315011

UNIVERSIDAD SALESIANA A.C.

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE INTERVENCION PARA PREVENIR ANOREXIA Y BULIMIA, APLICADO EN POBLACION PREADOLESCENTE CON RIESGO Y SIN RIESGO ALIMENTICIO, EN UNA ESCUELA PRIVADA DE LA ZONA DE BARRIENTOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

RUIZ CERDA SANDRA ELIZABETH

ASESOR: LIC. FRANCISCO JESUS OCHOA BAUTISTA

MEXICO, D. F. 2005

m340042

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por permitirme concluir una etapa mas en mi vida , por todas las bendiciones que recibo cada día, porque tengo seres a quienes amo y que me dan su amor. Sobre todo , te tengo a ti Señor, porque en tus manos sé que estoy.

A MIS PADRES

Porque han estado presentes cuando los he necesitado, en los momentos de felicidad para alentarme y en los momentos de tristeza para consolarme y aconsejarme. Me han legado una personalidad de servicio y entrega, pues sus actividades siempre son hechas con amor. Me han enseñado a tener sangre fría en los momentos de crisis y cautela y honor en los momentos grandes. Han respetado mi individualidad y más aún, me han enseñado a no repetir sus errores, invitándome a seguir su camino de aciertos. Los Amo.

A MI TIA ROSY

Por ser para nosotros una segunda madre, por estar siempre presente compartiendo importantes momentos en nuestras vidas, porque nunca me has dado la espalda y siempre me has apoyado cuando lo he necesitado, gracias por tus consejos y regaños
Te quiero mucho Tía.

A MIS HERMANOS

Adriana, Gustavo, Ramón y Leticia: Como un testimonio de gratitud y correspondiendo al esfuerzo y apoyo recibido. Porque sin su presencia y muestras de amor constante, probablemente no sería lo que ahora soy. Se que están orgullosos de mi, como yo lo estoy de ustedes en cada momento.

A JORGE

Por llenarme de amor y alegría; ese amor que alumbra mi vida y cobija mis sueños con cálida espera y fiel entrega. Gracias por ayudarme a crecer como persona y pareja, por creer en mi, por alentarme en mis momentos de duda y de tristezas, porque el solo pensar en ti inunda mi alma de tranquilidad y armonía, porque complementas mi existir con tan solo una sonrisa e invades mi universo con tu voz. Te adoro y agradezco a Dios el haberte colocado junto a mi para amarte por siempre.

A LAURA PALOMINO

De manera especial por su cariño, paciencia e invaluables consejos vertidos en mi persona a lo largo de mi estancia como estudiante de Psicología. Su caudal cognoscitivo y agudo sentido del deber me han inspirado a crecer de manera integral y me han conminado no solo a superarme cada día sino también a dar fiel testimonio de mi profesión con honradez, honorabilidad y atingencia, virtudes que en ella se conjugan de manera natural. No solo la considero mi mentora si no una entrañable amiga, a quien espero conservar como tal por muchos años.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO 1 DESORDENES ALIMENTARIOS

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA
1.1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA BULIMIA

1.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL DSM-IV

1.2.1 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA ANOREXIA NERVIOSA
1.2.2 CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LA BULIMIA NERVIOSA

1.3 PREVALENCIA

1.3.1 PREVALENCIA DE LA ANOREXIA
1.3.2 PREVALENCIA DE LA BULIMIA

1.4 ETIOLOGIA

1.4.1 FACTORES BIOLÓGICOS
1.4.2 FACTORES PSICOLÓGICOS
1.4.3 FACTORES FAMILIARES
1.4.4 FACTORES SOCIOCULTURALES

1.5 FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA
1.6 FACTORES DESENCADENANTES
1.7 PROBLEMAS MEDICOS

1.7.1 PROBLEMAS MEDICOS ASOCIADOS A LA ANOREXIA
1.7.2 PROBLEMAS MEDICOS ASOCIADOS A LA BULIMIA

CAPITULO 2 PREVENCIÓN PRIMARIA

2.1 EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN PRIMARIA
2.2 LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA
2.3 LAS HERRAMIENTAS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA
2.4 LOS OBSTÁCULOS QUE ENFRENTA LA PREVENCIÓN PRIMARIA
2.5 LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN RELACIÓN A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

2.5.1 LOS PROS Y LOS CONTRAS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
2.5.2 OBSTACULOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN
2.5.3 MODELOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA UTILIZADOS ANTERIORMENTE EN RELACION A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

2.5.3.1 DIFERENTES MODELOS PREVENTIVOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN UTILIZADOS CON ANTERIORIDAD
2.5.3.2 SUGERENCIAS PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

CAPITULO 3 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.

3.1 IMAGEN CORPORAL

3.1.1 EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL
3.1.2 LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL
3.1.3 ALGUNOS PROBLEMAS ASOCIADOS CON LA IMAGEN CORPORAL Y SUS POSIBLES SOLUCIONES
3.1.4 LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.

3.2 AUTOESTIMA

3.2.1 EL CONCEPTO DE AUTOESTIMA
3.2.2 FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA
3.2.3 SÍNTOMAS DE UNA BAJA AUTOESTIMA
3.2.4 PASOS PARA ELEVAR LA AUTOESTIMA
3.2.5 LA AUTOESTIMA Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

3.3 ASERTIVIDAD

3.3.1 EL CONCEPTO DE ASERTIVIDAD
3.3.2 FACTORES QUE BLOQUEAN LA ASERTIVIDAD
3.3.3 SUGERENCIAS PARA DESARROLLAR LA ASERTIVIDAD
3.3.4 LA ASERTIVIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

3.4 COMUNICACIÓN

3.4.1 EL CONCEPTO DE COMUNICACIÓN

3.4.2 LOS DIFERENTES TIPOS DE COMUNICACIÓN Y SU IMPORTANCIA
3.4.3 LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SU IMPORTANCIA
3.4.4 BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN
3.4.5 SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN
3.4.6 LA COMUNICACIÓN Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

CAPITULO 4 EL PROGRAMA

4.1 ESPECIFICACIONES DEL PROGRAMA
4.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

4.2.1 OBJETIVO GENERAL
4.2.2 OBJETIVOS PARTICULARES

4.2 METODOLOGIA DEL PROGRAMA
4.3 EL PROGRAMA DESGLOSADO

4.2.1 PRESENTACION
4.2.2 ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS
4.2.3 ANOREXIA EN LA VIDA REAL
4.2.4 "EL CUERPO"
4.2.5 ENFOCANDO Y MEJORANDO LA AUTOESTIMA
4.2.6 ATENCION A LAS PROPIAS NECESIDADES Y LA ASERTIVIDAD
4.2.7 MEJORANDO LA COMUNICACIÓN
4.2.8 CERRANDO EL PROGRAMA

CAPITULO 5 PLAN DE INVESTIGACION

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
5.2 OBJETIVOS

5.2.1 OBJETIVO GENERAL
5.2.2 OBJETIVOS PARTICULARES

5.3 JUSTIFICACION
5.4 HIPOTESIS
5.5 BENEFICIOS
5.6 DEFINICION DE TÉRMINOS
5.7 METODO

5.7.1 DISEÑO EXPERIMENTAL
5.7.2 VARIABLES
5.7.3 MUESTRA

5.7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

5.74 PROCEDIMIENTO
5.7.5 INSTRUMENTO

5.7.5.1 FORMA DE CALIFICACIÓN

CAPITULO 6 RESULTADOS

CAPITULO 7 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

El objetivo de ésta investigación es comparar los cambios de Autoestima, Asertividad, Comunicación e Imagen corporal, que facilita un programa sobre Anorexia y Bulimia en una población con riesgos alimenticios y sin riesgos alimenticios. Pretendo demostrar, como hipótesis principal de mi trabajo que es posible prevenir estos trastornos alimentarios mediante un programa, evaluando las modificaciones en los factores de riesgo asociados a los trastornos alimentarios.

Considero que la única manera de prevenir este tipo de trastornos, es dando a conocer a la población los riesgos que implica el tenerlos, mediante la información, ya que vivimos en una era en la que los medios de comunicación constantemente están promoviendo nuevos alimentos y bebidas bajos en calorías, dietas, aparatos para hacer ejercicio, productos para adelgazar y mostrando fotografías de modelos extremadamente delgados, planteando que un cuerpo esbelto es el único aceptable y que si uno no lo tiene es porque no quiere. Algunas repercusiones de lo antes mencionado se pueden observar en el hecho de que muchas mujeres creen que deben estar delgadas para obtener lo que quieran en todos los aspectos de la vida (Meadow y Weiss 1992). Esto ha dado lugar a que un gran número de damas estén terriblemente insatisfechas con sus cuerpos y tengan la constante preocupación por su peso.

No solo la publicidad y la sociedad influyen para el desarrollo de un desorden alimenticio, existen también factores psicológicos, biológicos y familiares, mismos

que en conjunto con los sociales pueden o no combinarse para que la persona llegue a padecer este tipo de trastornos.

Este cambio en los valores personales hace que la gente sea aun mas susceptible a los mensajes provenientes de los medios de comunicación, las soluciones que presenta cada día la industria dietética y a problemas mas serios como anorexia y bulimia.

La metodología utilizada a lo largo de esta investigación fue principalmente activa, técnicas de implicación grupales, contenidos de conocimiento y actitudinales sobre nutrición-alimentación imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación, durante ocho sesiones de dos horas en ocho clases en horario escolar. Del mismo modo, utilizo el método comparativo en algunos rubros buscando ampliar los horizontes del análisis y de esta manera obtener resultados mas confiables.

En cuanto al diseño experimental, me apoyé principalmente en uno transversal, cuasi-experimental tipo grupo control o dos grupos con mediciones antes y después de la intervención.

En el primer capítulo desarrollo el tema de Anorexia nerviosa y Bulimia Nerviosa comenzando por los antecedentes históricos de cada una, criterios diagnósticos, prevalencia, etiología, factores de riesgo, signos y síntomas , epidemiología, problemas médicos, y rasgos de personalidad.

El capitulo segundo versa sobre la prevención primaria, para su estudio lo divido en dos partes, mencionando primeramente el concepto, los programas de

prevención primaria, las herramientas y los obstáculos que enfrenta, continuando con la segunda parte, en la cual se relaciona la prevención primaria directamente con los trastornos de la alimentación, los pros y las contras, obstáculos, diferentes modelos utilizados anteriormente y sugerencias de prevención.

En el capítulo tercero me evoco a los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación, consistentes, para el caso en concreto, en la Imagen corporal, Autoestima, Asertividad y Comunicación, mencionando de cada uno su concepto, formación, características principales y relación con los trastornos alimenticios.

El cuarto capítulo incluye todo lo referente al programa de prevención primaria que se aplicó, especificaciones, objetivos, metodología y el programa desglosado en donde se describen las 8 sesiones, mencionando actividades, material didáctico, tiempo, técnicas utilizadas etc.

Los últimos capítulos están destinados específicamente al desarrollo de la metodología y a la integración de los resultados obtenidos, discusión y conclusiones generales.

Finalmente quisiera aclarar que la labor de investigación que circunscribe a este trabajo se enfocó únicamente al estado de México, de tal manera que mis hipótesis, argumentos, modificaciones y resultados están destinados específicamente a la población de sexto de primaria de una escuela privada en la zona de Barrientos, sin que por ello muchos de los problemas que expongo a lo largo del trabajo no se den en otras escuelas del país.

CAPÍTULO 1

DESORDENES ALIMENTARIOS

El presente capitulo comenzará relatando los antecedentes históricos de la anorexia y la bulimia. Para continuar, se mencionarán sus criterios diagnósticos según el DSM-IV y su prevalencia. Así mismo, se comentará la etiología multifactorial y tan compleja de estos padecimientos. También serán discutidos los factores de riesgo durante la adolescencia, así como los eventos que pueden causar que se desencadenen. Por último, se hará un resumen con las repercusiones médicas que tienen ambos trastornos.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANOREXIA

A lo largo de la historia han existido innumerables casos de personas que han practicado el ayuno o recurrido a la autoinanición. Las razones predominantes por las cuales han presentado esos comportamientos han variado con el paso del tiempo.

Bemporad (1996) hizo un recuento de cómo se han dado el ayuno y la auto-inanición a lo largo de los siglos. Comienza diciendo que en la época antigua era la abstinencia voluntaria de una fuente de placer para probar su devoción o hacer una petición a los dioses. También era una manera de prepararse para entrar a un estado de trance y tener visiones sagradas. Esta situación era diferente en las religiones orientales, en donde el ayuno era una parte de un retiro casi toral de un mundo que era visto como esencialmente malo.

Bemporad (1996) habla acerca del comienzo de la era cristiana, el cual se vio matizado por un gran ascetismo. En dichos años el ayuno era una manera de renunciar al cuerpo, el cual incitaba al pecado. Para purificarlo y preservar el alma eterna.

En la época medieval, dada la falta de comida que había por las plagas y las guerras, la auto-inanición era casi inexistente. Bemporad (1996) comenta que solo se sabe de cuatro casos de ayuno voluntario en ese tiempo. Los dos primeros se tratan de mujeres que no comían por creerse poseídas por el demonio. Ambas fueron curadas con exorcismo. Los otros dos se tratan de Santa Liberata y Santa Margarita, quienes utilizaron el ayuno como una manera de liberarse de su cuerpo y así poder realizar su deseo de estar con Dios y mantenerse vírgenes.

Tanto a finales de la era medieval como durante la época renacentista, se siguieron presentando dichas conductas. Al respecto, Bell y Bynum (citados en Bemporad 1996) reportan un gran numero de casos de mujeres que ayunaron por motivos sagrados entre los siglos XIII y XVI. De hecho, muchas de ellas fueron consagradas como santas. En otros casos, el ayuno era mas que nada evitar un matrimonio previamente arreglado por los padres o la maternidad.

Durante la reforma, se creía que las mujeres que tenían conductas de auto-inanición estaban poseídas por el demonio. Esta visión XVI y XVII se fue modificando a lo largo de los años. Dichas damas comenzaron a ser vistas como

unas mentirosas que solo buscaban llamar la atención con su conducta. Por último, se pensó que estaban mental o físicamente enfermas Bemporad (1996) también reporta casos de auto-inanición en la literatura de los siglos XVIII y XIX.

La primera descripción formal de dicho trastorno data de 1689 y fue hecha por el doctor Richard Morton Bemporad 1996). Dicho autor describió detalladamente los casos que atendió de una joven y un hombre que murieron al poco tiempo de lo que le llamo tisis nerviosa.

En el siglo XIX se da un mayor acercamiento a la definición moderna de anorexia nerviosa como resultado del florecimiento de la medicina y el interés por describir y clasificar las enfermedades tanto físicas como mentales (Bemporad 1996). De hecho, la primera vez que se describió este padecimiento desde un punto de vista psicológico fue en el siglo XIX.

En 1859 Louis- Victor Marcé escribió un reporte a la Sociedad Medicopsicológica de París, describiendo un grupo de mujeres jóvenes que habían llegado a la conclusión que no podían o no debían comer y que presentaban conductas de oposición y una obsesión con la comida, recomendando se hiciera un seguimiento de estos casos por el alto índice de recaída (Bemporad 1996). Fue en 1868 que Sir William Gull describió la anorexia reconociendo sus bases psicológicas y la influencia familiar sobre el desarrollo de esta por primera vez. También reconoció, complementando y ampliando a Marcé desde un punto de vista clínico y médico, que es un padecimiento que se tiende a

desencadenar en la adolescencia o adultez temprana y va acompañada de amenorrea, hiperactividad y una falta de preocupación por parte de la paciente en cuanto el deterioro de su cuerpo. EL mismo autor, en 874 le dio el nombre de anorexia nervosa o nerviosa. Por esa época en -Francia, Lasegue en 1873, también describió detalladamente esta enfermedad, poniendo una especial atención en el aspecto emocional de esta, llamándola anorexia histérica (Bemporad, 1996).

A principios del siglo XX continuaron las descripciones y estudios de la anorexia, así como la forma en que debería de tratarse, incorporando los descubrimientos dentro de la medicina y la psiquiatría. De esto último surgieron dos teorías principales. La primera se basaba en la idea de que las enfermedades eran el resultado de la extirpación o mal funcionamiento de órganos y glándulas secretoras. Esta teoría postulaba que la anorexia se debía a diversas disfunciones endocrinas tales como insuficiencia de la tiroides o una deficiencia en la hormona pituitaria (Bemporad 1996). La segunda teoría nació de la psiquiatría y el psicoanálisis. Dentro de este campo los autores mas importantes fueron Freud y Janet quienes creían que la anorexia era causada por problemas con la libido y la sexualidad adulta (Bemporad 1996).

Durante la segunda guerra mundial, autores como Waller, Kauffman y Deutsch (citados en Bemporad 1996) veian a la anorexia como el resultado de una fijación en la etapa oral que daban como resultado una persona con una psique muy frágil y poca capacidad adaptativa. Pensaban que si una chica tan vulnerable

recibía un golpe narcisista durante la adolescencia, regresa a modos orales de satisfacción que incluyen fantasías de impregnación oral. EL comportamiento anoréxico es entonces interpretado como una defensa contra de y culpa acerca de gratificar este deseo fantaseado" (Bemporad 1996 p.229). Al no existir evidencia para corroborar esto en psicoanálisis esta teoría se fue descartando gradualmente.

Fue a partir de los 70's que se hizo un diagnostico apropiado de esta enfermedad reconociendo todos los factores que influyen en ella. Es también a partir de esa década que se han ido desarrollando métodos de tratamiento mas integrales, interdisciplinarios y adecuados. Esto fue en gran parte debido al trabajo de Hilde Bruch (citada en Bemporad 1996). Esta autora resalto la importancia de factores personales como familiares en el desarrollo de este padecimiento. Entre otras cosas, Bruch (citada en Bemporad 1996) hablaba acerca de la sensación de inefectividad, la distorsión en la imagen corporal, las fallas para percibir y/o interpretar sentimientos y sensaciones corporales adecuadamente y el sentimiento de falta de control que generalmente se da en las personas con este problema. Otro-, 1 avance muy importante que hubo en el estudio de esta enfermedad se dio en los años"80's, cuando finalmente se le diferencio de lo que hoy se conoce como bulimia gracias a..un reporte que escribió Gerald Russell en 1979 (citado en Holtz, 1992).

1.1.2 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA BULIMIA

Existen reportes de cómo antiguamente los romanos preparaban enormes. Banquetes conocidos como bacanales, en honor al Dios Baco, en los cuales se ingerían grandes cantidades de comida, para luego provocarse el vómito y volver a atascarse (Holtz 1992). . .

Los primeros reportes sobre la conducta bulímica ya como tal, datan de fines del siglo XIX, aunque generalmente la asocian a la anorexia nerviosa (Holtz 1995). Es hasta 1940 que la bulimia es considerada como un síndrome. La primera vez en que se reporto la aparición de la conducta bulímica entre población no anoréxica fue en el reporte hecho por Selling y.Ferraro en 1945 (citado en Holtz, 1995). En 1955 Stunkard, Grace y Wolff (citados en Holtz, 1992) fueron los primeros en describir la bulimia en pacientes obesos, llamándola "síndrome de alimentación nocturna".

Fue hasta que se observó que la bulimia se podía dar en personas con anorexia, obesas y de peso normal que se le diferenció de esta, considerándola como un síndrome aparte. En 1979 Russell (citado en Holtz, 1992) describe la bulimia y propone los siguientes criterios diagnósticos para ésta:

1) El paciente sufre de una necesidad urgente e Incontrolable de sobrealimentarse.

2) Se sobrealimenta, y para no engordar, se auto-induce el vómito, utilizando substancias purgantes, o los dos al mismo tiempo.

3) Padece un gran miedo a engordar.

Finalmente, en 1980 con la publicación de¡ DSM-III, la bulimia aparece como un síndrome diferenciado de la anorexia y con sus propios criterios diagnósticos, Esos criterios fueron posteriormente modificados cuando se publicó el DSM-III-R en 1987.

1.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DEL DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994)

El DSM-IV es un manual psiquiátrico muy amplio y bien elaborado que contiene los criterios diagnósticos para los trastornos mentales, dentro de los cuales se encuentran la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. Estos criterios, aunque a veces rígidos, son los más formales que existen para estos trastornos, además de ser los mejor reconocidos y utilizados

1.2.1 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA ANOREXIA NERVIOSA

Según el DSM-IV las personas que padecen de anorexia nerviosa deben reunir todos los siguientes criterios diagnósticos:

a) El rehusar a mantener el peso corporal en o por arriba del peso mínimo normal para la edad y estatura; por ejemplo pérdida de peso hasta un 15% debajo del peso teórico, o fracaso por conseguir el aumento de peso deseado durante el periodo de crecimiento, resultando en un peso corporal 15% debajo del peso teórico.

b) Miedo intenso a subir de peso o volverse obeso a pesar de estar por debajo del peso normal.

c) Alteración en la percepción del peso o la figura, la influencia exagerada de éstos en la autoevaluacón o la negación de la seriedad del bajo peso corporal actual.

d) En mujeres, la ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales.

A la anorexia se le divide en 2 subtipos, la restrictiva y la de atasque /purga`. La primera es del tipo en que la pérdida de peso se logra a través de dietas, ayunos o ejercicio excesivo y no se presentan episodios de atasque y/o purga. El segundo tipo es cuando la persona ha tenido episodios regulares de atasque y/o purga.

1.2.2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA BULIMIA NERVIOSA

Los criterios diagnósticos, los cuales deben cubrirse en su totalidad para poder diagnosticar bulimia nerviosa según el DSM-IV (1994) son los siguientes-

A) Episodios recurrentes de atasque. Un episodio de atasque está caracterizado por lo siguiente.

1) Ingerir en un periodo discreto de tiempo (2 horas) una cantidad de comida que es definitivamente mayor a la que la mayoría de las personas comería durante un lapso de tiempo similar y en circunstancias similares.

2) Un sentimiento de falta de control sobre el comer durante el episodio

B) Conductas compensatorias inapropiadas recurrentes con el propósito de prevenir un aumento de peso, como son la provocación de¡ vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos. enemas u otros medicamentos, ayuno o ejercicio excesivo.

C) El atasque y las conductas compensatorias ocurren las dos en un promedio de por lo menos dos veces a la semana durante tres meses.

D) La autoevaluación está exageradamente influenciada por el peso y la silueta corporales

E) El trastorno no ocurre solamente durante episodios de anorexia nerviosa.

La bulimia se subdivide en dos tipos purgativo y no-purgativo. En el tipo purgativo la persona, durante el actual episodio de bulimia se ha involucrado en vómito auto-inducido o el abuso de laxantes, diuréticos o enemas En el tipo no-purgativo, la persona, en el episodio actual de bulimia, la utilizado otras conductas compensatorias como el ayuno o el ejercicio excesivo. pero no se ha involucrado en vómito auto-inducido o el abuso de laxantes. diuréticos o enemas.

1.3 PREVALENCIA

1.3.1 PREVALENCIA DE LA ANOREXIA

Se ha encontrado que a pesar de que la anorexia no respeta límites tales como edad, sexo o raza, se presenta principalmente entre mujeres jóvenes de clase media a alta (Jablow, 1992). Este trastorno generalmente se desencadena durante la adolescencia o adultez temprana, pero se puede comenzar a dar desde los 11 años y hasta después de los 60 (Kiple, 1993). La edad promedio para que se desencadene es de 17 años de edad (American Psychiatric Association, 1994). Este padecimiento es muy grave pues tiene un índice de mortalidad entre el 5 y el 18% (Jablow, 1992).

Con el objeto de investigar la prevalencia de los trastornos de la alimentación en México, Álvarez (2000) realizó un estudio con 2,168 mujeres mexicanas entre los 15 y 30 años de edad. los cuales concluyeron que el 8.2%

presenta un trastorno de la alimentación, el 90.8% tiene algunos síntomas relacionados a la anorexia o bulimia y el 1% no presenta síntomas

1.3.2 PREVALENCIA DE LA BULIMIA

Según el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996) la bulimia ocurre en un 1 a 3% entre mujeres y en hombres en una décima parte de lo que en, las mujeres. Dicho trastorno generalmente se desencadena durante la adolescencia tardía o adultez joven (American Psychiatric Association, 1996), sin embargo, hay casos en los que se desencadena hasta pasados los cuarenta años de edad (Abraham y Llwellyn-Jones, 1987). La conducta de atascarse generalmente comienza después de un episodio de dieta (American Psychiatric Association, 1996) . En la mayoría de estos casos, el desorden alimentario continúa durante varios anos y puede ser crónico o intermitente (American Psychiatric Association, 1996)

Para conocer la prevalencia de la bulimia en México, Gómez (1993a y 1997b) realizó unos estudios con estudiantes de bachillerato del DF., los cuales indicaron que aproximadamente un 10% habían recurrido al vómito autoinducido y un 7% al uso de laxantes para -bajar de peso. Estos resultados son similares a los encontrados por Tena y Holtz (1996) en preparatorias privadas dentro delDistrito Federal, los cuales mostraron que el 50.7% (de las alumnas y 60% de los alumnos han tenido atracones, el 10. 1 % de las chicas el 1. 7% de los chicos se han inducido el vómito para bajar de peso, el 9.7% de las Jóvenes toman laxantes y el

12% diuréticos y que el 39.7% de los estudiantes toman pastillas para bajar de peso.

1.4 ETIOLOGÍA

Diferentes autores, dentro de los cuales figuran Halmi, Fairburn y Cooper (citados en Halmi, 1992) concuerdan en que el hacer dietas es un factor muy importante en el desarrollo tanto de la anorexia como la bulimia. En relación a esto, en un estudio realizado por Patton y colaboradores (citados en Neumark-Sztainer, 1995) se encontró que el riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación era ocho veces mayor para aquellas personas que hicieron dieta en comparación con las que no en un periodo de un año.

Sin embargo, el hacer dietas no es el único factor de origen de estos padecimientos Autores como Garner, Garfinkel y Tobias (citados en Phelps y Bajorek, 1991) han concluido que la etiología de los trastornos de la alimentación es muy compleja y está compuesta por factores biológicos, psicológicos, familiares, físiopatológicos, cognitivos, emocionales y sociales que conjuntamente dan lugar al comportamiento alimenticio de las personas con anorexia o bulimia.

Para ésta enfermedad se han propuesto diversas teorías psicológicas con, el objeto de encontrar una explicación. Durante largo tiempo se ha considerado que la Anorexia era un fenómeno de tipo Histérico, sobre todo durante la larga época de J. Charcot (1985). Hoy en día ésta forma de diagnosticar a las pacientes

anoréxicas ha cambiado, Desde el enfoque sistémico se considera que la niña que desarrolla A.N. es un medio de preservar el estado de las cosas haciendo que la familia se conserve entrelazada, comprometida, rígida, sobreprotectora e incapaz de afrontar los conflictos de manera abierta. La enfermedad puede ofrecer un vínculo por medio del cual los padres buscarán la satisfacción de sus propias necesidades y/o resueltas de dependencia.

De acuerdo a Selvini Palazzoli (Selvini-Palazzoli, M. 1990, pp. 192) la paciente señalada se encuentra atrapada en un trampa insostenible. Cada padre, profundamente decepcionado de su compañero, le pide, y se lo pide de manera encubierta, que sustituya al cónyuge en todo aquello que éste no puede darle. La paciente se ve así obligada a ejercer a la vez, el rol del marido oculto de la madre y el rol de la madre oculta del padre, y debe ejercerlos simultáneamente, dividiéndose en dos".

1.4.1 FACTORES BIOLÓGICOS

Wren y Bryant-Waugh (1993) mencionan los siguientes aspectos biológicos como posibles causantes de un trastorno de la alimentación: factores genéticos, una mala función hipotalamica, desnutrición y trastornos en el vaciado gástrico.

En referencia a los factores genéticos-, la información genética de una persona hace que ésta tenga un cierto tipo de metabolismo, figura y tendencia hacia la obesidad o la delgadez- Por ejemplo, las personas cuyos padres son

obesos tienen un 90% de probabilidad de ser obesos, las que tienen un padre obeso el 40% y los que no tienen padres obesos el 15% de probabilidad (Holtz, 1992).

Por otro lado Rock y Zerbe (1995) reportan que en los parientes en primer grado de personas con algún trastorno de la alimentación, el riesgo es más elevado. Las mismas autoras (Rock y Zerbe, 1995) dicen que entre gemelos monocigóticos el riesgo es aún mayor que entre gemelos dicigóticos, aún cuando hubieran crecido en ambientes separados Esta información se ve corroborada por varios estudios citados por Wren y Bryant-Waugli (1993) que reportan una incidencia del 6% entre hermanas de pacientes anoréxicas, 5% entre gemelas dicigóticas y 56% entre gemelas monocigóticas. Estos resultados fueron muy similares a otros estudios reportados por Gorwood, Adés y Parmentier (1998) los cuales indican una incidencia de anorexia del 7% entre gemelas dicigóticas y 56% entre gemelas monocigóticas.

Se ha observado que el hipotálamo de las personas son anorexia está alterado, pero no queda muy claro si el daño causó el trastorno o al revés. A pesar de eso, Phelps y Bajorek (1991) mencionan diferentes estudios que parecen indicar que existen bajos niveles (de serotonina en pacientes anoréxicos aún después de su recuperación, lo cual apoya hasta cierto punto que el daño en el hipotálamo precedió el problema alimentario.

La desnutrición juega un papel muy importante en los trastornos de la alimentación Se ha postulado que baja en los niveles de zinc pueden provocar una falta de apetito, una falla en el sentido del gusto y depresión (Wren y Bryant-Waugh, 1993). Sin embargo, la falta de zinc es de esperarse por las características mismas de la anorexia y la bulimia.

Aunado a esto, se ha visto que el tomar suplementos de zinc no altera el curso de la enfermedad (Wren y Bryant-Waugh, 1993).

Autores como Dinsmore, Buchanan y Adam (citados en Wren y Bryant-Waugh, 1993) proponen que en algunos individuos, los alimentos, especialmente los carbohidratos, pueden provocar un incremento en los niveles de ciertas hormonas gastrointestinales que reducen la velocidad del vaciamiento gástrico. Dichas hormonas pueden traspasar la barrera sanguínea, llegando al cerebro, produciendo una sensación de saciedad o de una intensa hambre:

Todo lo anteriormente mencionado parece indicar que aunque no son determinantes, existen factores biológicos que se ven involucrados en el desarrollo de un trastorno de la alimentación. Esto es muy importante y muy grave pues hay un buen número de personas que, por querer estar delgadas, luchan constantemente contra la naturaleza de sus cuerpos, no sabiendo que van a estar toda la vida en una lucha que no pueden ganar sin poner su salud y hasta sus vidas en peligro.

1.4.2 FACTORES PSICOLÓGICOS

Dentro de las características más notorias de las personas que padecen de anorexia es que tienden a rechazar la comida como una manera de lidiar con sus vidas (Mallozzi, 1993). Generalmente las personas anoréxicas sienten una falta de control sobre sus vidas, llegando a creer que lo único que pueden controlar es la comida. Esto es un engaño pues no son ellas las que controlan la comida, sitio al revés.

Otro rasgo de personalidad muy importante de estos individuos es que "La autoestima de las personas con anorexia es altamente dependiente de su figura y peso. La pérdida de peso es visto como un gran logro y un signo de una extraordinaria autodisciplina, por el otro lado, un aumento de peso es visto como una terrible falta de autocontrol (American Psychiatric Association, 1996 pg. 540). Su autoestima no sólo está ligada a su peso corporal, sino también se basa principalmente en la aprobación y reconocimiento de los demás. Por lo mismo, tienden a ser personas muy perfeccionistas. En relación a esto, Siegel, Brisman y Weinshel (198 8) comentan que desde antes de desarrollar anorexia estas chicas generalmente son "niñas modelo" que casi no se quejan, ayudan mucho y buscan ser complacientes. Escolarmente son exitosas y muy exigentes consigo mismas. Asimismo, son chicas que respetan mucho las reglas y están preocupadas por siempre hacer lo correcto (Pryor y Wiederman, 1998). Piensan* que para ser queridas tienen que ganarse la aprobación de los demás, aunque eso implique ocultar sus sentimientos o actuar de una manera no deseada en ocasiones.

Un factor muy notorio de las personas con anorexia es generalmente niegan fuertemente el problema que tienen (American Psychiatric Association, 1996). Esto resulta en que tanto el llegar a tratamiento, como mantenerse dentro de éste sea muy difícil. Eso es muy alarmante. pues al negarse a recibir tratamiento, incrementan las probabilidades de tener un daño permanente en su cuerpo o mueran.

