



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
CARRERA DE PSICOLOGIA

ADOLESCENTES EN RIESGO DE PADECER
ANOREXIA Y BULIMIA: UN PROGRAMA DE
PREVENCION.

TRABAJO FINAL DE DIPLOMADO QUE PARA OBTENER EL TITULO
DE LICENCIADA EN PSICOLOGIA PRESENTA:

FIDENCIA BEATRIZ ALVA ARIZMENDI.

TUTOR: MAESTRO JOSE ALBERTO MONROY ROMERO.
COMITE: LIC. JORGE ARTURO MANRIQUE URRUTIA.
MTRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE.
LIC. SARA GUADALUPE UNDA ROJAS.
MTRO. HECTOR MAGAÑA VARGAS.



MÉXICO

MARZO 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A MI PADRE CELESTIAL

GRACIAS POR LOS COLORES Y LAS FORMAS, POR LAS FRAGANCIAS, POR LAS TEXTURAS, POR LOS SABORES, POR LOS SONIDOS DE LAS AVES QUE ESCUCHO AL AMANECER, POR EL AMOR, POR LA TERNURA, POR LAS SONRISAS, POR LA VIDA...

A MIS PADRES FRANCISCO Y LUCINA

NO ESTAN CONMIGO, FUERON LLAMADOS; SIN EMBARGO VIVIRÁN POR SIEMPRE EN MI SANGRE, EN MI CORAZÓN, EN MI ALMA...

GRACIAS POR TODO LO QUE ME DIERON Y GRACIAS MIL POR LO QUE NO ME DIERON, YA QUE ESAS GANAS DE TENER Y SER, ME HACEN SER LO QUE HOY SOY...

¡NUNCA LOS OLVIDARÉ!

A MIS HERMANOS ALVARO, ANDRÉS, BRÍGIDO, DOMINGA, RUFINA, CONSUELO, VIRGINIA Y FEDERICO

POR TODO EL CARIÑO, POR LA TERNURA, POR LOS SUEÑOS, POR LAS ATENCIONES, POR LOS JUEGOS, POR LAS BROMAS, POR TODO EL APOYO, POR SER MIS HERMANOS, PERO SOBRE TODO, POR LO QUE FUERON AYER...

A MIS SOBRINOS NELLY, PACO, ARTURO, TONY, ANDY, JAZ, DANY...

POR ALEGRAR Y EMOCIONAR MI VIDA, POR LAS SONRISAS, LOS JUEGOS, LAS TRAVESURAS, LAS OCURRENCIAS, POR LO QUE FUERON AYER Y POR LO QUE SOÑE QUE ALGÚN DÍA SERÍAN...

AL AMOR QUE FUE...

POR HABER ESTADO EN MOMENTOS DIFÍCILES, POR TODO EL APOYO, POR AYUDARME A SER LO QUE SOY, POR EXIGIR; PERO SOBRE TODO POR ENSEÑARME A PESCAR...

AL AMOR QUE ES...

POR EL APOYO, POR LA TERNURA, POR SOSTENER MI MANO EN MOMENTOS DIFÍCILES, POR ATERRIZARME, POR ESTAR, POR PRESTARME TU HOMBRO PARA LLORAR, POR ALIMENTARME, POR PERMITIRME HACER LO MISMO, POR EXISTIR EN MI VIDA; ESPERANDO QUE ESTÉS A MI LADO HASTA EL FINAL DE MIS DÍAS...

INDICE	PÁGINA
RESUMEN	3
1. INTRODUCCION.....	4
2. ORIENTACION EDUCATIVA.....	5
3. ADOLESCENCIA.....	7
3.1. CAMBIOS FÍSICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA.....	9
3.2. ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL.....	10
4. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.....	11
4.1. ANOREXIA.....	13
4.2. BULIMIA.....	16
4.3. PREVENCIÓN.....	18
5. JUSTIFICACION.....	20
6. METODO.....	20
6.1. OBJETIVOS.....	20
6.2. ESCENARIO.....	21
6.3. POBLACION.....	21
6.4. PROCEDIMIENTO.....	21
7. RESULTADOS.....	24
8. CONCLUSIONES.....	34
9. BIBLIOGRAFIA.....	36
10. ANEXO.....	39

RESUMEN

El presente trabajo tuvo el objetivo de apoyar al departamento de orientación educativa de una escuela secundaria, durante el proceso de acompañamiento que se brinda a las adolescentes inscritas en el ciclo escolar 2008-2009; de tercer grado.

Como ya es sabido, la adolescencia es una etapa de cambios físicos y psicológicos, durante la cual se termina de formar el carácter; pero también es un proceso donde el adolescente es vulnerable a la influencia de todo lo que sucede en torno a él; una de las problemáticas, que en los últimos años el adolescente enfrenta, es el culto que la sociedad hace de “la delgadez”; la difusión que se ha hecho de los trastornos de la alimentación y la creencia errónea que se tiene sobre que “el ser delgado es sinónimo de éxito”; debido a esto, se elaboró un programa de prevención de anorexia y bulimia, con el fin de detectar si existe un trastorno alimenticio o prevenir que surja alguno de ellos en la comunidad de esta secundaria.

Se llevo a cabo un trabajo de campo, de carácter experimental, utilizando un grupo control, con una población de 20 adolescentes del sexo femenino cuyas edades eran de 14 y 15 años de edad, en donde la medición inicial fué un “cuestionario de alimentación y salud” elaborado y estandarizado en México por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitre y colaboradores, quién trabaja actualmente en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; posteriormente se desarrollo y aplicó un taller de prevención de los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), finalizando con la aplicación nuevamente de dicho cuestionario, con la intención de hacer una comparación de los cambios que pudieran suceder en la modificación de las conductas, que sobre trastornos de la alimentación o autopercepción de la figura corporal tuvieran las adolescentes.

En lo que respecta al taller de prevención de los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), este consto de ocho sesiones de 30 a 40 minutos cada una en la cual se llevaron a cabo con las participantes actividades basadas en la teoría de la Disonancia Cognitiva.

Los resultados obtenidos fueron una tendencia muy marcada en las adolescentes a buscar una figura corporal mas llenita; a realizar una dieta más saludable, basada en la pirámide nutricional; a someterse a una disciplina deportiva, como parte de una vida saludable y de carácter recreativo; a no dejarse influenciar por los medios masivos de comunicación, por sus amigas o amigos o por la sociedad en general.

