguimiento en comparación con el grupo psicoeducativo. Este hallazgo resulta de gran importancia pues como lo mencionan Stice y col. (1996; citado en Stice, Mazzotti, Weibel, y Agras, 2000) en su Modelo del Camino Doble para Trastornos Alimentarios, Unikel (2003) en su Modelo predictivo de Conducta Alimentaria de Riesgo y Saucedo (2003) en su Modelo Predictivo de Dieta Restringida en Púberes Mujeres el ideal corporal propicia insatisfacción con la imagen corporal y ésta a su vez promueve conductas inapropiadas como el seguimiento de dieta restrictiva, de tal manera que al modificar su ideal reducen los factores de riesgo para trastornos alimentarios.

Ante la cuestión implícita en esta investigación sobre si la prevención primaria resulta factible ante los trastornos de la conducta alimentaria los resultados permiten concluir que:

1. Tomando como referencia lo mencionado por Caplan, 1964; Bloom, 1985; Zax & Spector, 1974; Rickel y Allen, 1987 (citados en Galván y García, 1993), las acciones de prevención consisten fundamentalmente en las posibilidades de identificación de riesgos y la manipulación de factores que eviten, pospongan o aminoren los efectos de dichos factores; se puede observar que en las variables figura ideal, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal las adolescentes de la muestra se colocaban dentro del rango considerado de riesgo y que al finalizar la intervención basada en la TDC, dicho riesgo, disminuyó manteniéndose con esa tendencia.

2. En cuanto a la variable mantenimiento de dieta restrictiva se puede observar que las adolescentes no presentaban alto riesgo con dicha conducta y que al finalizar la intervención basada en la TDC las chicas se colocaron prácticamente en el valor 1, es decir, en el extremo positivo de esta conducta (no hacer dieta). Este hallazgo puede explicarse tomando como referente lo mencionado por Kato y Mann (1996; citados en Kirzman y Salgueiro, 2002), en cuanto a que con la prevención primaria se interviene en el momento en que la conducta, que se intenta prevenir, está en un nivel bajo de desarrollo; lo que permite obtener resultados favorables.

Al hablar de prevención de trastornos alimentarios se pueden citar pocos estudios (Carter, Stewart, Dunn, & Fairburn, 1997; Mann, Nolen-Hoeksema, Huang, Burgard, Wright, & Hanson, 1997; Paxtón, 1993; Killen, Taylor, Hanner, Litt, Wilson, Rich, Hayward, Simmonds, Kraemer, & Vradi, 1993; Smolak, Levine, & Schermer, 1998; Shisslak, Crago, Neal, 1990; Striegel-Moore, & Steiner-Adair, 1998; Franko, 1998; Santonastoso, Zanetti, Ferrara, Olivotto, Magnavita, & Savaro, 1999, citados en Stice, Mazotti, Weibel, & Agras, 2000 y Stice, Trost, & Chase, 2003) principalmente enfocados a proporcionar información que va desde la sintomatología de los trastornos hasta las consecuencias médicas y todos ellos han resultado poco exitosos en cuanto al cambio de actitud y algunos hasta han propiciado la presencia de conductas compensatorias con el objetivo de reducción de peso (efectos iatrogénicos).

De tal manera que, y de acuerdo con Stice y col. (2001), las investigaciones en el ámbito de prevención deben estar dirigidas a una población en riesgo y considerar métodos alternativos al tradicional para lograr cambio actitudinal. Por lo que este autor ha realizado otros estudios (Stice y col., 2000; Stice y col., 2001 y Stice y col., 2003) con la finalidad de conocer los beneficios de aplicar un programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (TDC) a nivel preventivo en trastornos de la conducta alimentaria; busco reducir la internalización del ideal delgado y con ello la insatisfacción con el cuerpo para que a su vez se disminuya el seguimiento de dieta restrictiva y por ende los síntomas bulímicos. La TDC y los hallazgos de estas intervenciones han tenido implicaciones importantes para la prevención y han promovido nuevas investigaciones. Es por ello que en México se han iniciado investigaciones (Pineda, 2003 y Matus y Monroy, 2003) basadas en dicha teoría en las que se confirman los beneficios de este programa alternativo al tradicional (proporcionar información).

Resumiendo, las adolescentes del grupo expuesto al programa basado en la TDC disminuyeron de manera considerable su grado de satisfacción/insatisfacción y seguimiento de dieta restrictiva; y tomando en cuenta que el tamaño del efecto resultó relativamente alto y muy alto, respectivamente, se puede concluir que este programa resulta más adecuado para la prevención de factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria en comparación con el programa psicoeducativo ya que al parecer éste tiene efectos positivos al terminar la intervención pero los cambios no permanecen con el paso del tiempo. Debido a que la información por sí sola no produce cambios en los factores antes mencionados como lo propone Moskowitz (1989; citado en Stice y col, 2000); resulta más efectivo incidir sobre las actitudes y cogniciones para obtener los cambios deseados.

SUGERENCIAS

Esta investigación permite sugerir para estudios posteriores basados en prevención (Teoría de la Disonancia Cognoscitiva y Psicoeducativo) de trastornos de la conducta alimentaria lo siguiente:

- ✓ Contemplar la aplicación de los programas a muestras más grandes con la finalidad de obtener resultados estadísticamente significativos.
- ✓ Comparar la efectividad de los programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria con escuelas privadas y públicas.
- ✓ Trabajar con otros factores de riesgo (preocupación por el peso y la comida, actitud hacia la obesidad, conducta alimentaria compulsiva).
- ✓ Tomando como referencia lo propuesto por Myers (2000) sobre el nivel de reforzamiento en el caso del programa basado en la TDC, se podría realizar una investigación en la que se comparen los beneficios de las recompensas.
- ✓ Elaborar programas de apoyo para los padres de las adolescentes que se encuentran en riesgo que permitan mantener y promover los cambios obtenidos durante la intervención.