Otros rasgos asociados a la anorexia son sentimientos de inefectividad, una gran necesidad de controlar su medio ambiente, un pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y una muy restringida iniciativa y expresión emocional (American Psychiatric Association, 1996), en parte porque tienden a ser personas que tienen un gran miedo a madurar. Un factor que se relaciona con lo antes mencionado es que tienden a ser introvertidas y evitar el contacto con miembros de] sexo opuesto (Mallozzi, 1993). También tienen una gran dificultad para saber como son realmente y separar sus sentimientos, pensamientos y deseos de los de las otras personas (Kerr, Skolk y McLaughlin, 1991

La gente con anorexia tiende a tener un coeficiente intelectual alto y ser introvertida, egoísta, terca y presenta comportamientos auto punitivos. Estas personas también tienen conductas obsesivas-compulsivas las cuales pueden estar o no relacionadas a la comida (American Psychiatric Association, 1996).

Una serie de características que se ha visto en los individuos con anorexia es que cuando llegan a estar muy por debajo de su peso tienden a manifestar síntomas depresivos tales corno un humor deprimido, aislamiento social, irritabilidad, insomnio y una disminución en el interés sexual (American Psychiatric Association, 1996).

Otra cosa importante es que conforme va progresando la enfermedad, incrementa el mal funcionamiento cognoscitivo, haciéndose su pensamiento cada vez más simple,. concreto y con una lógica irracional (Kerr, Skok y McLaughiin, 1991).

El rasgo más importante que acompaña a la bulimia además del impulso a la delgadez, una imagen corporal negativa y/o distorsionada y una insatisfacción con su cuerpo y que también se presentan en la anorexia, es la depresión (Kerr, Skok y McLaughiin, 1991) La depresión varía tanto en grado como en su forma de manifestarse en cada caso, pero (Generalmente se asocia con sentimientos de culpa, autodesprecio, desesperanza, falta de confianza en uno mismo. infelicidad y enfermedad.

Otra de las características más importantes de las personas bulímicas es "que tienen una baja autoestima, lo cual provoca que en el aspecto social tengan muchos problemas para relacionarse con los demás y sean muy desconfiadas (Kerr, Skok y McLaughlin, 1991). Quien padece bulimia presenta una gran inestabilidad en su estado de ánimo, altos niveles de ansiedad y baja tolerancia a

la frustración. Es por eso que tienden a ser muy impulsivas, siendo el robar una conducta frecuente entre estas chicas (Halmi, 1987 y Manley, 1989, citados en Kerr. Skok y McLaughiin, 1991).

Por otro lado, la gente con este padecimiento tiende a ser pasiva, tiene conductas de evasión y está llena de dudas en cuanto a si misma (Kerr, Skok y McLauglin, 1,991). También tienden a ser personas dependientes (Patton citado en Lara, 1996) De eso mismo se deriva que estas pacientes presentan una gran necesidad de aprobación y sentimientos de aislamiento social (Patton citado en Lara, 1996). Esto último contribuye a que por un lado las personas bulímicas sean más extrovertidas que las anoréxicas y busquen contacto e intimidad con el sexo opuesto (Mallozzi, 1993) y por otro lado a que tengan problemas para expresar la agresión de una manera adecuada (León y Chamberlain en Lara, 1996).

La culpa y la vergüenza son sentimientos muy comunes entre las bulímicas. Estas emociones se tienden a centrar principalmente en torno a la alimentación, el peso y la comida y en especial los atracones y la pérdida de control asociada a estos. También tienden a sentir una falta de control sobre si mismas y la comida. Todo esto hace que aunque reconocen más fácilmente que tienen un problema que las anoréxicas, lo tienden a guardar en secreto.

En cuanto al pensamiento se refiere, éste es de tipo dicotómico como con las anoréxicas (Kerr, Skok y McLaughlln, 1991). Esto quiere decir que es simple, concreto y con una lógica irracional. De igual manera, tienen un estilo cognoscitivo

irracional en especial con la comida y su peso e imagen corporal (Kerr, Skok y McLaughlln, 1991). Por ejemplo, pueden,.. llegar a pensar que una galleta se va a convertir en un kilo de grasa. Las personas con este padecimiento se encuentran frecuentemente atormentados con pensamientos relacionados a la comida (Yager. Landsverk y Edeistein citados en Kerr, Skok y McLaughiin, 1991).

1.4.3 FACTORES FAMILIARES

Se cree que la madre es la primera y más fuerte influencia en los hábitos alimenticios de una niña; sin embargo, el padre también tiene un efecto muy profundo sobre ella. Durante la adolescencia el padre se vuelve aún más importante pues es con base en la reacción de este ante el proceso de maduración física de la hija que esta se sentirá acerca de su. cuerpo. Dicha actitud paterna puede o no fomentar que la chica se sienta mal con respecto a su cuerpo y a sí misma (Couturier, 1995b). Dentro de los comportamientos que generan una actitud negativa en las jóvenes mencionadas por Couturier (1995b) están una actitud de rechazo hacia ella, que él mismo coma para calmarse o manejar emociones fuertes o tenga una actitud dominante en cuanto a que y cuando se come.

De igual manera Miller, McCiuskey-Fawcett e Irving (1993) plantean que en muchos casos, para las personas con anorexia o bulimia, la hora de la comida estaba ligada con experiencias negativas tales como conflictos familiares, el uso

de la comida como método de manipulación o castigo y un énfasis en las dietas y el peso corporal.

Fisher y colaboradores (1995) mencionan que se han encontrado índices maS elevados de depresión y alcoholismo en familiares en primer grado de personas con algún trastorno de la alimentación. Estos mismos autores (Fisher et al., 1995) hablan de otras investigaciones en las que se han visto que las siguientes características pueden contribuir al desarrollo de alguna de los desórdenes ya mencionados- una disciplina demasiado estricta, desacuerdo por parte de los padres en cuanto a la disciplina y secretos familiares, mayor cantidad de conflictos, menos cohesión, menor estructura, mayor discordia marital, padres ajenos comprensivos y más denigrantes, culpantes, rechazantes y negligentes y que no prestaban mucha-,atención a los sentimientos y necesidades de los hijos. Asimismo, se ha visto que en muchos casos que varios miembros de la familia padecen o han padecido algún desorden alimentario.

Más específicamente, las familias de las personas que padecen anorexia.; generalmente reúnen varias de las siguientes características rigidez, sobreprotección, los límites son confusos e intrusivos, hay falta de relaciones objetales y empatía, hay poca privacia e independencia, los conflictos casi no se resuelven o se niegan, se da la triangulación, se exige lealtad al grupo familiar, son demandantes y controladoras, ni los deseos ni conflictos se expresan abiertamente. fóbica y existen alianzas secretas entre miembros de la familia (Holtz, 1992). ..A esto Crispo, Figueroa y, Guelar (1996) agregan que tienden a

haber ausencia de límites generacionales, expectativas demasiado altas de los padres respecto de los hijos y la existencia de abuso sexual o físico

En cuanto a las familias de las personas con bulimia, Holtz (1992) comenta que son impulsivas y caóticas, los conflictos se expresan de manera indirecta y crónica, hay poca cohesión entre los miembros, los límites son escasos y confusos, el ambiente es más hostil, hay una falta de compromiso y contención y tienden a estar orientadas al éxito. Schwartz et al. (citados en Humpbrey, 1992) también comentan que dichas familias tienden a estar aisladas, enfocadas en las apariencias y grandemente influenciadas por valores culturales y familiares y las costumbres. Complementando lo anterior Root y colaboradores (citados en Pumprey, 1992) dicen que dichas familias tienen problemas con los límites tanto individuales como de los subsistemas, sobrevaloran la apariencia física y el peso corporal y el poder está distribuido inequitativamente. Asimismo, otros estudios (citados en American Psychiatric Association, 1994) han sugerido que hay un incremento de bulimia nerviosa, trastornos en el estado de ánimo y dependencia y abuso de substancias en los familiares más cercanos (padres, hermanos, hijos). A esto Jablow (1992) agrega que en este tipo de familia existe menos apoyo entre los miembros y se valora menos la asertividad y la autonomía, además de que generalmente existen problemas entre los padres y más estrés entre la familia,

Autores como Minunchin y Selvini-Palazzoli (citados en Lara. 1996) dicen que los síntomas del paciente identificado, en este caso la anorexia o la bulimia, son una expresión alternativa de un conflicto familiar subyacente. Por lo tanto, los

síntomas anoréxicos o bulímicos tienen una función estabilizadora dentro de la familia, que al ser eliminados, hacen que resurja el conflicto. Esto implica que por un lado va ha haber una gran resistencia inconsciente por parte de la familia a cambiar de comportamiento y cooperar con el tratamiento y recuperación de la persona, y por otro lado, que es esencial tanto quitar los Síntomas corno tratar ese conflicto.

1.4.4 FACTORES SOCIOCULTURALES

En relación a esto Beattie (1988) comenta que en nuestra cultura se les socializa a las niñas a obtener una proporción más grande de autoestima y aceptación social de su apariencia Física que de actividades físicas y competencia en el mundo. (p.453) Por Otro lado, los medios de comunicación y la sociedad, la cual se ha visto influenciada por éstos, exigen que las mujeres estén tan delgadas como las modelos de las revistas (las cuales en su mayoría padecen algún desorden alimentario). De ahí que el 90-95% de los casos sean mujeres. Al respecto. Garner (1997) comenta que las imágenes de las modelos en los medios de comunicación tienen un efecto muy grande en la manera en la cual se ven a si mismas las mujeres, en especial aquellas que padecen algún trastorno de la alimentación.

Otra cosa muy importante a notar es que los trastornos de la alimentación son cada vez más aceptables socialmente hablando. Garner (1997) dice que de hecho, a través de la exposición de celebridades con estos padecimientos, los

trastornos de la alimentación han adquirido un matiz positivo, lo cual ayuda a su propagación por contagio social.(p.76) Sin embargo, hay que considerar que hay casos en los cuales la publicidad no ha sido negativa Por ejemplo, en los casos de Karen Carpenter y Diana de Gales que fueron tan renombrados e impactantes, propiciaron a que se hicieran más investigaciones al respecto. También hay ocasiones en las que personas con un trastorno de la alimentación, al descubrir que no están solas, se animan a empezar a hablar de su problema y a buscar tratamiento.

Igualmente hay que tomar en cuenta que hay profesiones como las de modelo, bailarina o gimnasta que requieren que las personas estén delgadas, contribuyendo también a que se desencadenen desórdenes alimentarios en muchos miembros de estas profesiones lo cual es alarmante. Esto último se ha visto apoyado por unos estudios efectuados por Hamilton et al. y por Johnson-Sabine, Wood, Mann y Wakeiing (citados en Kerr, Stok y McLaughlin, l991) los cuales reportan un índice de anorexia considerablemente mayor entre bailarines y modelos. Halmi Mitchell y Rigotti (1993) apoyan esto último diciendo que las personas que corren un mayor riesgo de desarrollar un trastorno de la alimentación incluyen bailarines, corredores de larga distancia, patinadores artísticos, actores, modelos, luchadores, jockeys y otros para quienes el estar delgado es un requisito profesional.

1.6 FACTORES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Como se puede observar, la adolescencia es cuando se presentan los trastornos de la alimentación con mayor frecuencia. Aunado a esto, el programa que se pretende proponer corno parte de este trabajo va enfocado a adolescentes. Es por eso que es importante revisar aquellos factores propios de la adolescencia que pueden promover dichos desórdenes.

Vandereycken y Meerman (1984) comentan que los adolescentes en riesgo tienen las siguientes características 1) una preocupación muy grande con la comida, el peso y el tamaño corporal 2) conflictos con la autonomía 3) problemas en sus -relaciones interpersonales 4) experiencias de estrés y fracaso y 5) tendencias hacia el perfeccionismo.

Asimismo, Leon, Fulkerson, Perry y Cudeck (1993) realizaron una investigación para determinar los factores de riesgo en adolescentes. Los resultados de dicho estudio indican la gran influencia de estados emocionales negativos (en especial niveles de estrés muy altos) y, la inhabilidad para identificar y nombrar las sensaciones y emociones que uno está sintiendo corno los mejores predictores de riesgo en mujeres adolescentes.

Por otro lado, Taylor et al. (1998) agruparon los factores de riesgo durante la adolescencia en biológicos, psicológicos, conductuales, socio-ambientales y culturales, Dentro de los primeros mencionan el peso corporal y proceso de

desarrollo pubertal. Los riesgos a nivel psicológico incluyen insatisfacción corporal y una baja autoestima. Las conductas van hacer dietas constantes hasta atascarse. Los principales factores socioambientales son la presión ejercida por el grupo de pares para hacer dietas y/o estar delgadas y actitudes negativas por par-te de los padres hacia el control de peso. De igual modo, los estándares culturales que idealizan la delgadez también influyen en el desarrollo de los trastornos alimentarlos entre adolescentes.

Las dietas y los hábitos alimenticios poco saludables han sido mencionadas como un importante factor de riesgo para el desarrollo de anorexia o bulimia, sin embargo en la adolescencia hay que tener mucho cuidado. Los adolescentes tienden a presentar conductas alimentarias caracterizadas por saltarse comidas, comer entre comidas, ingerir alimentos chatarra y hacer dietas entre otras (Adams y Shafer, 1988). Es por eso que durante la adolescencia no se pueden tornar dichas conductas como señales de un trastorno alimentario. sino que más bien hay que tomar en cuenta la frecuencia de los episodios, de comer problemáticos, el grado de preocupación por el peso y comida y la presencia de problemas médicos y psicopatología (Adams y Shafer, 1988).

1.7 FACTORES DESENCADENANTES

Son muchos los factores que pueden desencadenar la anorexia o la bulimia, pero se pueden agrupar en estos siguientes- 1) un evento traumático 2) 2 o 3 años consecutivos de gran estrés 3) un largo periodo de duelo emocional 4)

padecer de desórdenes del estado de ánimo 5) no validación de los sentimientos 6) ser muy sensible 7) una enfermedad física y 8) un comentario acerca del peso y/o figura (Holtz, 1992).

1.10 PROBLEMAS MÉDICOS

1.10.1 PROBLEMAS MÉDICOS ASOCIADOS A LA ANOREXIA

Los problemas médicos que se pueden encontrar en pacientes anoréxicas son muchos y pueden afectar a la mayoría de los sistemas del cuerpo. Los problemas médicos causados por la anorexia generalmente tienen que ver de alguna u otra manera con la desnutrición tan grave que tienden a presentar y pueden ser por ejemplo problemas cardiovasculares tales como hipotensión, arritmias, taquicardias y paros cardiacos- problemas causados por falta de calcio tales como problemas dentales y osteoporosis, problemas en la piel como edema, lanugo o resequedad, problemas gastrointestinales como gastritis, colitis, esofagitis y pancreatitis: y renales (American Psychiatric Association, 1996).

Igualmente se ven alteraciones muy graves en el sistema endocrino (Study Group on Anorexia Nervosa, 1995). Como ejemplo de lo último, se ha visto que las personas con anorexia tienden a presentarse bajos niveles de estrógeno en mujeres y de testosterona en hombres y que el patrón de secreción de la hormona luteinizante es como el que se observa normalmente en mujeres prepúberes. Relacionado a esto, hay un decremento en el Interés sexual y amenorrea.

Asimismo se pueden observar anormalidades en el eje hipotalámico-pituitario-gonadal y un retardo en el crecimiento (Holtz, 1992).

A nivel neurológico Kaplan y Woodside (1987) comentan que los neurotransmisores se pueden ver afectados por la disponibilidad de ciertos nutrientes. También mencionan que la anorexia provoca bajos niveles de norepinefrina (Kaplan y Woodside, 1987). Igualmente pueden darse pérdida de neuronas así como un mayor riesgo para ataques apopléticos y hemorragias cerebrales (Holtz, 1992)

Por otro lado, Fedoroff et al. (1995) postulan que el estado severo y prolongado de inanición de las personas con anorexia de menor peso contribuyen o causan déficits en el olfato estos siendo aún más marcados cuando aunado a la anorexia, fumaban.

1.10.2 PROBLEMAS MEDICOS ASOCIADOS A LA BULIMIA

Al igual que en la anorexia, en la bulimia hay toda una serie de problemas médicos que pueden surgir entre los cuales están problemas dentales, dolores de garganta, inflamación de las glándulas salivales, debilidad muscular, disfunción cardiaca, hipoglucemia, desbalances electrolíticos, daños o fallas renales, ruptura y hemorragia M esófago, hernia hiatal úlceras y callos en los dedos y manos (Tannenhaus, 1995). También hay toda una serie de complicaciones que se derivan de¡ abuso de laxantes tales como cólicos, dolores abdominales,

Inflamación anal y hasta en algunos casos graves, una incapacidad para controlar las evacuaciones (Tannenhaus, 1995).

CAPÍTULO 2

PREVENCIÓN PRIMARIA

Este capítulo comienza presentando una revisión del concepto de prevención primaria. Luego habla de lo que es un programa de prevención primaria, los elementos que debe incluir, los niveles a los que se puede enfocar, los pasos por los que debe pasar desde que se comienza a planear hasta que se evalúa una vez implantado y las características que han tenido los programas mas exitosos. De igual manera, menciona las herramientas que utiliza la prevención, así como los beneficios y los obstáculos que enfrenta. Posteriormente comenta sobre la prevención de los trastornos de la alimentación discutiendo sus pros y sus contras, algunos programas preventivos que se han utilizado previamente, los resultados obtenidos de dichas experiencias y sugerencias propuestas por autores que han estudiado la prevención de dichos padecimientos sin ponerla en práctica.

2.1 EL CONCEPTO DE PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención es sumamente importante dentro de lo que son el modelo de salud mental y la psicología de la comunidad, sin embargo, comenta Conyne (1983) que a veces queda poco claro debido a que existen diferentes definiciones para ésta o se le confunde con otros conceptos como comentan Price, Cowen, Lorion y Ramos-Mckay, (1989). A pesar de eso, desde los años 60 es que existe una preocupación por esta Duncan (1994).

Conyne (1983) habla de tres diferentes niveles para aproximarse a lo que es la salud mental. El primero de ellos, llamado prevención primaria tienen como meta principal el reducir el número de nuevos casos de alteraciones mentales en

toda una población. La prevención secundaria se dedica a reducir el numero y la duración de los casos en donde ya se comenzó a dar el problema mediante la identificación temprana e intervención en las primeras fases de su desarrollo. Por último, la prevención terciaria se enfoca a reducir los efectos de una alteración, promover el mayor bienestar dentro de ella, curar si es posible y evitar la recaída de aquellas personas que ya se recuperaron; por lo que se le puede considerar una intervención propiamente dicha, mas que prevención. Como ejemplos de esta última se encuentran la intervención en crisis y la psicoterapia.

Bower(citado en Conyne, 1983) comenta que hay dos objetivos centrales en la prevención primaria: 1) reducir la incidencia de perturbaciones emocionales en los miembros de una determinada población y 2) el promover el bienestar emocional en los miembros de dicho grupo.

2.2 LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

Un programa de prevención primaria es un plan de intervención en una población con el propósito de evitar que surjan nuevos casos de trastornos mentales. Cowen (1984) amplia lo anterior, diciendo que para clasificar un curso como un programa de prevención primaria, este debe cumplir los siguientes tres requisitos: 1) ser orientado al grupo 2) tener una base teórica que promueva la madurez psicológica y 3) estar diseñado para ser implantado antes de que se de el trastorno.

Drum (1984) dice que hay las siguientes dos categorías generales para clasificar los programas de prevención primaria: 1) estrategias pasivas diseñadas para una población que recibe una manipulación ambiental mas grande y 2) estrategias activas hechas para alguien que debe entender, interpretar y aplicar a su propia vida la estrategia sugerida.

Perry y Jessor (1985) hablan de tres áreas a las que se puede enfocar un programa preventivo. El primer nivel, el de comportamiento: se enfoca a debilitar o eliminar comportamientos que ponen en peligro la salud, e introducir o fortalecer comportamientos más sanos para sustituir los anteriores. En segundo lugar mencionan los programas dirigidos hacia la personalidad, los cuales buscan introducir o fortalecer características que promuevan conductas en pro de la salud. La prevención a nivel del medio ambiente busca eliminar o reducir aquellos aspectos del entorno que promueven o permiten conductas que van en contra de la salud y dar las oportunidades para tener comportamientos alternativos más sanos.

Por otro lado Sower, García y Seitz (1996) mencionan las siguientes cuatro aproximaciones de la prevención: 1) de factores riesgo 2) de desarrollo o enfocados al desarrollo sano de la persona 3) de influencia social y 4) de comunidad especifica.

Cowen (1984) menciona los siguientes cinco pasos por los que debe pasar todo programa preventivo 1) identificar su base generativa 2) traducir esta base a

conceptos para guiar el programa 3) desarrollar una tecnología que haga funcionar el programa 4) conducir el programa y 5) evaluar el programa. El primer paso se refiere a que cuando existen eventos o circunstancias que resultan en un mal psicológico, es hora de hablar de la prevención. El siguiente punto trata de crear una base o guía del programa a diseñar. El desarrollar una tecnología, es tomar en cuenta al grupo al que va dirigido en cuanto al nivel de desarrollo, intereses y motivaciones, tener personas capacitadas para impartirlo y que estas personas conozcan el programa a fondo y el grupo al que va dirigido para trasmitirlo correctamente. El conducir el programa no es mas que el tener presente que es importante que a la hora de impartirlo se vayan resolviendo detalles prácticos así como cualquier problema que surja en el grupo. El evaluar el programa adecuadamente es de mucha importancia pues permite ver como se puede mejorar e identificar ciertas fallas que este pudo haber tenido.

Drum (1984) da la siguiente lista de principios para aplicar a la hora de estar diseñando un programa de prevención: 1) el programa debe ir mas allá del informar al transformar 2) se deben tomar en cuenta las necesidades del "consumidor" 3) el programa debe estar enfocado hacia la meta 4) el problema a ser tratado debe ser prevenible 5) la intervención debe ser hecha en el momento adecuado 6) la labor preventiva debe estar enfocada a aquellas personas que son susceptibles al problema en cuestión 7) una vez que se ofrece la intervención, esta debe ser capaz de promover un sentimiento de esperanza y movimiento hacia el resultado esperado 8) muchos programas de prevención deben recurrir a la eliminación de peligros o barreras ambientales 9) el ambiente en el cual se

ofrece el programa debe conducir a los cambios deseados 10) todas las actividades, materiales e información deben ir a la par de la motivación, tolerancia y habilidades de los participantes para absorber y personalizar la información 11) el cambio involucra resistencia y ambivalencia, que si no son tratados adecuadamente estancarán los esfuerzos por cambiar 12) en un buen programa preventivo hay un equilibrio entre los retos que se les presentan a los participantes y los recursos que estos tiene para lidiar con esos retos 14) la técnica del cambio debe adecuarse al escenario del programa y 15) el diseño de evaluación debe permitir una retroalimentación sobre el impacto de la intervención, los procesos utilizados y el estilo de liderazgo.

Price et al. (1989) dicen que los programas preventivos efectivos reúnen las siguientes características: 1) están enfocados a un grupo en particular del cual se tiene una comprensión de los riesgos y los problemas que encuentran 2) están diseñados para alterar la vida de los participantes 3) fortalecen el apoyo natural proveniente de la familia, la escuela y/o comunidad y 4) han recabado mucha evidencia para documentar su éxito. Por otro lado, Masterpasqua (1989) dice que las intervenciones preventivas más exitosas han sido aquellas que promueven características cognitivas, conductuales y sociemocionales que hacen que el individuo sea menos vulnerable a una gran gama de problemas subsecuentes.

Antes de tratar de prevenir alguna alteración, es recomendable que esta sea estudiada cuidadosamente. Para estudiar el desarrollo de una enfermedad resulta útil considerar tres componentes que combinados explican su proceso y que a la

vez forman las áreas básicas a las que se debe enfocar la prevención: 1) el individuo vulnerable 2) el entorno y 3) el agente Conyne(1983). Es importante recordar que cuando se trata de seres humanos y alteraciones mentales, no existen relaciones causales rígidas, pues en muchos casos un mismo factor o situación se encuentra presente como causa o factor concomitante en varias alteraciones.

2.3 LAS HERRAMIENTAS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA.

Gulota (1994) menciona los siguientes cuatro puntos básicos para la prevención primaria: 1) educación 2) promoción de la competencia 3) organización comunitaria / intervención de sistemas y 4) el dar cuidados naturalmente. La educación es la herramienta mas frecuentemente utilizada en la prevención; sin embargo, es la menos efectiva, pues el informar no necesariamente produce un cambio en el comportamiento de la persona. La promoción de la competencia es en las palabras de Gulota (1994 p.11) "actividades que promueven la pertenencia a un grupo, ser valorado como miembro por ese grupo y ser capaz de hacer una contribución significativa a la existencia y continuación de ese grupo". En cuanto al tercer punto se refiere, es el cambiar cosas en el sistema legal o administrativo y/o en la comunidad que impiden o limitan al individuo a alcanzar las oportunidades y opciones en la vida. El dar cuidados es en esencia el cuidarse a si mismo y a los demás.

2.4 LOS OBSTÁCULOS QUE ENFRENTA LA PREVENCIÓN PRIMARIA

Duncan (1994) menciona los siguientes obstáculos a los cuales se ha enfrentado la prevención primaria a lo largo de los años: 1) no se le da la prioridad que debe tener 2) no se le dan los fondos necesarios, en parte por una falta de interés por parte de los patrocinadores y en parte porque los mecanismos para conseguir fondos para pagarla son inadecuados 3) se pone un énfasis en el cambio individual 4) se le pone en manos de clínicos, en otras palabras, profesionales no entrenados en la prevención y con poco interés en llevarla a cabo 5) se le ponen metas irreales y 6) que se clasifican los problemas como biológicos, haciendo el enfoque social de la prevención, poco aplicable.

Albee (1982 citado en Shisslak, Crago, Neal y Swain, 1987) explica lo anterior diciendo que la prevención de cualquier trastorno emocional puede amenazar intereses económicos, costumbres y reglas sociales.

2.5 LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN RELACION A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

2.5.1 LOS PROS Y LOS CONTRAS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

Un número de autores han dicho que dada la alta prevalencia de los trastornos de la alimentación y el bajo índice de éxito en el tratamiento, se le debe

dar mas importancia a su prevención (Crisp 1988). Al respecto Shisslak, Crago, Neal y Swain (1987) comentan que el seguir haciendo a un lado la prevención primaria de los desórdenes alimentarios puede resultar en un incremento en su incidencia. Esto último, sumado a que la anorexia y la bulimia son problemas muy graves que afectan a la persona en todos los aspectos de su vida y pueden llegar a costarle la vida, plantea que es mucho más importante prevenir los trastornos de la alimentación que intentar curarlos cada vez que se den.

Neumark-Sztainer (1995) dice que muchos autores concuerdan en que es recomendable la prevención primaria de los trastornos de la alimentación. Por otro lado, hay autores (Vandereycken y Merman, 1984) que dicen que la prevención secundaria es un enfoque más realista hasta que se entienda mejor su etiología. Es importante notar que dicho artículo tiene veinte años de haber sido escrito. A lo largo de ese tiempo se han hecho numerosas investigaciones sobre la etiología y tratamiento de estos trastornos, haciendo que lo que plantean dichos autores se contraponga con lo postulado por escritos mas actuales.

Otro problema al que se enfrentan aquellas personas que están intentando desarrollar un programa de prevención para los trastornos de la alimentación es la preocupación de que estos programas pueden impulsarlos (Neumark-Sztainer 1995). Eso es cuestionable pues cada vez hay mas personas, incluyendo adolescentes, que están en contacto con información acerca de estos desordenes. Por otro lado, es poco probable que una persona desarrolle anorexia o bulimia por lo que dijeron en un programa de prevención de estos mismo; sobre todo si la

información les es presentada de tal manera que les haga ver el lado tan poco glamoroso y lleno de sufrimiento de estos padecimientos.

2.5.2 OBSTACULOS PARA LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Un obstáculo, muy importante al que se enfrenta la prevención de los desordenes alimentarios es la resistencia que ponen los medio de comunicación, las industrias de la moda, la dietética y deportiva como comentan Shisslak, Crago, Neal y Swain (1987). De igual manera Neumark-Sztainer, Butler y Palti (1995) postulan que otra de las razones por las que no se han hecho más por prevenir dichos trastornos es la existencia de modelos etiológicos complejos que involucran factores familiares, sociales e individuales difíciles de tratar fuera de un entorno clínico.

2.5.3 MODELOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA UTILIZADOS ANTERIORMENTE EN RELACION A LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

2.5.3.1 DIFERENTES MODELOS PREVENTIVOS PARA LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN UTILIZADOS CON ANTERIORIDAD

Se han puesto en práctica diferentes programas de prevención primaria para los trastornos de la alimentación. Algunos de ellos ponen énfasis en los aspectos nutricionales y control de peso, otros en factores psicosociales. Sin

embargo, los modelos usados con mayor frecuencia son los que combinan ambos elementos.

El primer programa preventivo para los trastornos de la alimentación evaluado tanto a corto plazo como a largo plazo es el que pusieron en practica Killen et al (1993). Este curso se centró alrededor de los siguientes tres componentes: 1) instruir acerca de los efectos nocivos de los métodos de control de peso poco saludables 2) promover un control de peso sano mediante una dieta balanceada y el practicar alguna actividad física aeróbica regularmente y 3) desarrollar diferentes estrategias para resistir las diferentes influencias socioculturales ligadas a la obsesión por las dietas y estar delgada. Este taller de 18 sesiones fue aplicado a un grupo de niñas entre los 11 y 13 años de edad. Para poder medir su efectividad se utilizó un grupo control con las mismas características de las chicas que participaron en el programa. Los temas de dicho curso se enfocaron a lo siguiente: 1) el aumento de peso en una parte normal y necesaria en el crecimiento de las mujeres 2) la reducción excesiva de la ingesta de calorías no es un método de control de peso efectiva a largo plazo 3) la restricción calorica puede propiciar una falla en la regulación del peso 4) los adolescentes pueden aprender a contrarrestar las presiones sociales que promueven el hacer dietas y el cuerpo delgado como ideal y 5) los adolescentes pueden ser entrenados para adoptar unos hábitos alimenticios y de actividad física sanos. Los resultados de este estudio plantean que hubo un incremento en cuanto a los conocimientos en el grupo experimental, pero no en cuanto a las actitudes y comportamientos de las chicas. Como conclusión, estos autores Killen

et al (1993) sugieren hacer programas dirigidos a poblaciones de alto riesgo en lugar de a toda la población adolescente.

Neumark-Sztainer en 1992 (citada en Neumark-Sztainer, Butler y Palti 1995) partiendo de su creencia que para prevenir el desarrollo de anorexia o bulimia es importante evitar el comienzo de practicas de control de peso excesivas y poco saludables, tratando aquellos factores que influyen en que se den esas conductas, puso en práctica un programa que combino tantos aspectos nutricionales como psicosociales con esos objetivos. El programa fue comprendido por 10 sesiones en las cuales se tocaron los siguientes temas: cambios corporales en la adolescencia, como comer adecuadamente, los grupos alimenticios, como modificar los hábitos alimenticios, autoestima, imagen corporal, anorexia y bulimia nerviosas, asertividad y que se puede hacer al respecto a nivel social. La autora antes mencionada realizó el curso con niñas de 15 años de edad y tomo medidas antes, a los seis meses después y a los dos años con un instrumento que media variables cognitivo-afectivas, actitudes hacia los métodos de control de peso, percepción de si mismas y comportamientos hacia la comida. Se obtuvieron resultados positivos a la hora de evaluar dicho programa estadísticamente. En primer lugar se observó que el programa fue efectivo en prevenir que se iniciaran conductas poco sanas para controlar el peso, pero no así en las ya existentes. También hubo mejoría en cuanto a la información nutricional de los participantes a corto plazo, pero no en cuanto a la autoestima e imagen corporal. En resumen se concluyó que era necesario comenzar con los esfuerzos preventivos a una edad

mas temprana y darle más tiempo y énfasis a las áreas de autoestima, imagen corporal y asertividad.

Otro modelo es el de Shisslak, Crago y Neal (1990). En este programa con ocho sesiones se trataron los temas de: síntomas y prevalencia de la anorexia y la bulimia, características psicológicas asociadas con los desórdenes alimentarios, complicaciones médicas, características familiares, factores de riesgo y métodos de tratamiento. Se observó que sólo era un proyecto piloto, que se midieron conocimientos exclusivamente y que hubo mejorías significativas después de la implementación del programa. Sin embargo, proponen integrar el tema de autoestima al programa.

2.5.3.2 SUGERENCIAS PARA PREVENIR LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Adams y shafer (1998) comentan que se necesita poner en práctica programas de prevención primaria para mujeres preadolescentes y adolescentes que 1) las desmotive de hacer dietas, saltarse comidas y ayunar 2) les proporcione información sobre los cambios naturales durante la pubertad y 3) corrija ideas erróneas sobre nutrición, peso corporal y métodos sanos de control de peso.

Huon (1996) postula que en la prevención de anorexia y bulimia hay que apoyar a las chicas para que se sientan en control de si mismas y sus vidas e impulsarlas a ser muy críticas en todo lo relacionado a la cultura de las dietas.