Por ello, se concluyo que el taller generó un cambio en la forma de percibirse, de ser percibidas, de la figura y peso ideal de las participantes. Por último se sugiere que para mejorar la calidad de vida de los miembros de la comunidad estudiantil de nivel secundaria, se realicen acciones como: trabajar estrechamente con el departamento de psicología u orientación del colegio, manteniendo comunicación constante en beneficio de los alumnos y alumnas; lanzar campañas preventivas permitiendo la participación de los alumnos y alumnas, abordando las temáticas que ellos sugieran; brindar un espacio de comunicación efectiva y afectiva a los jóvenes, con la intención de que soliciten apoyo en cualquier área de su desarrollo que necesiten (personal, profesional, familiar); y mantener en observación constante, en la medida de lo posible, a la población matriculada en el colegio, con la finalidad de detectar conductas “fuera de la norma” que nos permitan tomar acciones en beneficio de la comunidad.

INTRODUCCION

La orientación educativa se puede entender como un proceso de acompañamiento que se les brinda a los jóvenes adolescentes, con el fin de apoyarles en sus decisiones futuras, tanto profesionales como personales; al ser la adolescencia un proceso de cambios continuos y complicados en el desarrollo del ser humano; se busca que las decisiones que tomen sean las más adecuadas y certeras para que, el día de mañana; se convierta en un ser humano exitoso, con un trabajo que explote sus cualidades, pero también que lo hagan un ser humano funcional para la sociedad en la que se desarrolle.

En los últimos años, han surgido varios trastornos asociados a la imagen corporal, al éxito, a la felicidad y, erróneamente; a la salud. Los medios de comunicación, los diseñadores de moda, los artistas y varios grupos más; han destapado el ideal de la delgadez como sinónimo de éxito y felicidad; “mientras más flaco, más feliz serás”.

Al ser la adolescencia un grupo social vulnerable, debido a todos los cambios físicos, químicos y psicológicos que sufre; se le considera como “población en riesgo” de ser influenciada por los bombardeos constantes del culto a la delgadez; desafortunadamente, muchos jóvenes pretenden cuidar su figura corporal y peso de una manera no muy sana ni equilibrada, yéndose a los extremos en cuidados, dietas, ejercicios, tratamientos médicos y de belleza; para poder así alcanzar la figura y peso corporal “aceptados socialmente”; en muchas ocasiones, estas conductas terminan en trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia).

Los mexicanos, en su gran mayoría; no practican la cultura de la prevención, suelen recibir atención médica una vez que ya surgió la enfermedad (prevención secundaria), más grave aún, se asiste al médico sólo cuando se necesitan cuidados para sobrellevar alguna enfermedad crónica.

Al observar todas estas características de población, surge la inquietud de realizar un taller que pueda ser capaz de prevenir o disminuir la incidencia de los trastornos de la alimentación en jóvenes adolescentes de secundaria, específicamente del “Colegio Cristóbal de las Américas”.

El presente trabajo muestra los resultados obtenidos de la aplicación de un taller de prevención de los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia); no sin antes revisar aspectos interesantes sobre la orientación educativa o vocacional, de la adolescencia, adolescencia e imagen corporal y por supuesto; de los trastornos de la alimentación.

1.- ORIENTACION EDUCATIVA

En la antigüedad, para respaldar las habilidades, ingenios o talentos que los individuos poseían, se creía que era Dios el que otorgaba estos dones, pero en la actualidad sabemos que es el mismo individuo el que decide en base a sus necesidades, tanto económicas como sociales; y a sí mismo en función de sus deseos e inquietudes; hacía donde dirigirá su esfuerzo para así poder lograr sus metas. De esta manera se puede marcar el inicio de una orientación o direccionalidad en la vida; Por esto se revisará brevemente como es que surge el concepto de orientación educativa.

El antecedente más remoto de la orientación, como lo mencionan, se encuentra en la república de Platón, en la Grecia antigua del año 428 A. C.; quien concebía al estado como jerarquizado y estructurado en función de una distribución racional de los quehaceres individuales para llegar a especializarse en el trabajo y a sí la selección profesional (Mira y López, 1957; cit. en Neri y Vargas, 1987).

En el siglo XIV Juan de Dios Huerta Navarro escribió un exámen de ingenios, para las ciencias, en el cual especificaba el concepto básico de orientación profesional, además de proporcionar reglas practicas para conocer las versaciones de las diferentes ramas del saber, así para descubrir talentos, habilidades e ingenios del hombre. (Neri, et. al. 1987).

Dentro del periodo colonial norteamericano, el desarrollo de la educación vocacional corrió a la par de su progreso económico. La inclusión de la educación vocacional dentro del programa de estudios de educación pública fué un resultado natural de la aspiración norteamericana de educación universal. La pretensión de la educación vocacional de que se le considerase como significativa del plan de estudios de las escuelas públicas, fue robustecida por los programas comerciales, industriales y tecnológicos. (Berryman; 1994).

Desde los finales del siglo XIX se encuentran antecedentes de la orientación, la cual fue planeada originalmente para atender escolares retrasados anormales que por ser del campo del orientador éste solo los canalizaba a las instituciones correspondientes. (Austin, 2000).

Al hablar de orientación, el primer programa reconocido es el de Jesse Davis, en 1898 en Detroit, quien desarrolla un enfoque grupal, introduciendo nuevos temas relativos al asesoramiento moral, relaciones interpersonales y actividades extracurriculares en sus unidades de orientación profesional (Gordillo, 1986; cit. en Luna, 1997).

El concepto de orientación profesional fue brindado por Frank Parsons (1909). El centro su atención en la población obrera, que en ese momento se encontraba en un caos organizativo a consecuencia de la época de desarrollo pre-industrial. (Rivera, 1998).

De manera casi paralela surgió en algunos sectores de la población europea un gran interés por la orientación vocacional; en Suiza el desarrollo de la orientación vocacional se remonta hacia los años 1900, cuando son promulgadas las “leyes cantorales de aprendizaje”; y posteriormente Otto Stoke en Basilea Suiza, establece una oficina de consejo profesional para jóvenes. En Munich, Alemania; se crea la primera oficina de orientación profesional. En Bruselas, Cristisens y Decroly fundan la “oficina internacional de orientación y selección profesional”. De forma muy parecida en España se funda una secretaria de aprendizaje, donde se iniciaban estudios e investigaciones que

más tarde en 1909 lograrían la formación del Instituto de Orientación Profesional. En América, la creación de centros y departamentos abocados a proporcionar información y a dar orientación vocacional, se remonta hacia los años 1900; por estas fechas los intentos por darle formalidad a la educación, se cristaliza al dar estructura de guía vocacional a los programas de orientación. A Frank Parsons se le atribuye el mérito de hacer posible el proyecto, con base en sus trabajos realizados en Estados Unidos, en el año 1907. A partir de este momento se hace evidente la necesidad de asesoría personal y en consecuencia se organiza una oficina consultiva vocacional en Boston, iniciando así en Norteamérica, el movimiento de orientación vocacional y profesional. La ley Smith-Hughes (1917) trato de facilitar la elección de ocupación al suministrar a los estados fondos para promover y desarrollar programas de educación vocacional. A favor del "bienestar" general de la nación se instó a los estados a que dieran instrucción ocupacional a los jóvenes que acudían a las escuelas, y a los jóvenes y adultos que habían superado la edad escolar. (Barlow y Richey, 1968, cit. en Neri, et. al. 1987).