REFERENCIAS

- ❑ Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (1994). Anorexia y bulimia. Desórdenes alimentarios. Madrid: Alianza.
- ❑ Aguilar, Y. y Rodríguez A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico, la autopercepción de la Imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita. Facultad de Psicología UNAM, México.
- ❑ Alvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (1996). Psicología social aplicada. España: McGraw-Hill.
- ❑ Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson.
- ❑ Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson.
- ❑ Austin, B. (2000). Prevention research in eating disorder, theory and new direction. Psychological Medicine, 30 (6), 1249-1262.
- ❑ Avila, G., Lozano, R. y Ortiz, O. L. (1997). Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- ❑ Berk, L. (1999). Desarrollo del niño y del adolescente. España: Prentice Hall.
- ❑ Berryman, J. (1994). Psicología del desarrollo. México: Manual Moderno.
- ❑ Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- ❑ Caplan, G. y Lebovici, S. (1977). El Desarrollo adolescente. Buenos Aires: Paidós.
- ❑ Castañeda, M. (1984). Los medios de la comunicación y la tecnología educativa. México: Trillas.
- ❑ Chinchilla, M. A. (1995). Anorexia y bulimia nerviosas. España: Ergon.
- ❑ Cortes, F. (1972). Medios educativos audio-visuales. México: Tizoc.
- ❑ Craig, G. (2001). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.

- ❑ Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (2001). Anorexia y bulimia. Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado. España: Gedisa.
- ❑ Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., Marques, T. y Dolhanty, J. (1997). Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. University Toronto.
- ❑ DeBruyne, L. y Rolfes, S. (1996). Life cycle nutrition. Conception through adolescence. USA: Eleanor Noss Whitney.
- ❑ Deutsch, M. y Krauss, R.M. (1974). Teorías en psicología social. Buenos Aires: Paidós.
- ❑ Diccionario Enciclopédico el pequeño larousse ilustrado (1999). México: Larousse.
- ❑ Dolto, F. (1997). La imagen inconsciente del cuerpo. España: Paidós.
- ❑ Dondis, D. (1984). La sintaxis de la imagen. Introducción al alfabeto visual. España: Gustavo Gili.
- ❑ Engler, B. (1998). Introducción a las teorías de la personalidad. México: McGraw-Hill.
- ❑ Erikson, E. (1974). Identidad, juventud y crisis. Argentina: Paidós.
- ❑ Feinholz K.D. (1997). Anorexia y bulimia. Aspectos psicológicos. Cuadernos de Nutrición. 20 (5), 10-16.
- ❑ Flórez, R. (2000). Hacia una pedagogía del conocimiento. Colombia: McGraw Hill.
- ❑ Galván, E. y García, V. (1993). Prevención en psicología. México, Facultad de Psicología, UNAM (consejo nacional de ciencia y tecnología).
- ❑ García-Camba, E. (2001). Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad. España: Masson.
- ❑ Gil, R. (1993). Televisión y cultura. Hacia el caos sensorial. Vol. I. México: Universidad de Guadalajara (CEIC).
- ❑ Gómez, P. (1996). Anorexia nerviosa. La prevención en familia. Madrid: Ediciones Pirámide.
- ❑ Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación Psicológica. 3 (1), 95-112.

- ❑ Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 16 (4), 121-126.
- ❑ Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31- 40.
- ❑ Gómez Péresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología, 1 (16), 153- 166.
- ❑ Gómez Péresmitré, G. (2001*). Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición. Informe Proyecto IN305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACyT).
- ❑ Gómez Péresmitré, G. y Acosta, M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria: una comparación transcultural entre México y España. Clínica y Salud, 11 (1), 35-58.
- ❑ Gómez Péresmitré, G., Alvarado, G., Moreno, L., Saloma, S. y Pineda, G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18 (3), 313-324.
- ❑ Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. (1997). Como medir factores de riesgo asociados con imagen corporal: insatisfacción y distorsión. Libro de Resúmenes del 5º Congreso de Metodología de las Ciencias de la Conducta Humana y Sociales. España.
- ❑ Gómez Péresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998a). Conducta alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana 6 (2) 10-21.
- ❑ Gómez Péresmitré, G. y Ávila, A. E. (1998b). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6 (2), 37-45.
- ❑ Gómez Pérez-Mitré, G. y Saucedo, M. T. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (1), 19-27.
- ❑ Gómez Péresmitré, G. y Saucedo, M. T. (1998). Validación el índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud Pública de México, 40 (5), 392-397.
- ❑ González, J. (2001). Psicopatología de la adolescencia. México: Manual Moderno.

-
- ☐ González, L., Lizano, M. y Gómez Péresmitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1), 117-126.
- ☐ Grinder, R. (1992). Adolescencia. México: Limusa.
- ☐ Grogan, S. (2000). Body image. Understanding body dissatisfaction men, women and children. Gran Bretaña: Routledge.
- ☐ Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). Psicología del desarrollo hoy. España: McGraw-Hill.
- ☐ Horrocks, J. (2001). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- ☐ http://www.sistwma.itesm.mx/va/nuevmod/Mod_Trad.html
- ☐ Inchaustegui, L. (1992). Revisión de las teorías de balance y disonancia cognoscitiva. Tesina de Licenciatura, inédita. México, UNAM.
- ☐ Irving, L. M. (2000). Eating disorders prevention through research, community involvement and media activism. Healthy weight Journal, 86-87.
- ☐ Jelliffe, D. (1974). Nutrición infantil en países en desarrollo. Manual para trabajadores especializados. México: Limusa.
- ☐ Key, W. (1994). La era de la manipulación. México: Editorial Diana.
- ☐ Key, W. (1994). Seducción subliminal. México: Editorial Diana.
- ☐ Kimmel, D. y Weiner, I. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo. Barcelona: Ariel Psicología.
- ☐ Kirzman, D. y Salgueiro, M. C. (2002). El enemigo en el espejo. De la insatisfacción corporal al trastorno alimentario. Madrid: TEA.
- ☐ Maisonneuve, J. y Bruchon-Schweitzer, M. (1984). Modelos del cuerpo y psicología estética. Argentina: Paidós.
- ☐ Matus, L. y Monroy, V. (2003). Estudio piloto de una intervención basada en la TDC. Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita. Facultad de Psicología. UNAM, México.
- ☐ McLaren, D. (1993). La nutrición y sus trastornos. México: Manual Moderno.
- ☐ Morales, F. (1994). Psicología social. España: McGraw-Hill.