Para lograr dicho objetivo es útil recalcar que la relación entre el peso corporal y la ingesta de comida es simple y que el hacer dieta no significa necesariamente un control de peso a largo plazo (Huon 1996). De igual manera comenta que lo mas importante es hacer a las adolescentes conscientes de las ocasiones en las que las opiniones de si mismas son construidas con base en las opiniones e ideas de otros Huon (1996). También menciona que cualquier programa preventivo de este tipo debe incluir el trabajar habilidades que les ayuden a las mujeres a lidiar con su entorno y sus retos de una manera positiva (Huon, 1996)

Crisp (1986) dice que para prevenir anorexia y bulimia se enfocaría a chicos entre los 11 y 18 años de edad. Habla de usar una estrategia multifacético en la que se haga lo siguiente: 1) dar información sobre dichos trastornos 2) dar consejos y la enseñanza de ciertas habilidades como la buena comunicación y alimentación y 3) proveer distintas oportunidades para que los jóvenes aprendan más sobre si mismos, su impacto sobre los demás y desarrollen habilidades para enfrentar y resolver problemas personales e interpersonales. (Crisp 1986).

Tomando en cuenta los resultados del estudio a adolescentes de 15 años propuesto por Neumark-Sztainer en 1992 (citada en Neumark-Sztainer, Butler y Palti 1995) en donde concluyó que era necesario comenzar con los esfuerzos preventivos a una edad mas temprana y darle más tiempo y énfasis a las áreas de autoestima, imagen corporal y asertividad y en conjunto las aportaciones de los diferentes autores antes mencionados. Se decidió poner mas atención en dichos temas y agregarlos al programa de prevención primaria, junto con el tema de la

comunicación ya que se considera son puntos clave y es necesario que sean reforzados para la eliminación de riesgos alimentarios.

Es importante señalar que la intervención primaria, busca reducir el riesgo de la perturbación mental para una población íntegra. Su meta, por ende, es la de crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. El programa preventivo primario debe identificar las influencias ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas (Kaplan, 1964; citado por Rivera, 1997).

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

El capítulo comienza con el concepto de imagen corporal, revisando su evolución en el tiempo, su formación y desarrollo, algunos problemas y posibles soluciones, y finalmente su relación con los trastornos alimentarios. Después habla de lo que es la autoestima, síntomas, formación, métodos para elevarla, etc. y como se relaciona con los trastornos alimentarios. Así mismo incluye los conceptos de asertividad y comunicación destacando los puntos mas importantes de cada tema y concluyendo estos mismos al relacionarse con los trastornos alimentarios.

3.1 IMAGEN CORPORAL

3.1.1 EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

Es en neurología, donde se puede considerar que la evolución de los conceptos a la imagen del cuerpo tuvieron su origen de los cuales, Ambrosio Paré en el siglo XVII (citado por Rincón, en 1969) se refiere al intentar explicar la sensaciones persistentes que tenían las personas que fueron sometidas a la amputación de un miembro, a este fenómeno se le denomina "miembro fantasma". (Rincón 1969 p.32) Más adelante Weir Mitchel y Chorcot (citado por Rincón, 1969) explica lo que sería el funcionamiento central responsable de esa persistencia sensorial. A fines del siglo XIX y principios del XX Sir Henry Head (citado por Rincón, 1969) muestra su concepto "esquema corporal" o "modelo postural del cuerpo". Head dice que el modelo que se tiene mentalmente de nuestro propio cuerpo reposa en los cambios posturales.

El concepto de imagen corporal también ha sido de interés para los psiquiatras, donde explican algunas extrañas distorsiones de las sensaciones corporales en la psicosis. Los psicólogos lo han utilizado, principalmente para explicar la construcción de la imagen del cuerpo del niño (Wallon 1954; Zazzo, 1957; Piaget, 1960; Vkoupernik y Dailly, 1968; citados por Bruchon-Schweitzer, 1992).

Tomando en cuenta todo lo anterior se deduce que el concepto de imagen corporal tiene muy diversas acepciones por lo que se encuentran definiciones: clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales y psicogenéticas (Bruchon-Schweitzer, 1992)

La imagen corporal es la representación mental que uno tiene de su propio cuerpo, y por lo tanto, está relacionada con todas las otras percepciones y actitudes que uno tiene de si mismo (Rodin, 1992) La imagen corporal, según Schilder (citado en Lara, 1996) Incluye sensaciones, recuerdos, intenciones, inclinaciones e impulsos. La imagen corporal se puede dividir en las siguientes dos dimensiones independientes: 1) percepción del tamaño corporal y 2) satisfacción corporal (Carr-Nangle et. al citados en Lara, 1996).

Es muy importante tener presente que la imagen corporal va cambiando según el estado de ánimo de la persona, pues también se manejan las emociones a través del cuerpo (Rodin, 1992). En relación a esto último; Garner (1997) comenta que la satisfacción corporal tiene mucho que ver con toda una serie de

factores que incluyen: el aumento o pérdida de peso, la menstruación, la opinión de la pareja acerca del cuerpo de uno y el humor en el que uno se encuentre, dando a lugar a que el grado de satisfacción corporal sea muy variable y relativo.

El problema es que estamos viviendo en una época en que la sociedad atribuye un gran valor al aspecto físico. Como nuestra apariencia física afecta a nuestro sentido del si mismo así como la forma en la que los demás reaccionan ante nosotros, todos somos vulnerables a las trampas del cuerpo. Las trampas del cuerpo surgen de los dobles lazos causados, por una parte, por la ignorancia que sufrimos respecto a nuestros cuerpos, y por la otra, debido a las preocupaciones que nos proporcionan estos mismos cuerpos. (Rodin, 1992 p.14).

La imagen corporal es fundamental para tener conciencia de quien es uno. De hecho, Kepner (1992 p.7) dice que la experiencia del cuerpo es experiencia del si-mismo, igual que el pensamiento, y las ideas. Cuando hacemos de nuestra experiencia corporal un "eso" en vez de un "yo", nos hacemos menos de lo que somos. Dicho autor llega a decir que la patología se da cuando una persona niega o rechaza su parte física y menciona un continuo de aceptación/negación del cuerpo colocando en un extremo el materialismo somático y del otro lado la despersonalización psicótica (Kepner, 1992), Por otro lado, autores de corriente psicoanalítica, aunque no hablan de la imagen corporal como un concepto aparte, mencionan la gran importancia de ésta para el desarrollo del yo (Fisher y Cleveland, 1968).

A pesar de la importancia de conocer y aceptar el propio cuerpo, muchas personas tienen poca conciencia de ellos. Un ejemplo de esto es que uno suele alterar el tamaño de su cuerpo como demostró un estudio hecho por Thompson (citado en Rodin, 1992 pp. 59) en el que se vio que más del 95% de las mujeres que no padecían algún trastorno de la alimentación sobreestimaban su tamaño corporal. Esto lo explica Fisher (1973) diciendo que es el resultado de varias cosas 1) los constantes cambios en el cuerpo, los cuales tardan mucho en ser asimilados por la persona 2) que es muy difícil que una persona pueda ver todo su cuerpo pues hay partes que no se pueden ver sin un espejo y 3) que el cuerpo tiende a ser una fuente de ansiedad, ideas irracionales y significados simbólicos distorsionados que hacen que el individuo vea a su cuerpo como malo y/o que casi no lo se ponga en contacto con él.

Por otro lado, Kepner (1992) dice que uno va perdiendo contacto con su cuerpo porque experimenta sensaciones perturbadoras de las cuales no puede escapar, quedándole como único recurso amortiguar su impacto reduciendo su calidad de atención o disminuyendo la capacidad de sus órganos de percepción. Relacionado con lo antes dicho, Rodin (1992) comenta que las mujeres parecen tener menos conciencia de sus cuerpos que los hombres pues, al verse preocupadas por alcanzar el "cuerpo ideal", no se dan el tiempo de ir adquiriendo un conocimiento adecuado de su cuerpo. Lo que muchas personas parecen ignorar o no tomar en cuenta es que "Los cuerpos femeninos están programados genéticamente para tener una proporción bastante alta de grasas", y las hormonas femeninas se desequilibran cuando el porcentaje de grasas corporales cae por

debajo de cierto nivel (Rodin, 1992, p.47). Por lo tanto, el ideal "sin grasa" es un estándar artificial.

3.1.2 LA FORMACIÓN Y DESARROLLO DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal se va formando desde que uno nace, ya que desde ese momento la persona se va relacionando con el mundo exterior a través del cuerpo. Durante la infancia, las experiencias corporales influyen en todas las percepciones del individuo (Rodin, 1992). Es en esa misma etapa de la vida que los pequeños, en especial las niñas, aprenden a prestar atención a su apariencia física y preocuparse por sus cuerpos.

Con el propósito de ver cuando comenzaba a darse esa preocupación por el cuerpo, Rodin y Reznick (citados en Rodin, 1992) hicieron un estudio en el que observaron a un grupo de madres dándoles de comer a sus bebés, concluyendo que aún a la edad de un año (y posiblemente antes) los bebés ya son vulnerables a las preocupaciones de la madre por su peso y cuerpo. Esto es aún peor en la adolescencia, sobre todo en madres de chicas con trastornos de la alimentación que deseaban que sus hijas fueran más delgadas de lo que querían otras madres, independientemente de su peso corporal real (Rodin, 1992). En relación a esto Jacobs (citada en Brody, 1996) comenta que las Imágenes corporales negativas comienzan en el hogar con padres que están excesivamente preocupados por el peso y, las dietas, que restringen la comida al niño porque "se está poniendo gordito" o que hacen comentarios acerca de las personas pasadas de peso en

general o el cuerpo creciente del niño o el de la chica que está convirtiéndose en mujer.

La imagen corporal no se estanca en la infancia, sino por el contrario, en la adolescencia cambian las percepciones de si-mismo y la definición del cuerpo ideal, al igual que la imagen corporal (Rodin, 1992). Es durante esa etapa en la cual los chicos quieren aumentar su peso y tamaño corporal y las chicas quieren ser más delgadas. Eso es muy, importante, pues el cuerpo femenino va a aumentar de peso y porcentaje de grasa en la adolescencia de manera natural para cambiar de un cuerpo de niña a uno de mujer, y la mayoría de las chicas tratan de evitar ese proceso. Es ese mismo ideal de estar más delgadas que las lleva a una mayor presión por perder peso y a una mayor insatisfacción con sus cuerpos (Rodin, 1992).

Además de enfrentarse a toda una serie de cambios físicos, los adolescentes deben lograr un nuevo sentido del si-mismo, establecer relaciones con otros y desarrollar la independencia. La imagen corporal tiene mucha importancia en esas tres tareas para las mujeres. En cuanto a la primera se refiere, las mujeres parecen preocuparse más respecto a lo que los demás piensen de ellas que los hombres, por lo tanto, el ser agradable a los demás, y sobretodo, el cumplir con los estándares de belleza y feminidad es muy importante. El aspecto de las relaciones interpersonales es vital para las chicas pues valoran mucho el ser populares, y al ver que las muchachas bonitas y delgadas son las más populares, tienen más amistades y más éxito con los chicos,

buscan ser como ellas. En cuanto a la independencia ser refiere, es más difícil para las mujeres pues son más dependientes en sus relaciones con los demás que los hombres. Es ese mismo deseo de independencia, mezclado con una alta necesidad de cariño, apoyo y aprobación de los demás que puede llevar a una adolescente a sentirse insegura, confundida e ineficaz, al grado de recurrir a controlar su peso como una muestra falsa de maduración y como un intento de controlar sus vidas a través del único campo que sienten que pueden controlar: su peso.

3.1.3 ALGUNOS PROBLEMAS CON LA IMAGEN CORPORAL Y SUS POSIBLES SOLUCIONES

Rodin (1992) menciona una serie de trampas relacionadas con el cuerpo en las cuales una persona puede caer, siendo la primera la de la vanidad. Rodin (1992) dice que el estarse viendo constantemente en el espejo, más que por vanidad, es un reflejo de la gran importancia psicológica que tiene el cuerpo. "El problema es que las actitudes sociales han conspirado para lograr que la forma en que usted se muestra a los demás sea demasiado importante". (Rodin, 1992 p.5 l). Esta trampa, como es de suponerse, presenta un problema para aquellas personas que muestran una gran autoconciencia en público.

En segundo lugar está la trampa de la vergüenza, la cual surge de la brecha que se da entre el si-mismo real y el si-mismo ideal (Rodin, 1992). La

vergüenza es sentirse mal respecto a lo que uno es. Por eso mismo, es más fácil para las mujeres sentir vergüenza.

Esto es un problema porque es un sentimiento muy primitivo y muy difícil de afrontar racionalmente ya que está ligado con otros sentimientos enraizados muy profundamente corno la ansiedad. Este intenso conjunto de sentimientos negativos asociados forma parte de la trampa de la vergüenza. La segunda parte de dicha trampa es la sensación de haber fracasado en la persecución de un ideal que todos valoran. La vergüenza por el propio cuerpo puede llegar a tal grado que puede provocar que una mujer postergue decisiones importantes en su vida como un ascenso en el trabajo. Romper con la vergüenza requiere el perdonarse a uno mismo por no lograr todas las cosas que la cultura actual dice que uno debe luchar para conseguir y comenzar a sentirse bien consigo mismo (Rodin, 1992). El sentirse bien consigo mismo hace más probable que uno se sienta bien. De hecho, hay casos en que el sentirse bien y el tener un buen aspecto precede la pérdida de peso. Otra cosa que ayuda mucho a romper la trampa de la vergüenza es el hacer una lista de sus verdaderas necesidades.

La tercera trampa que menciona Rodin (1992) es la de la rivalidad. Dice que desde hace siglos que las mujeres rivalizan entre ellas en cuanto a la belleza se refiere. Pero la trampa de la rivalidad se ha hecho aún más compleja. Hoy el mensaje es que las mujeres deben tenerlo todo: atractivo físico, logros profesionales y una vida familiar equilibrada. "Las mismas mujeres se juzgan en un campo más amplio de logros y con estándares cada vez más rigurosos" (Rodin,

1992 p. 108). Las mujeres atrapadas en esta trampa siempre se están comparando con las demás, Esta competencia va desde ir a clubes, gimnasios, tratamientos y salones muy caros y exclusivos, hasta el comer menos que las amigas y controlar su peso. Esto se ve fomentado a nivel social y laboral por el hecho de que se tiende a valorar a la mujer por su aspecto físico mucho más que por sus cualidades internas, capacidades y logros profesionales. Esto es algo que tienen grabado muy adentro las mujeres por el hecho de que los medios de comunicación transmiten la idea de que sólo se obtiene el éxito si se es bella y delgada, lo cual tiende a ser reforzado aún dentro de la familia. También en la familia es el campo principal en el que se desarrollan las aptitudes y los comportamientos relativos al peso, al aspecto y a la comida. "Dado que la alimentación proporciona la base inicial para la relación entre la madre y la hija, la preocupación por la comida y el peso puede ser como el campo de pruebas donde más adelante se expresará la relación madre / hija." (Rodin, 1992 p. 126). La rivalidad puede llegar a tal grado que una mujer puede estar en una intensa competencia consigo misma., lo cual es una batalla que nunca van a ganar. Para ir venciendo esta trampa, Rodin (1992) dice que hay que desarrollar un saludable orgullo personal en el propio aspecto que no sea debilitante ni motivado por otra persona. Rodin (1992) comenta que esto se puede lograr al bajar las expectativas y exigencias que tiene uno consigo mismo gradualmente hasta que sean alcanzables para empezar a ver sus capacidades reales y aceptar sus limitaciones sin que estas le causen conflicto.

La siguiente trampa que menciona Rodin (1992) es la de la comida la cual consiste en tres partes principales. Primeramente se ha visto que la comida tiene muchos más significados que una simple alimentación para nutrición, salud y supervivencia corporal Dentro de estos significados están el de seguridad, consuelo, autoatención, entrega de amor, autonomía y control de diferentes cosas y tienen mucho que ver con la cultura de la cual proviene. La segunda parte se trata básicamente de que ha llegado a tal grado el bombardeo de que hay que comer tal o cual alimento porque es bueno para la salud, para concentrarse, para el romance, etc., que muchas personas llegan a estar muy confundidas respecto a que comer y que no. También esto ha dado a lugar a que se lleguen a pensar en los alimentos como remedios. La ironía de esto es que por un lado un alimento que puede ser beneficioso para una cosa, puede de hecho ser dañino para otra, y por otro lado, los alimentos pueden servir para prevenir ciertos malestares, pero no son medicinas. El último componente de ésta trampa es el hecho de que, contrario a lo que mucha gente piensa, el cuerpo no trata de igual manera todos los alimentos ni todas las calorías. Para sobreponerse a esta trampa es necesario elaborar una lista de cosas que podría uno hacer en lugar de comer para sentirse bien o disminuir el dolor. Otra parte de la estrategia es el disminuir la angustia que puede producir el simple pensar en comida o ver anuncios de comida. Por último, uno puede aprovechar el hecho de que diferentes alimentos se asimilan de diferente manera para así comer alimentos con menor contenido de grasas, pero al mismo tiempo satisfacer su apetito.

En cuanto a la trampa de las dietas se refiere, ésta también tiene varias partes. La primera, y más importante, es que muchas personas hacen dietas esperando bajar de peso, encontrar la felicidad y hasta purificar su cuerpo y su alma, sin saber que las dietas no sirven Esto es porque el cuerpo, cuando no recibe las calorías que necesita, se defiende reduciendo el metabolismo basal, lo cual hace que uno aumente de peso cuando termina la dieta y que el cuerpo vaya aprendiendo a defenderse cada vez más contra estas. Asimismo, hay funciones corporales tales como su manera de utilizar y acumular las calorías y grasas, que no se pueden cambiar por razones puramente genéticas, El hecho que la sociedad y los medios de comunicación plantean que el hacer dieta es fácil de igual manera, constituye un factor en esta trampa. Otra creencia falsa alrededor de las dietas es que el estar delgado y el bajar de peso es bueno para la salud. Es un mito porque en realidad el peso sólo es dañino para el cuerpo cuando la falta o el exceso de son extremos y de hecho es más dañino el estar subiendo y bajando de peso periódicamente. Lo peor es que mucha gente no se da cuenta de que las dietas además de tener efectos físicos importantes, tienen repercusiones psicológicas de igual o mayor importancia pues se ha visto que las personas que están a dieta tienden a estar más irritables, deprimidas y ansiosas. Rodín (1992) recomienda lo siguiente para ir rompiendo con la trampa de la dieta: 1) ver si es el momento adecuado y revisar las motivaciones por las cuales se quiere perder el peso, recalcando que la dieta no debe ser una de bajas calorías, sino una que impide el sentirse privado y que disminuya las grasas, pero aumente la fibra en forma de verduras y frutas naturales así como panes integrales 2) quitarse la "mentalidad de dieta" de todo o nada, bueno o malo 3) identificar los pensamientos inútiles y

diálogos internos que suelen ser dañinos y autopeyorativos 4) tratar de distribuir las calorías a lo largo del día 5) tener presente que los alimentos naturales y no procesados sacian mas 6) no confiar en su memoria y 7) hacer ejercicio.

"La trampa del buen estado físico existe porque el ejercicio es al mismo tiempo bueno y malo: es una simple cuestión de grado". (Rodin, 1992 p. 219). El ejercicio es muy beneficioso si se Practica con constancia y moderación pues además de ser un muy buen método de control de peso, puede ayudar a mejorar la salud tanto mental como física de quien lo practica. Por ejemplo el ejercicio aeróbico ayuda a tener un buen funcionamiento del sistema cardiovascular y el hacer pesas ayuda a desarrollar los músculos y a prevenir la osteoporosis además de servir para relajarse mentalmente, adquirir una mayor disciplina y mejores hábitos alimenticios y una autoestima y autoconfianza más elevada. Sin embargo, el hacer demasiado ejercicio tiene toda una serie de efectos negativos que van desde una disminución del metabolismo que conlleva a un aumento de peso y a una preocupación intensa por el peso corporal, el aumento del riesgo de enfermedades cardiacas, alteraciones en los ciclos menstruales, impotencia y anemia hasta depresiones serias entre otras. Rodin (l992) dice que la clave para romper esta trampa es la moderación. En otras palabras, hacer el ejercicio que mejor se adapte a sus gustos y necesidades, tratando de variarlo y especialmente hacerlos con moderación teniendo en mente que es para la salud y no un reflejo de su calidad como persona ni de su autodisciplina.

La última trampa de la que habla Rodin (1992) es la del éxito. "Sentirse un estafador, y el estrés y la ansiedad que se desprende de ello, es parte de la trampa del éxito." (Rodin, 1992 p.254). Este sentimiento de ser falso se deriva del sentirse poco auténtico y de dudarse a si mismo. Las personas que están exhibiendo una fachada se sienten muy ansiosas y vulnerables pues temen ser expuestas como impostoras y a ser rechazadas por los demás si las llegan a conocer realmente. El intenso estrés que causa el usar una máscara puede llevar a la persona a un círculo vicioso en el que la persona, para lidiar con esas presiones, come, y luego para tener éxito y guardar las apariencias, trata de bajar de peso, creando aún más ansiedad que la vuelve a llevara comer. Rodin (1992) dice que hay más mujeres que se ven atrapadas en esta parte de la trampa del éxito debido a que tienden a atribuir sus éxitos a la suerte o al esfuerzo que son cosas variables y que explican el fracaso. como una falta de fiabilidad, en contraposición a los hombres que ven al éxito como resultado de la capacidad y al fracaso como mala suerte o a la dificultad de la tarea. Hay otro aspecto muy importante en la trampa del éxito que es el miedo al fracaso. Este temor en las mujeres está relacionado sobre todo con recuperar el peso perdido o con otros cambios importantes en el aspecto físico. Otra parte de esta trampa es que hay personas que tienden a pensar que si uno fuera mejor de una u otra forma, generalmente refiriéndose al cuerpo, su vida sería mágicamente transformada en una vida llena de felicidad y éxito. Esas expectativas, por no ser realistas, llevan a la infelicidad y al fracaso. Se da frecuentemente que ante un éxito, en lugar de recibir el apoyo deseado, la familia y las amistades tienden a reaccionar negativamente. Tornando esto en cuenta, el temor al éxito y el autosabotaje para

no conseguirlo se da con cierta frecuencia, especialmente entre mujeres. Rodin (1992) comenta que para romper con esta trampa es necesario en primer lugar estar consciente de su existencia y de como le afecta, entendiendo que el éxito suele desencadenar malos sentimientos en lugar de curarlos. Si se siente falso es recomendable hacer un ejercicio en el que se imagine diciéndole a las personas como las engañó y como cree que reaccionarían si la conocieran realmente. De igual manera, es útil imaginar que cree que es lo peor que pasaría si no tuviera éxito. Asimismo, puede hacer una lista de los sentimientos positivos que recibe de los demás y ver que le impide aceptarlos. Sirve mucho primeramente concentrarse en sus propias cualidades y pensar que los logros que ha tenido han sido por sus acciones, el buscar los motivos de sus éxitos en factores internos y de los fracasos en situaciones a las que se está enfrentando y cambiar los diálogos internos evitando subestimarse.

3.1.4 LA IMAGEN CORPORAL Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Es muy fácil de suponer que para aquellas personas con algún trastorno de la alimentación, la imagen corporal es un asunto de extrema importancia. De hecho Brody (1996 p.69) comenta lo siguiente "Para la mayoría de las personas que desarrollan trastornos de la alimentación, no son las demandas de una actividad en particular que llevan a tornar medidas extremas para perder peso, Más bien, dicen los expertos, es una imagen corporal negativa, y frecuentemente una poco realista, la que se encuentra detrás de su obsesión con el peso". Brody

(1996) también comenta que las distorsiones en la imagen corporal están comenzando a una edad cada vez más temprana. Esto último también lo menciona Kepner (1992) colocando la anorexia dentro del rango de altamente negado en su continuo ya mencionado.

3.2 AUTOESTIMA

3.2.1 EL CONCEPTO DE AUTOESTIMA

Según Arbetter (1996) la autoestima es una evaluación personal del valor que tiene uno como persona. Por otro lado, Ball (1993) dice que la autoestima es un sentido de riqueza personal y no debe confundirse con el narcisismo y el egoísmo que son lo opuesto. Este mismo autor comenta que la autoestima es una decisión sobre uno mismo y que como cualquier otra decisión, puede ser cambiada (Ball, 1993).

Arbetter (1996) dice que la autoestima mide cuanto se respeta uno física, intelectual, emocional y moralmente. Por otro lado Branden (1994) comenta que la autoestima está compuesta por las siguientes dos partes: 1) autoeficacia que es la creencia en las propias habilidades para lidiar con los retos de la vida y tomar buenas decisiones y 2) autorespeto que es el sentirse digno de amor, amistad y felicidad por el hecho de ser uno mismo.

Como la autoestima es una manera de verse, puede variar en grado. La autoestima elevada es tener un sentido positivo del propio valor inherente como

persona (Palladino, 1992 p. 11). Complementando esto, Arbetter (1996) dice que una buena autoestima es vital, pues es lo que va a permitir a la persona ser más feliz, tener una buena identidad propia, seguridad en si misma, tener mejores relaciones interpersonales y lidiar con las decepciones más adecuadamente. Ball (1993) comenta que las personas que se aprecian a si mismas invierten en relaciones interpersonales y están dispuestas a tomar riesgos, pues saben que aunque las cosas no salgan como esperaban, no van a ser destruidas.

Por el contrario, una baja autoestima puede destruir la capacidad de una persona para pensar, sentir o actuar en forma positiva (Palladino, 1992). Palladino (1992) comenta que la gente que no tiene un sentido del propio valor tiende a cometer actos destructivos contra si misma, e incluso sin darse cuenta, permite que se le hiera. Ball (1993) dice que las personas que sienten que valen poco van a estar dudosos de involucrarse con otras personas, pensando que tienen muy poco y el perder ese poco seria terrible para ellas.

3.2.2 LA FORMACIÓN DE LA AUTOESTIMA

Eagle (citada en Couturier, 1995a) menciona que el grado de autoestima de una persona depende mucho en la familia y las experiencias en la escuela y la comunidad. Esta misma autora (Eagle, citada en Couturier, 1995a) comenta que aunque no se sabe que tan temprano en la vida del individuo se forman las bases de su autoestima, se siguen desarrollando hasta la adultez temprana. Agregando a esto, Twerski (1996) dice que la autoimagen se empieza a adquirir en la infancia.

3.2.3 SINTOMAS DE UNA BAJA AUTOESTIMA

Corbett (1995) menciona las siguientes maneras en las que se puede manifestar una autoimagen negativa.- 1) un lenguaje corporal negativo 2) el hacerse menos 3) nunca sentirse competente 4) tener miedo 5) perfeccionismo y 6) sobreidentificación con los valores de otros.

3.2.4 PASOS PARA ELEVAR LA AUTOESTIMA

Twerski (1996) dice que el identificar los síntomas de una autoestima negativa y aprender a confrontarlos son un pequeño paso para mejorarla. De igual manera, postula que "Todos los comportamientos producto de una autoimagen negativa deben cambiarse" (Twerski, 1996 p.101). "El problema es que sin el incentivo y apoyo necesarios es probable que se revierta al comportamiento anterior por medio de racionalizaciones justificadas" (Twerski, 1996 p98)

Blum Barish (1993) dice que el conocerse a uno mismo mejor es un buen primer paso para empezar a valorarse a uno mismo. Blum Barish (1993) también menciona que uno se puede conocer mejor escribiendo sus opiniones de muchos diferentes temas y hacer una lista de necesidades que en última Instancia nos hacen felices.

Complementando lo anterior, Palladino (1992) dice que la clave para llegar a tener una autoestima elevada es la disposición para responsabilizarse de sus propios sentimientos y pensamientos, aceptarse a uno mismo y actuar con base en eso. Palladino (1992) habla de tres pasos para ir elevando la autoestima. Primeramente es necesario aceptar que tal vez nuestro autoconcepto está equivocado (Palladino, 1992). Después se deben realizar los cambios de vida pertinentes que promuevan una autoimagen más positiva (Palladino, 1992). Por último hay que ser paciente-, los cambios no se dan de la noche a la mañana y son muy frecuentes las recaidas (Palladino, 1992). Complementando esto, Palladino (1992) dice que para que se de un cambio en la autoestima es esencial que uno parta de la premisa de que uno es mejor de lo que piensa

Retomando la importancia de conocerse mejor para elevar la autoestima, Twerski 1996) dice que el primer paso para conocerse a uno mismo es saber identificar y aceptar todos nuestros diferentes sentimientos. Este autor dice que esto es difícil cuando se trata de sentimientos de ira y hostilidad clasificados socialmente como inaceptables y malos, dando a lugar a que quien los sienta se sienta como malo, bajando aún más su autoestima (Twerski, 1996). Twerski (1996) también menciona que es muy importante aceptar que no se tiene control sobre los sentimientos, pero si sobre cómo se les va a manejar y expresar. De igual manera comenta (Twerski, 1996) que es necesario estar consciente y aceptar las propias limitaciones sin que estas lleguen a producir un sentimiento de minusvalía sino más bien no puedo hacer esto bien, pero puedo hacer esto otro muy bien.

A lo anterior Twerski (1996) añade que es muy frecuente que las personas tengan resistencia a conocerse mejor y a hacer una verdadera y profunda evaluación de si mismos por miedo a no encontrar algo bueno o por el otro lado, temen a la felicidad. Igualmente, hay que tomar en cuenta que al haberse ido elevando nuestra autoestima los demás pongan mayores expectativas más altas y nos den mayores responsabilidades que probablemente causen estrés y por consiguiente cause que se despierten nuevamente sentimientos de inadecuación.

Complementando las anteriores sugerencias Robinson (1992) dice que el punto de partida para ir mejorando la autoestima es darse cuenta de como los pensamientos negativos bajan la autoestima y que el ver las cosas con optimismo puede elevarla. Este mismo autor comenta que es importante el no permitir ponerse metas y parámetros imposibles y, criticarnos duramente, sino por el contrario, reemplazar esa voz crítica por una alentadora y motivadora (Robinson, 1992). Por último da la siguiente lista de cosas que puede uno hacer para tener una mejor autoestima: 1) tratarse a uno mismo como su mejor amigo, no como su peor enemigo 2) poner un corcho con cartas y notas que le hayan dado para verlos y recordar como es apreciado por los otros y así poder apreciarse de la misma manera 3) aceptar sus limitaciones 4) darse diariamente un tiempo para si mismo para oír música, leer, meditar, hacer ejercicio o alguna actividad que realmente le guste y le relaje y 5) el enfocarse a complacerse a uno mismo en lugar de complacer solamente a los demás (Robinson, 1992).

3.2.5 LA AUTOESTIMA Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Para describir la relación de la autoestima con los trastornos de la alimentación, se puede tornar la siguiente cita de Barber (citada en Dunn, 1992 p. 74) que concuerda con y resume lo que se comentó al respecto en el capitulo 1: "Casi todas las personas con algún trastorno de la alimentación tienen una baja autoestima, están muy preocupadas acerca de lo que los demás piensan de ellas y tienden a ser muy lindas, muy complacientes .Por otro lado Fisher et al.(1995) mencionan que la autoestima juega un papel muy importante en el desarrollo de anorexia y bulimia entre adolescentes. Ball (1993) postula que el problema con la autoestima de que aquellas personas que se evalúan sólo en base a lo que dicen y opinan los demás de ellas es que llegan a un punto en el que se van a sentir empobrecidas pues no están siendo congruentes consigo mismas. Es importante notar que las personas anoréxicas o bulímicas no tan sólo tienen una baja autoestima, sino que además ésta se encuentra totalmente enfocada en cosas externas tales como las opiniones y la aceptación de los demás y especialmente en su peso corporal.

3.3 ASERTIVIDAD

3.3.1 EL CONCEPTO DE ASERTIVIDAD

El ser asertivo involucra el expresar los propios sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones de una manera directa, pero no amenazante ni

castigadora para la otra persona (Galassi y Galassi, 1977). Para ampliar la anterior definición, Aguilar (1987 p. 12) dice que "Actuar asertivamente significa tener la habilidad para transmitir y recibir los mensajes, sentimientos, creencias u opiniones propias o de los demás de una manera honesta, oportuna, profundamente respetuosa, y tiene como meta fundamental lograr una comunicación satisfactoria hasta donde el proceso de la relación humana lo haga necesario." "En un estilo asertivo uno va a responder espontáneamente, hablar con un tono y volumen de conversación, mirar al otro, hablar del tema, expresar sus sentimientos y opiniones personales de una manera abierta, valorarse por Igual que los demás y no lastimar ni a los demás ni a si mismo." (Alberti y Emmons, 1970 p.24). El comportamiento asertivo no produce mucha ansiedad o miedo (Galassi y Galassi, 1977). Es importante entender que el ser asertivo no fue hecho para que el individuo pueda obtener lo que desea, ni garantiza que lo vaya a obtener, así como tampoco asegura que no vaya a tener conflictos con otras personas (Galassi y Galassi, 1977).