Como se puede notar, la orientación vocacional ha preocupado a un buen número de educadores, en diferentes épocas y en diferentes países, pero no por esto ha perdido la esencia de su idea original.

El norteamericano George Hill (1983), en su libro *Orientación Escolar y Vocacional*, menciona que la orientación consiste en ayudar al niño a concebir, en términos de la imagen que tenga de sí mismo, sus propios valores, sus metas y las implicaciones de lo que ha ocurrido en el salón de clases. Además en otro párrafo del mismo libro agrega que la orientación es el aspecto del servicio educativo, que trata de ayudar al niño, considerado como individuo a comprenderse, a entender su medio y las demandas de éste, y a dar lugar a una razonable armonía entre su ambiente externo y él mismo.

José Nava (1984) es citado por Javier Guerra, en donde el primero después de haber analizado diferentes definiciones sobre orientación educativa, tanto de mexicanos como de extranjeros expresó que la orientación educativa es el "conjunto de acciones encaminadas a facilitar el desarrollo integral del estudiante".

Jiménez (1993), plantea que la orientación educativa se define como aquellas acciones de información y asesoría, que se realizan sistemáticamente durante el proceso formativo del estudiante, con la intención de favorecer su desarrollo académico, personal y social, mediante la definición e instrumentación de estrategias que le permitan el logro de sus metas escolares, profesionales y ocupacionales (Arista, 1998).

Históricamente la orientación ha formado parte del conjunto de tareas mediante las cuales se pretende alcanzar los fines últimos de la educación, en virtual del apoyo que proporciona a los estudiantes en diferentes esferas y momentos de su propio desarrollo. De manera general podemos entender por orientación educativa todas aquellas acciones de información y asesoría extracurricular, sistemáticamente realizadas durante el proceso educativo del estudiante tendientes a facilitarle su desarrollo personal y social, mediante el logro de sus metas escolares inmediatas y la determinación de sus metas profesionales y ocupaciones futuras (Luna, 1997).

Otros autores lo entienden como el conjunto de acciones y técnicas humanas encaminadas a que el individuo que lo requiera alcance su autonomía personal y la madurez social que le permitan ser autosuficiente en cualquier ámbito de su vida. La

orientación en este sentido se considera como un proceso de aprendizaje para el sujeto, cuyos elementos más importantes se encuentran en la comprensión del conocimiento y de sus procesos conscientes entre el yo y el medio que lo circunda. (Obregón y Santos, 1992; cit. en Rivera, 1998).

José L. Veloz, en un artículo cita lo mencionado en el Programa Nacional de Orientación Educativa e Investigación Tecnológica, que define a la orientación educativa de manera muy clara: "Como un servicio educativo que se proporciona a los alumnos a través de un conjunto de actividades organizadas e intencionadas, que apoyan el proceso de aprendizaje que se desarrolla en la vida misma de la institución escolar, con base en las condiciones sociales existentes y las características de los sujetos involucrados".

Partiendo de estos conceptos, se puede decir que la orientación permite ciertas facilidades al alumno, que le permiten un mejor acoplamiento a su medio escolar, en una acción informativa y también formativa, y por supuesto de prevención; ya que con la orientación que se les brinde; podrán elegir una carrera de acuerdo a sus intereses, expectativas y necesidades; pero también se les orienta sobre las problemáticas que les pueden afectar y por lo tanto truncan su desarrollo en general.

De esta manera, la orientación educativa es un proceso de ayuda y acompañamiento en todos los aspectos del desarrollo. Incluye una serie de áreas de intervención: orientación profesional, procesos de enseñanza aprendizaje, atención a la diversidad, prevención y desarrollo humano, que se realiza a través de los siguientes modelos de intervención:

- φ Modelo clínico

- φ Modelo de programas

- φ Modelo de consulta

La orientación educativa se puede realizar en diferentes contextos: educación formal, medios comunitarios (servicios sociales), organizaciones. Sirve para potenciar el desarrollo de la personalidad integral del alumno o adolescente en general (Bisquerra, 2005).

Como se ha revisado, la orientación esta dirigida a adolescentes en proceso de educación en todos los contextos de su vida, por lo tanto se considera importante hablar de la adolescencia como un proceso del desarrollo de los seres humanos.

2. ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia tiene su raíz en el latín “adolescere”, que significa “crecer” o “crecer hacia la madurez”. En este sentido, la adolescencia es como un puente entre la niñez y la edad adulta sobre la cual, de manera inevitable; se tiene que pasar todos los individuos antes de realizarse como adultos maduros, responsables y creativos (Rice, 2000).

Para Guelar, et al. (2000), la adolescencia también es un proceso de transición, y quien la está viviendo ya no está más donde estaba, en el lugar que anteriormente ocupaba, en el cual sabía desenvolverse; por consiguiente tiene que cambiar y adaptarse a esta nueva etapa de su vida, el problema es que esta nueva etapa a la cual está entrando no sabe cuál es y ni adónde quiere ir. Este período de transición incluye las vivencias de cada individuo, así como sus relaciones familiares, incluye también las preguntas sobre el por qué de las ideas, valores, reglas y todo lo que hasta ese momento ha dirigido su vida.

De acuerdo al uso más común, esta etapa se refiere a un período de la vida del ser humano comprendido entre la infancia y la edad adulta, que va aproximadamente de los 13 a los 19 años (Kimmel y Weiner, 1998).

La adolescencia es un período de transición en el desarrollo entre la niñez a la edad adulta, se considera que inicia alrededor de los 12 o 13 años y termina entre los 19 y 20; pero a pesar de esto, los cambios físicos han empezado antes y la maduración psicológica puede durar mucho más. Se considera que la adolescencia se inicia con la pubertad. Y por pubertad se entiende el proceso de madurez sexual (cuando un individuo es capaz de engendrar); la pubertad se inicia cuando la glándula pituitaria envía mensajes a las glándulas de una persona joven, las cuales empiezan a segregar hormonas. Durante la adolescencia, el aspecto físico, emocional y psicológico de un ser humano va cambiando paulatinamente, como resultado de los cambios hormonales de la pubertad. Su forma de pensar cambia drásticamente al igual que sus emociones. Todas las áreas del desarrollo enfrentan un gran reto: establecer una identidad propia de adulto (Papalia, et. al., 1998).