- ❑ Morales Calatayud, F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós.
- ❑ Murrieta, C. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita. Facultad de Psicología. UNAM, México
- ❑ Myers, D. (1991). Psicología social. Madrid: Médica Panamericana.
- ❑ Myers, D. (2000). Psicología social. Colombia: McGraw-Hill.
- ❑ Oblitas, L. y Becoña, E. (2000). Psicología de la salud. México: Plaza y Valdés.
- ❑ Organización Mundial de la Salud. (1994). CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Meditor.
- ❑ Palacios, J. (1984). La cuestión escolar. Críticas y alternativas. Barcelona: Laia.
- ❑ Paoli, A. y González, C. (1988). Comunicación publicitaria. México: Editorial Trillas.
- ❑ Palma E. M. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de Nutrición. 20 (5), 21-30.
- ❑ Papalia, A. y Wendkos, O. (1992). Desarrollo humano. Colombia: McGraw-Hill.
- ❑ Papalia, A. y Wendkos, O. (1995). Psicología del desarrollo. Colombia: McGraw Hill.
- ❑ Papalia, A. y Wendkos, O. (1998). Psicología del desarrollo. Colombia: McGraw Hill.
- ❑ Papalia, A. y Wendkos, O. (2001). Psicología del desarrollo. Colombia: McGraw Hill.
- ❑ Pineda, G. (2000). Imagen corporal asociada a la edad de la menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología, inédita. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. UNAM, México.
- ❑ Pineda, G. (2003). Ensayo del estado actual del conocimiento e investigación sobre prevención de trastornos alimentarios (mimeo). Facultad de Psicología UNAM, México.

-
- ❑ Pineda, G. (2003). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Estrategias de prevención (mimeo). Facultad de Psicología UNAM, México.
- ❑ Raich, R. M. (2000). Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo. España: Pirámide.
- ❑ Rice, P. (1997). Desarrollo humano, estudio del ciclo vital. México: Prentice- Hall.
- ❑ Ríos, B. (1979). Manual de alimentación, nutrición e higiene para los programas no escolarizados de educación inicial con base en el hogar. Lima.
- ❑ Rocha, S., García, E., Barriguete, J. A. y Palma, M. (1997). Tratamiento integral de los trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de Nutrición. 20 (5), 31-34.
- ❑ Rodríguez, M. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
- ❑ Salorio, P., Ruiz, M.E., Torres A., Sanchis, F. y Navarro, L. (1999). Psicoeducación familiar en grupo en los trastornos de la alimentación. Aplicación de un programa. Revista Electrónica de Psiquiatría. 3 (1).
- ❑ Saucedo, T. (2003). Modelos predictivos dieta restringida en púberes, hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de Doctorado en Psicología, inédita. Facultad de Psicología UNAM, México.
- ❑ Savater, F. (1997). El valor de educar. Barcelona: Editorial Ariel.
- ❑ Schilder, P. (1987). Imagen y apariencia del cuerpo humano. Argentina: Paidós.
- ❑ Sherman, T. R. Y Thompson, R. A. (1999). Bulimia. Una guía para familiares y amigos. México: Trillas.
- ❑ Shisslak, C., Crago, M., Neal, M. y Swain, B. (1987). Primary prevention of eating disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55 (5), 660-667.
- ❑ Silverstone, R. (1994). Televisión y vida cotidiana. Buenos Aires: Amorrortu.
- ❑ Smith, E. R. y Mackie, D. M. (1997). Psicología social. Madrid: Médica Panamericana.
- ❑ Stice, E., Chase, A., Stormer, S. y Appel, A. (2001). A Randomized trial of a dissonance-based eating disorders prevention program. International Journal of Eating Disorders. 29 (3), 247-262.
- ❑ Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D. y Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting,

- negative affect, and bulimic symptoms: A preliminary experiment. International Journal of eating Disorders. 27 (2), 206-217.
- ☐ Stice, E., Trost, A. y Chase, A. (2003). Healthy weight control and dissonance-based eating disorder prevention programs: Results from a controlled trial. International Journal of eating Disorders. 33 10-21
 - ☐ Tannenhaus, N. (1999). Anorexia y bulimia. Barcelona: Plaza & Jamés.
 - ☐ Terris, M. (1987). La prevención epidemiológica y la medicina social. México: Siglo Veintiuno.
 - ☐ Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España: Ariel Ciencia.
 - ☐ Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
 - ☐ Uechara, T., Kawashima, Y., Goto, M., Tasaki, E. y Someya, T. (2001). Psychoeducation for the families of patients with eating disorders and changes in expressed emotion: A preliminary study. Comprehensive Psychiatry. 42 (2) 132-138.
 - ☐ Unikel, S. C. (2003). Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. Tesis de Doctorado en Psicología, inédita. Facultad de Psicología, UNAM, México.
 - ☐ Vilches, L. (1989). Manipulación de la información televisiva. España: Paidós.
 - ☐ Videla, M. (1991). Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria. Buenos Aires: Cinco.
 - ☐ Whittaker, J. O. (1979). La psicología social en el mundo de hoy. México: Trillas.
 - ☐ www.saludnutricion.com.
 - ☐ Zubirán, A. S. (1984). Imagen y obra escogida. México: UNAM.

ANEXOS

ANEXO 1

- **CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD**
- **ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS ALIMENTARIOS (EFRATA)**

ANEXO 2

- **TALLER PARA PADRES**

ANEXO 3

- **MANUAL INTERVENCIÓN BASADO EN LA TDC**

ANEXO 4

- **MANUAL INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Múre
Facultad de Psicología, UNAM*

**SECCIÓN
A****INSTRUCCIONES GENERALES**

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

1. ¿Qué estás estudiando?