Sin embargo, el término de asertividad a veces queda poco claro y se confunde con la agresividad. Para evitar confusiones y entender más claramente lo que es, hay que saber reconocer el comportamiento agresivo y el comportamiento no asertivo.

El comportamiento agresivo es aquel en el que las persona expresa sus sentimientos, pero de un modo hostil, demandante, castigador o amenazante, y por lo tanto, está infringiendo los derechos del otro (Galassi y Galassi, 1977). -La

conducta agresiva es la forma de expresión de los sentimientos, creencias u opiniones que pretenden hacer valer lo propio, atacando o no considerando la autoestima, dignidad, sensibilidad o respeto de los demás. (Aguilar, 1987 p.48). Ampliando lo dicho por los dos autores anteriormente citados, Alberti y Emmons (1970 p.24) dicen que en la manera agresiva generalmente uno contesta antes de que el otro acabe de hablar, habla fuerte y abusivamente, mira fijamente al otro, habla más allá del tema (acusando, culpando o denigrando al otro), expresa sus sentimientos y opiniones vehementemente, se valora uno mismo "por encima de los demás y lastima a los otros para evitar lastimarse uno mismo.". El comportamiento agresivo puede ser directo o indirecto, verbal o no verbal (Galassi y Galassi, 1977).

Por otro lado, el comportamiento no asertivo es el expresar las cosas indirectamente, esperando que el otro las entienda (Galassi y Galassi, 1977). Aguilar (1987 p. 14) amplía la anterior definición diciendo que "la conducta no asertiva consiste en no comunicarse o hacerlo de una manera débil hablando con demasiada suavidad o timidez", ocultando lo que se piensa en contenido o intensidad, siendo comúnmente indirecto en el mensaje, rodeando el tema o disculpándose cuando la situación requiere que hablemos claro respecto a lo que deseamos o necesitamos Complementando ambas definiciones Alberti y Emmons (1970 p,24) dicen que "En un estilo no asertivo la persona tiende a titubear, hablar bajo, mirar al otro lado, evitar el tema, estar de acuerdo sin tomar en cuenta los propios sentimientos, no expresar sus opiniones, valorarse por debajo de los demás y lastimarse a si misma para evitar lastimar a los otros". La conducta no

asertiva, por ser una expresión débil de los sentimientos y pensamientos y no responder de una manera adecuada a la situación, permite que se violen los derechos de la persona (Aguilar, 1987). "Es contradictorio que al inhibir nuestro comportamiento para evitar conflictos, obtener aprobación o el bien de los demás, los problemas aumentan y perdemos el respeto de los demás hacia nosotros." (Aguilar, 1987p36).

Según Galassi y Galassi (1977) la asertividad consiste en un número de comportamientos que pueden utilizarse con muchas diferentes personas y que pueden ser agrupados en las siguientes tres categorías: 1) expresar sentimientos positivos 2) autoafirmación y 3) expresar sentimientos negativos.

El ser asertivo es importante porque además de ser una habilidad necesaria para sobrevivir, es un componente muy importante para la salud mental (Galassi y Galassi, 1977). Lo malo es que , "la educación que normalmente recibimos no nos adiestra necesariamente para comunicarnos positivamente con los demás; por el contrario, aprendemos a sentimos inseguros, a ocultar, reprimir o tergiversar nuestros mensajes o a convertir nuestra expresión en francas agresiones que humillan o lastiman, haciéndonos sentir culpables después.(Aguilar, 1987 p.9). Esto es aún más evidente con las mujeres, las cuales tienden a ser evaluadas más negativamente cuando presentan conductas asertivas que los hombres como comenta Gismero (1996). Lo peor es que los problemas para ser asertivo no sólo surgen con sentimientos de agresión, sino también con sentimientos de amor tanto para expresarlos como para recibirlos (Alberti y Emmons, 1970).

3.3.2 FACTORES QUE BLOQUEAN LA ASERTIVIDAD

Smith (1975) dice que desde que uno nace se va restringiendo y castigando la asertividad. Con un bebé, por ejemplo, se hace teniéndolo en un área restringida, lo cual impide que éste explore y muestre su asertividad innata. Cuando se es niño la asertividad se va dominando haciendo que el niño se sienta bien o mal utilizando calificativos como "niño bueno", etc.

Galassi y Galassi (1977) y Aguilar (1987) dan una serie de razones por las cuales uno va desarrollando comportamientos no asertivos dentro de las cuales están: 1) el castigo 2) el reforzamiento 3) el moldear el comportamiento 4) la falta de oportunidades 5) a falta de habilidad por falta de práctica 6) las reglas culturales y sociales como el no ser egoísta 7) las creencias personales dentro de las cuales se encuentra el que uno no vale lo suficiente 8) la falta de control emocional y el predominio del temor y la ansiedad y 9) el no estar seguro acerca de no ignorar sus derechos como persona.

Aguilar (1987) también da la siguiente lista de razones por las cuales una persona puede ser agresiva: 1) falta de control emocional, predominando la inseguridad e Irritación 2) no reconocer los derechos de los demás y los propios 3) haber tenido éxito anteriormente al haber actuado agresivamente 4) tener errores en la forma de expresarse y 5) tener poca tolerancia a la frustración.

Fensterheim y Baer (1975) dan la siguiente lista de categorías para clasificar aquellas personas con problemas de asertividad- 1) el tímido 2) la persona con problemas de comunicación 3) el asertivo dividido 4) la persona con problemas en su conducta 5) la persona con bloqueos específicos 6) la persona con hábitos de interferir y 7) la persona que tiene dificultades para ser asertivo con sus hijos.

3.3.3 SUGERENCIAS PARA DESARROLLAR LA ASERTIVIDAD

Aguilar (1987) menciona los siguientes componentes de la asertividad: 1) respeto a uno mismo 2) respeto a los demás 3) ser directo 4) ser honesto 5) ser apropiado 6) tener control emocional 7) saber decir las cosas 8) saber escuchar 9) ser positivo 10) tener un lenguaje corporal que apoye y sea congruente con el mensaje que se quiere transmitir.

Aguilar (1987) menciona cuatro pasos principales para aprender a ser asertivo. La primera etapa consiste en evaluar la situación y está compuesta por cuatro subfases. En primer lugar hay que determinar cuales son los derechos y responsabilidades de los involucrados. Después hay que determinar las consecuencias probables a corto y largo plazo para diferentes maneras de actuar. Luego hay que decidir como va uno a actuar. El segundo paso consiste el practicar nuevos comportamientos y actitudes en diferentes situaciones de práctica. Primeramente se debe practicar con una serie de situaciones dadas, Posteriormente uno puede escribir sus propias situaciones para practicar. La

tercera subfase de esta etapa consiste en discutir creencias equivocadas y actitudes contraproducentes y reemplazarlas con unas más adecuadas y productivas. La tercera fase consiste en evaluar su propio comportamiento e incluye las siguientes subfases: 1) determinar la ansiedad en la situación 2) evaluar el contenido verbal 3) evaluar como dio uno el mensaje y 4) decidir si uno está complacido o no con su manera de actuar. Por último se debe implementar ese nuevo comportamiento en situaciones cotidianas y se encuentra conformada por las siguientes subetapas: 1) practicar situaciones de antemano 2) practicarla en situaciones que se den naturalmente y 3) escribir y evaluar las situaciones en las últimas dos subfases.

Drench (1994) dice que es no tan sólo es importante tomar en cuenta lo que vamos a decir y como lo vamos a decir, sino también qué se está diciendo a nivel no verbal (postura, mirada, tono de voz y actitud) y el escuchar al otro a la hora en que uno va a ser asertivo, A esto Alberti y Emmons (1970) agregan que para ser realmente efectivo al dar un mensaje asertivo, uno debe hablar con fluidez y escoger un momento y lugar adecuados para hablar, evitando así que el otro adopte una conducta defensiva.

3.3.4 LA ASERTIVIDAD Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Para explicar de manera muy general de que manera se relaciona la asertividad con los desórdenes alimentarios basta con la siguiente cita: "Tanto la falta de aserción y la baja autoestima, como la percepción de control externo se

han tenido en cuenta de forma anecdótica como características importantes de los pacientes con trastornos alimenticios primarios." (Gismero, 1996 p.223). Esto se puede ver fácilmente si considera que las personas con anorexia o bulimia tienden a ser personas que no saben expresar sus deseos ni marcar sus límites, tienen dificultad para resolver conflictos adecuadamente y muchos problemas para relacionarse con los demás como se vio en el capítulo 1.

3.4 COMUNICACIÓN

3.4.1 EL CONCEPTO DE COMUNICACIÓN

Verderber y Verderber (1977) definen la comunicación como el proceso de compartir significado mediante la transmisión y recepción de mensajes ya sea de manera intencional o no. Por otro lado, Barnhart (1976) postula que es un proceso constante, dinámico y siempre cambiante cuyo objetivo principal es darle significado a algo.

Se han hecho diferentes modelos para explicar el proceso de comunicación gráficamente. El primero y más importante, pues de éste partieron los posteriores, es el modelo linear de Shannon y Weaver (citados en Barnhart, 1976). Dicho modelo menciona las siguientes cuatro partes en el proceso de comunicación: 1) un codificador que es una persona que arma un mensaje utilizando el lenguaje y comienza el proceso de comunicación 2) el canal por el cual se manda el mensaje a través de los sentidos, principalmente la vista o el oído 3) el mensaje, en otras

palabras, la idea o el sentimiento que busca transmitir el codificador y 4) la(s) persona(s) que recibe(n) e interpreta(n) el mensaje. Estos mismos autores hablan de ruido; término que amplian Verderber y Verderber (1977) para referirse al conjunto de factores externos y experiencias internas que afectan la comunicación.

Dicho modelo fue ampliado para Integrar el concepto de retroalimentación, modificándose el modelo de comunicación existente por uno circular. La retroalimentación es la respuesta que tiene la persona que recibió el mensaje ante este y que permite al codificador darse cuenta si el mensaje fue recibido correctamente. A esto De Vito (1976) agrega que para funcionar mejor debe ser inmediata, honesta, apropiada, clara e informativa.

Posteriormente Dance (citado en Barnhart, 1976) postuló que si la comunicación fuera circular, uno regresaría al mismo punto de donde partió. Dicho autor concluyó que como lo último no era cierto; la comunicación era una espiral continua.

3.4.2 LOS DIFERENTES TIPOS DE COMUNICACIÓN Y SU IMPORTANCIA

Existen muchas maneras de clasificar y dividir la comunicación. De Vito (1976) la divide en las siguientes cinco categorías: intrapersonal, diádica, en grupos pequeños, en publico y masiva. Makay y Gaw (1975) clasifican la comunicación en intrapersonal e interpersonal Jandt (1976) habla

específicamente de la comunicación interpersonal, dividiéndola en verbal y no verbal. En la presente se tocarán la comunicación verbal y no verbal enfocada a dos personas por ser las que más permiten a la persona expresarse e influir en los demás y a la vez ser influido por el otro.

La comunicación verbal es aquella que se basa en el lenguaje ya sea oral o escrito. En referencia al lenguaje, Barnhart (1976) dice que es un sistema de palabras y símbolos que varias funciones. Primeramente, como símbolos, permite utilizar palabras en lugar de objetos concretos, haciendo posible hablar sin la necesidad de tener dichos objetos presentes. En segundo lugar reduce la complejidad del mundo que lo rodea a uno. Tercero, da a uno la oportunidad de comunicarse a niveles de abstracción más altos de los que serían posibles si uno tuviera que especificar cada cosa a la que uno quisiera referirse en la conversación. Por último, le da a uno la posibilidad de crear expectativas.

Para describir la importancia del lenguaje, Jandt (1977 p. 187) dice que "el lenguaje es cultura y la cultura está controlada por y controla al lenguaje." Con esto se describe como el lenguaje y la cultura están íntimamente relacionados, al grado que no se pueden separar el uno del otro. De igual manera sirve para indicar que una persona sólo ve parte de la totalidad del mundo, aquella que le permite conocer su lenguaje. En pocas palabras, el lenguaje afecta las percepciones del sujeto y viceversa (Rothwell y Costigan, 1975).

Uno clasifica y entiende el mundo a través del lenguaje (Barnhart, 1976). Sin embargo, uno tiene que percatarse de las cosas. Los seres humanos constantemente están expuestos a toda clase de estímulos, pero a través del proceso de atención selectiva uno percibe aquellos estímulos que le son más importantes (Jandt, 1976). Otro proceso involucrado en la percepción es la inferencia perceptual que permite a uno interpretar estímulos con base en experiencias pasadas (Jandt, 1976). Hay dos errores muy comunes ligados a la percepción y que afectan la comunicación: el estereotipar y el efecto de halo. El primero es atribuirle características o Juzgar a una persona por pertenecer a cierto grupo (Jandt, 1976). El segundo es el proceso mediante el cual una característica principal de una persona afecta todas las demás impresiones acerca de ésta (Jandt, 1976).

Rothwell y Costigan (1975) plantean que no sólo el estereotipar reduce la visión del mundo, sino también el tener dentro del lenguaje una orientación en la cual las cosas caen dentro de uno de dos extremos sin considerar los términos medios que pueda haber. Al no existir términos medios, se pierden matices, alternativas y soluciones.

En cuanto a la comunicación no verbal se refiere, Knapp (1972) dice que se refiere a todos los eventos de comunicación humana que no incluyen palabras escritas ni habladas. Rothwell y Costigan (1975) mencionan los siguientes tres factores que distinguen la comunicación verbal de la no verbal: 1) la comunicación

no verbal es constante 2) la comunicación no verbal es más confiable y 3) la comunicación no verbal es más efectiva para transmitir sentimientos y actitudes.

La manera en que un ser humano se comunica no verbalmente está determinada por su biología y su cultura, El aspecto biológico se puede ver en lo siguiente: 1) que a partir del nacimiento uno se comunica no verbalmente y 2) que hay expresiones no verbales que se han encontrado en todas las culturas alrededor del mundo. El aspecto cultural se puede observar en que uno va desarrollando sus habilidades para comunicarse de una manera más precisa y completa tanto verbal como no verbalmente en parte por imitación y en parte por lo que uno va aprendiendo a lo largo de su desarrollo.

Ruesch y Kees (citados en Remesar, Riba y Rodríguez, 1982), primeros estudiosos de la comunicación no verbal, proponen la siguiente clasificación de los lenguajes no verbales: 1) pictorales que incluyen arte, pictografía e ideogramas 2) de acción que incluye señales y la expresión corporal 3) del cuerpo y la apariencia que incluyen la indumentaria, la expresión facial y la constitución física y 4) de los objetos que incluyen el material, forma, textura y funciones de los objetos.

Knapp (1972) propone otra manera de estudiar y clasificar la comunicación no verbal comentando que hay distintas dimensiones en la comunicación no verbal. La primera de estas dimensiones es la del movimiento corporal, la cual a su vez está dividida en las siguientes categorías: 1) emblemas, entendiéndose como actos no verbales que tienen una definición o traducción directa como por

ejemplo el signo que se hace con el pulgar para pedir un aventón 2) ilustradores que son acciones que ayudan a ilustrar lo que se está diciendo verbalmente como por ejemplo los movimientos con las manos 3) muestras afectivas o aquellas expresiones faciales que muestran un estado afectivo como una sonrisa o el llanto 4) reguladores lo cuales comprenden movimientos que sirven para mantener y regular los actos de hablar y escuchar entre dos personas como por ejemplo el asentir con la cabeza y 5) adaptadores; se llama así a estas acciones porque tienen entre otras funciones satisfacer necesidades y manejar emociones. La dimensión de las características físicas se refiere a los mensajes que manda el cuerpo por si solo, sin movimientos e incluye todas nuestras características físicas visibles como el color de piel, ojos y cabello. Aunque no se sabe bien como afecta la comunicación, se ha visto que la apariencia física tiene mucho que ver en situaciones sociales y en la imagen que la persona tiene de si misma, que a su vez va a afectar como se relaciona con los demás. La tercera dimensión es el tocar. Esto se puede resumir en que dependiendo de la relación y la cultura, va a ser el contacto físico que tengan dos personas. La dimensión proxémica es cómo percibe, utiliza y reacciona el ser humano ante su espacio social y personal. En cuanto a esto, se ha observado que cada persona dependiendo de su cultura y la situación en la que se encuentre va a manejar su espacio personal de diferente manera. La dimensión de los artefactos incluye la manipulación de objetos que están en contacto con los interlocutores y que pueden actuar como estímulos no verbales. Otro aspecto de la comunicación no verbal, generalmente ignorada, es la de los factores ambientales que incluyen cosas como los muebles, la arquitectura, el alumbrado, etc. que pueden Facilitar u obstaculizar la comunicación. La última

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

dimensión a mencionar es la paralingüística, la cual trata de cómo se dijeron las cosas y que es un aspecto de la comunicación no verbal que ha ido cobrando importancia,

Trager (citado en Knapp, 1972) clasificó los aspectos no lingüísticos del habla en las cualidades vocales y las vocalizaciones. El primero tiene que ver con las características físicas del hablante e incluye cosas como el rango del tono, el control del tono, el control del ritmo y la resonancia de la voz. Al segundo lo divide en 1) cualificadores vocales que incluyen la intensidad, la agudeza del tono y la extensión 2) caracterizadores vocales que incluyen características vocales como risa, llanto y suspiros y 3) los segregados vocales corno el mm o el ah (Trager citado en Knapp, 1972).

Poyatos (1983) también habla del paralenguaje dividiéndolo en las siguientes categorías: 1) cualidades primarias que tiene como componentes el timbre, el volumen, el ritmo y la entonación entre otros y que tienen que ver con factores biológicos, fisiológicos, culturales y sociales 2) modificadores que engloban cualificadores y diferenciadores y que son simplemente efectos vocales producidos por una serie de distintos factores 3) cualificadores que se refiere a factores físicos como la laringe, faringe, control maxilar y tensión articulatoria 4) diferenciadores que son actos como el reír, llorar, bostezar, estornudar etc. que muestran ciertos estados fisiológicos y psicológicos y 5) alternantes que tienen que ver con sonidos que se producen en el aparato respiratorio.

Poyatos (1983) habla de dos aspectos poco tratados dentro de la comunicación: el silencio y el estar quieto, comentando que son sólo otras dos partes de la interacción humana. Este mismo autor menciona que ambos pueden desempeñar las siguientes funciones: 1) como un signo propio, o en otras palabras que el silencio o la quietud tienen un significado que se asigna a si mismo conforme a la situación; por ejemplo al quedarse callado después que alguien le hizo una pregunta y necesita pensar en la respuesta 2) como un signo de que la presencia de éstos cuando lo esperado es que no estén manda un mensaje a la persona; por ejemplo cuando uno saluda a una persona y no recibe una respuesta y se pone uno a pensar si la persona no lo escuchó o por algún motivo no quiere hablar con uno y 3) como cargadores o continuadores de la acción percibida por ejemplo cuando uno se calla y se queda quieto; de pequeño cuando le gritan a uno que ya deje de hacer algo (Poyatos, 1983). A esto Rothwell y Costigan (1975) agregan que el silencio sirve para expresar sentimientos como enojo, miedo, aburrición, vergüenza y respeto entre otros.

En cuanto a la importancia de la comunicación no verbal Ribeiro (1994) dice que la comunicación no sólo se establece con palabras y que de hecho, la palabra representa apenas un siete por ciento de la capacidad de influir en los demás mientras que el tono de voz y el lenguaje corporal representan un treinta y ocho, y un cincuenta y cinco por ciento respectivamente. Es sumamente importante la comunicación no verbal pues si uno le presta atención puede recibir información bastante valiosa de aquellas personas a las que está observando. Entre esta información que uno puede recibir está: el estado interno de las Personas, sus

intenciones de acción, los roles que están desempeñando, así como identificar el tipo de situación social en el que se está desarrollando la interacción. Knapp (1972) también habla acerca de la importancia de la comunicación no verbal diciendo que cumple con las siguientes funciones dependiendo de como se maneje y del contexto en el que esté uno: 1) repetir lo que se dijo verbalmente 2) contradecir el lenguaje verbal 3) sustituir el lenguaje verbal 4) complementar lo que uno dijo 5) acentuar lo que se dijo y 6) regular la interacción entre interlocutores.

Usando el lenguaje verbal y no verbal uno va formando el mensaje que desea transmitir. Watzlawick, Beavin y Jackson (citados en Makay y Gaw, 1975) dicen que cualquier mensaje tiene un aspecto de contenido que es la información contenida en este y un aspecto de relación que indica de que manera debe ser tomado este mensaje. Muy frecuentemente, el aspecto de contenido se manda a través del canal verbal y el de relación a través de los canales no verbales. Estos aspectos puede ser que sean congruentes, pero hay ocasiones en las que no. Cuando se da ese caso, se tiende a prestarle más atención al aspecto no verbal.

3.4.3 LA COMUNICACIÓN EFECTIVA Y SU IMPORTANCIA

Utilizando la comunicación verbal y no verbal uno espera tener una comunicación efectiva, la cual puede ser definida según Tubbs y Moss (1974 p.

13) como la que se da "cuando el estímulo como fue iniciado e intencionado corresponde cercanamente con el estímulo como es percibido por el receptor",

De Vito (1976) menciona las siguientes características de una buena comunicación: 1)apertura, que comprende por un lado la disposición para compartir información personal relevante a la conversación y la disposición para reaccionar de una manera honesta a los estímulos que se están recibiendo 2) empatía, o en otras palabras, experimentar lo que nos dice el otro como si fuéramos el otro 3) una atmósfera de apoyo 4) positividad que se refiere a tres aspectos: el tener un aprecio positivo por uno mismo para fomentar en el otro esos sentimientos, comunicar los sentimientos positivos por el otro a este y dar a conocer los sentimientos positivos por la situación de comunicación en general y 5) igualdad o en otras palabras un reconocimiento tácito que ambos involucrados son seres humanos valiosos que tienen algo importante que contribuir.

Una buena comunicación es importante porque nos ayuda a resolver conflictos. De igual manera nos permite darnos a entender de una manera más clara y organizada, así como comprender mejor a los demás.

3.4.4 BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

A pesar de los beneficios de una buena comunicación, existen una multitud de factores que pueden obstaculizar la comunicación. Verderber y Verderber

(1977) las dividieron en las siguientes categorías: 1) problemas con el intercambio de información 2) problemas con la distancia psicológica entre las personas 3) problemas de actitud durante la interacción y 4) problemas de estrategias. Dentro de la primera categoría existen las siguientes barreras: a) estaciones de transferencia que es que la información se le manda al otro mediante uno o varios intermediarios, los cuales generalmente distorsionan el mensaje b) sobrecarga de información y c) ruido como se definió anteriormente. En el segundo grupo existen las siguientes barreras: a) desconfianza y b) brechas que se producen porque los marcos de referencia de dos personas o dos grupos de personas están basados en experiencias totalmente diferentes hay cosas que no son o pueden ser descifradas acertadamente. En las barreras por problemas de actitud están: a) respuestas inadecuadas, o en otras palabras respuestas que no se encuentran dentro de las expectativas del codificador b) defensividad que es el comportamiento que resulta cuando uno se siente amenazado y e) sobrereaccionar o tener una respuesta desproporcionadamente emocional a un estímulo. La cuarta categoría se refiere básicamente a las agendas ocultas o en otras palabras cualquier estrategia que es desconocida para una o más de las partes involucradas en la comunicación, pero que determina la naturaleza o dirección del comportamiento del individuo

3.4.5 SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN

Afortunadamente las barreras de la comunicación se pueden aprender a evitar. Bochner y Kelly (citados en Verderber y Verderber, 1977) describieron las

siguientes habilidades básicas para tener una mejor comunicación: 1) comunicación empática que describen como el proceso mediante el cual uno forma impresiones acertadas de otras personas y su comunicación analizando el contenido y tono de sus mensajes para poder percibir y aceptar sus sentimientos y pensamientos correctamente 2) ser descriptivos que es el poner en palabras los comportamientos que uno ve o sentimientos que uno tiene sin poner etiquetas de bueno o malo 3) tomar responsabilidad por lo que uno dice y piensa 4) tener la disposición de abrirse a los demás y 5) flexibilidad para cambiar sus comportamientos cuando sea necesario. Esta lista de sugerencias para tener una mejor comunicación la ampliaron Verderber y Verderber (1977) para incluir los conceptos de provisionalidad e igualdad. El término de provisionalidad lo usan Verderber y Verderber (1977) para describir la habilidad de plantear las ideas de una manera tentativa en lugar de una manera dogmática. La igualdad no es otra cosa que el estar al mismo nivel del otro o ver a los demás como dignos de uno. Verderber y Verderber (1977) hicieron un análisis más específico de las habilidades que una persona debe tener para comunicarse mejor dividiéndolas en: 1) habilidades que debe tener el receptor 2) habilidades que debe tener el codificador y 3) habilidades no verbales. En la primera categoría está el escuchar en primer lugar. Rothwell y Costigan (1975) dicen que es la fase más importante del proceso de comunicación pues la mayor parte del tiempo empleado en comunicarse se usa escuchando y sin embargo, se te da muy poca importancia. Dentro del escuchar existen varios factores: la agudeza auditiva, la amplitud de vocabulario y tener un oído para escuchar que implica el prepararse física y mentalmente para escuchar, adoptar completamente el papel de escuchar cuando

le toca ser receptor, escuchar activamente (formulando preguntas y ligando lo que nos dice el otro con nuestra experiencia, repetir cosas clave etc.) y no evaluar. Verderber y Verderber (1977) mencionan el parafraseo, que es repetir el contenido o la Intención del mensaje en las propias palabras, de tal manera que el receptor muestre que lo entendió como otra parte de una buena escucha. Estos autores también hablan del tipo de respuestas que puede tener un receptor y que pueden facilitar la comunicación (Verderber y Verderber, 1977). El primer tipo de éstas respuestas son declaraciones de apoyo que es el decir algo que calme o reduzca la tensión en la otra persona. También existe el hacer preguntas. Esta es un arma de dos filos porque si uno lo hace bien puede facilitar la comunicación, pero si no, la obstaculiza. Para que eso no pase hay que ver que las preguntas sirvan exclusivamente para alentar a la otra persona a dar más detalles para poder entender la situación con mayor claridad, para aclarar el significado de alguna palabra o para alentar al otro a que comparta sus sentimientos respecto a lo que dijo. El interpretar, al igual que el hacer preguntas, puede ayudar o dificultar el proceso de comunicación. Para evitar obstaculizar la comunicación hay que plantear lo que uno va a decir de tal modo que vaya a ayudar a la otra persona ver que hay otras alternativas. Por último está el evaluar, la cual debe ser dada como critica constructiva si ha de servir. Para esto se debe estar seguro de antemano que la situación requiere un comentario de crítica constructiva, comenzar con algo positivo antes de lo negativo, enfocarse a sólo un comportamiento a la vez y proponer como se puede mejorar.

Verderber y Verderber (1975) comentan que el diferenciar hechos de suposiciones e inferencias, ponerle fechas a las cosas, escoger las palabras para representar pensamientos o sentimientos que son reconocidos por la persona a la que se le van a comunicar como símbolos de esos sentimientos y pensamientos, utilizar símbolos específicos y concretos, hablar con fluidez y sin utilizar palabras y cosas que no agregan contenido al mensaje, dar crédito tanto a los demás por sus ideas como a uno mismo por las suyas propias y describir sus sentimientos ayuda a tener una mejor comunicación. Estos mismos autores (Verderber y Verderber, 1977) dicen que el hacer una revisión de la percepción que es usar una declaración verbal para comprobar si uno entendió correctamente como se siente el otro basándose en su comunicación no verbal ayuda a una comunicación más efectiva.

Por otro lado Narciso y Burkett (1975) dan la siguiente serie de sugerencias para comunicarse mejor: 1) ser muy específico al hablar, centrándose en comportamientos en lugar de dar conceptos abstractos 2) utilizar comportamiento declarativo y hablar en 1a persona.

3.4.6 LA COMUNICACIÓN Y LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Se mencionó en el capítulo 1 que las personas que padecen de algún trastorno de la alimentación tienen problemas para expresar sus ideas y sentimientos adecuadamente, para tener relaciones sociales y de pareja que las lleven al crecimiento personal y que vienen de familias donde los conflictos no se

expresan abiertamente. Esto indica que detrás de la anorexia y la bulimia, además de haber una imagen corporal distorsionada, una baja autoestima y una falta de asertividad, hay una falta de buena comunicación. De ahí que se considere adecuado incluir una sesión de comunicación en el programa propuesto en la presente.

CAPITULO 4

EL PROGRAMA

INTRODUCCIÓN

El programa aquí propuesto estará enfocado tanto al nivel de comportamiento como de personalidad mencionadas en el capítulo III por Percy y Jessor (1985). De igual manera, dicho programa promoverá el desarrollo sano de la persona según Sowers, García y Seitz (1996).

También se tomará en cuenta los quince principios enlistados por Drum (1984) en cuanto a que el programa propuesto cubre las siguientes características:) no sólo será informativo, sino que se trabajarán aspectos psicológicos para promover cambios reales en los participantes 2) se tomarán en cuenta las necesidades de los chicos desde el hecho que será voluntario y que se buscará cubrir las expectativas que planteen en la primera sesión 3) el programa tiene objetivos muy claros para cada sesión 4) los trastornos de la alimentación son prevenibles 5) está adecuadamente planeado en cuanto a tiempo pues la edad de los participantes es tal que ya tienen una preocupación por su cuerpo, una madurez suficiente para comenzar a reflexionar, pero lo mas probable es que todavía no hayan desarrollado dichos problemas 7)promueve el sentimiento de los chicos a que puedan superarse como personas y aprender a manejar presiones sociales de estar delgados 8) no hay mejor lugar para un programa de este tipo que una escuela y 9) se considera que las dinámicas son adecuadas para su edad.

4.1 ESPECIFICACIONES DEL PROGRAMA

Cuando se va a impartir cualquier programa preventivo, existen factores que pueden obstaculizar su desempeño en mayor o menor grado. Esas barreras pueden ser de todo tipo, varían de curso en curso e incluyen los estados afectivos, actitudes de la facilitadora y los participantes y la falta de elementos como los siguientes: Un encuadre definido, material didáctico apropiado, un espacio adecuado y tiempo para cubrir los temas completamente, entre otros. Por eso es importante considerar dichos elementos y tomar medidas par evitar que se presenten desde que se esta planeando dicho programa.

Se considera que para reducir los obstáculos a los que el programa que aquí se propone se pueda enfrentar, tenga un impacto emocional y sirva como medida preventiva debe tener los siguientes requisitos o especificaciones:

1. Ser aplicado por un psicólogo o psicóloga
2. Estar dirigido a estudiantes de sexto año de primaria.
3. Tener una duración de 16 horas divididas en 8 sesiones de 2 horas cada una, pero teniendo en mente que el tiempo de estas, además de ser variable, debe ser el suficiente para cubrir todos los temas y actividades adecuadamente.
4. Impartirse dentro de las instalaciones de una escuela privada de la zona de Barrientos, después de tener los permisos requeridos y haber concretado todos los detalles necesarios con las autoridades correspondientes. Dentro

de estos detalles se encuentran los siguientes a) responsabilidades tanto de las autoridades como de la psicóloga b) expectativas de las autoridades y la psicóloga c) el número de asistentes d) el lugar específico donde se realizará, procurando que esté cómodo y bien iluminado y e) todo lo referente al material didáctico y equipo requerido.

5. La asistencia al programa es totalmente voluntaria.
6. Tanto la asistencia como la no asistencia al programa no deben tener repercusiones de tipo académico.
7. El grupo de participantes, alumnos de la escuela en cuestión, debe ser entre 10 y 15 personas.

4.2 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

4.2.1 OBJETIVO GENERAL

Prevenir el desarrollo de la anorexia y bulimia nerviosa en los participantes.

4.2.2 OBJETIVOS PARTICULARES

1. Que el grupo sea capaz de identificar y distinguir la anorexia y la bulimia.
2. Que los participantes comprendan lo grave y complejo que son ambos trastornos.
3. Dar a conocer a los participantes los conceptos de imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación.

4. Que los participantes adquieran una imagen corporal más realista y en función de la aceptación de su cuerpo.
5. Que los participantes lleguen a tener una autoestima más elevada, basada en sus características internas y el quererse a si mismos tal como son.
6. Que los participantes sepan dar mensajes asertivos.
7. Que los participantes adquieran técnicas para tener una mejor comunicación con los demás.

4.3 METODOLOGIA DEL PROGRAMA

El programa está estructurado en ocho sesiones. Dentro de dichas sesiones se tocan los temas de anorexia, bulimia, imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación. Así mismo, se tiene planeado tener un amplio espacio al principio para que se familiaricen los participantes y la psicóloga, hacer una introducción del curso y establecer las reglas de trabajo. También está programado hacer una evaluación y un cierre del grupo y del programa en la última sesión.