La adolescencia no tiene un tiempo de curación específico, es un proceso tan individual que, no puede establecer un período de tiempo para este, lo que sí se puede decir es que, la adolescencia es un período tan importante para el ser humano como el primer año de vida lo es para un bebé (Guelar, et. al., 2000).

En muchas ocasiones se usan los términos “pubertad y adolescencia” como sinónimos, pero se entiende como pubertad el período en el que se llega a ser capaz de reproducirse sexualmente por primera vez, y en el que maduran los órganos genitales y se desarrollan las características sexuales secundarias; y adolescencia es el período que acompaña a esta fase de la pubertad, en la adolescencia se completan los cambios físicos y de maduración y generalmente dura una gran parte de la segunda década de la vida de cada individuo (Tejero, 1996).

Para Kimmel et. al. (1998), la adolescencia es un período de grandes cambios, que si bien, puede ser una etapa de mayor vulnerabilidad y estrés, también puede ser una etapa de curiosidad, asombros y crecimiento positivo; para algunos individuos es agobiante, para otros puede ser un período de relativa calma. Es un cambio de una fase de la vida a otra; se deja atrás la inmadurez de la infancia, pero aun no se han aceptado los desafíos y

responsabilidades potenciales de la etapa adulta; ya no se es un niño, pero tampoco un adulto. El concepto de transición se refiere a un período de cambio, crecimiento y desequilibrio, que funge como puente que comunica dos etapas de la vida distintos uno de otro; de este modo, la adolescencia representa la transición entre la inmadurez física, social y sexual de la infancia y la madurez física, social y sexual de la edad adulta; por tanto la adolescencia es un período de cambio, crecimiento y desequilibrio en términos de madurez física, social y sexual.

2.1. CAMBIOS FÍSICOS DURANTE LA ADOLESCENCIA

Los primeros cambios que suceden en la adolescencia son producidos por la hormona del crecimiento, que lleva al cuerpo hasta casi su altura y peso adulto en unos dos años; las principales hormonas que llevan a estos cambios son los andrógenos en los hombres y los estrógenos en las mujeres. En algunas ocasiones los adolescentes manifiestan un período de obesidad en el inicio de la maduración sexual, debido a la dislocación hormonal que acompaña a la maduración sexual y en parte al aumento de apetito que acompaña al crecimiento físico; en esta etapa de desarrollo los varones acumulan tejido adiposo en el área de las tetillas, las caderas, los muslos y el abdomen; también existe una acumulación del tejido adiposo en las mejillas, cuello y mandíbulas; este período de obesidad dura aproximadamente dos años, la apariencia de obesidad desaparece, casi siempre; en cuanto el individuo aumenta de estatura y se restablece el desequilibrio hormonal (Aguirre, 1996; cit. en Matus y Monroy, 2003).

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

Comparación de crecimiento entre hombres y mujeres. Fuente: Hurlock, 1987. pp. 61.

El período de obesidad en las adolescentes se da en los inicios de la pubertad, como el apetito aumenta, en muchas ocasiones comen con exageración; al igual que los varones, desarrollan tejido adiposo en áreas como las caderas y el abdomen; a medida que se va logrando el desarrollo, la apariencia de obesidad desaparece, a pesar de que el peso corporal se mantenga (Hurlock, 1987; cit. en Matus y Monroy, 2003).

Secuencia usual de los cambios físicos en la adolescencia según Papalia, et al. (1997).

Características de las adolescentes.	Edad de Aparición
Crecimiento de los senos	8-13 años.
Crecimiento del vello púbico	8-14 años.
Crecimiento del cuerpo	9.5 – 14.5 (promedio 12)
Menarquia	10-16.5 (promedio 12.5)
Vello axilar	Dos años después del vello púbico
Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas	Casi al mismo tiempo del vello axilar

Características de los adolescentes.	Edad de aparición
Crecimiento de los testículos y saco escrotal	10-13.5 años
Crecimiento del vello púbico	10-15 años
Crecimiento del cuerpo	10.5-16 (promedio)
Crecimiento del pene, la próstata y las vesículas seminales.	11-14.5 (promedio 12.5)
Cambio de voz	Casi al mismo tiempo del crecimiento del pene
Primera eyaculación de semen	Casi un año después del vello púbico
Vello facial y axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico
Aumento de la producción de las glándulas sebáceas y sudoríparas (puede producir acné)	Casi al mismo tiempo que el vello axilar

Fuente: Papalia y Wendkos, 1997. pp. 263

Algunas consecuencias psicológicas de los cambios físicos en la adolescencia se originan en las expectativas sociales respecto a las actitudes y las conductas propias de la madurez; una de las situaciones más difíciles en esta etapa es la aceptación de su cuerpo y figura cambiados; ya que no solo ha de ajustarse a su nuevo físico, sino que tendrá que aceptarlo ya que este le acompañará el resto de su vida (Raich, 2000; cit. en Matus y Monroy, 2003).

Dentro del desarrollo del adolescente, se desarrollarán nuevas capacidades cognitivas, las cuales posibilitarán una mayor expansión en la forma de que el individuo se acerca al conocimiento, así mismo en la interpretación de la realidad que lo rodea; así pues, surgirán en el nuevos temas de preocupación como lo son la religión, la política o la justicia, también podrá valorar la consecuencia de su conducta en el ámbito social en el que se desenvuelve (Fuentes, 1996).

2.2. ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL

En nuestra cultura es evidente la importancia de la imagen corporal dado el consumo de tiempo y esfuerzo que implica transformar la apariencia del cuerpo. Individuos de todas las edades buscan, de manera constante, por medio de ropas, tintes, preparaciones para la piel, cosméticos, tatuajes y aun, cirugía plástica, cambiar su apariencia y verse como algún ideal de moda esta preocupación es evidente, de modo particular, en los adolescentes. Éstos desarrollan un conjunto de sentimientos y actitudes hacia sus cuerpos lo que contribuye de manera significativa, a la evolución de su sentido de identidad personal (Berryman, 1994).

Durante la niñez media los individuos se vuelven conscientes de los diferentes ideales y tipos de cuerpos, y obtienen una idea bastante clara de su propia estructura, proporciones y habilidades corporales. Pero en la adolescencia, la clase de cuerpo recibe un escrutinio mucho más detallado (Craig, 1997).

Es en esta etapa, en la cual la imagen corporal –el aspecto físico que una persona cree que tiene- comienza a ser importante Ya que es frecuente el sentimiento de extrañeza y de no reconocimiento del propio cuerpo que invade al adolescente. Queda claro que la “aparente” tranquilidad de los periodos precedentes se trunca. Se pone en cuestión una imagen corporal construida hasta entonces en términos generales de “inocencia”, por lo que esta deberá ser reelaborada y aceptada (Papalia, et. al., 2001).