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Posgrado

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposo o pareja
- E) Sola
- F) Amigo(a)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hija única
- B) Soy la mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy la más chica

5. Edad de tu primera menstruación

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la pregunta 8
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$ 2000 o menos
- B) \$ 2001 a 4000
- C) \$ 4001 a 6000
- D) \$ 6001 a 8000
- E) \$ 8001 a 10000
- F) \$ 10001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposo o pareja

10. Años de estudio de tu padre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios.

11. Años de estudio de tu madre:

- A) Menos de 6 Años
- B) De 6 a 8 Años
- C) De 9 a 11 Años
- D) De 12 a 14 Años
- E) De 15 a 17 Años
- F) De 18 o más
- G) Sin estudios

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario
- F) Jubilado

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Empleada
- D) Comerciante
- E) Profesionista
- F) Jubilada

SECCIÓN B

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecha
- B) Satisfecha
- C) Indiferente
- D) Insatisfecha
- E) Muy insatisfecha

3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

4. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gorda |
| B) Con sobrepeso | Gorda |
| C) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| D) Peso por abajo del normal | Delgada |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

5. Llegar a estar gorda :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

6. Como me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

7. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

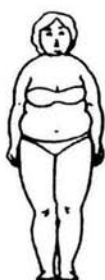
- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

8. Me gusta la forma de mi cuerpo :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

SECCIÓN C

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN D

1. En el último año :

- A) Subí de peso
- B) Bajé de peso
- C) Subí y bajé de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes :

- A) Menos de un año
- B) De uno a menos de tres años
- C) De tres a menos de cinco años
- D) De cinco y más de cinco años

3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- A) No. (Pasa a la pregunta 6)
- B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) No
- B) Sí

6. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- A) No. Pasa a la siguiente sección
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

7. El problema consiste en que:

- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- B) Comes tan poco que a veces te sientes cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

SECCIÓN D - 8

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	D muy frecuente- mente	E Siempre
------------	--------------	--	---------------------------------	--------------

- | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Siento que la comida me tranquiliza. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Procuro comer verduras. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Me avergüenza comer tanto. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Como lo que es bueno para mi salud. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. | | | | | |
| 14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar). | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

A Nunca	B A Veces	C Frecuentemente	D Muy Frecuentemente	E Siempre
------------	--------------	---------------------	----------------------------	--------------

23. Procuo estar el día sobre lo que debe se ser una (A) (B) (C) (D) (E)
dieta adecuada.
24. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de (A) (B) (C) (D) (E)
grasas.
25. Siento que como más de lo que la mayoría de la (A) (B) (C) (D) (E)
gente come
26. No soy consciente de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
28. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Me asusta pensar que pueda perder el control (A) (B) (C) (D) (E)
de mi forma de comer.
30. Me deprimio cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
31. Siento que los problemas lejos de quitarme el (A) (B) (C) (D) (E)
apetito me lo incrementan.
32. Siento que mi forma de comer se sale de mi (A) (B) (C) (D) (E)
control.
33. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de (A) (B) (C) (D) (E)
estómago lleno.
34. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a (A) (B) (C) (D) (E)
empezar.
35. Me sorprendo pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no (A) (B) (C) (D) (E)
desayuno, no como, pero ceno mucho)..
37. Cuando estoy aburrida me da por comer. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Paso por periodos en los que siento que podría (A) (B) (C) (D) (E)
comer sin parar.
39. Tengo temporadas en las que materialmente me (A) (B) (C) (D) (E)
mato de hambre.
40. Paso por periodos en los que siento que como en (A) (B) (C) (D) (E)
exceso
41. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
42. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Si no veo la comida me la puedo pasar sin (A) (B) (C) (D) (E)
comer.

SECCIÓN E

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



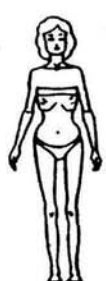
(A)



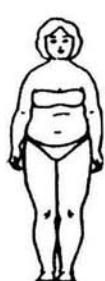
(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

HOJA DE RESPUESTA
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
2003

EDAD: _____ Años y _____ Meses.
 PESO _____ Kg.

TALLA _____ metros.

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuestas.

A	4. A B C D E F	22. A B C D E
1. A B C D E F	5. A B	23. A B C D E
2. A B	6. A B	24. A B C D E
3. A B C D E F	7. A B C D E	25. A B C D E
4. A B C D	D	26. A B C D E
5. A B C D E F	Segunda	27. A B C D E
6. A B	Parte	28. A B C D E
7. A B	1. A B C D E	29. A B C D E
8. A B C D E F	2. A B C D E	30. A B C D E
9. A B C D E F	3. A B C D E	31. A B C D E
10. A B C D E F	4. A B C D E	32. A B C D E
11. A B C D E F	5. A B C D E	33. A B C D E
12. A B C D E	6. A B C D E	34. A B C D E
13. A B C D E	7. A B C D E	35. A B C D E
B	8. A B C D E	36. A B C D E
1. A B C D E	9. A B C D E	37. A B C D E
2. A B C D E	10. A B C D E	38. A B C D E
3. A B C D E	11. A B C D E	39. A B C D E
4. A B C D E	12. A B C D E	40. A B C D E
5. A B C D E	13. A B C D E	41. A B C D E
6. A B C D E	14. A B C D E	42. A B C D E
7. A B C D E	15. A B C D E	43. A B C D E
8. A B C D E	16. A B C D E	E
C	17. A B C D E	1. A B C D E F
1. A B C D E F	18. A B C D E	G H I
G H I	19. A B C D E	
D	20. A B C D E	
<i>Primera Parte</i>	21. A B C D E	
1. A B C D		
2. A B C D		
3. A B		

ANEXO 1.1 Factores EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios)

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

Factor 1 Conducta alimentaria Compulsiva	
Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
No soy consciente de cuanto como.	.66033
Siento que no puedo parar de comer.	.80983
Como sin medida.	.79753
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
Soy de los que se hartan(se llenan) de comida.	.52215
Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587

Eigen value =12.4 Varianza explicada=16.5% alpha=.9051

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

Factor 2 Preocupación por el peso y la comida	
Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64573
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
Soy de los que se preocupan contantemente por la comida.	.55815
Me deprimio cuando como de más.	.48531

Eigen value =5.52 Varianza explicada=7.4% alpha=.8242

DIETA RESTRICTIVA

Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva	
Reactivo	Carga Factorial
Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.48691
Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.46423
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.62004
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Eigen value =1.93 Varianza explicada=2.6% alpha=.8136

MANUALES DE PREVENCIÓN

TALLER PARA PADRES

Objetivos:

-Informar a los padres de las adolescentes con problemas de imagen corporal sobre el riesgo que tienen sus hijas de padecer un trastorno alimentario.