A lo largo del programa se utilizará una combinación de exposiciones teóricas por parte de la psicóloga, actividades individuales; tales como hacer dibujos o contestar cuestionarios y dinámicas de grupo. Durante las actividades en grupo y las exposiciones teóricas habrá un amplio espacio para que los participantes compartan sus dudas, reflexiones, opiniones y experiencias personales. Es importante mencionar que esta combinación de teoría y práctica es con el

propósito de lograr que los participantes obtengan la información de una manera mas sencilla, profunda y duradera.

4.4 EL PROGRAMA DESGLOSADO

4.4. 1 SESION #1 PRESENTACION

TEMA: Presentación

TIEMPO DE DURACIÓN: 2 horas

ACTIVIDAD #: ROMPER EL HIELO

1. La psicóloga se presentará de una manera cálida y personal, evitando recitar su currículo.
2. Cada uno de los participantes hará un dibujo de algo que les guste mucho y con lo que se identifiquen a la vez.
3. Posteriormente compartirán su dibujo y dirán su nombre, edad y expectativas que tienen del curso.

OBJETIVO:

Que la psicóloga y los participantes se empiecen a conocer

TÉCNICA:

Expositiva combinada con una dinámica de grupo.

RECURSOS:

Hojas blancas

Crayolas o lápices de colores

TIEMPO DE DURACIÓN

30 min.

ACTIVIDAD #2 EXPECTATIVAS

1. La psicóloga repartirá una hoja blanca a los participantes y les solicitará que anoten sus respuestas en esa hoja a las siguientes 3 preguntas: 1) ¿Qué espero de este curso? ¿Qué no quisiera que pasara en este curso? ¿Qué estoy dispuesto a aportar?
2. La psicóloga tomará las hojas y las repartirá al azar y pedirá a cada uno de los participantes que las vayan leyendo de una por una en voz alta e ira apuntando las respuestas en el Pizarrón o rotafolio.

OBJETIVO:

Que la facilitadora conozca las expectativas del grupo para el curso.

TÉCNICA:

Dinámica de grupo.

RECURSOS:

Pizarrón

Gises

Hojas blancas

Lápices o plumas

TIEMPO DE DURACIÓN:

10 min.

ACTIVIDAD #3 EL PROGRAMA

1. La psicóloga presentará el programa mencionando los temas generales delas sesiones e indicando que va a ser un programa en el cual la manera

de trabajo va a ser una mezcla de exposiciones teóricas con actividades individuales y dinámicas grupales. Así mismo, ira ligando lo que diga con las expectativas mencionadas en la actividad anterior

2. La psicóloga dará el encuadre del curso que tendrá los siguientes elementos:

    - El horario y frecuencia de las sesiones y si van a tener recesos durante estas dependiendo de las circunstancias.
    - El espacio donde se desarrollará el programa.
    - La puntualidad.

OBJETIVOS:

1. Que los participantes estén informados acerca de la naturaleza del programa.
2. Dar a conocer el encuadre del programa a los participantes

TÉCNICA:

Expositiva

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

10 min.

ACTIVIDAD #4: ESTABLECIENDO LAS REGLAS

1. La psicóloga pedirá a los participantes que den sus sugerencias sobre las reglas que debe haber en el programa para que este funcione adecuadamente.
2. La psicóloga complementará la lista si es necesario para que se incluyan las siguientes reglas:

    - Puede hablar y participar quien lo desee y no se obligará a nadie a participar en contra de su voluntad.
    - No deberán interrumpirse los unos a los otros.
    - Habrá un total respeto por todos los miembros del grupo.
    - Todo lo que digan será confidencial y no saldrá del grupo.
    - Esta prohibido comer durante las sesiones.

OBJETIVOS:

1. Establecer las reglas básicas de trabajo.
2. Sentar las bases para un clima de respeto y confianza en el grupo, indispensable para que sea efectivo el programa.

TÉCNICA:

Lluvia de ideas combinada con expositiva.

RECURSOS:

- Hojas de rotafolio
- Plumones de colores.

TIEMPO DE DURACIÓN:

10 min.

ACTIVIDAD #5 DUDAS

1. Se les repartirán hojas blancas a los participantes y se les pedirá que escriban todas sus dudas sobre los temas que se verán a lo largo del curso de manera anónima,
2. Se les indicará que al finalizar sus preguntas depositen sus hojas en el buzón.

OBJETIVO:

Conocer las dudas de los chicos para irlas aclarando a lo largo del curso.

TÉCNICA:

Encuesta al grupo

RECURSOS:

- Hojas blancas
- Lápices o plumas

TIEMPO DE DURACIÓN:

10 min.

ACTIVIDAD #6 REGISTRANDO EL PROGRAMA

1. Se les dará un cuaderno a cada uno de los participantes con la indicación de que es para que al final de cada sesión escriban lo que pasó así como sus reflexiones, opiniones, dudas y sentimientos.
2. La psicóloga pondrá énfasis en que es para su uso exclusivo, pero que es importante hacerlo para que les sea más efectivo el programa.

OBJETIVOS:

1. Que los participantes tengan un espacio adicional para meditar.
2. Que los participantes lleven un control de todas sus dudas para que estas sean contestadas a lo largo del programa.

TÉCNICA:

Registro escrito a manera de diario.

RECURSOS:

Cuadernos pequeños

Plumas o lápices

TIEMPO DE DURACIÓN:

5 min.

ACTIVIDAD #7 EVALUACION INICIAL

OBJETIVOS:

1. Evaluar las actitudes del grupo en relación a los trastornos de la alimentación antes del programa.
2. Ver el nivel de síntoma y rasgos de personalidad asociados a los trastornos de la alimentación que hay en el grupo al inicio del programa.

TÉCNICA:

Contestar un cuestionario

RECURSOS:

EDI-II (Gardner, 1991) para cada participante

Lápices o plumas

TIEMPO DE DURACIÓN:

40 min.

ACTIVIDAD #8 CERRANDO LA SESION

1. Por último la psicóloga preguntará si les quedó alguna duda.
2. La psicóloga contestará las preguntas planteadas por el grupo.
3. Para finalizar la psicóloga les recordará el día y hora en que se realizará la siguiente sesión.

OBJETIVOS:

1. Dar cierre a la sesión.
2. Aclarar las dudas de las chicas.
3. Reforzar el encuadre del programa.

TÉCNICA:

Expositiva basada en preguntas planteadas por el grupo.

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

5 min.

4.4.2 SESION #2: ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS

TEMA: Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa en teoría.

Tiempo de Duración: 2 horas

ACTIVIDAD #1 TEORIA.

1. La psicóloga dará una definición de anorexia nerviosa y bulimia nerviosa sin utilizar términos técnicos, pero que cubra los criterios diagnósticos del DSM-IV
2. Informará al grupo acerca de la creciente prevalencia de ambos trastornos.
3. Expondrá los factores biológicos, psicológicos, socioculturales y familiares involucrados en el desarrollo de ambos trastornos.
4. Mencionará sus respectivos factores desencadenantes.

5. Discutirá los diferentes rasgos de personalidad que se han encontrado generalizados entre las personas que padecen anorexia o bulimia de una manera breve y sencilla para que las alumnas los puedan comprender con facilidad.
6. Explicará las repercusiones que pueden tener la anorexia y la bulimia en los niveles físicos, psicológicos, familiares y sociales.
7. Nombrará, los métodos de prevención y tratamiento que existen para estos padecimientos.

OBJETIVOS:

- Que los participantes adquieran conocimientos generales de la anorexia y bulimia.
- Sean capaces de identificar y diferenciar ambos trastornos
- Comprendan que tanto una como la otra son trastornos muy graves y complejos tanto en su etiología como en su desarrollo y repercusiones, y que por lo tanto, requieren un tratamiento lo antes posible por personal calificado.

TÉCNICA:

Expositiva

RECURSOS:

Proyector de acetatos

Acetatos previamente elaborados por la psicóloga.

TIEMPO DE DURACIÓN:

110 min.

ACTIVIDAD #2 CERRANDO LA SESION

1. La psicóloga aclarara dudas.

OBJETIVOS:

Aclarar posibles dudas y cerrar la sesión.

TÉCNICA:

Expositiva basada en preguntas planteadas por el grupo.

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

10 min.

4.4.3 SESION # 3 ANOREXIA EN LA VIDA REAL

TEMA: ANOREXIA

TEIMPO DE DURACIÓN: 2 HORAS.

ACTIVIDAD #1 PELICULA DE UN CASO REAL DE ANOREXIA.

1. Ver una película basada en un caso real de una persona que haya padecido anorexia. Se propone la película de "anorexia", en inglés "For the Love of Nancy" (Sherman y SCHNEIDER, 1994). Esta Película está basada en el caso real de un joven universitaria que padece de anorexia nerviosa. SE considera que esa película ilustra muy bien el tema, pues muestra la vida de Nancy Walsh Tanto a nivel individual/personal como escolar, laboral, social y familiar. Muestra como la vida y el carácter de Nancy se

ven afectados por ese terrible padecimiento y deja ver muy claramente el peligro real que tuvo de morir como consecuencia de su enfermedad. También permite que uno se de cuenta de cómo se fue desarrollando y evolucionando la anorexia en este caso desde que comenzó a tratar de bajar de peso hasta que después de mucho dolor y casi morir, comienza su recuperación. Es por todo lo anterior que se considera que "Anorexia" sería un a buena elección para esta actividad.

2. Se discutirá la película comentado con los chicos que cosas vieron en esa película que se mencionaron en la sesión anterior.
3. La psicóloga complementará la discusión tocando aquellos puntos que los participantes no mencionen, de los cuales podrían derivarse las siguientes preguntas: ¿Qué características internas tenía Nancy que contribuyeron en el desarrollo de su anorexia? ¿Qué elementos había en la dinámica de la familia Walsh que contribuyeron a la enfermedad de Nancy? ¿Cuál fue el factor desencadenante de la anorexia en este caso?¿Cómo se ve afectada Nancy en su vida social, laboral, escolar? ¿Cómo fue evolucionando? ¿Qué elementos le ayudan a comenzar su recuperación?

OBJETIVOS:

- Que los participantes puedan comprender con mayor claridad y facilidad la teoría expuesta en la sesión anterior al ver un caso real.
- Que al ver el caso real de un joven con anorexia, comprendan que cualquier persona, incluyendo ellos mismos, pueden llegar a padecer algún trastorno de la alimentación.
- Que a partir de lo visto en la sesión pasada y presente, comiencen a reflexionar sobre sus propias conductas y actitudes que las puedan llevar a desarrollar un trastorno de la alimentación.

TÉCNICA:

Ver una película basada en un caso real

Discusión y comentarios en grupo

RECURSOS:

Televisión

Video casetera con formato VHS

La película Titulada "Anorexia"

TIEMPO DE DURACIÓN:

115 min.

ACTIVIDAD #2 CERRANDO

1. La psicóloga aclarara dudas posibles y cerrara la sesión.

OBJETIVO:

1. Aclarar dudas posibles y cerrar la sesión.

TÉCNICA:

Discusión en grupo

RECURSOS

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

5 min.

4.4.4 SESION #4 EL CUERPO

TEMA: Imagen Corporal

TIEMPO DE DURACIÓN: 2 Horas

ACTIVIDAD #1 DEFINIR EL CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL

1. La psicóloga preguntará a los participantes que entienden por imagen corporal.
2. Después de varias definiciones la psicóloga dará una definición general de lo que es imagen corporal.

OBJETIVO:

Que los participantes entiendan el concepto de imagen corporal.

TÉCNICAS:

Lluvia de ideas y expositiva

RECURSOS:

Hojas de rotafolio

Plumones de colores

TIEMPO DE DURACIÓN

5 min.

ACTIVIDAD #2 LA IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL

1. La psicóloga pedirá al grupo que digan porque creen que es importante tener una imagen corporal positiva.
2. Complementará lo dicho haciendo énfasis en cómo influye una imagen corporal negativa en el desarrollo de los trastornos de la alimentación.

OBJETIVO:

Que los participantes vean lo importante que es tener una imagen corporal positiva basada en la aceptación del propio cuerpo.

TÉCNICAS:

Lluvia de ideas y expositiva.

RECURSOS:

Hojas de rotafolios

Plumones y colores

TIEMPO DE DURACIÓN

15 min.

ACTIVIDAD #3 LOS FACTORES QUE AFECTAN LA IMAGEN CORPORAL

1. La psicóloga pedirá al grupo que haga una lluvia de ideas sobre lo que ellas creen que afecta la imagen corporal.
2. Complementará la lluvia de ideas tocando el desarrollo de la imagen corporal y los cambios que esta sufre durante la adolescencia.

OBJETIVOS:

Que conozcan los factores que afectan la imagen corporal, especialmente los cambios en la adolescencia

TÉCNICAS:

Lluvia de ideas y expositiva

RECURSOS:

Hojas de rotafolio

Plumones de colores

Hoja de rotafolio previamente preparado por la psicóloga con una lista de los cambios que sufre el cuerpo femenino de manera natural durante la pubertad.

TIEMPO DE DURACIÓN:

15 min.

ACTIVIDAD #4 EL CUERPO CONTRA LA IMAGEN CORPORAL

1. La psicóloga con la ayuda de los participantes, cortará un pedazo de papel mural para cada uno de ellos adecuado a su tamaño.
2. Pedirá a los participantes que dibujen con crayola o plumón la silueta que tienen en mente de si mismos.
3. Después pedirá que se pongan en parejas.
4. Pedirá que un miembro de la pareja se recueste sobre el papel con su silueta para que el compañero trace su cuerpo.
5. Luego intercambiarán de papel las parejas.

OBJETIVO:

Que los participantes tomen conciencia de lo realista o distorsionada que tienen su propia imagen corporal.

TÉCNICA:

Dinámica en parejas y comentarios en grupo.

RECURSOS:

Un rollo de papel mural

Plumones o Crayolas

Tijeras

TIEMPO DE DURACIÓN:

15 min.

ACTIVIDAD #5 CONOCIENDO Y MANEJANDO LA IMAGEN CORPORAL

5 La psicóloga dirigirá al grupo en un ejercicio de relajación, mediante melodías instrumentales.

6 Una vez relajados, se les guiará para que se concentren en su cuerpo, que se vean desnudos y se pongan en contacto con todas las opiniones y comentarios que han escuchado sobre su cuerpo. Se les pedirá que traten de hacer a un lado esas voces para que ellos solos vayan observando su cuerpo y vean las partes que les agradan de su cuerpo y comiencen a enfocarse en ellas y se queden con eso positivo. Así mismo, se hará énfasis en que están pasando por una etapa de muchos cambios corporales y que hay que aceptarlos como una parte natural de la vida.

7 Se indicará al grupo que regrese lentamente al salón y que abran los ojos.

OBJETIVOS:

Que los participantes se en cuenta de las influencias que han recibido en la formación de su propia imagen corporal, tanto de la sociedad como de los medios de comunicación.

TÉCNICA:

Dinámica de relajación.

RECURSOS:

Una grabadora

Música de los sentidos.

TIEMPO DE DURACIÓN

25 min.

ACTIVIDAD # 6 SANEANDO LA IMAGEN CORPORAL

1. Se pedirá a los participantes que escriban una reflexión personal en sus cuadernos en la cual escribirán el porque creen que hubo una disparidad entre su cuerpo real y su imagen corporal (si hubo) y que pueden hacer para tener una imagen mas real de su cuerpo, así como que estrategias se proponen a si mismas para aceptarse físicamente.
2. Se reiterara la importancia de aceptarse como son, que el peso varia de persona apersona conforme a su edad, metabolismo, estatura, masa corporal, etc. Y que subir de peso es parte del proceso de convertirse en adultos, debido a los cambios.

OBJETIVO:

Que los participantes desarrollen una imagen mas sana y realista respecto a sus cuerpos.

TÉCNICA:

Reflexión personal

RECURSOS:

Los cuadernos entregados a loss participantes en la primera sesión

Plumas o lápices

TIEMPO DE DURACIÓN

15 min.

ACTIVIDAD #7 CERRANDO LA SESIÓN

La psicóloga responderá posibles dudas que se presenten en el grupo

OBJETIVO

Aclarar dudas, crear un espacio de reflexión y cerrar la sesión.

TÉCNICA:

Discusión en grupo

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

30 min.

4.4.5 SESION #5 ENFOCANDO Y MEJORANDO LA AUTOESTIMA

TEMA: Autoestima

TIEMPO DE DURACIÓN: 2 Horas

ACTIVIDAD #1 DEFINIR EL CONCEPTO DE AUTOESTIMA

1. La psicóloga preguntará al grupo que creen que sea la autoestima y por que creen que sea importante.
2. Después de oír un par de respuestas, la psicóloga dará al grupo una definición de la autoestima y su importancia.
3. Después se hará una lista de los factores que la afectan.

OBJETIVO:

Que los participantes entiendan el concepto de autoestima, su importancia y los factores que la afectan.

TÉCNICA:

Lluvia de ideas y expositiva

RECURSOS:

Hojas de rotafolio

Plumones de colores.

TIEMPO DE DURACIÓN

35 min.

ACTIVIDAD #3 CUESTIONARIO

1. Los participantes contestarán un cuestionario diseñado para darle a la persona una idea de cómo está su autoestima.
2. Al finalizar, cada una calificará su propio cuestionario.
3. Se dará tiempo para que reflexionen las respuestas que pusieron.

OBJETIVO:

Que las participantes reflexionen acerca de su propia autoestima.

TÉCNICA:

Aplicación de un cuestionario

Comentarios en grupo

RECURSOS:

Cuestionario previamente elaborado.

Lápices o plumas

TIEMPO DE DURACIÓN

15 min.

ACTIVIDAD #4 SUGERENCIAS PARA MEJORAR LA AUTOESTIMA

1. Se formarán 4 equipos en los cuales se discutirá sobre como mejorar la autoestima.
2. Un integrante de cada equipo dará sus aportaciones.

OBJETIVO:

Que al terminar la dinámica, los participantes sean capaces de dar sugerencias para mejorar su propia autoestima.

TÉCNICA:

Lluvia de ideas

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN

15 min.

ACTIVIDAD #6 PONIENDO LA TEORIA EN PRACTICA

1. Se les repartirán dos tarjetas rayadas a cada participantes.
2. Se les pedirá que en una de las tarjetas apuntan 10 cualidades que tengan y 10 cosas que hacen bien.

3. Se les pedirán que en una de las tarjetas apunten las cosas que a ellos les haga sentir mal.
4. Se les dejará como tarea que revisen la primera tarjeta de vez en cuando para que vean más fácilmente sus capacidades y cualidades y que traten de no hacer lo que apuntaron en la segunda tarjeta, sugiriéndoles que de alguna manera vigilen su comportamiento para que idealmente, vaya creciendo su autoestima.

OBJETIVO:

- Que al ver sus cualidades y sus habilidades comiencen a tener una autoestima mas elevada.
- Que tomen conciencia de aquellas casas que hacen y bajan su autoestima para dejarlas de hacer poco a poco.

TÉCNICA:

Autoevaluación

RECURSOS:

Tarjetas rayadas, mínimo dos por persona.

Plumas o lápices.

TIEMPO DE DURACIÓN

25 min.

ACTIVIDAD #7 CERRANDO SESION

La psicóloga responderá posibles dudas que se presenten en el grupo

OBJETIVO

Aclarar dudas, crear un espacio de reflexión y cerrar la sesión.

TÉCNICA:

Discusión en grupo

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

30 min.

4.4.6 SESION #6 ATENCION A LAS PROPIAS NECESIDADES Y ASERTIVIDAD

TEMA: MIS NECESIDADES Y LA ASERTIVIDAD

TIEMPO DE DURACIÓN: 2 Horas

ACTIVIDAD # 1 ¿CÓMO ATIENDE UNO SUS NECESIDADES?

1. Se repartirá a los participante una hoja y se les pedirá que anoten las respuestas a una serie de situaciones que se les plantearán en las que ellos tienen una necesidad muy clara por satisfacer.
2. Se discutirán las respuestas que escribieron en sus hojas.
3. Se hablará sobre las necesidades básicas y sobre sentimientos primarios y secundarios.

OBJETIVO:

Que los participantes se percaten de su manera habitual de resolver sus necesidades.

TÉCNICA

Cuestionario

Comentarios en grupo

Expositiva

RECURSOS:

Lista de situaciones previamente planeadas y puestas por escrito por la facilitadora donde haya una necesidad que la persona tiene por satisfacer.

Proyector de acetatos

Acetatos elaborados por la psicóloga.

TIEMPO DE DURACIÓN

30 min.

ACTIVIDAD #2 LA ASERTIVIDAD Y LOS MENSAJES ASERTIVOS

1. La psicóloga explicará lo que es la asertividad, diferenciándola de la agresividad
2. Explicará lo que son mensajes asertivos y los elementos que los comprenden.

OBJETIVO:

Que los participantes comprendan lo que es asertividad

TÉCNICA:

Expositiva

RECURSOS:

Proyector de acetatos

Acetatos previamente elaborados

TIEMPO DE DURACIÓN

15 min.

ACTIVIDAD #3 PRACTICANDO LA ASERTIVIDAD

1. La psicóloga dividirá al grupo en parejas al azar y entregará a cada uno de los participantes un papel con un situación donde haya una necesidad por satisfacer.
2. Se les indicará que deberán representar ambas situaciones, pero que deben intercambiar los roles a fin de que cada uno tenga que responder ante una situación usando mensajes asertivos.
3. Se pedirá que pase alguna pareja voluntaria a representar las situaciones planteadas.

OBJETIVO:

Que los participantes aprendan a dar mensajes asertivos.

TÉCNICA:

Role playing

RECURSOS:

Una hoja para cada participante con una situación donde tendrá una necesidad muy clara por satisfacer.

TIEMPO DE DURACIÓN

35 min.

ACTIVIDAD #4 LOS BENEFICIOS DE LA ASERTIVIDAD

1. Los participantes harán un lluvia de ideas acerca de los beneficios que trae el usar mensajes asertivos.
2. Si es necesario la psicóloga complementará la lluvia de ideas

OBJETIVO

Que los participantes conozcan la importancia de ser asertivos

TÉCNICA

Lluvia de ideas y expositiva

RECURSOS:

Pizarrón y gises

TIEMPO DE DURACIÓN

10 min.

ACTIVIDAD #5 CERRANDO SESION

La psicóloga responderá posibles dudas que se presenten en el grupo

OBJETIVO

Aclarar dudas, crear un espacio de reflexión y cerrar la sesión.

TÉCNICA:

Discusión en grupo

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

30 min.

4.4.7 SESION #7 MEJORANDO LA COMUNICACIÓN

TEMA: Comunicación

TIEMPO DE DURACIÓN: 2 Horas

ACTIVIDAD #1 COMPRENDIENDO LO QUE ES LA COMUNICACIÓN

1. La psicóloga pedirá al grupo que expongan sus propias definiciones de lo que es la comunicación
2. Dará una definición general de lo que es la comunicación.
3. Se preguntarán los elementos involucrados con el tema.
4. Si es necesario se complementará la lista para incluir los siguientes elementos:
   - Origen o Codificador
   - Mensaje
   - Canal
   - Receptor

5. Se hará una lluvia de ideas sobre la comunicación no verbal y se explicará la importancia de esta.

OBJETIVO

Que los participantes comprendan el concepto de comunicación y los elementos que la comprenden.

TÉCNICA:

Expositiva complementada con lluvia de ideas.

RECURSOS

Hoja de rotafolio

Plumones de colores

TIEMPO DE DURACIÓN:

25 min.

ACTIVIDAD #2 BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

1. Se les repartirá a cada uno de los participantes una hoja con alguna de las siguientes barreras en la comunicación (Quest National Center, 1985):
   - Ordenar
   - Advertir
   - Amenazar
   - Reprender
   - Moralizar
   - Aconsejar
   - Juzgar
   - Criticar
   - Culpar
   - Insultar
   - Ridiculizar
   - Interpretar
   - Enseñar
   - Interrumpir
   - Defenderse
   - Ser negativo
   - Usar un lenguaje cargado de emoción
   - Persuadir con lógica

- Alentar
- Interrogar
- Desviar
- Alabar

2. Se dividirán por parejas
3. Cada uno de los participantes tendrá una conversación muy breve con su pareja enfrente del grupo.
4. Durante esta conversación los participantes utilizarán la barrera que les tocó en el papel para ejemplificar.
5. Se discutirá la dinámica.

OBJETIVO:

Que los participantes sean capaces de identificar las distintas barreras de la comunicación que las personas emplean comúnmente

TÉCNICA:

Dinámica de grupo

RECURSOS:

Papeles pequeños, cada uno con el nombre de alguna de las barreras de la comunicación escrito.

TIEMPO DE DURACIÓN

30 min.

ACTIVIDAD #3 COMUNICACIÓN LIMPIA

1. La psicóloga pedirá a los participantes que digan que elementos creen que debe tener una comunicación limpia.
2. Se complementará la lista para incluir los siguientes elementos que se ven involucrados en una comunicación limpia. (Quest National Center, 1985)
   - Reconocer
   - Describir
   - Explicar
   - Sugerir

OBJETIVO:

Que los participantes comprendan los elementos de una comunicación limpia

TÉCNICA:

Lluvia de ideas combinada con expositiva

RECURSOS:

Hojas de rotafolio

Plumones de colores

Proyector de acetatos

Acetatos previamente diseñados.

TIEMPO DE DURACIÓN

10 min.

ACTIVIDAD #4 MANERAS DE ESCUCHAR

1. La psicóloga dirá que el escuchar también es un factor esencial en cualquier proceso de comunicación.

2. Se le pedirá al grupo que mencionen las maneras que creen para que alguien puede escuchar.
3. Se ejemplificaran las siguientes maneras de escuchar (Quest National Center, 1985)
   - Media Oreja
   - Peor que tu
   - Experto
   - Escuchar activamente
4. En cuanto al escuchar activamente, la psicóloga mencionará que está compuesta por los siguientes elementos, los cuales serán explicados al ser mencionados.
   - Contacto visual
   - Atención
   - Lenguaje corporal
   - Empatía
   - Tono de voz.

OBJETIVO:

Que las participantes sean capaces de reconocer las diferentes maneras de escuchar incluyendo la escucha activa.

TÉCNICA:

Lluvia de ideas combinada con expositiva

RECURSOS:

Hojas de rotafolio

Plumones de colores

Proyector de acetatos

Acetatos previamente preparados.

TIEMPO DE DURACIÓN

15 min.

ACTIVIDAD #5 PRACTICANDO LA COMUNICACION LIMPIA

3 La psicóloga pedirá que se vuelvan a reunir por parejas

4 Pedirá a las parejas que tengan una conversación breve entre ellas evitando usar las barreras mencionadas y aplicando lo que aprendieron de la comunicación limpia y escuchar activamente.

5 Se comentará la actividad

OBJETIVO:

Que al final de la sesión puedan los participantes tener una comunicación mas limpia con sus compañeros y por ende, con otras personas.

TÉCNICA

Dinámica en parejas

RECURSOS

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN

20 min.

ACTIVIDAD #5 CERRANDO SESION

La psicóloga responderá posibles dudas que se presenten en el grupo

OBJETIVO

Aclarar dudas, crear un espacio de reflexión y cerrar la sesión.

TÉCNICA:

Discusión en grupo

RECURSOS:

Ninguno

TIEMPO DE DURACIÓN:

20 min.

4.4.8 SESION # 8 CERRANDO EL PROGRAMA

TEMA: Cierre y despedida

TIEMPO DE DURACIÓN: 2 Horas

ACTIVIDAD #1 ACLARANDO DUDAS

1. La psicóloga pedirá al grupo que en un hoja de papel escriban las dudas que les hayan quedado de forma anónima.
2. se recogerán los papeles y se ira leyendo de una en una la pregunta para ser respondida.

OBJETIVO

Aclarar cualquier duda que haya quedado.

TÉCNICA

Expositiva basada en las preguntas hechas por los participantes.

RECURSOS

Hojas de papel

Plumas o lápices

TIEMPO DE DURACIÓN

25 min.

ACTIVIDAD #2 LA TELARAÑA

1. La psicóloga pedirá a los participantes que hagan un circulo y lanzara una bola de estambre al azar, el participante que la reciba comentará las reflexiones que hizo durante el programa o dirá algún comentario sobre el mismo, de la misma manera al terminar lanzara la bola a otro participante quedándose con la punta, con el fin de que al irse lanzando, se forme una telaraña.

OBJETIVO:

Conocer y Compartir algunas de las reflexiones que hicieron los participantes como resultado de las sesiones anteriores.

TÉCNICA

Comentarios en grupo

Dinámica de la telaraña.

RECURSOS

Una bola de estambre

TIEMPO DE DURACIÓN

25 min.

ACTIVIDAD # 3 EVALUACION DEL PROGRAMA POR PARTE DEL GRUPO

1. Los participantes evaluarán el programa de forma escrita.

OBJETIVO

Hacer la evaluación del programa

TÉCNICA

Evaluación

RECURSOS

Cuestionario

Plumas o Lápices

TIEMPO DE DURACIÓN

10 min.

ACTIVIDAD #4 EVALUACION FINAL

OBJETIVOS

- Evaluar las actitudes del grupo en relación a los trastornos de la alimentación al finalizar el programa
- Ver el nivel de síntomas y rasgos de personalidad asociados a los trastornos de la alimentación que hay en el grupo al término del programa.

TÉCNICA:

Contestar un cuestionario

RECURSOS

EDI-II (Garner, 1991) para cada participante

Lápices o plumas.

TIEMPO DE DURACIÓN

45 min.

ACTIVIDAD #5 DINAMICA DE CIERRE Y DESPEDIDA

1. La psicóloga pedirá al grupo que se pongan en forma de círculo.
2. Tomará una botella vacia y les dirá a los participantes las siguientes instrucciones
    - Que ella va a empezar la dinámica dándole la botella a alguno de ellos, diciéndole por que se la dio a el.
    - Que esta persona se la dará a otra, de igual manera dando la razón por la cual eligió dársela.
    - Les dirá que no se puede escoger a la misma persona dos veces y que la última persona será quien se la de a la psicóloga.
3. Cuando la botella haya regresado a manos de la psicóloga esta volverá a preguntar si hay algo que quieran decir.
4. Después de que todos hayan dicho lo que quisieran decir, la psicóloga le dará una breve retroalimentación al grupo y les agradecerá a los alumnos por su participación en el programa.

OBJETIVO

Hacer un cierre del programa y del grupo.

TÉCNICA

Dinámica de grupo

RECURSOS

Una botella vacía

TIEMPO DE DURACIÓN

15 min.

CAPITULO 5

PLAN DE INVESTIGACION

5.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En tiempos actuales, ha tomado fuerza cada vez mayor, la preocupación de los muchachos adolescentes por verse bien. Esta preocupación es ahora mucho mayor que antes, debido a los estándares de belleza que rigen a la sociedad actual. Por todos lados donde volteamos, en la televisión, revistas, periódicos, casa de modas, la imagen de los modelos es la de personas extremadamente delgadas, en algunas ocasiones por propia constitución física y en otras por un esfuerzo enorme que incluye dietas extremas y ejercicios extenuantes. Todo esto, hace eco en el adolescente actual, y en su lucha por verse delgado, puede llegar a extremos patológicos como es el caso de los trastornos de la alimentación.

Los medios de comunicación constantemente están promoviendo nuevos alimentos y bebidas bajos en calorías, dietas, aparatos para hacer ejercicio, productos para adelgazar y mostrando fotografías de modelos extremadamente delgados, planteando que un cuerpo esbelto es el único aceptable y que si uno no lo tiene es porque no quiere. Algunas repercusiones de lo antes mencionado se pueden observar en el hecho de que muchas mujeres creen que deben estar delgadas para obtener lo que quieran en todos los aspectos de la vida (Meadow y Weiss 1992). Esto ha dado lugar a que un gran número de damas estén terriblemente insatisfechas con sus cuerpos y tengan la constante preocupación por su peso. Lo que no comprenden, es que la apariencia no determina el éxito que una pueda llegar a tener en el trabajo, el amor y su grupo de pares.

Aunque ha habido personas que se han opuesto a este bombardeo por parte de los medios de comunicación temas relacionados a la imagen y peso corporal han cobrado mayor importancia (Garner 1997) todo esto ha dado lugar no solo al incremento en la incidencia de trastornos de la alimentación sino también a darle valor a las cosas superficiales y materiales como al cuerpo y las posesiones y restarle importancia a las características, habilidades y fuerza de carácter entre muchas otras como símbolos de felicidad y salud. (Garner 1997)

No solo la publicidad y la sociedad influyen para que alguien desarrolle un desorden alimenticio también existen factores psicológicos, biológicos y familiares, los cuales en conjunto con los sociales pueden o no combinarse de tal manera que la persona llegue a padecer este tipo de trastornos.