La imagen corporal que se construyen los adolescentes es a base de las actitudes que ellos imaginan que otros tienen hacia su propio cuerpo y sus partes. El concepto corporal resultante puede ser placentero y satisfactorio o puede conducir a un punto de vista del cuerpo como desagradable, sucio o vergonzoso (Berryman, 1994).

La primera preocupación para los varones en cuanto a la imagen corporal se refiere es el poder físico que pueden ejercer en el medio; por tanto, la estatura y los músculos son importantes para ellos. Por lo contrario, a las niñas les inquieta ser demasiado gruesas o altas. Se concentran en el peso, en parte a causa de sus desvelos por la aceptación social (a nuestra sociedad le disgusta la gordura) (Craig, 1997).

La adolescencia es una etapa de cambios drásticos y una gran oportunidad para que el entorno influya, de manera positiva o negativa; en la formación de hábitos y costumbres que perduraran durante casi toda la vida del individuo; al ser la imagen y la figura corporal una preocupación para los adolescentes y al aparecer los trastornos de la alimentación como una opción para el logro del ideal social de “la delgadez”, se considera oportuno realizar una breve revisión de los trastornos de la alimentación.

3. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

Los trastornos de la alimentación son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios, se clasifican de acuerdo a las conductas y con las consecuencias que producen, sobre las esferas física, emocional y social (Palma, 1997).

En el origen de todo trastorno de la alimentación hay siempre un período de dietas restrictivas que llevan a la semi-inanición, con su consecuente correlato de síntomas orgánicos y emocionales. Una vez que se ha instalado, se vuelve difícil identificar si la sintomatología que aparece es un subproducto del trastorno o se debe a característica de personalidad (Crispo, et al., 1998).

Etimológicamente la palabra dieta significa "régimen de vida". Se acepta como sinónimo de régimen alimenticio, que alude al "conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente, aunque también puede hacer referencia al régimen que, en determinadas circunstancias, realizan personas sanas, enfermas o convalecientes en el comer y beber". Popularmente, y en el caso de los humanos, la dieta se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes y la energía necesarios, y así conseguir o mantener cierto peso corporal (Pineda, 2003).

Los individuos con trastornos de la alimentación generan un largo ritual alrededor de las comidas: deben comer sólo algunos alimentos, a temperatura determinada, en ámbitos especialmente elegidos –por lo general, tranquilos- y preferentemente a solas. Es habitual un aumento marcada en el consumo de infusiones, como té o café, y en la necesidad de tener siempre en la boca, por lo general, goma de mascar o cigarrillos (Crispo, et al., 1998).

Para Crispo (1998), existen elementos comunes en los trastornos de la alimentación, los cuales son:

1. Obsesión por el peso y la figura corporal
2. Prácticas reiterativas de control de peso
 - Ayunos extremos
 - Dietas restrictivas que terminan en atracones
 - Formas de compensación de esos atracones (vómitos, purgas, laxantes, diuréticos, ejercicio excesivo)

Existen diferentes factores que originan un trastorno de la alimentación; pueden ser los factores socioculturales, familiares, psicológicos, metabólicos e inclusive biogénéticos; pero casi siempre se tienen que conjuntar varios factores para que se presenten alguno de estos trastornos, ya que no existe un solo factor que los determine; desde este punto de vista, estos trastornos son multidimensionales y complejos (Holtz, 1995).

Los estudiosos de este tipo de trastornos, han considerado algunas profesiones como profesiones de "riesgo", entre éstas se pueden considerar mujeres que son víctimas de su profesión o que ésta depende de su aspecto físico tales como: reinas de belleza, modelos, gimnastas, bailarinas y actrices (Serrato, 2001).

Hoy en día, existe evidencia de que en las modernas sociedades los individuos están, de manera permanente, siendo bombardeados por una gran cantidad de mensajes, que al escucharlos, verlos o leerlos, influyen, en muchas ocasiones, en el modo de accionar de cada persona, el consumismo imperante en estas sociedades va más allá de adquirir los elementos básicos para la subsistencia diaria, ya que el consumir parece ser un medio para conseguir la felicidad, la belleza, la libertad; la publicidad se basa en el estudio de las insatisfacciones del ser humano, y de esta manera tratar de complacerlas llenando así un vacío existencial que existe en el ser humano, la mujer se convierte en objeto y protagonista, ya que la estética y la belleza son el fundamento de muchas campañas publicitarias (Serrato, 2001).

A continuación se presentan algunas cifras reveladoras de estado de nuestra sociedad en cuanto a los trastornos de alimentación (Crispo, et al., 1998):

- Ψ Entre el 90% y el 95% de la gente que tiene trastornos en la conducta alimentaria son mujeres.
- Ψ Según la Asociación Norteamericana de obesidad el número de mujeres que están insatisfechas con su imagen corporal es de alrededor del 90%. Es decir, nueve de cada diez mujeres no están contentas con su cuerpo.
- Ψ Más de un 40% de las mujeres viven haciendo dietas en forma discontinua. Comienzan y abandonan sin obtener los resultados buscados, o al menos sin mantenerlos, dado que deben recomenzar las dietas.
- Ψ Entre el 80% y el 90% de las dietas fracasan o no logran mantener el peso deseado.
- Ψ Un 10% de las mujeres desarrollan en forma transitoria o permanente un desorden de la alimentación no específico.
- Ψ El 5% de la población femenina padecen de bulimia nerviosa,
- Ψ 2% de las estudiantes padecen anorexia nerviosa
- Ψ La incidencia por muerte en la anorexia nerviosa ha crecido del 5 al 7 % en los últimos 10 años, según cifras de OPS (Nutbeam, 1986).

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos (Crispo, et al, 1998).

3.1. ANOREXIA

Durante la edad media, algunas mujeres seguían modelos de ascetismo, comían muy poco, por que consideraban que de esta manera se desprendían de sus lazos terrenales y alcanzaban, de esta manera, cierta espiritualidad (Holtz, 1995).

La autoinanición nos remite a la existencia del ayuno en algunas culturas, donde el ayuno formaba parte de sus tradiciones religiosas, cabe mencionar a la llamadas “anoréxicas santas”, quienes usaron el ayuno auto-impuesto como una manifestación de protesta o reproche a sus propios familiares que al ser demasiado materialistas les causaban gran angustia; el clero de aquellas épocas se mostraba un tanto receloso de esta conducta en las mujeres, por lo que a este rechazo a la comida se le otorgo un valor místico (Serrato, 2001).