-Obtener el apoyo de los padres para la aplicación del programa.

1. Se citará en la escuela a los padres o madres de las alumnas con problemas de imagen corporal.
2. Se les informará que las adolescentes están en riesgo de sufrir un trastorno alimentario.
3. Se expondrán en diapositivas qué son los trastornos alimentarios y sus consecuencias.
4. Se hará una sesión de preguntas.
5. Se pedirá el permiso para que sus hijas participen en el programa de intervención

Tiempo: 60 minutos.

ANEXO 3

PROGRAMA DISONANCIA

PRIMERA SESIÓN (40 a 50 minutos)

Actividad 1. PRESENTACIÓN E INVITACIÓN. Te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito mejorar la imagen corporal. ¿CÓMO SE LOGRA ESTO? Existe la idea que ayudando a otros se ayuda uno mismo. Se ha encontrado que si uno propone cómo y qué hacer para evitar que otras niñas tengan problemas con su cuerpo, esto ayuda a mejorar la propia imagen corporal.

¿Estás dispuesta a ayudarnos a crear UN PROGRAMA DE ACEPTACIÓN CORPORAL dirigido a chicas más jóvenes y EVITAR así que la juventud tenga problemas con su imagen corporal?

Tiempo: 5 minutos

Actividad 2. Ejercicio de la telaraña

Objetivos:

- Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes sometidas a la intervención.

Descripción de la actividad:

La facilitadora dice a las estudiantes que ella dirá su nombre y el de una fruta y toma la punta de un estambre y pasa el resto de la bola a una estudiante, ésta deberá decir su nombre, el nombre de una fruta y repetir los de su antecesora. El ejercicio se repite hasta que todas las estudiantes hayan dicho su nombre y su fruta, además de los de sus antesoras.

Duración: 35 minutos.

Materiales:

- Una bola de estambre

SEGUNDA SESIÓN (40 a 50 minutos)

Actividad 2. Una mirada en el espejo

Objetivos:

- Tomar conciencia de uno mismo. Incrementar el autoconocimiento
- Reflexionar sobre las percepciones de uno mismo y el origen de estas percepciones.
- Analizar el impacto de la autoimagen o autopercepción en la conducta.
- Aprender estrategias de modificación de autoconcepto negativo.

Descripción de la actividad:

Se entrega a cada participante un listado con adjetivos (positivos y negativos) y una hoja para la recogida de descripciones (véanse modelos). En primer lugar, cada participante describe cómo le ve su madre, seleccionando del listado los adjetivos que cree que utilizaría su madre para definirle. Mientras se leen los adjetivos se anotan los seleccionados del listado que se le presenta en la hoja de recogida de descripciones. En segundo lugar, y tapando las respuestas previas, selecciona los adjetivos con los que le describiría su padre. En tercer lugar, realizando la misma operación, es decir, tapando las respuestas previas, selecciona los adjetivos que describen cómo le ve un amigo o los amigos, y en último lugar cómo se ve él mismo. Cuando han completado la hoja de recolección de descripciones, observan sus respuestas, analizando individualmente: (1) el concepto positivo o negativo que tienen de él su madre, su padre, un amigo y él mismo (número de adjetivos positivos y negativos en cada evaluación); (2) qué persona le ve más parecido a como se ve él mismo.

Notas:

- Profesor: En la fase de debate la exposición pública de los adjetivos seleccionados debe ser voluntaria, ya que el principal objetivo es la reflexión sobre uno mismo.
- Observador: Recoger las hojas de respuestas para análisis posterior. Registrar en el diario las verbalizaciones de la fase de debate.

Discusión:

¿Este ejercicio los ha ayudado a conocerse mejor a ustedes mismos?

Espero que cada uno haya reflexionado sobre la imagen que tiene de él mismo y cómo cree que lo ven los otros. ¿Son parecidas o muy diferentes la imagen que tienen de ustedes mismos y la imagen que tienen los demás?

¿De donde proceden las ideas que tenemos de nosotros mismos? ¿Cómo formamos la imagen que tenemos de nosotros mismos?

¿Creen que las ideas que tenemos sobre nosotros mismos influyen en los comportamientos que tenemos y en las cosas que nos suceden? ¿Se nos ocurre algún ejemplo? ¿Podemos cambiar la imagen que tenemos de nosotros mismos? ¿Cómo?

Materiales:

Un listado de adjetivos y una hoja de recolección de descripciones por participante.

Un lápiz y una goma

Tiempo:

40 minutos

2. Una mirada en el espejo: listado de adjetivos

Valiente	Amable	Grosera	Servicial
Desobediente	Mala	Honesta	Pesimista
Enojona	Amigable	Optimista	Cuidadosa
Sincera	Obediente	Egoísta	Débil
Lista	Floja	Educada	Buena
Cooperadora	Desconfiada	Cobarde	Ingeniosa
Insegura	Triste	Infeliz	Agresiva
Tonta	Independiente	Caprichosa	Inteligente
Fuerte	Divertida	Rápida	Feliz
Creativa	Generosa	Grosera	Lenta
Alegre			Torpe

Hoja de respuesta. Una mirada en el espejo.
¿Cómo me ven?