La obsesión por estar delgada no solo afecta a mujeres sino también a niñas y niños aun a la corta edad de 9 o 10 (Garner 1997). De hecho un gran número de mujeres han hecho dietas o recurrido a conductas de atasque-purga desde antes de los 15 años (Holtz 1992). Eso es alarmante pues estas chicas intentan bajar de peso sin tomar en cuenta que necesitan tener una buena alimentación para terminar su proceso de crecimiento. El problema mas grave es que no solo ignoran que pueden llegar a estancar su desarrollo sino que tampoco saben que posiblemente están dando el primer paso hacia un trastorno de la alimentación.

Esto no significa que estos padecimientos se presenten en TODOS las adolescentes que quieren verse más delgados. La verdad, dentro de los factores

que contribuyen a que se presenten estos trastornos de la alimentación, se encuentra en el fondo un gran conflicto psicológico en el cual la inseguridad, el deseo de ser aceptado y querido por los demás, ocupa lugares preponderantes.

Este cambio en los valores hace que la gente sea aun mas susceptible a los mensajes provenientes de los medios de comunicación, las soluciones que presenta cada día la industria dietética y a problemas mas serios como anorexia y bulimia.

La anorexia y la bulimia son trastornos de la alimentación que se presentan en mujeres y hombres jóvenes, que cursan generalmente por la adolescencia. Aparece cuando los adolescentes, desarrollan un terror a la obesidad y a la falta de aceptación que tener sobrepeso, pudiera provocar en su círculo de amistades. Los adolescentes tienen una inadecuada, y de hecho destructiva relación interpersonal familiar, que les provoca una pérdida muy grande de su autoestima, misma que intentan recuperar buscando a toda costa la belleza física; la cual paradójicamente pierden al bajar de peso en forma exagerada. Estos trastornos, afectan a quien los padece en todos los aspectos de su vida, son sumamente difíciles de tratar y tiene repercusiones médicamente severos que pueden llegar a provocar la muerte; es por ello que es de vital importancia prevenir que haya mas casos.

Debido a lo anteriormente mencionado el objetivo general del presente trabajo fue elaborar un programa de prevención primaria para anorexia y bulimia dirigido a

alumnos de sexto año de primaria de una escuela privada ubicada en la zona de Barrientos.

5.2 OBJETIVOS

5.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Comparar los cambios de Autoestima, Asertividad, Imagen Corporal y Comunicación que facilita un programa sobre anorexia y bulimia en una población con riesgos alimenticios y sin riesgos alimenticios.

5.2.2 OBJETIVOS PARTICULARES

- Diseñar y promover un programa de prevención primaria para anorexia y bulimia dirigido a alumnos de sexto de primaria de una escuela privada ubicada en la zona de Barrientos.
- Mencionar los criterios del DSM-IV (1994) para la anorexia y bulimia nerviosas.
- Revisar los factores de etiología y el desencadenamiento de la Anorexia y – Bulimia
- Plantear una manera de presentar información básica acerca de la Anorexia y Bulimia de forma sencilla y comprensible a un grupo mixto de sexto de primaria.

- Definir el concepto de prevención primaria.
- Enlistar las características que debe tener un programa de prevención primaria para ser efectivo.
- Revisar algunos modelos de prevención primaria que se han utilizado con anterioridad en relación a trastornos de la alimentación.
- Definir los conceptos de imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación.
- Describir la interacción entre la imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación con la anorexia y bulimia.
- Proponer diferentes actividades con relación a los temas de imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación.
- Elaborar criterios de selección de la población con riesgo alimenticio, mediante el cuestionario sobre alimentación y salud de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré (1996).

5.3 JUSTIFICACIÓN

En países de Norteamérica y Europa, los desordenes de la alimentación afectan a un número creciente de mujeres y hombres (Holtz 1992) Neumark-Sztainer (1995) comenta al respecto que la prevalencia de los trastornos de la alimentación en muchachos de las sociedades occidentales han alcanzado proporciones alarmantes. Por otro lado, Abraham y Llwellyn-Jones (1987) reportan que se han detectado trastornos de la alimentación en hombres y mujeres de varios países asiáticos incluyendo Japón. Así mismo Holtz (1992) comenta que se ha

encontrado que el porcentaje promedio de los trastornos de la alimentación hallado entre estudiantes de universidades y preparatorias alrededor del mundo oscila entre el 4 y el 13%.

En México y más específicamente en la Ciudad de México estudios realizados por Holtz (1992) en preparatorias del D.F. Mostraron que el 81% de los alumnos están descontentas con su peso el 73% han hecho dieta desde una edad temprana (15 años en promedio) y el 40% podría padecer un desorden alimentario serio. De igual manera, investigaciones hechas por Gómez Pérez-Mitré.(1993ª y 1993b) con estudiantes de bachillerato del D.F. indicaron que aproximadamente un 10% habían recurrido al vómito autoinducido y un 7% al uso de laxantes para bajar de peso.

Por otra parte el DSM-IV (1996) menciona que entre el .5 y el 1% de la población adolescente llena todos los criterios para la anorexia nerviosa y entre el 1 y el 3% para la bulimia nerviosa. Los trastornos de la alimentación y las conductas que pueden llevar a la persona a desarrollar un problema de ese tipo no solo se han propagado entre adolescentes y adultos jóvenes sino que también en niños de primaria. En relación a esto se ha visto que las dietas, el miedo a la gordura y las conductas de atasque son factores de riesgo para el desarrollo de un trastorno de la alimentación. Estos factores de riesgo fueron investigados en una población de alumnos desde 5to de primaria hasta 3ro de preparatoria encontrándose que el 46% de los niños de 9 años y el 81% de niños de 10 años de edad reportaron haber tenido esas conductas Mallozzi (1993) resultados similares fueron encontrados por Eastwood (citada en Brody 1996) en una investigación que hizo

con 650 estudiantes de 5to y 6to de primaria. Dicho estudio dio como resultado que el 73% de las niñas y el 43% de los niños querían estar mas delgados. El 58% ya había tratado de perder peso y el 11% mostraban actitudes alimenticias alteradas Eastwood (citada en Brody 1996). Por otro lado un estudio hecho por Gómez Ávila (1998) con alumnos de 5to y 6to de primaria dio como resultado que un 19% de ellos habían hecho dieta para bajar de peso, aunque un 60% de ellos tenían un peso por debajo de lo normal y un 3% muy por debajo de lo normal. Garner (1997) comenta al respecto que el hacer dietas para perder peso y el miedo a la gordura son comunes en niños hasta de 9 años de edad creciendo dramáticamente en la adolescencia especialmente en aquellas mujeres con mayor peso corporal. El mismo autor Garner (1997) comenta que las chicas de hoy en día no solo tienen una mayor preocupación en cuanto a su peso cuando son jóvenes sino que también carecen de armas con las cuales protegerse desde la perspectiva psicológica.

La doctora Araceli Aizpuru, de la clínica Juvat de la Fundación Ellen West. (2001) asegura que cada tres años disminuye la edad en la que comienza la enfermedad. Hace 15 años afectaba principalmente a las jovencitas de entre 19 y 21 años, hoy se dan casos, en Europa y Estados Unidos, donde los niños de entre nueve y 12 años presentan este tipo de problemas. En México, la edad promedio es de 14 años.

La anorexia y la bulimia son temas recurrentes en los adolescentes hoy en día, principalmente entre las mujeres. Sin embargo, esta enfermedad poco a poco se

va extendiendo al campo masculino e incluso infantil y, además, no reconoce clases sociales.

Los trastornos de la alimentación son padecimientos que no solamente afectan al individuo en cuanto a su alimentación sino que alteran todos los aspectos de su vida. Conforme el trastorno va avanzando la persona se centra cada vez mas en la comida, dejando de lado amigos, familia, escuela, trabajo etc. Desde un punto de vista médico, la anorexia y bulimia tienen graves repercusiones de todo tipo, desde problemas cardiovasculares y gastrointestinales hasta endocrinos. En el peor de los casos pueden llevar a la muerte del individuo si no son tratados a tiempo y de una manera adecuada.

Algunos autores (Shisslak, Crago, Neal y Swain 1987) comentan que tomando en cuenta las consecuencias físicas y psicológicas tan graves que tienen la Anorexia y la Bulimia así como la creciente dificultad de tratamiento conforme va pasando el tiempo el ignorar la prevención de estos problemas pueden resultar en una mayor incidencia.

Ante esta problemática se enfatiza la necesidad de organizar programas de prevención primaria para poder ofrecer información oportuna a este sector de la población y evitar que se sigan dando casos de anorexia y bulimia. Se considera que aunque es de suma importancia saber tratar los trastornos de la alimentación de una manera adecuada es aun mas importante prevenirlos

De ahí surge la necesidad de estructurar un programa que pueda ser aplicable en cualquier escuela para alertar a los jovencitos sobre las terribles consecuencias

que acarrean este tipo de enfermedades ya que la principal forma de prevenir la bulimia y la anorexia es mediante la información, evitando que al desarrollar el trastorno alimenticio sea demasiado tarde.

5.4 HIPOTESIS

H_1: El programa de prevención primaria sobre anorexia y bulimia, facilita cambios en los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación, en una población con riesgos alimenticios.

H_o: El programa de prevención primaria sobre anorexia y bulimia, no facilita cambios en los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación, en una población con riesgos alimenticios.

H1: Existe diferencia entre poblaciones en riegos alimenticio y sin riesgo alimenticio

Ho: No existe diferencia entre poblaciones en riegos alimenticio y sin riesgo alimenticio.

5.5 BENEFICIOS

Con el diseño de este proyecto se pretende otorgar una perspectiva novedosa al problema de la anorexia y bulimia nerviosas mediante un enfoque preventivo del mismo desde el ámbito escolar, entendiéndose esencial en orden a anticiparnos al gran desajuste personal y social que vienen sufriendo los preadolescentes, en particular alumnos de sexto de primaria.

5.6 DEFINICION DE TERMINOS

Los desordenes de la alimentación son trastornos severos en la conducta alimenticia y se encuentran clasificados de la siguiente manera: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y trastornos de la alimentación no especificados dentro de los cuales se encuentran el trastorno por rumiación, la pica y el comer compulsivo (American Psychiatric Association 1996).

La Anorexia Nerviosa es una perturbación caracterizada por la auto-inanición y una pérdida de peso excesiva que se da por un miedo muy intenso a engordar (American Psychiatric Association 1996).

La Bulimia Nerviosa es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de atascarse seguido por conductas compensatorias tales como el vómito autoinducido, el abuso de laxantes, diuréticos y otros medicamentos, ayunos o ejercicio excesivo (American Psychiatric 1996)

El programa estará enfocado tanto a nivel de comportamiento como a nivel de personalidad, se realizará en 8 sesiones de 2hrs. Cada una; será aplicado por una psicóloga en una escuela privada de la zona de Barrientos a alumnos de sexto de primaria y se enfocará en los temas de anorexia y bulimia nerviosas, autoestima, asertividad, imagen corporal y comunicación.

Por comunicación se entenderá el proceso de compartir significado mediante la trasmisión y recepción de mensajes ya sea de manera intencional o no (Verderber y Verderber 1977).

La imagen Corporal se refiere a la Imagen mental que uno tiene acerca de su propio cuerpo. (Rodin 1992)

La autoestima es una evaluación personal del valor que tiene uno como persona (Arbetter 1996)

La asertividad involucra el expresar los propios sentimientos, preferencias, necesidades u opiniones de manera directa, pero no amenazante, ni castigadora para la otra persona (Galassi y Galassi 1997)

La prevención primaria es uno de los tres tipos de aproximación de la salud Mental preventiva y tiene como meta el reducir el número de casos nuevos de alguna alteración mental en una población. (Conyne 1983)

Un programa de prevención primaria es un plan de intervención en una población con el propósito de evitar que surjan nuevos vasos de trastornos mentales. (Conyne 1983).

5.7 METODO

5.7.1 DISEÑO EXPERIMENTAL

Es un diseño transversal, cuasi-experimental tipo grupo control o dos grupos con mediciones antes y después de la intervención.

Se trabajara con metodología activa, técnicas de implicación, grupales, contenidos de conocimiento y actitudinales sobre nutrición-alimentación, imagen corporal, autoestima, asertividad y comunicación, durante ocho sesiones de dos horas en ocho clases en horario escolar, impartido por una psicóloga.

5.7.2 VARIABLES

Dependientes: Factores de Riesgo Asociados con Trastornos de la Alimentación (Asertividad, Comunicación, Autoestima, Imagen Corporal).

Independientes: Programa aplicado a alumnos con riesgo y sin riesgo.

5.7.3 MUESTRA

Para los fines de la presente investigación se empleo una muestra de N =44 alumnos de sexto de primaria que presentaron riesgo de trastornos alimenticios. y N =44 alumnos sin riesgo.

La muestra fue seleccionada de la población total N = 110 de alumnos de sexto de primaria de una escuela privada localizada en la zona de Barrientos.

5.7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los sujetos incluidos en la muestra debieron cumplir con los siguientes requisitos para ser incluidos:

- Asistir al Colegio Salesiano Ángela Segovia de Serrano, Ubicado en San Pedro Barrientos Edo. De México.
- Cursar el sexto año de primaria.
- Contestar el cuestionario "Estudios sobre alimentación y salud" (Gómez Pérez-Mitré, 1996).
- Obtener una calificación superior a los 530 puntos en el cuestionario, presentando de esta manera riesgo de trastorno alimenticio.

5.7.4 PROCEDIMIENTO

Se acudió a las instalaciones del Colegio Salesiano Ángela Segovia de Serrano para solicitar la cooperación de las autoridades para la realización de la investigación, y la aplicación del programa de prevención primaria sobre anorexia y bulimia nerviosas.

Después de obtenida la autorización se aplicó el cuestionario de forma colectiva en los salones de clase a los tres grupos de sexto de primaria (110 alumnos).

Una vez que se evaluaron los cuestionarios y se determinó a la población en riesgo, Se estableció la hora y el salón específico donde se impartiría el programa de prevención primaria sobre anorexia y bulimia nerviosas. A la población en riesgo y después a 44 alumnos que no estan en riesgo.

Antes de comenzar el programa se procedió nuevamente a la aplicación de instrumentos para determinar el nivel en los Factores de riesgo asociados con Trastornos de la alimentación (Autoestima, Asertividad, Imagen corporal y comunicación).

El programa se dividió en 8 sesiones de 2 horas cada una, al finalizar la sesión número 8, se aplicaron los mismos instrumentos de Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación, para poder determinar la eficacia del programa.

Así mismo se aplicaron los cuestionarios pre y post además de el programa a 44 alumnos que no están en riesgo para poder comparar en pares.

Finalmente se procedió a la captura de los datos, para analizar los resultados obtenidos.

5.7.5 INSTRUMENTO

En el presente estudio se aplicaron como criterio de inclusión el cuestionario "Estudios sobre alimentación y salud" (Gómez Pérez-Mitré, 1996), que se ha

venido aplicando y sometiendo a prueba desde 1993. Este instrumento contiene reactivos que exploran variables relacionadas con las siguientes áreas:

Sociodemográfica (Sección A)

Conducta Alimentaria y Estrés (Sección B)

Elección de Figura Actual (Sección C)

Autoatribución (Sección D)

Conducta Alimentaria (Secciones E y F)

Elección de Figura Ideal (Sección G)

Interacción Social (Sección H)

Afrontamiento al Estrés (Sección I)

Relación Materna (Sección J)

Imagen Corporal (Sección k)

Satisfacción / Insatisfacción con partes corporales (Sección L)

Sin embargo es importante mencionar que en la presente investigación no se utilizó la (Sección A).

Como instrumentos para la evaluación de los Factores de Riesgo Asociados a los Trastornos de la Alimentación, se utilizaron:

Para la Autoestima un cuestionario de 20 preguntas (Robinson 1994).

Para la Asertividad y Comunicación se aplicaron dos cuestionarios previamente elaborados y validados mediante jueceo.

Para la Imagen Corporal se utilizaron las secciones C y G del cuestionario "Estudios sobre alimentación y salud". (Gómez Pérez-Mitré 1996).

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La escala tiene un alpha general de confiabilidad de .9017. La escala de Factores de Riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA) versión para hombre está formado por 11 factores que explican el 48% de la varianza, la escala tiene un alpha de .8660; mientras que la versión de mujeres está formado por 7 factores que explican el 42.8% de la varianza con un alpha de .8876. La versión actual está formada por los factores que evalúan (en el instrumento de hombres): conducta alimentaria compulsiva (varianza explicada 15%, alpha = .8602), preocupación por el peso y la comida (varianza explicada 7%, alpha = .8076), y dieta crónica restrictiva (varianza explicada = 4.6%, alpha = .8052). La versión de mujeres evalúa: conducta alimentaria compulsiva (varianza explicada 12.4%, alpha =.9051), Preocupación por el peso y la comida (varianza explicada 7.4%, alpha = .8242), y dieta crónica restrictiva (varianza explicada 2.6%, alpha = .8136).

5.8.4.1 FORMA DE CALIFICACION

Para el cuestionario "Estudios sobre alimentación y salud":

Se asigna a cada reactivo de las escalas, 5 opciones de respuesta. A esta escala se le dio un valor numérico del 1 al 5, de esta forma los puntajes más altos indicaron mayor presencia de los problemas alimentarios.

En el instrumento solo se validan las secciones E y F (EFRATA) para indicar riesgo o no, sin embargo en el presente estudio se evaluaran todas las secciones, en forma descriptiva para determinar si existe o no riesgo, tomando en cuenta todos los factores contextuales que rodean al niño.

Se toma como punto de referencia la sumatoria mayor a 530 puntos considerando una puntuación media según la escala de Lickert que contiene el instrumento.

En la medición de Imagen Corporal, se emplearon dos escalas visuales con siluetas o figuras humanas que cubren un continuo de peso corporal, que va desde una silueta muy delgada, hasta una muy gruesa u obesa, pasando por una de peso corporal normal. Las siluetas aparecieron ordenadas al azar. De acuerdo con el reactivo 1 de la sección C que mide figura actual, se indicó a los sujetos: "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o aproxime a tu figura corporal". Las opciones de respuesta fueron las siguientes:

OPCION	CALIFICACION	CLASIFICACION
F	1	Nivel de delgadez muy por abajo de lo normal
H	2	Nivel de delgadez muy por abajo de lo normal
A	3	Nivel de delgadez por abajo de lo normal
I	4	Nivel de delgadez por abajo de lo normal
B	5	Peso Normal
D	6	Nivel de sobrepeso
C	7	Nivel de sobrepeso
E	8	Nivel de obesidad
G	9	Nivel de obesidad masiva

De acuerdo con el reactivo 1 de la sección G que mide figura ideal, se indicó a los sujetos: "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener". Las opciones de respuesta fueron las siguientes:

OPCION	CALIFICACION	CLASIFICACION
G	1	Nivel de delgadez muy por abajo de lo normal
E	2	Nivel de delgadez muy por abajo de lo normal
C	3	Nivel de delgadez por abajo de lo normal
A	4	Nivel de delgadez por abajo de lo normal
I	5	Peso Normal
B	6	Nivel de sobrepeso

D	7	Nivel de sobrepeso
F	8	Nivel de obesidad
H	9	Nivel de obesidad masiva

Dado lo anterior la imagen corporal fue definida como el grado de discrepancia entre la figura actual y la figura ideal.

Una diferencia igual a cero fue indicadora de satisfacción, en tanto que las diferencias positivas y negativas indicaron insatisfacción. En general, a mayor diferencia entre la figura actual y la figura ideal mayor fue el grado de insatisfacción.

Para los cuestionarios de Autoestima Asertividad y Comunicación, se asignaron 4 opciones de respuesta, otorgándole a la escala valores del 1 al 4, de esta manera al finalizar las puntuaciones se sumaron, determinando:

Para la Autoestima:

De 20 a 40 puntos indica buena Autoestima.

De 41 a 59 puntos Indica una Autoestima Moderada.

De 60 a 80 puntos Indica una baja Autoestima.

Para la Asertividad:

De 20a 40 puntos indica buen nivel de Asertividad.

De 41 a 59 puntos indica asertividad moderada.

De 60 a 80 puntos indica poca asertividad.

Para la Comunicación:

De 20 a 40 puntos indica buena comunicación.

De 41 a 59 puntos indica problemas en la comunicación.

De 60 a 80 puntos indica mala comunicación.

CAPITULO 6

RESULTADOS

El propósito del presente estudio consistió en investigar si al aplicar un programa sobre anorexia y bulimia en una población con riesgos alimenticios se presentaban cambios de Autoestima, Asertividad, Imagen Corporal y Comunicación y a su vez comparar cambios entre las poblaciones con riesgo y sin riesgo alimenticio.

Una vez recogidos y capturados los datos se realizó un análisis de los mismos en el programa SPSS (paquete estadístico aplicado a las ciencias sociales en su versión para Windows XP). Encontrando:

La muestra total del presente estudio, es decir la población con riesgo y sin riesgo, quedó formada por una N total = 88 estudiantes, el 45% de ellos de sexo femenino y el otro 55% del sexo masculino (ver tabla 1). La media de edad para las mujeres es de 10.99 Mientras que la edad promedio de los hombres es de 11.044.

La totalidad de los sujetos de la muestra son estudiantes de sexto de primaria de entre 10 y 12 años, de escuela privada ubicada en el Estado de México en la zona de Barrientos (ver tabla 2).

Tabla No. 1

Frecuencias y porcentajes de distribución de la muestra

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	48	55%
FEMENINO	40	45%
TOTAL	88	100%

N = 88

Tabla No. 2

Distribución en porcentajes, media y desviación estándar de la variable edad por sexo.

	SEXO		TOTAL
EDAD	MASCULINO	FEMENINO	
10	2	2	4
11	44	36	80
12	2	2	4
TOTAL	48	40	88
	100%	100%	100%
X	11.044	10.99	11.02
S	.3024	.3010	.3017

N = 88

El 40 % de la población total N= 110 se encuentra en riesgo de trastornos alimenticios (ver tabla 3)

Tabla No. 3

SEXO	EN RIESGO	POBLACIÓN TOTAL	%
MUJERES	20	42	47.6%
HOMBRES	24	68	35%
TOTAL	44	110	100%

N = 110

La tabla No. 4 muestra las variables Autoestima, Asertividad, y Comunicación de manera individual y su aplicación antes y después del programa.

En la primera columna se indica la forma de respuesta asignándose diferentes valores a (1) Autoestima, asertividad y comunicación altas, (2) moderadas y (3) bajas, en la tabla se observa como en las primeras aplicaciones se encuentran algunos sujetos con respuestas (3) y en las tres variables se elimina esta respuesta en las aplicaciones posteriores.

Tabla No. 4

			pretest	postest	
AUTOGPOS	1.00	Count	43	87	130
		% of Total	24.4%	49.4%	73.9%
	2.00	Count	43	1	44
		% of Total	24.4%	.6%	25.0%
	3.00	Count	2		2
		% of Total	1.1%		1.1%
Total		Count	88	88	176
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

			pretest	postest	total
ASERGPOS	1.00	Count	40	84	124
		% of Total	22.7%	47.7%	70.5%
	2.00	Count	37	4	41
		% of Total	21.0%	2.3%	23.3%
	3.00	Count	11		11
		% of Total	6.3%		6.3%
Total		Count	88	88	176
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

			pretest	postest	total
COMUGPOS	1.00	Count	80	81	161
		% of Total	45.5%	46.0%	91.5%
	2.00	Count	8	7	15
		% of Total	4.5%	4.0%	8.5%
Total		Count	88	88	176
		% of Total	50.0%	50.0%	100.0%

N = 176

La tabla No. 5 muestra de manera individual la variable imagen corporal, y sus aplicaciones antes y después del programa.

La columna uno indica que van del –2 al 4 los grados de discrepancia que los sujetos presentan entre la figura real y la figura ideal, observando que existen modificaciones entre las aplicaciones pre y postest y a su vez entre los grupos con riesgo y sin riesgo; en estos indica como la población que no se encuentra en riesgo manifiesta menos discrepancia entre las dos siluetas, mostrando menos insatisfacción con su imagen corporal.

Tabla No. 5

IMAGEN CORPORAL		pretest	postest	total
SIN RIESGO	-2.00	4	5	9
	-1.00	19	22	41
	.00	28	28	56
EN RIESGO	1.00	14	13	27
	2.00	16	14	30
	3.00	4	3	7
	4.00	3	3	6
Total		88	88	176

N = 176

Las tabla No. 6 y No. 7 muestran que las únicas variables que presentan resultados significativos en su aplicaciones antes y después del programa son: autoestima, y asertividad, representados mediante las pruebas estadísticas ANOVA. y T DE STUDENT.

Tabla No. 6

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
INSATIS	Between Groups	.960	1	.960	.475	.492
	Within Groups	351.761	174	2.022		
	Total	352.722	175			
COMU	Between Groups	5.682E-03	1	5.682E-03	.072	.789
	Within Groups	13.716	174	7.883E-02		
	Total	13.722	175			
ASER	Between Groups	17.188	1	17.188	66.075	.000
	Within Groups	45.261	174	.260		
	Total	62.449	175			
AUTO	Between Groups	12.023	1	12.023	77.807	.000
	Within Groups	26.886	174	.155		
	Total	38.909	175			

N = 175

Tabla No. 7

T DE STUDENT.

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
AUTO	Equal variances assumed	666.053	.000	8.821	174	.000	.5227	5.926E-02	.4058	.6397
	Equal variances not assumed			8.821	93.633	.000	.5227	5.926E-02	.4051	.6404
ASER	Equal variances assumed	175.689	.000	8.129	174	.000	.6250	7.689E-02	.4732	.7768
	Equal variances not assumed			8.129	102.896	.000	.6250	7.689E-02	.4725	.7775
COMU	Equal variances assumed	.289	.592	.268	174	.789	1.136E-02	4.233E-02	-7.2176E-02	9.490E-02
	Equal variances not assumed			.268	173.366	.789	1.136E-02	4.233E-02	-7.2178E-02	9.491E-02
INSATI	Equal variances assumed	.048	.826	.689	174	.492	.1477	.2143	-.2753	.5708
	Equal variances not assumed			.689	174.000	.492	.1477	.2143	-.2753	.5708

Se realizaron comparaciones de las variables autoestima, asertividad, imagen corporal y comunicación en la población en riesgo y sin riesgo, presentando igualmente resultados significativos únicamente en las variables autoestima y asertividad (ver tablas 8 y 9)

Tabla No. 8

Distribución de los grupos en riesgo y sin riesgo, media y desviación estándar.

	gpos de riesgo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
AUTOGPOS	riesgo	88	1.5341	.5456	5.816E-02
	sin riesgo	88	1.0114	.1066	1.136E-02
ASERGPOS	riesgo	88	1.6705	.6902	7.357E-02
	sin riesgo	88	1.0455	.2095	2.233E-02
COMUGPOS	riesgo	88	1.0909	.2891	3.082E-02
	sin riesgo	88	1.0795	.2721	2.901E-02
INSATIS	riesgo	88	.4205	1.4119	.1505
	sin riesgo	88	.4091	1.4355	.1530

N = 88

Tabla No. 9

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
INSATIS	Between Groups	5.682E-03	1	5.682E-03	.003	.958
	Within Groups	352.716	174	2.027		
	Total	352.722	175			
COMUGPOS	Between Groups	5.682E-03	1	5.682E-03	.072	.789
	Within Groups	13.716	174	7.883E-02		
	Total	13.722	175			
ASERGPOS	Between Groups	17.188	1	17.188	66.075	.000
	Within Groups	45.261	174	.260		
	Total	62.449	175			
AUTOGPOS	Between Groups	12.023	1	12.023	77.807	.000
	Within Groups	26.886	174	.155		
	Total	38.909	175			

N = 176

En los resultados presentados se observó que únicamente los cambios significativos se presentaron en las variables de asertividad y autoestima, tanto en grupos de riesgo y sin riesgo como en las aplicaciones pretest y postest.

Se obtuvieron resultados positivos a la hora de evaluar dicho programa estadísticamente. En primer lugar se observó que el programa fue efectivo en prevenir que se inicien conductas poco sanas para controlar el peso. También hubo mejoría en cuanto a la información nutricional de los participantes a corto plazo y hubo mejorías en autoestima, asertividad, imagen corporal y comunicación, sin embargo los cambios fueron significativos únicamente en las primeras variables.

Aunque el presente estudio es pionero en abordar la problemática preadolescente arrojo resultados significativos positivos. Ya que se trabajaron los ámbitos educativos- formativos con este tipo de población en el cual la edad, esta un poco descuidada dentro de los investigadores hoy en día.

En resumen se concluyo que es benéfico iniciar con los esfuerzos preventivos en una edad mas temprana y darle más tiempo y énfasis a las áreas de autoestima, y asertividad.

CAPITULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Un primer aspecto llamativo dentro de la revisión de las diferentes perspectivas en torno a los trastornos alimentarios consiste en la evidencia de una mayor profusión y diversidad de teorías principalmente sobre la anorexia y la bulimia y en menor escala en relación a la obesidad. Sobre la obesidad se multiplican aproximaciones y se discuten resultados, sin embargo, es claro que no existe una aceptación unánime de su causalidad psicológica. Se reconoce este aspecto pero se le niega su papel determinante.

No es igual en los casos de la anorexia y la bulimia, pues, si bien se ensayan también diversas perspectivas teórico metodológicas, es claro, sin embargo, que los factores psicológicos se encuentran prácticamente sobre la superficie. La imposibilidad de caracterizar a ambos trastornos sobre una base orgánica, de entrada, les hace más resistentes a una perspectiva médico - biológica.

Del mismo modo, existe una paradoja interesante en las grandes campañas de carácter preventivo. Por una parte, es claro que la publicidad tendiente al consumo de productos, frecuentemente nocivos, es a menudo muchísimo más eficaz para atraer consumidores que para disuadir a un sujeto que ha adquirido una pauta de conducta "desviada" , corno es el caso del tabaquismo o la drogadicción. Por otro lado, las campañas de salud o tendientes a promover hábitos adecuados sólo son eficientes en las estadísticas gubernamentales y a menudo totalmente ineficaces en la cotidianidad de la población. Podría decirse que la cantidad de recursos económicos es desigual, así como la frecuencia con la

que están en contacto con el público, pero, también es posible que, por vía de los hechos, apunten y acierten en lugares diferentes. Mientras que la propaganda se dirige a un público con apetencias, con deseos y con gran necesidad de reconocimiento e inserción social y afectivo: por lo contrario, las campañas "concientizadoras" se orientan hacia el "deber ser, o a las "almas bellas", o mejor dicho, a las buenas voluntades.

En este sentido, apuntar hacia la prevención nos lleva: en primer lugar, a poner el acento sobre los factores psicológicos presentes en el sujeto; en segundo lugar, independientemente que lo psicológico sea o no el primer factor presente en la causación de la obesidad. la anorexia y/o la bulimia, es cierto que funciona como causa eficiente ya sea para mantenerlas, desencadenarlas o para hacer posible o no un tratamiento, inclusive médico, en torno a ellas.

En el presente estudio, los resultados obtenidos nos llevaron a priorizar el papel de la autoestima y la asertividad como factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Y si bien es cierto que la autoestima y la asertividad son, como ya se mencionó, en diferentes momentos del presente trabajo, resultado de la interacción de factores múltiples y complejos; también es cierto, que la autoestima y la asertividad funcionan como estructura cognitiva mediante la cual el sujeto se pone en contacto y valora diferentes estímulos relacionados con él. autoestima y la asertividad se ponen en juego en la interacción social, en la situación amorosa, en su contacto con la realidad y en la o las decisiones relacionadas con el consumo.

Tomando en cuenta, además, que en términos sociales y personales, la preadolescencia representa un momento de tránsito entre la adaptación infantil y la inserción definitiva en el mundo de los adultos puede inferirse, sin demasiado riesgo, que los factores cognitivos, como la autoestima y la asertividad, representan más que nunca una de las medidas o garantías de éxito entre la comunidad de jóvenes.

Integrando estos dos últimos puntos de vista, es factible concluir que la autoestima y la asertividad son determinantes para influir en las conductas alimentarias de riesgo y que la preadolescencia representa uno de los momentos críticos para incidir en su desarrollo. En este sentido, una estrategia preventiva puede señalarse apuntando a la modificación de la autoestima y la asertividad a partir de los estímulos y motivaciones recibidas de los padres. De esta manera, se podría cambiar los niveles de incidencia, sobre todo, en etapas posteriores de la vida.

En un inicio se señaló, también, que es importante realizar estudios con la población mexicana de manera específica. Uno de los grandes déficitis en la investigación consiste precisamente en reproducir pautas o resultados provenientes de estándares que no son los que comparte nuestra población. En este sentido, el presente estudio reporta una muestra formada por N=88, 48 hombres y 40 mujeres.

Los resultados de la muestra señalan que, el porcentaje de hombres y mujeres que se encuentran en riesgo dentro de una población preadolescente de sexto de primaria es aproximadamente igual, casi el 50 % de la población se encuentra en riesgo.