En el año de 1684, se registra la primera paciente con anorexia, fue Morton quien menciona a una paciente inglesa de 18 años, que había desarrollado amenorrea por una gran ansiedad, que comía muy poco, y que conforme pasaba el tiempo comía menos, además, poco a poco, perdía peso (Holtz, 1995).

Hacia el año de 1689, un medico ingles llamado Thomas Morton, realizó la primera descripción de lo que hoy en día se conoce como anorexia nerviosa, aunque en ese año se consideraba como una enfermedad neurológica, “debilitante”, de origen nervioso, cuyos principales síntomas eran la falta de apetito y perdida de peso (Serrato, 2001).

El término anorexia nervosa proviene del latín an, prefijo restrictivo y orexis, apetito (es decir sin apetito), mientras que el adjetivo nervosa expresa su origen psicológico. Estas raíces afirman que la anorexia es la falta del apetito; sin embargo es un término errónea para referirse a este padecimiento ya que las pacientes con anorexia nervosa primaria sí siente hambre aún cuando afirma no sentirla (Palma, 1997).

Crespo (1997), da otra explicación de el origen Griego de la palabra anorexia: palabra que se refiere a la pérdida del apetito: una forma abreviada para la anorexia nerviosa. Es un trastorno de la ingesta de comida caracterizado por un temor extremo e irracional a engordar

La primera definición con el termino de anorexia nerviosa se le debe a Sir William W. Gull, que en el año de 1870 hablaba de una alteración de origen psicológico que afectaba principalmente a mujeres jóvenes que presentaban los siguientes síntomas: adelgazamiento morbo, suspensión del flujo menstrual, estreñimiento, ritmo cardiaco más lento de lo normal, descenso de la temperatura del cuerpo, hinchazón blanda en las piernas y coloración azul y a veces negruzca en la piel. Casi de manera simultanea Charles Lasegue, neurólogo francés, describe los mismos síntomas que Gull describía, pero la incluye, siguiendo con la tradición de la época junto con todos los trastornos de la mujer dentro de la “histeria” (Serrato, 2001).

Chinchilla (1996) conforme a los criterios del DSM-IV y CIE-10 de la OMS, se refiere a la anorexia como un trastorno caracterizado por el rechazo persistente a los alimentos, consecuencia de un temor irracional ante la posibilidad de aumentar de peso en el momento actual o en el futuro, juntamente con una alteración en la percepción en la imagen corporal, que da lugar a una intensa pérdida de peso y que conduce a un estado de desnutrición progresiva.

A continuación se presentan los criterios diagnósticos presentados en el DSM-IV del año 1995.

Criterios de diagnóstico descritos en el Manual de Diagnóstico y Tratamiento para la Anorexia Nerviosa (DSM-IV, 1995).
<p>A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla (por ejemplo, pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).</p> <p>B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.</p> <p>C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporal, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.</p> <p>D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con administración de estrógenos.)</p> <p>Especificar el tipo:</p> <p>a) Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no se embarca regularmente en ciclos de atracones y/o purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso inadecuado de laxantes o diuréticos).</p> <p>b) Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o a purgas (por ejemplo, vómito autoinducido o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).</p>

Como se visualiza en la siguiente tabla, las consecuencias fisiológicas de la anorexia nerviosa son bastante graves.

CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS DE LA ANOREXIA NERVIOSA (Crispo, et al, 1998).
<ul style="list-style-type: none">➤ Gasto energético disminuido.➤ Hipotermia➤ Bradicardia➤ Hipotensión.➤ Arritmias cardíacas➤ Hipercarotínemia➤ Retardo en la evacuación gástrica➤ Constipación pertinaz➤ Amenorrea➤ Disminución en la fertilidad.

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Osteoporosis➤ Edemas➤ Anemias por déficit de hierro |
|---|

Palma (1997), hace un análisis de la anorexia, encontrando diferentes tipos, los cuales se mencionan a continuación:

- Anorexia nervosa primaria. En este padecimiento no coexiste ninguna otra enfermedad más que el miedo intenso a subir de peso. Se pueden identificar dos grupos dentro de este padecimiento:
 - Ψ Anorexia nervosa restrictiva, en donde la paciente utilizan el ayuno y la disminución exagerada de la ingestión de alimentos para controlar el peso, sin utilizar el vómito, o los laxantes como métodos de control ponderal.
 - Ψ Bulimarexia se caracteriza por periodos de ayuno y periodos en que las pacientes comen en forma compulsiva y se provocan el vómito, se purgan o se aplican enemas después de los atracones como métodos para controlar el peso.
- Anorexia nervosa secundaria. Es consecuencia de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión; en estos casos se debe a una interpretación falsa de alimentación y no a la búsqueda de una disminución ponderal.

3.2. BULIMIA

Algunas evidencia históricas muestran la existencia de conductas alimentarias inadecuadas desde la antigüedad. Entre los egipcios se pensaba que la comida era una de las causas del enfermar y, por ello, deliberadamente purgaban de forma mensual; entre los romanos eran célebres los vomitorios (Chinchilla, 1996).

El antecedente más remoto que hace referencia a la bulimia se encuentra en la época romana, donde tras los grandes festines que preparaban, los asistentes a esos banquetes ingerían grandes cantidades de alimentos, para después provocarse el vomito, valiéndose de plumas o tomando brebajes, para posteriormente reiniciar la glotonería (Holtz, 1995).

El reconocimiento de la bulimia como un síndrome diferenciado se dio hasta después de que algunos investigadores observaron que ésta no solo se da en pacientes anoréxicas u obesas, sino que incluso aparece en personas normales, de esta manera, es hasta la tercera edición del DSM-III en el año de 1980, de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, aparece por fin como un síndrome separado de anorexia nerviosa (Holtz, 1995).

A continuación se presenta una tabla donde se muestran los criterios diagnósticos para la bulimia según el DSM-IV de 1995.

Criterios de diagnostico descritos en el Manual de Diagnostico y Tratamiento para la
--

Bulimia Nerviosa (DSM-IV, 1995).

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- 1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - 2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimentos el episodio (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que esta ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres meses.
- D. La autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia.

Especificar tipo:

- a) Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- b) Tipo no purgativos: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Las consecuencias de la bulimia son igual de graves que las mostradas, anteriormente; para la anorexia.

CONSECUENCIAS FISIOLÓGICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA (Chinchilla, 1996).

1. Por la bulimia
 - Ante la ingesta excesiva notan plenitud abdominal, fatiga, náuseas, cefaleas, debilidad, sensación de hinchazón, etc.
 - Dilatación o rotura gástrica.
 - Perforación esofágica.
 - Rotura diafragmática con entrada del contenido abdominal.
 - Aumento del tamaño glándulas salivales y parótida.
 - Pancreatitis, aumento de amilasa.
 - Edema crónico.
 - Hipotensión.