Mamá	Papá	Amigo	Yo mismo

TERCERA SESIÓN FIGURA IDEAL

- 1) Se hace un resumen de la sesión anterior
Tiempo: 5 minutos

- 2) Actividad. Figura ideal

Objetivos:

- Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.
- Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.

Procedimiento :

1. El facilitador realiza preguntas al grupo que guíen a las adolescentes a definir el corporal seguido por la sociedad. Estas preguntas podrían ser:

- ◆ ¿Cómo son las actrices que aparecen en la tele?
- ◆ ¿A los "chicos" (niños) como les gustan las "chicas" (niñas)?

Después de la lluvia de respuestas el facilitador interviene con el siguiente comentario:

Los comentarios que acaban de hacer nos hacen suponer que los adolescentes mexicanos tienen un cuerpo ideal que deberían tener las mujeres ¿cuál es?
(esperar la (s) respuesta(s))

2. Las siguientes preguntas realizadas por el facilitador deben dirigirse a que las adolescentes identifiquen la presión que ejercen los pares, familia y medios de comunicación para lucir delgada. A continuación se presentan algunas preguntas ejemplo :

- Cuando tus amigos y amigas ven a un compañero(a) gordito (a) ¿qué hacen?
- ¿Las chicas gorditas son igual de populares que las chicas delgadas?

- Cuando empiezas a subir de peso y tus amigas, amigos y familiares lo notan ¿qué es lo que hacen o dicen?

3. El siguiente grupo de preguntas deben dirigirse a detectar el papel de los medios de comunicación y los intereses económicos que se encuentran detrás de la persecución de la delgadez. Estas preguntas podrían ser:

- Hace un momento comentábamos que en la televisión y en las revistas presentan a gente delgada, estos medios de comunicación también proporcionan a la gente gordita "remedios" para adelgazar ¿conoces algunos?
- ¿Consideras que estos productos realmente sirven?

El facilitador interviene con el siguiente comentario:

- Efectivamente, no funcionan, las personas que realmente se benefician de la compra de estos productos es la gente que los vende, son las compañías las que se enriquecen de su venta.

4. Las últimas preguntas (de esta actividad) deben dirigirse a detectar las consecuencias de perseguir una silueta delgada (seguimiento de dieta), algunos ejemplos son:

- Ahora bien ¿qué es lo que una chica hace cuando empieza a subir de peso? ¿qué medida toma una persona que quiere ser delgada?
- Tienen razón, generalmente se pone a dieta; sin embargo, las chicas de tu edad y las más chicas que ustedes, a quienes va dirigido el programa de prevención que ustedes nos van a ayudar a crear, dejan de comer alimentos como la leche, la carne, el pan y las tortillas los cuales son necesarios para que tu crecimiento se de normalmente, cuando tu eliminas estos alimentos de tu comida corres el riesgo de dejar de crecer (te quedas chaparita) no tienes ganas de hacer nada, tienes mal humor y te costará trabajo aprender las lecciones de tus materias, entre otras cosas negativas.

1. El facilitador hace un resumen del tema ante el grupo. El resumen debe incluir:

- Un ideal de belleza compartido.
- La presión ejercida por los medios de comunicación, los pares y la familia para lucir una silueta delgada.
- Los intereses económicos detrás de la silueta delgada.
- Consecuencia del seguimiento de dieta como medio para conseguir una silueta delgada.

Tiempo. 50 minutos

CUARTA SESIÓN. PRESIÓN HACIA LA DELGADEZ Y FIGURA DELGADA COMO IDEAL

- 1) Se hace un resumen de lo visto la sesión pasada

Tiempo: 5 minutos

- 2) **Ejercicio de comunicación y toma de decisiones.**

OBJETIVOS

1. Estimular la comunicación intragrupo.
2. Desarrollo de hábitos de escucha activa.
3. Aprender técnicas de resolución de problemas

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

- Formar grupos de discusión.
- Los grupos discuten el mismo tema o cada grupo diferente tema.

TEMAS:

- Si no queremos que las chicas más jóvenes acepten la idea de una figura ideal delgada, qué hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por:
- Los medios (TV, revistas, eventos de belleza, moda, etc.)
- Por los padres.
- Por los pares o amigas.
- ¿Cuáles pueden ser las dificultades que se pueden encontrar al tratar de resistir el ideal delgado y qué hay que hacer para superarlas?
- Cada equipo nombra un secretario que se encargará de registrar las respuestas que vayan generando los miembros de su grupo;
- Aceptar sin crítica todas las respuestas (torbellino de ideas).
- Clarificar las respuestas en las que hay consenso (en las que todos están de acuerdo);
- Verbalizar los distintos argumentos prolongando la discusión e intentando convencer y llegar a un acuerdo.
- Si perdura la discrepancia el secretario registra las respuestas en las que no ha habido consenso y los argumentos discrepantes.
- Cada equipo selecciona las respuestas que considera más eficaces para solucionar el problema y en situación de gran grupo (todos los grupos juntos) dramatiza la forma de resolución seleccionada;
- Se comentan las conclusiones de cada equipo y se analizan clarificando cuáles son las más eficaces y las más creativas.

- 3) **Actividad: role-play (counterattitudinal)**

Objetivo:

Producir disonancia en las adolescentes.

Descripción

Cada participante trata de disuadir a los demás (al conductor del grupo) de buscar el ideal delgado.

Tiempo: 25 minutos.

DISCUSIÓN:

- ¿Cuántas y cuáles son las respuestas que ha tenido cada equipo en las que no se pudo llegar a consenso y por qué?
- Escuchábamos cuando los compañeros daban los argumentos para sus respuestas
- ¿Cuáles serían las formas más eficaces y creativas a la situación problema que hemos trabajado?
- Tiempo 30 minutos.
- Materiales hojas y lápices y pizarrón

- 4) TAREA. Se les pide que hagan un ejercicio de aceptación corporal en casa: pararse frente a un espejo y registrar sus aspectos o características positivas (físicas, sociales, emocionales, psicológicas). Registrar sólo ideas y pensamientos positivos. Traer esta lista para la siguiente sesión.