Partiendo de este aspecto, se encontraron otros factores que sin ser significativos son necesarios de ser resaltados. Entre los más interesantes tenemos que, en relación a la figura ideal se obtuvo una interacción significativa en cuanto al sexo por categoría de peso y en poblaciones en riesgo y sin riesgo. Los resultados indicaron que hombres y mujeres en riesgo ya sea con peso normal o con sobre peso eligieron una silueta muy delgada (bien formada) como figura ideal, mientras que, los hombres sin riesgo, independientemente de su peso eligieron las misma siluetas y en el caso de las mujeres sin riesgo incluso siluetas con peso mayor al que ellas representaban. En este sentido, las sujetos en riesgo tienden a valorar la delgadez, sin sancionar la posibilidad de que los ideales sean "rnuy altos".

Dos aspectos resultan claramente contradictorios: si atendemos a la publicidad, sobre todo a la dirigida especificamente a los jóvenes, como es el caso de la Revista "Somos" que en su edición especial ---de las 50 personas más bellas en México" promueven, con gran aceptación de la juventud, el estereotipo de la mujer bella: delgada (bien formada) y joven (Gómez Pérez-Mitre y Unikel, 1999). Sin embargo, existe una gran sanción social al sujeto que plantea ideales, imposibles, en el marco de las estructuras sociales. Digamos que el fenómeno

parece presentar una doble cara: por una parte la aceptación y el consumo de valores y por otra, no plantearse una posibilidad real de conseguirlos, no desearlos como una actitud vital ante el entorno.

En este nivel, la similitud de resultados presenta una tendencia que bien puede ser señalada como uniforme. En torno a la figura ideal tanto hombres como mujeres comparten las mismas tendencias consagradas socialmente. Sin embargo, en otros aspectos existe una diferencia marcada entre los sexos.

Lo anterior se expresa, fundamentalmente en tres puntos. El primero de ellos consiste en que: en lo referente a la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, los hallazgos encontrados confirman investigaciones recientes llevadas a cabo en mujeres preadolescentes y adolescentes mexicanas (Pineda 2000), en las que se obtiene que la muestra presenta insatisfacción con una diferencia positiva. esto es, que ellas quieren ser más delgadas.

Las diferencias se encuentran marcadas también socialmente, lo cual modifica la autoestima de las personas y evita la asertividad en ellas mismas. La presión hacia las mujeres por lucir delgadas (bien formadas) es tan fuerte, que en países como Brasil se prohibió a las mujeres obesas utilizar bikinis en las playas. Inclusive, a las mujeres "bien formadas" se les permite mostrar sus senos, es decir, no utilizar sostén.

Con respecto a los hombres, se observó que estos casi no presentaron insatisfacción con relación a su imagen corporal: sin embargo, la media indicó que querían ser un poco más delgados y atléticos. Este hecho desmiente la falsa idea que indica que los hombres no se preocupan por su apariencia física y cuerpo. No obstante, por el ejemplo anterior, puede verse que la presión social no es tan fuerte, ni sanciona del mismo modo su sobrepeso que como se hace con las mujeres.

Sumado a las diferencias en la estimación de la imagen, se puede señalar que es de gran importancia resaltar el papel que desempeña la imagen corporal en los trastornos alimentarios. Sin embargo se encontró que en edades mas tempranas (10-12) la insatisfacción por la imagen no es tan significativa como la presencia de una baja autoestima. En comparación con otros estudios, Attie y Brooks - Gunn, 1989 y Gómez Pérez -Mitré, 1995, han señalado que en la adolescencia la insatisfacción con la imagen corporal, así como, la alteración de la propia imagen constituyen factores de riesgo comprobados para el desarrollo de algún trastorno alimentario.

Podríamos decir entonces que mejorando la autoestima y la asertividad en edades tempranas, podríamos evitar la insatisfacción con la propia imagen corporal y de esta manera evitar el desencadenamiento de un trastorno alimenticio.

Los hallazgos obtenidos con las mujeres deben ser cuidadosamente valorados, sobre todo, si se toma en cuenta que el seguimiento de dietas representa uno de los factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria para la producción de desórdenes alimentarios. (Garner 1997)

Los resultados confirman que la verdad, dentro de los factores que contribuyen a que se presenten estos trastornos de la alimentación, se encuentra en el fondo un gran conflicto psicológico en el cual la inseguridad, el deseo de ser aceptado y querido por los demás, ocupa lugares preponderantes

Es especialmente importante resaltar que los datos obtenidos indican que ya no es solo la población femenina la que esta en riesgo de caer en un trastorno alimenticio sino que como ya se había mencionado, este tipo de trastornos poco a poco se va extendiendo al campo masculino e incluso infantil. Digamos que, en este sentido, representa uno de los sectores sociales que con mayor probabilidad presentarán trastornos en la alimentación. Vale, pues, la pena realizar investigaciones sistemáticas que profundicen tanto en la identificación como en la explicación del o los porque asociados con esta incidencia. Evidentemente, tampoco, puede descartarse por esta vía la necesidad de realizar intervenciones y campañas preventivas dirigidas especialmente a los hombres.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Antes de concluir el trabajo sería necesario presentar algunas de las inquietudes que se generaron a lo largo de la elaboración del presente trabajo de investigación.

Por principio de cuentas, cabe señalar que al recabar datos en una muestra de carácter "no probabilisitica", los datos no pueden ser del todo generalizados. Es por ello, que se sugiere en futuras investigaciones trabajar con muestras tornadas al azar, con el propósito de obtener resultados generalizables. Sin embargo, se puede señalar que los datos obtenidos no son discordantes de los obtenidos con otras muestras y en otros estudios. Quizá resultó más importante, en la presente investigación, la demostración positiva de la existencia y relación de factores de riesgo alimenticios, que la extensión misma de las conclusiones obtenidas.

En este sentido, sería igualmente importante realizar más investigaciones relacionadas con la autoestima y la asertividad y alteraciones alimentarias, entre los jóvenes de las edades incluidas en la muestra actual, para la confirmación de los resultados de este estudio. De manera paralela, y de confirmarse los hallazgos reportados, puede ser de utilidad incluir otros rangos de edad, para establecer si existen periodos críticos en la conformación de factores de riesgo.

Es factible, asimismo, investigar de manera más detallada a las diferentes variables incluidas en el estudio. Es posible que su estudio más amplio arroje mayor profundidad en la apreciación de los problemas en juego. Inclusive

aspectos como el nivel socioeconómico que a menudo constituyen sólo datos preparatorios para estudios más amplios y en el caso de la autoestima y la asertividad, por su importancia en la inserción de los jóvenes en su entorno social, puede constituir un factor de importancia central

El incremento de trastornos de alimentación en la población infantil y la emergencia de nuevas condiciones de socialización para los pequeños, puede representar también la oportunidad de investigar las bases sobre las que se construye la autoestima y la asertividad. ¿ A qué tipo de influencias y que trastornos se presentaran en los niños de las próximas generaciones?. No son fáciles las respuestas, sin embargo, es la investigación quien puede darnos alguna claridad en los modos en que los fenómenos actuales pueden repercutir en el desarrollo de las futuras generaciones.

Sería necesaria la ampliación, para fines de investigación, de los conceptos mismos de autoestima y asertividad. La inclusión de los factores afectivos en la conformación de estas puede ser también una de las grandes áreas que permitan el establecimiento de estrategias preventivas y de tratamiento.

Digamos, en pocas palabras, que al investigar los trastornos alimentarios señalamos un problema que queda abierto para futuras investigaciones y aportaciones desde diversos ángulos y puntos de vista.

BIBLIOGRAFÍA.

Abraham, S. Anorexia y Bulimia: desordenes alimenticios; tr. Schofield, D. Ed. Alianza. Madrid. 1994.

Abraham, S. Y Llwellyn-Jones, D. Eating Disorders: The facts (2ª edición). Oxford University Press: Nueva York. 1987.

Adams, L.B. y Shafer; M.B. Early Manifestations of Eating Disorders in Adolescents: Defining those at risk: Journal of Nutrition Education. 20(6) 307-313. 1988.

Aguilar Kubli, E. Asertividad: Se tu mismo sin sentirte culpable. Editorial Pax México: México DF. 1987.

Alberti, R.E: y Emmons M.L. Stand Up, Speak Out, Talk Back: The Key to self-assertive behavior. Pocket Books: Nueva York. 1975.

Álvarez, G. Investigación de los Trastornos de la alimentación en México: Algunos resultados. Primer Congreso Internacional de Trastornos de la Alimentación, México, D.F. 2000.

Arbetter, S. Taking a Look at Self-esteem (How to Boost a Person's Self-esteem). Current Health 2. 22(8) 6-12. 1996.

Attie, I y Brooks Gunn, J. Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study, Development Psychology 25; 76-79. 1989.

Avila, A. La Dieta más Peligrosa: Anorexia y Bulimia, la Puerta falsa en Universitarios. La Buhardilla. Abril 15 (74) 1. 1996.

Bachar, E. Contributions of self psychology to the treatment of Anorexia and Bulimia. American Journal of Psychotherapy 52(2). 1998. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Bakan, R. The role of zinc in anorexia nervosa: Etiology and treatment. Med. Hypotheses. 1975. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Ball, R. What is Self-esteem?. The Addiction Letter. 9(0) S1. 1993.

Baravalle, J. Y Vaccarezza. Anorexia, teoría y clínica psicoanalítica. Ed. Paidos. España. 1993.

Barnhart, S.A. Introduction to Interpersonal Communication. Thomas Y. Crowell Company: Nueva York. 1976.

Beattie, H.J. Eating Disorders and the Mother-Daughter Relationship International Journal of Eating Disorders. 7(4) 453-460. 1988.

Behar, A. Roles genéricos y Anorexia Nerviosa. Actas Psiquiátricas y Psicológicas de América Latina, 38(2). 1992. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Bemporad. J. Self-Starvation Through the Ages: Reflections on the prehistory of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders. 19(3) 217-237. 1996.

Berlo, D.K. El Proceso de la Comunicación: Introducción a la Teoría y a la Práctica. El Ateneo: Buenos Aires. 1969.

Bourges, R. Guías para la orientación alimentaria. Primera Parte Cuadernos de Nutrición, 10: 17-32. 1987.

Blum Barish, E. Self-esteem: You may have it and not Know it. Current Health 2. 19(7) 25-27. 1993.

Branden, N. The Six Pillars of Self-esteem. Bantam Books: Nueva York. 1994.

Broccolo-Philbin, A. An Obsession with Being Painfully Thin. Current Health 2. Enero 23-24. 1996.

Brody, J.E. Personal Health: Using the mind's eye to combat eating disorders. Health. Febrero, 7 C9.

Bruch, H. Eat Disorders. Nueva York: Basic Books. 1973.

Bruch. H. Thin and Fat People. en: J. R. Kaplan (ed).A woman's conflict: the special relationship between woman and food. USA: Prentice-Mall. 1980.

Bruch, 11. The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa, Cambridge, Mass., Harvard University Press 1978

Bruch, H. Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa. Psychological Medicine. 1962.

Bruchon Schweitzer. M. Psicología del Cuerpo. Barcelona: Herder. 1992.

Brumberg, J.J. Fasting girls. The Emergence of Anorexia Nervosa as a modern disease. Cambridge: Howord: University. 1998.

Caparros, N., Sanfeliau La Anorexia: una locura del cuerpo. Biblioteca Nueva Madrid. 1997.Ceaser, M., The role of maternal identification in four cases of anorexia nervosa. Bulletin of the Meninger Clinic 41(5): 475-487. 1977. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Casper, R.C. Integration of Psychodynamic Concepts into Psychotherapy en Halmi, K.A. Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press, Inc: Washington, D.C. 1992.

Chinchilla, M. A. Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y Bulimia Nerviosa. México. Masson. 1995.

Chinchilla, M. A. Anorexia y Bulimia Nerviosa. Ed. Ergon. Madrid. 1994.

Chávez, A. Perspectivas de la Nutrición en México. Instituto Nacional de la Nutrición,"Salvador Zubirán. Publicación L: 50. México: 1-18. 1962.

Clark, N. Seeing is Believing: Are you imagining the wrong body? American Fitness. 12(3) 63-64. 1994.

Collins, M.E. Education for Healthy Body Weight: Helping Adolescents Balance the cultural pressures for thinness. Journal of School Health. 58(6) 227-230. 1988

Conyne, R.K. Two Critical Issues In Primary Prevention: What It Is and How to Do It. The Personnel and Guidance Journal. Febrero 331-334. 1983

Cooper. Desnutrición: problema mundial. Nutrición y Dieta (pp. 290-313) México: Interamericana. 1978.

Couturier, L. Daddy's Girl: Effect of Fathers on Daughters. Weight Watchers Magazine 28(6) 40-44. 1995b.

Couturier, L. Self-esteem From Scratch: Learn to Like yourself even if you don't like your weight. Weight Watchers Magazine. 28(5) 37-40. 1995a.

Corbett, C. The Winner Within: A Hands-on Guide to Healthy Self-esteem. Essence. 26(2) 65-69. 1995.

Cowen E.L. A General Structural Model For Primary Prevention Program Development in Mental Health. The Personnel and Guidance Journal. April 485-490. 1984.

Crisp, A. The Integration of "Self-Help" and "Help" in the Prevention of Anorexia Nervosa. British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa. 1(1) 27-39. 1986.

Crisp, A.H. Some Possible Approaches to Prevention of Eating and Body Weight/Shape Disorders with Particular Reference to Anorexia Nervosa. International Journal of Eating Disorders. 7(1) 1-17. 1988

Crispo, R., Figueroa, E. Y Guelar, D. Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber: un mapa para recorrer un territorio trastornado. Ed. Gedisa. Barcelona , España.1996.

David M. Garner, Paul E. Garfinkel. Handbook of treatment for eating disorders. Segunda edición, Nueva York, 1997. Duker, M., y Siade, R. Anorexia y Bulimia. México: Limusa. 1995.

D´Andrea, M. Primary Prevention and High Risk Populations. The Personnel and Guidance Journal. Mayo 554-557. 984.

De Vito, J. The Interpersonal Communication Book. Harper & Row Publishers: Nueva York. 1976.

Donoso, M. Algunas características de personalidad en pacientes del sexo femenino con anorexia nerviosa. Universidad Iberoamericana: México, D.F. (Tesina de Licenciatura en Psicologia). 1990.

Drench, M. E. Improve Your E.Q.: Your Effectiveness Quotient (How to act assertively) Total Health. 16(6) 36-37. 1994.

Drum, D.J. Implementing Theme-Focused Prevention: Challenge for the 1980´s. The Personnel and Guidance Journal. Mayo 509-513.1984.

DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Barcelona. Masson. 1996.

Duker, M., y Slade, R. Anorexia y Bulimia. México: Limusa. 1995.

Duncan, D.F. The Prevention of Primary Prevention, 1960-1994: Notes toward a case study. The Journal of Primary Prevention. 15(1) 73-79. 1994.

Dunn, D. When Thinness Becomes an Illness. Business Week 3(8) 74-75. 1992.

Edwards, K. Obesity, Anorexia and Bulimia. Clinical Nutrition. 77, (4), 899-909. 1993.

Esquivel, J.J. Curso de Comunicación para Padres. México, DF.: Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología. 1986.

Fedoroff, I.C., Stoner, S.A. Andersen, A.E., Doty, R.L. y Rolls, B.J. Olfactory Disfunction in Anorexia and Bulimia Nervosa. International Journal of Eating Disorders.18(1) 71-77. 1995.

Feinstein, S.C. Y Sorosky, A. D. Trastornos en la alimentación: Bulimia, Obesidad, Anorexia Nerviosa. Nueva Visión. Buenos Aires. 1988.

Fensterheim, H. y Baer J. Don't Say Yes When You Want to Say No. Dell Publishing: Nueva York. 1975.

Fisher, M., Golden, N.H., Katzman, Dk.; Kreipe, R.E:, Rees, J., Schebendach, J., Sigmen, G., Ammerman, S. y Hoberman, HM. Eating Disorders in Adolescents: A Background paper. Journal of Adolescent Health. 16(6) 420-437. 1995.

Fisher, S. Body Consciosness: You are what you feel. Prentice Hall: Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Estados Unidos.. 1973

Fisher, S. Y Cleveland, S.E. Body Image and Personality. Dover Publications Inc.: Nueva York. 1968.

Galassi, M.D y Galassi, J.P. Assert Yourself: How to be your own person. Human Sciences Press: Nueva York 1977.

Garfinel, P. Classification and Diagnosis en Halmi, K.A. Psychology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press, Inc: Washington D. C. 1992.

Garner, D.M. Eating Disorders Inventory-2. Psychologycal Assesment Resources, Inc.: Florida, Estados Unidos. 1991.

Garner, D.M. The 1997 Body Image Survey Results. Psychology Today. 30 (1) 30-36, 38-40, 42-44, 75-76, 78, 80, 84.1997.

Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. Nueva York. Brunner / Mazel. 1982.

Garner, D. M. y Garfinkel, P.E. Sociocultural factor in anorexia nervosa. Thelaniet, 23 (o) 674. 1978.

Garner, D.M. y Kearney-Cooke. A. Body Image 1996: There may be a shift in how people view themselves. Psychology Today. 29(2) 55-62. 1996.

Giral, F. La nutrición y los alimentos en el encuentro de dos mundos. (2a. parte). Cuadernos de Nutrición. 5: 3-9. 1982.

Gismero González, E. Habilidades Sociales y Anorexia Nerviosa. Universidad Pontificia Comillas: Madrid. 1996.

Goldman B. Anorexia y Bulimia: Un nuevo padecer. Buenos Aires : Lugar, 2000

Gómez Pérez-Mitré. G. Peso real. peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2), 185-192. 1995.

Gómez Pérez-Mitré. G. Y Avila. A. ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con el propósito de control de peso? (En prensa b). 2000.

Gómez Pérez-Mitré, G. Y Saucedo. M. Validez diagnóstica del IMC (índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México. 18. (3), 103-110. 1997.

Gómez Pérez-Mitré, G. Imagen corporal. ¿Qué es mas importante? "sentirse atractivo" o "ser atractivo". Psicología y ciencia social, 1 (2), 27-33. 1998.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila Angulo, E. Conducta Alimentaria y Obesidad. Psicología Iberoamericana. 6(2) 0-2. 1998.

Gómez Pérez-Mitré, G. Detección de Anomalías de la Conducta Alimentaria en Estudiantes Universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. Revista Mexicana de Psicologia. 10(1) 17-27. 1993ª.

Gómez Pérez-Mitré. G. Variables cognoscitivas y Actitudinales Asociadas con la Imagen Corporal y Desordenes del Comer: Problemas de peso. Investigación Psicológica. 3(1) 95-112. 1993b.

Gómez del Campo Estrada, J. Psicología de la comunidad: Perspectivas teóricas, modelos y aplicaciones: Un punto de vista humanista. México, DF. : Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología. 1994.

Gómez del Campo Estrada, J. Manuel para el diseño de Programas de Intervención. México DF.: Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología. 1992ª.

González, S. G., Anorexia Nerviosa. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1996.

Gorwood, P, Ades, J. y Parmentier, G. Anorexia Nervosa in One Monozygotic Twin. American Journal of Psychiatry. 155(5) 708. 1998.

Guillemont, A., Laxenaire, M; tr. Rodríguez. M. A. Anorexia y Bulimia.- el peso de la cultura. Barcelona 1994.

Gull, W. Anorexia Nervosa (apepsia hysterical) British Medical Journal. 527-528. 1874.

Gulotta, T.P. The What, Who, Why, Where, When and How of Primary Prevention. The Journal of Primary Prevention. 15(1) 5-14.1994.

Halmi, K.A. Psychobiology of Eating Behavior en Halmi, K.A. Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press, Inc: Washington, D.C. 1992.

Halmi, K.A. Treatment of anorexia nervosa.- a discussion. Journal of Adolescent Health Care. 4, 47-50. 1983.

Halmi, K.A., Mitchell, J.E. y Rigotti, N.A. Anorexia and Bulimia: You can Help. Patient Care. 27(6) 24-38. 1993.

Hogan, C. C. Anorexia versus Bulimia. En C. P. Wilson, C. C. Hogan e I. L. Mintz (comps.), Fear of Being Fat: The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Ed. Aronson. Nueva York. 1983.

Holtz, V.E. Los factores psico-bio-sociales de los desordenes de la alimentación: Un estudio piloto en una preparatoria Universidad Iberoamericana: México, D.F. (Tesis de Licenciatura en Psicología) 1992.

Holtz, V. Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa. Revista de Psicología Iberoamericana. 3 (2), 5-13. 1995.

Holtz, V. y Tena A. Los trastornos de la Alimentación en México. Psicología Iberoamericana. 3(2) 3-4. 1995.

Houston, J. The Possible Human: A course in Extending your Physical, mental and creative habilities. J.P. Tarcher Inc.: Los Angeles. 1982.

Humphrey, L.L. Family Relationships en Halmi, K.A. Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press, Inc: Washington, D.C. 1992.

Huon, G.F. Health Promotion and Prevention of Eating Disorders. Eating Disorders. 4(1) 27-32. 1996.

Jablow, M. A Parent's Guide to Eating Disorders and Obesity. Dell Publishing: Nueva York. 1992.

Jandt, F.E: The Process of Interpersonal Communication. Canfield Press: San Francisco. 1976.

Jones. D. J., Fox. M. M., Babigan, H. M. Y Hutton, H. E. Epidemiology of anorexia nervosa in Monroe Country. New York, 1969-1976. Psychosomatic Medicine. 1980.

Journal of School Health. Stand up to Peer Pressure: Teaching Techniques. Journal of School Health. 64(3) 128-130. 1994.

Kaplan, A.S. y Woodside, D.B. Biological Aspects of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Journaal of Consulting and Clinical Psychology. 55(5) 645-653. 1987.

Kerr, J., Skok, R. y MacLaughlin T.F. Characteristics Common to Female Who Exhibit Anorexic or Bulimic Behavior: A Review of Current Literature. Journal of Clinical Psychology. 47(6) 846-853. 1991.

Kepner, J.I. Proceso Corporal: Un Enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia. Manual Moderno: México, DF. 1992.

Killen, J. d:, Taylor, C.B., Hammer, L.D., Litt, I., Wilson, D.M., Rich, T., Hayward, C., Simmonds, B., Kraemer, H. y Varady, A. An Attempt to Modify Unhealthful Eating Attitudes and Weight Regulation Practices of Young Adolescent Girls. International Journal of Eating Disorders. 13(4) 369-384. 1993

Kiple, K. Cambridge World History of Human Disease. Cambridge University Press: Cambridge, Inglaterra. 1993.

Knapp, M.L. Nonverbal Communication in Human Interaction. Holt, Rinehart and Winston: Nueva York. 1972.

Kohut, H. The Analysis of the self' New York: International University. Press. 1971. En: Pruneda Huidobro. Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural

como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología. UNAM, 1998.

Kolb, L. C. Psiquiatría Clínica Moderna (9a edición). Prensa Médica Mexicana: México DF. 1951.

Kramer, S. A discussion of the paper by John Sours. the anorexia nervosa syndrome. International Journal Psycho-Anal. Pags. 55, 557. 1974.

Kreisler, 1---La anorexia mental del lactante. En: S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soule., (Eds.) Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente. España: Biblioteca Nueva. 1990.

Lara Roth, S. El papel de la Imagen Corporal en el Desarrollo de la Bulimia Nerviosa. Universidad Iberoamericana: México, DF. (Tesina de Licenciatura en Psicología) 1996.

Lasser, L. I, Anorexia nervosa in children. American Journal. Ortho-psychiat. 1960. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología. UNAM, 1998.

León, G. R. y Finn, S. Sex-role stereotypes and development of eating disorders En-. Widom C. S. (ed.) Sex roles and psychopathology. Nueva York: plenum. 1984.

León, G.R., Fulkerson, J.A: Perry, C.L. y Cudeck, R. Personality and Behavioral Vulnerabilities Associated UIT Risk Status for Eating Disorders in Adolescent Girl. Journal of Abnormal Psychology. 102(3) 438-444. 1993.

León, G. R. Treating eating disorders: obesity, anorexia nervosa, bulimia. Lexington; Lewis 1983.

López, M. C. Imágen Corporal y Conducta Alimentaria de Riesgo. Universidad Salesiana. México. 2000.

Makay, J.J. y Gaw, B. A. Personal and Interpersonal Communication: Dialogue with the self and with others. Charels E. Merril publishing Company: Columbus, Ohio. 1975.

Mallozzi, M. Food for Thought. American Fitness (3) 40-43. 1993.

Martínez de Bagattini, C. Cuerpo, Tiempo y Recuerdos en la Anorexia Nerviosa. Montevideo, Uruguay. 1995. http://un3yeb.com.uy/psychenet/revista/anorexia.htm.

Martinez, F. S. La obsesión por adelgazar: Bulimia y Anorexia. México Espasa. Calpa. 1995.

Masterpasqua, F. A Competence Paradigm for Psychological Practice. American Psychologist. 44(11) 1366-1371. 1989.

Masterson, J. Primary Anorexia Nervosa, in Borderline Personality Disorders. Hartocollis. De: IUP New York. 1977.

Matoso, E. El Cuerpo, Territorio Escénico. Piados: Buenos Aires. 1992.

Meadow, R.M y Weiss, L. Women's Conflicts About Eating and Sexuality: The relationship between food and sex. Harrington Park Press: Binghamton, Nueva York. 1992.

Miklos Levin, J. Los Trastornos de la Alimentación y la Imagen Corporal en la Mujer Adolescente. Universidad Iberoamericana: México, DF. (Tesina de Licenciatura en Psicología.) 1997.

Miller, B.F. y Brackman Keane, C. Encyclopedia and Dictionary of Medicine, Nursing and Allied Health /4ta edición). W.B. Saunders Co.: Philadelphia. 1987.

Miller, D.A.F., McCluskey- Fawcett, K. e Irving, L.M. Correlates of Bulimia Nervosa: Early Family mealtime experiences. Adolescence. 28(11)62-86.1993.

Mitchell, J.E. y Eckert, E.D. Scope and Significance of Eating Disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50(5) 628-634.

Morgan, C. A Curricular Approach to Primary Prevention. The Personnel and Guidance Journal. April 467-469. 1984.

Munro Prescott, H. Anorexia Nervosa en Cambridge World History of Human Disease. Cambridge University Press: Cambridge, Inglaterra.1993.

Nadal, Vizcaino, A. La Eficacia de un Programa de Manejo de Estrés en Ejecutivos Mexicanos: Un enfoque Psicobiológico. México. DF.: Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología (Tesis de Doctorado). 1986.

Narciso, J. y Burkett, D. Declare Yourself: Discovering the me in relationships. Prentice Hall: Englewood Cliffs, New Jersey. 1975.

Neumark-Sztainer, D. Excessive Weight Preoccupation: Normative but not hamless. Nutrition Today. 30(2) 68-74. 1995.

Neumark-Sztainer, D., Butler, R. y Palti, H. Eatings Disturbances among Adolescent Girls: Evaluation of A School-based primary prevention program. Journal of Nutrition Education. 27(1) 24-31.

Novoa. B. J. Mi hijo no quiere comer. Ed. Diana. 16' impresión. México. 1994.

Ortíz, J. G., Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia Nerviosa. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 2002.

Palladino, C.D. ¿Cómo Desarrollar la Autoestima: Guía para lograr el éxito personal. Grupo Editorial Iberoamérica: México, DF. 1992.

Pérez de Salazar, O.M. Anorexia Nervosa Revisión Bibliográfica y 3 casos Clínicos. Universidad Iberoamericana: México, DF. (Tesis de Licenciatura en Psicología). 1982.

Perry, C.L. y Jessor, R. The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse. Heath Education Quarterly. 12(2) 169-184. 1985.

Phelps, L. Y Bajorek, E. Eating Disorders of the Adolescent: Current Issues in etiology, assessment and treatment. School Psychology Review 20(1) 9-22. 1991.

Pineda, G. G. Imagen corporal asociada a la edad de la menarca en una muestra de estudiantes preadolescentes. Facultad de Psicología Zaragoza. UNAM. (Tesis de Licenciatura). 2000.

Poyatos, F. New Perspectives in Nonverbal Communication: Studies in Cultural Anthropology, Social Psychology, Linguistics, Literature and Semiotics. Pergamon: Oxford. 1983.

Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion R.P y Ramos-McKay J. 14 Ounces of Prevention : A casebook for Practitioners. Washington, D:C:: American Psychological Association. 1988.

Price, R.H., Cowen, E.L., Lorion, R.P y Ramos-McKay J. The Search for Effective Prevention Programs: What we Learned along the way. American Journal of Orthopsychiatry. 59(1) 49-58. 1989.

Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Pryor, T. Y Wiederman, M. W. Personality Features and Expected Concerns of Adolescents with Eating Disorders. Adolescence. 33(130) 291-300.1998.

Quest National Center. Proyecto LEAD: Manual Estudiantil de Consejos de Liderazgo. Fort Wayne, Indiana: autor. 1985.

Raich, R. M.Anorexia y, Bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide. 1994.

Raimbault, G. y Eliacheff, C. Las indomables: Figuras de la Anorexia. Buenos Aires: Nueva Vision. 1991

Rausch Hersovici, C. y Bay, L Anorexia y Bulimia: Amenazas a la Autonomía. Piados: Buenos Aires. 1990.

Remesar, A., Riba. C. y Rodriguez Illera, J.L. Tres Ensayos Sobre Comunicación: de la Naturaleza a la Cultura. Mascarón: Barcelona, España. 1982.

Ribeiro, L. La Comunicación Eficaz. Ediciones Urano. Barcelona, España. 1992.

Rincón, B. C. E. La imagen corporal su valoración y su aplicación en la Psicología contemporánea. Facultad de Filosofia y Letras. UNAM. México (Tesis de Licenciatura). 1969.

Risen, S. E. The psychoanalytic treatment of an adolescent whit anorexia nervosa. Psychoanalytic Study of the Child 37: 433-459. 1982. Wilson, C. P. The fear of being fat and anorexia nervosa. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 9: 233-255. 1982.

Robinson, B.E: How´s Your Self-esteem?. Total Health. 16(4) 46-47. 1994.

Rock, C.L. y Zerbe. K. J. Keeping Eating Disorders at Bay. Patient Care. 29(18) 78-85. 1995.

Rodin, J. Las trampas del cuerpo. Como dejar de preocuparse por la propia apariencia fisica, México Paidos. 1993.

Rothwell, J.D. y Costigan, J.I. Interpersonal Communication: Influences and Alternatives. Charles E. Merril Publishing Company: Columbus, Ohio. Estados Unidos. 1975.

Satir, V., Schwab, J., Baldwin, M., Gerber, J. y Gomori, M. Ejercicios para la Comunicación Humana. Editorial Pax: México, DF. 1991.

Schauss, A. Y Costin, C. The Missing Mineral in Eating Disorders. Think Zinc. Health & News Review. 3(1) D.

Schwabe, A.D., Lippe, B.M., Chang, J., Pops, M. A. y Yager, J. Anorexia nervosa. UCLA Conference, Ann. International Medical. 1981.

Shapiro, K. y Egleson, J. Dying to Be Perfect. The Ellen- Hart- Peña Story, película en video, Estados Unidos: Citadel Entertainment L.P. 1996.

Selvini-Palazzoli, M. Crónica de una investigación. Ed. Paidós 1a edición. Barcelona 1990.

Selvini-Palazzoli. Muchachas anoréxicas y bulímicas: la terapia familiar; tr. Gentilevitale, J.C. Paidós. Barcelona. 1999.

Selvini-Palazzoli, M. Self Starvation: from the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa. Nueva York. Jason Aronson. 1974.

Sepúlveda, J; Lezama, M.A.; Tapia-Conyer, R; Valdespino, J. L; Madrigal y Kumate .Estado nutricional de preescolares y mujeres en México: Resultados de una encuesta probabilística nacional. Gaceta Médica. 126 (3), 207-225. 1990.

Siegel, M., Brisman, J. y Weinshel, M. Surviving an Eating Disorder: Strategies for family and Friends. Harper & Row Publishers: Nueva York. 1988.

Sherman, H.R. y Schneider, P. For the Love of Nancy, Película en video, Estados Unidos: Vin Di Bonna Communications Corporation. 1994.

Shisslak, C.M., Crago, M., Neal, M.E. Prevention of Eating Disorders Among Adolescents. American Journal of Health Promotion. 5(2) 100-106. 1990.

Shisslak, C.M., Crago, M., Neal, M.E. y Swain, B. Primary Prevention of Eating Disorders. Journal of Consulting and Clinical PsychologY. 55(5) 660-667. 1987.

Siegel, M., Brisman, J. Y Weinshel, M. Surviving an Eating Disorders: Strategies for family and friends. Harper & Row Publishers: Nueva York. 1988.

Silverman, J.A. Historical Development en Halmi, K.A. Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press, Inc: Washington, D.C. 1992.