- Trastornos menstruales.
- 2. Por los vómitos
 - Desequilibrio hidroelectrolítico, hipocalcemia, hipopotasemia, hipoglucemia.
 - Arritmias cardíacas.
 - Neuropatías.
 - Deshidratación en cavidad torácica.
 - Erosión del esmalte dental.
 - Reflujo gastrointestinal.
 - Lesiones en dorso de mano, etc.
- 3. Abusos de laxantes/diuréticos
 - Amenorrea.
 - Retención de líquidos.
 - Colon irritable, megacolon
 - Neuropatías, etc.

La bulimia es un desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. Se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva seguidos de provocación del vómito, uso de laxantes, dietas exageradas y/o abuso del ejercicio para controlar el peso. A veces el comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia por sí misma no produce pérdidas importantes de peso. Lo que sí produce a veces, debido a los vómitos provocados, son problemas gastrointestinales e hipopotasemias (concentraciones bajas de potasio en sangre) graves, así como lesiones en los dientes debido a la acidez de los vómitos. La bulimia como síntoma, describe episodios incontrolables de comer en exceso; como síndrome hace referencia a un conjunto consistente de síntomas entre los cuales destaca la preocupación por el peso y forma corporal, la pérdida de control sobre la ingesta y la adopción de estrategias que contrarresten los efectos engordantes de sus síntomas bulímicos. El paciente siente una necesidad imperiosa por ingerir grandes cantidades de comida, generalmente de elevado contenido calórico; una vez que termina de comer, al paciente le invaden fuertes sentimientos de autorrepulsión y culpa, esto le induce a mitigar los efectos, autoinduciéndose el vómito entre otras estrategias (Holtz, 1995).

Al realizar la revisión de la literatura especializada en los trastornos de la alimentación y observar lo devastador e incluso mortal que pueden ser estos trastornos en los adolescentes, se considera oportuno generar estrategias de prevención, con el fin de disminuir o evitar que los jóvenes se involucren en alguna de estas conductas y por lo tanto vean disminuidas sus posibilidades de éxito profesional y personal; en este rubro, se considera oportuno generar estrategias de intervención que puedan orientar a los adolescentes sobre la problemática de estos trastornos.

3.3. PREVENCIÓN

El concepto de promoción de la salud propuesto por la OMS (1986) en la carta de Ottawa señala que ésta consiste en: “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (p.1).

De manera frecuente, se confunden los términos que se refieren a promoción de la salud, prevención de la enfermedad y salud pública; ésta última es un concepto más general, social y político cuyo objetivo es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas, y prolongar la vida, utilizando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como formas de intervención para el logro de su objetivo (Pineda, 2003).

Striegel-Moore y Steiner-Adair (1998), plantean que la intervención temprana en cualquier tipo de enfermedad, es la mejor forma de recuperar al paciente, así como también se reduce una gran cantidad de costos económicos, que pueden ser en su momento muy elevados.

Nutbeam (1986), señala que la prevención de la enfermedad se refiere a las estrategias que pretenden reducir los riesgos de enfermedades específicas, o reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad de la enfermedad. La prevención de la enfermedad se puede realizar en tres niveles:

- a) Primaria: Pretende evitar la aparición de cualquier enfermedad.
- b) Secundaria: El objetivo principal en este tipo de prevención es detener o retardar la enfermedad ya presente y sus efectos, a través de la detección temprana y tratamiento adecuados.
- c) Terciaria: Su tarea consiste en reducir las posibilidades de recidividad (posibilidad de recaer) y el establecimiento de la cronicidad, mediante rehabilitación o cirugía reparadora.

Estos tres tipos de prevención son necesarios en cualquier sociedad, pero debido a la alta incidencia de los casos de anorexia y bulimia, y a los altos costos, físicos, psicológicos y económicos, lo ideal es que ambas enfermedades sean detectadas en un nivel primario.

En términos de prevención de la enfermedad un programa de intervención se refiere a la intervención que de manera planificada y estructurada se dirige a un grupo específico de la población, previamente ubicados en una situación de riesgo, debido a un desorden o a alguna enfermedad identificables; todo esto con el fin de reducir el nivel de riesgo existente (Nutbeam, 1986).

Las estrategias de prevención primaria reactiva, pueden funcionar para entrenar a los adolescentes a llevar a cabo una evaluación crítica de los medios y promover la resiliencia psicológica a la presión para el control de peso; la intervención de esta forma excluye los esfuerzos de cambio medioambiental, entrenando a los adolescentes a adaptarse a un ambiente nocivo para la salud (Hess, 1985; Becker, 1986; Sallis, 1993; cit. en Austin, 2000).

Stice, Chase, Stormer y Appel (2001), plantean una serie de consideraciones generales que podrían ser tomadas en cuenta para llevar a cabo subsecuentes investigaciones en prevención:

- a) Ser dirigidas a una población en riesgo. Con el propósito de lograr la máxima efectividad de los programas.
- b) Considerar métodos alternativos al método tradicional hasta hoy usado. El formato debe de estar basado en técnicas que logren un cambio actitudinal.
- c) Ser sustentadas por antecedentes teóricos fuertes que se encuentren articulados en un modelo etiológico.

Austin (2000) plantea que los intentos realizados hasta el momento sobre la prevención de los trastornos de la alimentación pueden considerarse como una primera generación que mas allá de proporcionar programas improvisados poco exitosos basados en la poca información disponible, es como un abrir brechas para refinar investigaciones subsecuentes sobre este tema.

En México, el área de estudios sobre la prevención de enfermedades es muy escasa, ya que parece que ésta no es funcional, sumado a lo anterior, los pocos recursos económicos que se destina el gobierno para este tipo de estudios y los pocos estudios sobre prevención proviene de instituciones que promueven el desarrollo científico, por lo

tanto la problemática a la que enfrenta México es mayor, pues no se cuenta con recursos como en otros países desarrollados (Pineda, 2003).

4. JUSTIFICACION

Se sabe que la etapa de adolescente es una etapa de riesgo, ya que, es aquí donde se forman ciertos rasgos de la personalidad adulta; también es una etapa de integración a un nuevo grupo social y en ocasiones para entrar en él tienes que cumplir con ciertas características: ser muy guapa, tener buen cuerpo, vestir a la moda, etc.

El interés de abordar la problemática de incidencia de anorexia y bulimia en adolescentes, surge de la relación que se establece con las estudiantes, ya que tienen una excesiva preocupación por su imagen corporal y su peso.