QUINTA SESIÓN. NUTRICIÓN

1. Se pide a cada S que discuta:

Los sentimientos y pensamientos que tuvo durante la realización de la tarea frente al espejo de aceptación corporal;

Tiempo: 10 minutos

OBEJETIVO

Que las adolescentes conozcan mejor los alimentos y su importancia nutricional dentro del proceso de crecimiento y desarrollo en la adolescencia.

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

A manera de introducción se habla con las adolescentes sobre el tema de la nutrición, abordando la definición, la descripción de la Pirámide Alimenticia y mencionando la función de algunos alimentos en el organismo.

ACTIVIDAD:

Se pide a las adolescentes que elaboren, con recortes de revista, anuncios publicitarios más reales de los productos que les llame más la atención a fin de presentar dichos mensajes al resto del grupo.

SEXTA SESIÓN. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

1. Resumen de la sesión anterior

Tiempo: 5 minutos

2. EJERCICIO DEL ESPEJO MÁGICO

Objetivos

- Reforzar la actividad (realizada en casa) de aceptación corporal;
- Identificar virtudes o cualidades personales con el propósito de mejorar la autoestima y la auto confianza.
- Facilitar la expresión emocional de sentimientos positivos hacia uno mismo

Descripción de la Actividad

1. Se organizan los grupos (6 a 10) que realizarán la misma actividad simultáneamente. En cada equipo los Ss., se pondrán frente a un espejo imaginario, pensarán en tres cualidades que tengan y las escribirán en un papel.
2. Los Ss., de cada grupo forman un círculo, cada participante pasa al centro y cada uno de los miembros restantes indican tres cualidades positivas. El S. del centro dice si sus compañeros han acertado y en qué cualidades. Este procedimiento se repite hasta que pasa al centro el último de los Ss.

Se abre un debate con el total de los grupos para analizar: sobre las diferencias entre la autoimagen y la imagen de los demás. Para discutir ¿cómo se sintieron frente a los comentarios positivos y sobre si fue fácil pensar en las virtudes de los demás? y ¿en las de uno mismo?

Tiempo: 45 minutos.

Materiales : hojas de papel y lápices.

Observador: registra nombre de los que pasan al centro y las cualidades que le atribuye cada miembro de los grupos. (Se podrá comparar las cualidades auto atribuidas con las atribuidas por los demás).

SÉPTIMA SESIÓN. ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones de los participantes.

Tiempo: 10 minutos

Objetivos:

- Confrontarse con una situación de discriminación, marginación y falta de amigos
- Analizar la situación problemática y reflexionar sobre posibles situaciones a la misma
- Poner de relieve los problemas de discriminación hacia las personas obesas o con sobrepeso
- Promover la comunicación intragrupo: Toma de decisiones por consenso y por mayoría
- Estimular la empatía hacia personas en situación de dificultad

Descripción de la actividad:

En gran grupo, se lee una carta escrita por una persona hipotética (en este caso una chica con sobrepeso) que pide consejo frente a una situación de soledad, marginación y desadaptación en la que se encuentra.

CARTA:

Mi nombre es Karla y tengo 13 años. Desde muy pequeña he sido una niña gordita. Cuando era pequeña todos me decían que tenía unos cachetes muy bonitos. Desde que mi cuerpo ha estado cambiando he notado que mi cuerpo sigue gordito. Los compañeros de mi escuela dicen que soy la más gordita del salón y con frecuencia suelen hacerme burla por mi figura. Suelo encontrarme aislada del grupo, me cuesta tener amigas, y todo esto me hace sentirme muy triste. ¿Qué puedo hacer?

Después de la lectura de la carta, se distribuyen los participantes en equipos de seis a ocho miembros. Cada equipo, durante 15 minutos se convierte en un consejo de redacción de una revista y escribe una carta a Karla en la que, solidarizándose con ella, le dan consejos para resolver esta situación. Posteriormente, en gran grupo, se leen las cartas y se abre un debate en torno a los contenidos de las mismas y a la eficacia de las acciones propuestas.

Nota:

Facilitador: se pueden inventar diversas situaciones problemáticas en las que se solicita consejo.

Observador: Recoger las cartas de respuesta redactadas por cada equipo para análisis posterior. Registrar las verbalizaciones del debate planteado.

Discusión:

El debate se planteará en torno a los contenidos que cada equipo de redacción haya planteado en relación a la situación problema. ¿Cómo se siente? ¿Qué puede hacer para cambiar su situación?

Materiales:

Folios y bolígrafos

Tiempo: 45 minutos

OCTAVA SESIÓN

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones de los participantes.

Tiempo: 5 minutos.

3. Se pide a cada participante que escriba tres sugerencias o recomendaciones (cada una en una tarjeta) en las que se anime a las niñas más jóvenes a que terminen con pensamientos o conductas relacionadas con el ideal delgado. Cada grupo selecciona las mejores recomendaciones y hace role-playing basándose en los contenidos de las mismas y cada grupo finaliza con una conclusión de equipo.

Tiempo: 30 minutos

4. Aplicar el cuestionario

5. Establecer compromiso para verse nuevamente en 3 meses

INTERVENCION / PSICOEDUCATIVA**PRIMERA SESIÓN (30 a 40 minutos)**

1. Presentación e invitación. En México al igual que en otras partes del mundo las adolescentes se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, rechazan su propio cuerpo, y esto les provoca muchos otros problemas. Por tal motivo te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito conocer la imagen corporal que tienen las chicas de tu edad. Tu colaboración será de gran ayuda para desarrollar programas tendientes a mejorar y a aceptar la propia imagen corporal.

Tiempo: 5 minutos

2. Ejercicio de la telaraña

Objetivos:

- Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes sometidas a la intervención

Descripción de la actividad:

La facilitadora dice a las estudiantes que ella dirá su nombre y el de una fruta y toma la punta de un estambre y pasa el resto de la bola a una estudiante, ésta deberá decir su nombre, el nombre de una fruta y repetir los de su antecesora. El ejercicio se repite hasta que todas las estudiantes hayan dicho su nombre y su fruta, además de los de sus antesoras.