Smith, M.J. When I Say No. I Feel Guilty. Bantam Books: Nueva York. 1975.

Sours, J. The anorexia nervosa syndrome. International Journal Psycho-Anal. pags. 54,125. 1974. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Sours, J. A., Caplan, G. y Lebovici, S. La anorexia nervosa, nosología, diagnóstico, pautas de desarrollo y dinámica de poder y control, en psicología social de la adolescencia. Ed. Paidos. Buenos Aires. 1973.

Sowers, W.M., Garcia, F.W. y Seitz, S.L. Introduction: Community- Based Prevention: And evolving paradigm. The Journal Of Primary Prevention. 16(3) 225-231.1996.

Sperling, M. y Massing, A. Anorexia Nervosa. Ed. Nueva Visión. Buenos Aires. 1977.

Sperling, M. Psychosomatic Disorders in Childhood. Nueva York. Ed. Aronson. 1978.

Steiger, 11. & Israel, M. A Psycholherapy for Anorexia Nervosa. Journal of Clinical Psychology / In Sessión. 55(6). 1999.

Strober, M. y cols. A controlled family study of anorexia nervosa. Journal of psychiatric research, 19. 1981. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el titulo de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Strober, M. Family Genetic Studies en Halmi, K.A. Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press, Inc: Washington D.C. 1992.

Study Group on Anorexia Nervosa. Anorexia Nervosa: Directions for future research. Interantional Journal of Eating Disorders. 17(3) 235-241. 1995.

Swift, W. J., Andrews, D., Barkiarge, N. E. The relationship between affective disorders and eating disorders. A review of the literature. American Journal Psychiatry. 1986.

Tannenhaus, N. Anorexia y Bulimia. Ed. Plaza & Janes. 3a edición. Barcelona. 1999.

Taylor, C.B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S. Estes, L.S., Gray, N., MnKnight, K.M., Crago, M., Kraemer, H.C. y Killen, J.D. Factors Associated with Weight Concerns in Adolescent Girls. International Journal of Eating Disorders. 24 31-42. 1998.

Tena, A. Y Holtz, V. Trastornos Alimentarios en Estudiantes de Preparatorias Privadas en México en Memorias del XIII Congreso Estudiantil de Psicología: EL psicólogo ante la nueva realidad mexicana, Universidad Iberoamericana, México, D.F.: Universidad Iberoamericana, Departamento de Psicología. 1996.

Tena Suck, A. Y Rivas- Torres, R. Manual de Investigación Documental: Elaboración de tesinas. Plaza y Valdés: México, DF. 1995.

Thorná, H. Anorexia nervosa. Berna; Hans Huber, Stuttgart; Ernest Klett. pag. 11-14; 196 1. En: Pruneda Huidobro, Elsa. Relación madre-hijo e influencia psico-socio-cultural como génesis y consecuencia de la anorexia nerviosa. Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, UNAM, 1998.

Toro, J. El cuerpo como delito.- Anorexia, Bulimia, Cultura y Sociedad. Ed. Ariel. Barcelona. 1996.

Toro, J., Cervera, M. y Pérez, P. Influencia de los medios de comunicación sobre las actitudes favorables al adelgazamiento. V. Mediterranean Congress of Social Psychiatry. 1985.

Toro, J y Vilardell, E. Anorexia nerviosa. Ed. Martínez Roca. Barcelona. 1987.

Tubbs, S.L. y Moss, S. Human Communication. Random House: Nueva York. 1977.

Twerski, A.J. Se Positivo: Acaba con tu actitud derrotista y descubre el poder de la autoestima. Piados: México, DF. 1996.

Vandereycken, W. Are Eating Disorders Culture-Bound Syndromes en Halmi, k.A. Psychobiology and Treatment of Anorexia Nervosa ad Bulimia Nervosa. American Psychiatric Press, Inc: Washington, D.C. 1992.

Vandereycken, W. y Meerman, R. Anorexia nervosa.- is prevention possible. International Journal of Psychiatry in Medicine. 1984.

Verderber, K.S. y Verderber, R.F. Inter.-Act: Using Interpersonal Communication Skills. Wadsworth Publishing Company: Belmont, California. 1977.

Waldstreicher, J. Anorexia nervosa presenting as morbid exercising. Lancet. 1. 1985.

Westen, R. Know Thyself: How's your self-esteem?. Weight Watcher's Magazine. 27(5) 74-76.1994.

Wilson, C. P. The fear of being fat and anorexia nervosa. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 9: 233-255. 1982.

Wilson, C. P. Fat phobia as a diagnostic term lo replace a medical misnomer: anorexia nervosa. American Academy of Child Psychiatry. 1983a.

Wren, B. y Bryant-Waugh, R. Aetiology en Lask, B. y Bryant, Waugh, R. Childhood Onset Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders. Psychology Press: Reino Unido. 1993.

Yellowlees, A. J. Anorexia and Bulimia in anorexia nervosa.- a study of psychosocial functioning and associated psychiatric simptomatology British Journal of Psychiatric. 1985.

ANEXOS

CUESTIONARIO AUTOESTIMA

Por favor lee cuidadosamente cada uno de los siguientes veinte enunciados y decide cuánto se refiere a ti. Usando la escala de abajo, escribe el número que mejor te describa al final de cada enunciado.

1 punto = nunca cierto
2 puntos = a veces cierto
3 puntos = frecuentemente cierto
4 puntos = siempre cierto

1) Siento que no merezco el amor de otras personas
2) Me siento impotente, como si no hubiera algo que pidiera hacer para cambiar mi vida.
3) Veo las fallas y no lo positivo en las situaciones.
4) Me aburro con mi propia compañía.
5) Espero lo peor de la mayoría de las situaciones.
6) Estoy cerrada a nuevas ideas o diferentes maneras de hacer las cosas.
7) Tengo una gran necesidad de control.
8) Me culpo por las cosas que no puedo controlar.
9) Me siento inferior a los demás.
10) Tengo miedo de dejar que otros se me acerquen porque puedo no agradarles si me conocen realmente.
11) Paso mucho tiempo triste o enojada por las cosas que me pasan.
12) Soy la mejor o la peor no hay términos medios.
13) Cuando cometo un error siento que yo soy el error.
14) Me critico o me hago menos
15) Busco aprobación y afirmación de los demás siendo complaciente con ellos.
16) Desearía ser diferente de quien soy.
17) No me gusto a mi misma.
18) Pongo mis propias necesidades después de las de los demás.
19) Me cuesta trabajo expresar mis sentimientos verdaderos.
20) Siento que no soy suficiente tal y como soy y necesito de algo o alguien para sentirme completa.

(Robinson, 1994)

Se les pedirá a las participantes que al terminar de contestar las preguntas anteriores sumen sus puntuaciones. Una puntuación de 20 a 40 indica una buena autoestima, de 41 a 59 una autoestima moderada y de 60 a 80 una baja autoestima.

CUESTIONARIO # 1

Por favor saca una hoja en blanco y Anota tus respuestas a las siguientes situaciones:

a) Te duele la cabeza y tu hermano (a) está escuchando la música con el estéreo muy alto.

b) Tus amigos quieren ir al cine a ver una película de terror y tu quieres ver una película de amor.

c) Tu quieres hablar con tu papa de algo muy importante y el solo quiere ver el fútbol.

d) Tus amigas quieren que vayas a una fiesta pero tu tienes un compromiso familiar muy importante esa noche.

e) Te dejaron mucha tarea en la escuela, pero tu hermano (a) menor te pide que le ayudes con su tarea.

f) Estas muy cansada y tu mama quiere que la acompañes al supermercado.

ASERTIVIDAD

1.- Tienes que estudiar para un examen y una amiga te habla para invitarte a salir.

2.- Te sientes mal y tu hermanito (a) quiere jugar contigo.

3.- te quieres poner tu blusa favorita, pero tu hermana la trae puesta.

4.- Vas de compras con tu mama y ella quiere que te compres un vestido diferente al que tu elegiste.

5.- Tienes que hacer tu tarea pero tu papa quiere que lo acompañes a comprar un regalo para tu mama.

6.- Tienes que entregar un trabajo muy importante en la escuela el día siguiente y llegan tus tíos de visita.

7.- Tienes muchas ganas de ir a una fiesta, pero no te dieron permiso.

8.- Tu hermano (a) tomo tus cosas favoritas para jugar.

9.- Un maestro organiza una excursión a la que quieres ir, pero el coordinador no te quiere firmar el permiso para ir porque hay examen.

10.- Vas a una fiesta y te ofrecen algo que a ti no te agrada.

ANOREXIA NERVIOSA

- ESTAR 15% POR DEBAJO DEL PESO MÍNIMO NORMAL CONSIDERANDO EDAD Y ESTATURA.
- MIEDO INTENSO A SUBIR DE PESO O VOLVERSE OBESO AUN ESTANDO POR DEBAJO DEL PESO NORMAL.
- ALTERACIÓN EN LA PERCEPCIÓN DEL PESO O LA FIGURA.
- AUSENCIA DE POR LO MENOS TRES CICLOS MENSTRUALES, EN LAS MUJERES.

BULIMIA NERVIOSA

- EPISODIOS RECURRENTES DE ATASQUE.
- CONDUCTAS COMPENSATORIAS INAPROPIADAS RECURRENTES PARA EVITAR EL AUMENTO DE PESO COMO SON: LA PROVOCACIÓN DEL VOMITO, EL USO EXCESIVO DE LAXANTES, DIURÉTICOS O EL EJERCICIO COMPULSIVO.
- EL ATASQUE Y LAS CONDUCTAS COMPENSATORIAS OCURREN POR LO MENOS 2 VECES POR SEMANA DURANTE 3 MESES.
- LA AUTOESTIMA ESTA EXAGERADAMENTE INFLUENCIADA POR EL PESO Y LA SILUETA CORPORAL.
- EL TRASTORNO NO SOLAMENTE OCURRE DURANTE EPISODIOS DE ANOREXIA NERVIOSA.

PREVALENCIA

- LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN NO RESPETAN LIMITES COMO: EDAD, SEXO O RAZA.

- EL % PROMEDIO DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN HALLADO ENTRE ESTUDIANTES DE PREPARATORIA Y UNIVERSIDAD ALREDEDOR DEL MUNDO VARÍA ENTRE EL 4 Y EL 13%.

CAUSAS

- FACTORES BIOLÓGICOS
- FACTORES GENETICOS
- UNA MALA FUNCIÓN DEL HIPOTALAMO.
- DESNUTRICIÓN
- TRASTORNOS EN EL VACIADO GÁSTRICO.

CAUSAS (CONTINUACIÓN)

- FACTORES PSICOLÓGICOS

1. BAJA AUTOESTIMA
2. SENTIMIENTOS DE INEFECTIVIDAD, DEPRESIÓN Y / O ANSIEDAD.
3. UNA GRAN NECESIDAD DE SENTIRSE ACEPTADOS POR LOS DEMÁS.
4. GENERALEMTNE TIENEN MIEDO A MADURAR Y SIENTEN QUE NO TIENE CONTROL SOBRE SUS VIDAS Y SI MISMOS.

- FACTORES SOCIALES

1. LA SOCIEDAD INFLUENCADA POR LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN, EXIGE QUE LAS PERSONAS ESTEN TAN DELGADAS COMO LOS MODELOS EN LAS REVISTAS Y T.V.
2. HAY PROFESIONES COMO LAS DE GIMNASTAS, BAILARINES Y MODELOS EN LAS QUE SE REQUIERE QUE LAS PERSONAS ESTEN DELGADAS.

CAUSAS (CONTINUACIÓN)

- FACTORES FAMILIARES

1. SOBREPRTECCION
2. FALTA DE PRIVACIA
3. LIMITES CONFUSOS E INTRUSIVOS
4. LOS CONFLICTOS N SE EXPRESAN ABIERTAMENTE, NI SE RESUELVEN Y GENERALMENTE SE NIEGAN.
5. LOS DESEOS NO SE HABLAN CLARAMENTE NI SE TOMAN EN CONSIDERACIÓN.
6. FRECUENTEMENTE UNO O MAS MIEMBROS TINEN UNA ADICCION O UN TRASTORNO DE ALIMENTACIÓN.

- FACTORES DESENCADENANTES

1. HAY MUCHAS SITUACIONES QUE PUEDEN DESENCADENAR UN TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN PERO GENERALMENTE ESTAN RELACIONADOS CON EVENTOS TRAUMÁTICOS O LARGOS PERIODOS DE ESTRÉS O DUELO; SIN EMBARGO A VECES UNA ENFERMEDAD O UN COMENTARIO SOBRE EL PESO O FIGURA PUEDE SER SUFICIENTE.

REPERCUSIONES

LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION SON MUY COMPLEJOS Y AFECTAN A QUIEN LAS PADECE EN TODOS LOS ASPECTOS DE SU VIDA.

LAS REPERCUSIONES MAS PELIGROSAS, SON LAS FÍSICAS QUE INCLUYEN PROBLEMAS EN LA PIEL, DIENTES, HUESOS, DIGESTIVOS, CARDIOVASCULARES, ENDOCRINOS Y PUEDEN LLEGAR HASTA LA MUERTE.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO.

HAY DIFERENTES TIPOS DE TRASTORNOS PERO EL MAS EFECTIVO ES UNO MULTIDISCIPLINARIO QUE COMBINA TRATAMIENTO MÉDICO, ASESORIA NUTRICIONAL Y PSICOTERAPIA INDIVIDUAL, DE GRUPO Y/O DE FAMILIA.

DADAS SUS GRAVES REPERCUSIONES Y ALTO INDICE DE RECAIDAS LO MEJOR ES PREVENIR TENIENDO BUENOS HÁBITOS ALIMENTICIOS Y HACIENDO EJERCICIO MODERADO.

UNIVERSIDAD SALESIANA A.C.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

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 ASI AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu SENTIDO DE COOPERACIÓN; que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible.

GRACIAS

Responsable de la Investigación: Lic. Laura Palomino Garibay

Facultad de Psicología UNISAL

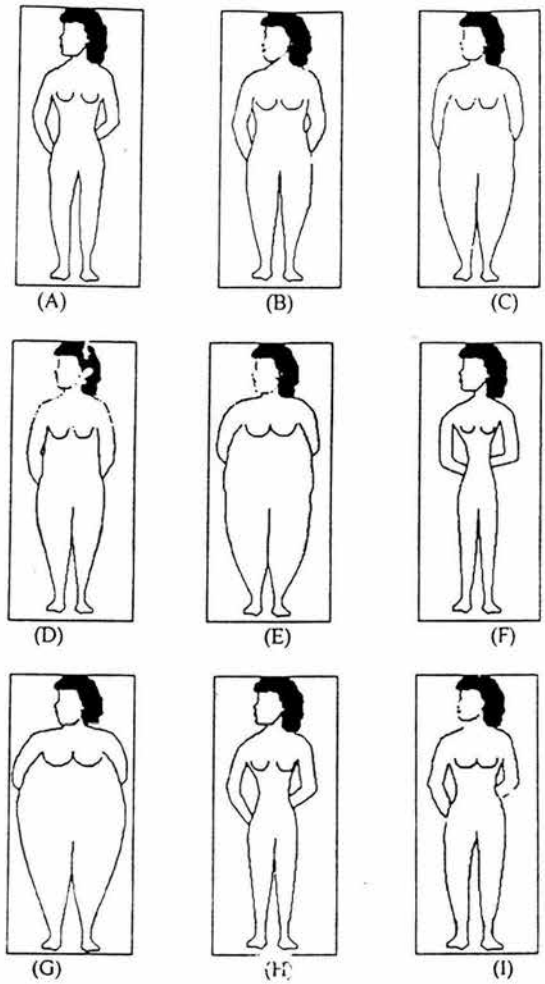
SECCIÓN B

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados periodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde si en los últimos quince días los has tenido de acuerdo con la siguiente clave

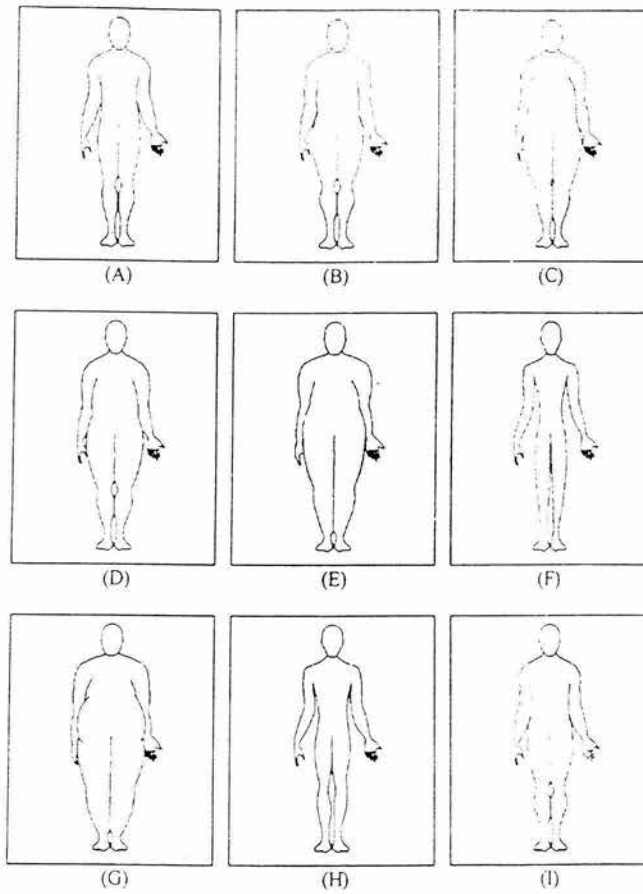
A	B	C	D	E
Nunca	A Veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

En los últimos quince días :	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Sufriste de dolor de cabeza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sentiste temor a subir de peso.					
15. Tuviste problemas con tu respiración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Te sentiste sin hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Te sentiste preocupado por tu salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Te sentiste triste, deprimido.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Te sentiste preocupado por tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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



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



12 - SECCIÓN D

En el siguiente listado se proporciona una lista de atributos o adjetivos que todos los seres humanos tenemos en mayor o menor medida. Sin embargo lo que importa es como nos vemos nosotros mismos. Para cada adjetivo o atributo indica que tanto te describe. Por favor no lo pienses mucho y trata de responder lo más rápidamente posible, de acuerdo con la siguiente clave:

A = No me describe nada
B = Me describe un poco
C = Me describe regular
D = Me describe bien
E = Me describe exactamente

Soy una persona:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Ansiosa	A	B	C	D	E
2. Atractiva	A	B	C	D	E
3. Insegura	A	B	C	D	E
4. Inteligente	A	B	C	D	E
5. Fuerte	A	B	C	D	E
6. Exitosa	A	B	C	D	E
7. Sociable	A	B	C	D	E
8. Pesimista	A	B	C	D	E
9. Responsable	A	B	C	D	E
10. Independiente	A	B	C	D	E
11. Torpe	A	B	C	D	E
12. Productiva	A	B	C	D	E
13. Dominante	A	B	C	D	E
14. Estudiosa	A	B	C	D	E
15. Pasiva	A	B	C	D	E
16. Comprensiva	A	B	C	D	E
17. Eficiente	A	B	C	D	E
18. Falsa	A	B	C	D	E
19. Fracasada	A	B	C	D	E
20. Rígida	A	B	C	D	E
21. Sana	A	B	C	D	E
22. Trabajadora	A	B	C	D	E
23. Incompetente	A	B	C	D	E
24. Inestable	A	B	C	D	E
25. Desconfiada	A	B	C	D	E
26. Triunfadora	A	B	C	D	E
27. Ágil	A	B	C	D	E
28. Triste	A	B	C	D	E
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
29. Solidaria	A	B	C	D	E
30. Controlada	A	B	C	D	E
31. Optimista	A	B	C	D	E
32. Agradable	A	B	C	D	E
33. Agresiva	A	B	C	D	E

SECCIÓN

E

1En el último año :

A)Subí de peso
B)Baje de peso
C)Subí y baje de peso
D)No hubo cambios en mi peso corporal

2Aproximadamente 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

7El 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 cansado y débil.
C) Comes tanto que te duele el estómago
D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas
E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

6 - SECCION E

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 que tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A	B	C	D	E
nunca	a veces	frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	muy frecuentemente	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 y 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 los que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. "Pertenezco al club" de los 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 nadie 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 delgado.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. No me gusta comer con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre

22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23.No como aunque tenga hambre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me deprimo cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Me sorprendo pensando en la comida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38.Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
39.Como a escondidas					
40.Disfruto cuando como con otras personas					
41.Como hasta sentirme inconfortáblemente lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
42.No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
43.Siento que como más rápido que la mayoría de la gente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
44.Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
45.Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
46.Como tan rápido que los alimento se me atragantan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
47.Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

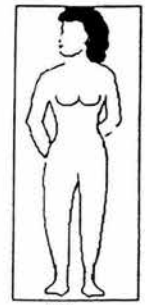
SECCION F

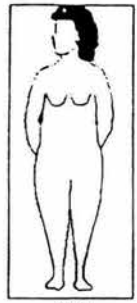
Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas) :

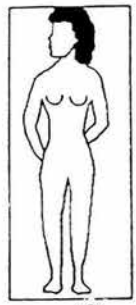
A Muy de acuerdo	B De acuerdo	C Indeciso	D En Desacuerdo	E Muy en Desacuerdo

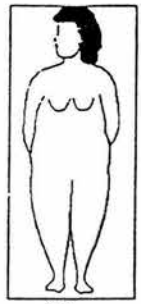
1 Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2 Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3 Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura hasta la sepultura".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4 Admiro a las personas que pueden comer con medida	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5 Las personas que pierden el control con la comida se guian por el lema "todo con exceso nada con medida".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6 No se porque se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7 Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8 Es muy dificil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo los que nos rodea nos incita a comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9 Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10 Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar".	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11 Una persona que puede cometer excesos en la comida también puede excederse en otras conductas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12 Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13 Creo que soy inseguro.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14 Me considero emocionalmente inestable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15 Me llevo bien con los demás.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16 Creo que me pongo metas muy altas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17 Me cuesta trabajo hacer amigos (as).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18 Mi familia me exige demasiado.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19 Me considero una persona agradable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20 No tengo confianza en los demás	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21 Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22 Sólo se debe competir para ganar	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23 No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24 Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

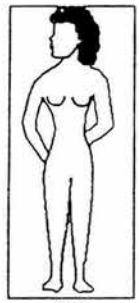
1 Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.

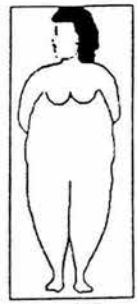

(A)

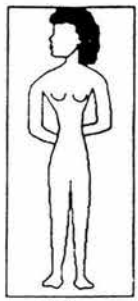

(B)

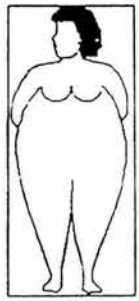

(C)

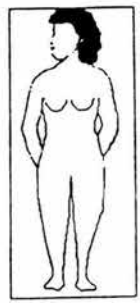

(D)


(E)

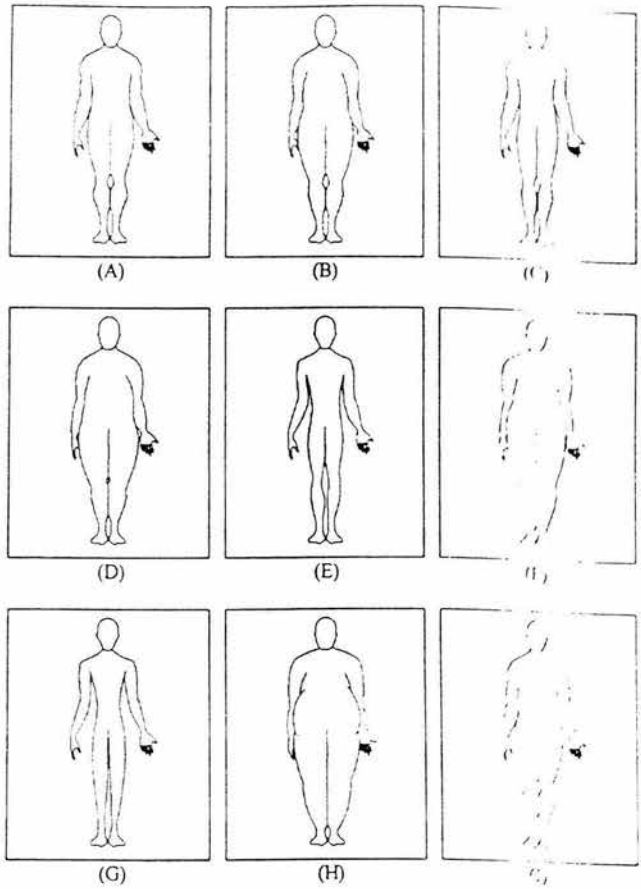

(F)


(G)


(H)


(I)

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



SECCIÓN

H

1. **¿Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)**
   A) Ninguno
   B) Uno o Dos
   C) Tres a cinco
   D)Más de cinco

2. **¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos dificiles?**
   A) Ninguna
   B) Una o Dos
   C) Tres a cinco
   D) Más de cinco

3. **¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y/o amigas con los que mantienes una buena amistad?**
   A) No
   B) Si

4. **¿Cómo son tus relaciones familiares (padre y/o madre y/o hermanos)?**
   A) Muy malas
   B) Malas
   C) Regulares
   D) Buenas
   E) Muy buenas

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión?:

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
5. **Las amistades**	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. **El dinero**	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. **La falta de comunicación**	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. **La disciplina**	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

10. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tios) , hay o ha habido :

A) Sobre peso
B) Tabaquismo
C) Obesidad
D) Alcoholismo
E) Delgadez extrema
F) Ninguno de los anteriores
G) Todos los anteriores

11. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tios), tienen o han tenido :

A) Actitud negativa hacia la obesidad
B) Preocupación por el peso corporal
C) Preocupación por la forma de comer
D) Preocupación por la apariencia fisica
E) Insatisfacción con la figura

12. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tios), hacen o han hecho :

A) Dietas para control de peso
B) Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana

SECCIÓN

I

28 - SECCIÓN 1

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

A - No me describe nada
B - Me describe un poco
C - Me describe regular (más o menos)
D - Me describe bien
E - Me describe excelente

Cuando tengo un problema:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuro platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mí mismo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN

J

30 - SECCIÓN J

Enseguida aparece una lista de, formas de ser, de pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella , piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.
La clave de respuesta es como sigue:

A= No la describe nada
B= La describe un poco
C= La describe regular (mas o menos)
D= La describe bien
E.= La describe exactamente.

Mi madre:

		Nada	Poco	Regular	Bien	La describe Exactamente
1.	Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2.	Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3.	Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4.	Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5.	Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6.	Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7.	Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8.	No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9.	Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10.	No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11.	Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12.	Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13.	Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14.	Me sobreprotege.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15.	Invade mi privacía.					
16.	Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17.	Es emocionalmente inestable (cambia [illegible]	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

[illegible] como sigue:

A= No la describe nada
B= La describe un poco
C= La describe regular (mas o menos)
D= La describe bien
E.= La describe exactamente.

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
20. Me da tanta libertad como la que yo quiero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Es autoritaria.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Me parece emocionalmente fria.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Me premia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Me deja en libertad de vestirme como quiera	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Es indiferente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Tiende a consentirme como si fuera bebé.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN

K

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 satisfecho
B) Satisfecho
C) Indiferente
D) Insatisfecho
E) Muy insatisfecho

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

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura (apariencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy Poco Importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

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

A) Obeso	Muy gordo
B) Con sobrepeso	Gordo
C) Con peso normal	Ni gordo ni delgado
D) Peso por abajo del normal	Delgado
E) Peso muy por abajo del normal	Muy delgado

/ - SECCIÓN K

). **Llegar a estar gordo :**

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

. **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

. **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

Me gusta la forma de mi cuerpo :

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

SECCION L

En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata, y después te presentamos parejas de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima mas tu cuerpo.
Por ejemplo:

Mis manos son:		A	B	C	D	E	
	Grandes	____	__X__	____	____	____	Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos una pareja de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son **grandes** contestarás la letra **A**, si piensas que son **pequeñas** marcarás la letra E. Si opinas que son **algo grandes** elegirás la letra **B** (como en el caso del ejemplo) y si crees que tus manos son **algo pequeñas** elegirás la letra D. Finalmente, si tus manos no son **ni grandes ni pequeñas** responderás en la letra C.

Mi cuerpo es:		A	B	C	D	E	
1.	Agil	____	____	____	____	____	Torpe
2.	Sano	____	____	____	____	____	Enfermo
3.	Alto	____	____	____	____	____	Bajo
4.	Bonito	____	____	____	____	____	Feo
5.	Duro	____	____	____	____	____	Flácido
6.	Grueso	____	____	____	____	____	Delgado
7.	Atlético	____	____	____	____	____	Bofo
8.	Bien Formado	____	____	____	____	____	Mal Formado
9.	Atractivo	____	____	____	____	____	No Atractivo
10.	Gordo	____	____	____	____	____	Flaco
11.	Proporcionado	____	____	____	____	____	Desproporcionado

Mi cara es:

		A	B	C	D	E	
12.	Bonita	____	____	____	____	____	Fea
13.	Gruesa	____	____	____	____	____	Delgada
14.	Atlética	____	____	____	____	____	Bofa
15.	Bien Formada	____	____	____	____	____	Mal Formada
16.	Atractiva	____	____	____	____	____	No Atractiva
17.	Gorda	____	____	____	____	____	Flaca
18.	Proporcionada	____	____	____	____	____	Desproporcionada

Mi espalda es:

		A	B	C	D	E	
19.	Bonita	____	____	____	____	____	Fea
20.	Atlética	____	____	____	____	____	Bofa
21.	Bien Formada	____	____	____	____	____	Mal Formada
22.	Atractiva	____	____	____	____	____	No Atractiva
23.	Proporcionada	____	____	____	____	____	Desproporcionad a

Mi torax es:

		A	B	C	D	E	
24.	Bonito	____	____	____	____	____	Feo
25.	Rigido	____	____	____	____	____	Flexible
26.	Atlético	____	____	____	____	____	Bofo
27.	Bien Formado	____	____	____	____	____	Mal Formado
28.	Atractivo	____	____	____	____	____	No Atractivo
29.	Proporcionado	____	____	____	____	____	Desproporcionado

Mis piernas son:

		A	B	C	D	E	
30.	Bonitas	____	____	____	____	____	Feas
31.	Atléticas	____	____	____	____	____	Bofas
32.	Bien Formadas	____	____	____	____	____	Mal Formadas
33.	Atractivas	____	____	____	____	____	No Atractivas
34.	Proporcionadas	____	____	____	____	____	Desproporcionadas

Mis gluteos son:

		A	B	C	D	E	
35.	Bonitos	____	____	____	____	____	Feos
36.	Duros	____	____	____	____	____	Flácidos
37.	Atléticos	____	____	____	____	____	Bofos
38.	Bien Formados	____	____	____	____	____	Mal Formados
39.	Atractivos	____	____	____	____	____	No Atractivos
40.	Proporcionados	____	____	____	____	____	Desproporcionados

Mi estómago es:

		A	B	C	D	E	
41.	Bonito	____	____	____	____	____	Feo
42.	Duro	____	____	____	____	____	Flácido
43.	Grueso	____	____	____	____	____	Delgado
44.	Débil	____	____	____	____	____	Fuerte
45.	Atlético	____	____	____	____	____	Bofo
46	Bien Formado						Mal Formado

50..	Proporcionado	____	____	____	____	____	Desproporcionado

Mis brazos son:		A	B	C	D	E	
51.	Bonitos	____	____	____	____	____	Feos
52.	Duros	____	____	____	____	____	Flácidos
53.	Atléticos	____	____	____	____	____	Bofos
54.	Bien Formados	____	____	____	____	____	Mal Formados
55.	Atractivos	____	____	____	____	____	No Atractivos
56.	Proporcionados	____	____	____	____	____	Desproporcionados

Mi cintura es:		A	B	C	D	E	
57.	Bonita	____	____	____	____	____	Fea
58.	Dura	____	____	____	____	____	Flácida
59.	Delgada	____	____	____	____	____	Gruesa
60.	Débil	____	____	____	____	____	Fuerte
61.	Bofa	____	____	____	____	____	Atlética
62.	Mal formada	____	____	____	____	____	Bien Formada
63.	Chica	____	____	____	____	____	Grande
64.	Atractiva	____	____	____	____	____	No atractiva
65.	Gorda	____	____	____	____	____	Flaca
66.	Proporcionada	____	____	____	____	____	Desproporcionada

Mis muslos son :		A	B	C	D	E	
67.	Bonitos	____	____	____	____	____	Feos
68.	Duros	____	____	____	____	____	Flácidos
69.	Bofos	____	____	____	____	____	Atléticos
70.	Mal Formados	____	____	____	____	____	Bien Formados
71.	Atractivos	____	____	____	____	____	No Atractivos
72.	Proporcionados	____	____	____	____	____	Desproporcionados