Duración: 25 minutos.

Materiales:

- Una bola de estambre

SEGUNDA SESIÓN (30 – 40 minutos).**1. AUTOCONCEPTO**

Objetivo:

- Que las adolescentes conozcan la opinión que tienen sobre ellas mismas.

1. En grupos formados se define qué es autoconcepto se nombra un secretario.
2. En gran grupo se leen los comentarios de cada subgrupo, y el facilitador hace una conclusión sobre la definición de autoconcepto.

2. pedir que las niñas escriban en una hoja, atributos que las describan, sólo se escriben características positivas, pedir que traigan la hoja para la siguiente sesión.

TERCERA SESIÓN. FIGURA IDEAL

Objetivos

- Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.
 - Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.
1. El conductor reparte el material de trabajo (temas de discusión)
 2. Se forman grupos (8 a 10 sujetos) y se define en cada grupo que es internalización del ideal de delgadez;
 3. Se lee en los grupos tema por tema y se discute sus contenidos: A) el origen del ideal de delgadez; B) como se perpetua; y C) principales consecuencias (seguimiento de dietas restrictivas)
 4. Después de que conductor y participantes discuten entre todos la importancia de los temas se sacan conclusiones (el observador registra las conclusiones de cada grupo).
 5. Pedir a cada uno de los participantes que escriban (media página) las consecuencias que la salud y bienestar de uno puede sufrir por el hecho de querer a toda costa estar delgada. Pedirles que traigan ese escrito a la siguiente sesión para discutirlo en grupo.

Tiempo: 40 minutos

CUARTA SESIÓN. PRESIÓN SOCIAL HACIA LA DELGADEZ, IDEAL DE DELGADEZ Y SEGUIMIENTO DE DIETA

Objetivos

- Que las adolescentes detecten la presión que ejercen "otros" por lucir una silueta delgada.
- Que las adolescentes detecten los intereses detrás del seguimiento de dieta y las consecuencias físicas y psicológicas de ésta.

1. Se forman 3 grupos, pidiendo que nombren a un secretario para que registre sus conclusiones, se entrega y discute un tema por grupo.

Presión para lograr la delgadez por parte de:

- I. los medios (TV, revistas, eventos de belleza, moda, etc.)
- II. Por los padres.
- III Por los pares o amigas.

En cada uno de los grupos se discutirá:

Cuáles pueden ser las dificultades que se pueden encontrar al tratar de resistir el ideal delgado y qué hay que hacer para superarlas

Tiempo: 15 minutos

2. Cada secretario de grupo expone sus conclusiones.
2. Se distribuyen los temas de trabajo y los participantes de cada grupo los leen y los discuten : A) Quien se beneficia (corporaciones) de la búsqueda del ideal delgado; B) Consecuencias (para la salud) del seguimiento de dieta.

3. Después de que conductor y participantes discuten entre todos la importancia de los temas se sacan conclusiones (el observador registra las conclusiones).
4. El facilitador hace una conclusión general para cada uno de los temas.

Tiempo: 20 minutos

TAREA. Pedir a cada uno de los participantes que escriban (media página) posibles soluciones para evitar el impacto de los medios. Pedirles que traigan su escrito a la siguiente sesión para discutirlo en grupo.

QUINTA SESIÓN. NUTRICIÓN

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior.

Tiempo: 10 minutos

Objetivo:

Que las adolescentes conozcan mejor los alimentos y su importancia nutricional dentro del proceso de crecimiento y desarrollo en la adolescencia.

ACTIVIDAD:

1. Se les proporciona la información del tema "nutrición", pirámide alimenticia y función de diversos alimentos.
2. Las adolescentes elaboran, por equipo, su propia pirámide alimenticia
3. Exponen su pirámide alimenticia al resto del grupo

Tiempo: 40 minutos

SEXTA SESIÓN. IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones de los participantes.

Tiempo: 5 minutos

Objetivo:

- Que las adolescentes identifiquen el impacto que ejerce la búsqueda del ideal delgado sobre la imagen corporal y la autoestima.

2. Se distribuyen los temas de trabajo y las participantes de cada grupo los leen y los discuten:

- a) El concepto de imagen corporal
- b) El concepto de autoestima
- c) El impacto que ejerce la búsqueda del ideal corporal delgado en la imagen corporal y la autoestima.

Tiempo: 20 minutos

3. El facilitador hace un resumen de los temas y concluye.

Tiempo: 10 minutos

SÉPTIMA SESIÓN. ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

1. Se distribuye una hoja con una imagen y la pregunta ¿para mí una chica gordita es?
2. Cada participante comenta su respuesta ante el grupo
3. Se discuten los siguientes temas:
 - a) El concepto de obesidad
 - b) La actitud que tienen las personas normopeso y delgadas hacia las que tienen sobrepeso y obesidad

Objetivo:

Que la alumna detecte la actitud (prejuicios) que las personas tienen ante las personas obesas

Tiempo: 40 minutos

4. El facilitador hace un resumen de los temas y concluye.
5. Se pide a los grupos que escriban sugerencias para que una persona con sobrepeso y obesidad no se dejen presionar por: los amigos, los familiares y los medios (se reparte un tema por grupo). Se pide que lleven sus escritos para la próxima sesión.

Tiempo: 10 minutos

OCTAVA SESIÓN

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones de los participantes.

Duración: 5 minutos.

2. Si no queremos que las chicas acepten la idea de una figura ideal delgada, que hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por:
 - los padres y los amigos? Pedir a cada grupo que desarrollen sugerencias y posibles soluciones.

Objetivo:

Que las alumnas detecten estrategias que les ayuden a resistir la presión para lucir delgada.

Duración: 20 minutos

3. Se pide al observador que entregue a cada grupo las conclusiones durante las sesiones pasadas y se les pide a los participantes sacar sus conclusiones finales tomando en cuenta todas las sesiones.

Duración: 10 minutos

4. Aplicar el cuestionario
5. Establecer compromiso para verse nuevamente en 3 meses