Es por estos motivos se elaboró y aplicó un programa de intervención dirigido a adolescentes de 3er grado de secundaria, con el propósito de presentar información, no con el fin de darles tips de cómo ser una buena anoréxica o bulímica, sino haciendo énfasis en lo devastador que son estas enfermedades; se pretendió dar información que pueda cambiar las cogniciones de estas jóvenes y entonces que ellas cambiaran sus conductas de riesgo por conductas más sanas y adecuadas para su apto desarrollo físico y mental.

5. OBJETIVOS

OBJETIVO

- Ψ Prevenir que las adolescentes padezcan o estén en riesgo de padecer alguno de los trastornos de la alimentación.

OBJETIVOS PARTICULARES

- Ψ Detectar a la población adolescente femenina en alto riesgo de padecer anorexia o bulimia.
- Ψ Canalizar a las instancias correspondientes a las adolescentes que padezcan algún trastorno, con el fin de mejorar la calidad de vida de éstas.
- Ψ Aplicar un taller de prevención, con el fin de prevenir la incidencia de algún trastorno de la alimentación (anorexia y bulimia).
- Ψ Ofrecer a los alumnos un departamento de orientación que se ocupe de las problemáticas que puedan ser nocivas para su desarrollo personal y profesional futuros.

- Ψ Brindar a los padres de familia, a través del departamento de orientación; apoyo, asesorías y, de ser necesario; canalización a lugares especializados en el tratamiento de las problemáticas que sus hijos presenten.

6. METODO

6.1. POBLACION

Las participantes fueron 20 adolescentes del sexo femenino, inscritas en el colegio en el ciclo escolar 2008-2009; de tercer grado de secundaria; cuyas edades eran de 14 y 15 años de edad. Fueron canalizadas a este taller por presentar alguna conducta de excesiva preocupación por su aspecto e imagen corporal; los encargados de esta canalización fueron las autoridades escolares junto con el responsable del departamento de orientación o el psicólogo del colegio.

Criterios de inclusión.

- Ψ La edad fué de 14 y 15 años.
- Ψ Solteras.
- Ψ Que no tuvieran hijos.
- Ψ Que los padres autorizaran la participación de sus hijas en este taller.

Criterios de exclusión.

- Se excluyó las adolescentes que no cumplieran con estas características.

6.2. INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó fue el “cuestionario de alimentación y salud”, versión para mujeres adolescentes, Validado y estandarizado en México por la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitre (1998); que consta de doce secciones (ver anexo 1).

SECCIÓN	ÁREA DE MEDICIÓN
A	Sociodemográfica
B	Conductas alimentaria y estrés
C	Elección de figura actual
D	Autoatribución
E	Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)
F	Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA)
G	Elección de figura Ideal
H	Apoyo social y antecedentes familiares
I	Afrontamiento al estrés
J	Percepción de la relación materna
K	Imagen corporal y actitud hacia la obesidad

El cuestionario de Alimentación y Salud (ver anexo), se aplicó grupalmente y ésta duró una hora aproximadamente. En todas las escalas los reactivos se calificaron de acuerdo con el siguiente criterio: el valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema.

De acuerdo con los objetivos de la presente investigación se utilizaron las secciones:

- Ψ La sección “A” que consta de 13 preguntas cerradas de opción múltiple que indagan datos sociodemográficos.
- Ψ La sección “B” es una escala tipo Likert con 24 reactivos con 5 opciones de respuesta (de “nunca”=0 hasta “siempre”=4) que miden conducta alimentaria y estrés.
- Ψ Las secciones “C y G” contienen cada una 1 escala visual que está compuesta por 6 siluetas que cubren un continuo de peso, que va de una silueta muy delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal. Las figuras fueron colocadas al azar y las escalas aparecen en lugares diferentes del cuestionario.
- Ψ La EFRATA secciones “E y F” contienen siete preguntas cerradas de opción múltiple y 69 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta (de “nunca” =0, hasta “siempre”=4; y de “muy de acuerdo”=4 hasta “muy en desacuerdo”=0),
- Ψ La sección “K” esta formada por 11 preguntas cerradas de opción múltiple, 2 preguntas abiertas y una escala de 5 reactivos tipo Likert con 5 opciones de respuesta (de “muy poco importante”=0 hasta “muy importante”=4), que miden imagen corporal y actitud hacia la obesidad.

Cabe mencionar que para efectos de este trabajo, sólo se utilizaron las secciones “B”, “C”, “D”, y “G”; ya que se consideran como las que revelan más información sobre hábitos, costumbres y percepción corporal de las participantes.

6.3. ESCENARIO

Todas las actividades referentes a la aplicación del cuestionario inicial, el taller y la evaluación final, se realizaron en las instalaciones de un colegio, en un aula bien iluminada y ventilada, sin distractores de ruido o interrupciones de personas ajenas a este taller; se contó con un pizarrón blanco y marcadores de agua de diferentes colores; además de poseer cañón de proyección y equipo de computo; con sillas para cada uno de los asistentes (incluido el aplicador).

6.4. PROCEDIMIENTO

- 1) Se acudió a las autoridades de la escuela para solicitar su aprobación y colaboración en la realización de este taller relacionada con hábitos alimentarios.
- 2) Las autoridades escolares y el departamento de orientación, proporcionaron una lista de las veinte alumnas, que se considera necesario; asistan a este taller.
- 3) Se pidió autorización por escrito a los padres de familia de las alumnas participantes, aclarándoles que la participación de sus hijas será confidencial y que los datos obtenidos se manejaran de manera profesional.
- 4) Se aplicó el instrumento (ver anexo 1) a las alumnas de tercer grado, que previamente han sido canalizadas por las autoridades escolares y el departamento de orientación; al término de sus horas de clase. Con la finalidad de realizar una primera medición.
- 5) Posteriormente se inició el taller, que se dividió en 8 sesiones, cada una con una duración de dos horas, se realizaron dos sesiones cada semana (ver anexo).
- 6) Al término de la última sesión, se aplicó, por segunda ocasión; el cuestionario de "alimentación y salud" (ver anexo), con la intención de realizar una comparación de las respuestas emitidas antes y después de la aplicación del taller.

Se utilizó un diseño experimental de preprueba-postprueba y grupo control (Sampieri, et. al. 1998).

φ DE PRE-PRUEBA

Para detectar a la población en riesgo de cualquiera de estas conductas se realizó una primera medición, la cual sirvió para evaluar la efectividad y utilidad del taller, así como para modificarlo, en caso de que así se requiriera.

φ TRATAMIENTO

Sé realizó un taller de 5 sesiones; donde se brindó información sobre los trastornos de alimentación y se pretendió modificar conductas que pueden detonar ésta problemática.

φ POSTPRUEBA

Con la finalidad de medir los efectos de dicha intervención, y evaluar si existió un cambio o no en las cogniciones y conducta de las participantes.

7. RESULTADOS

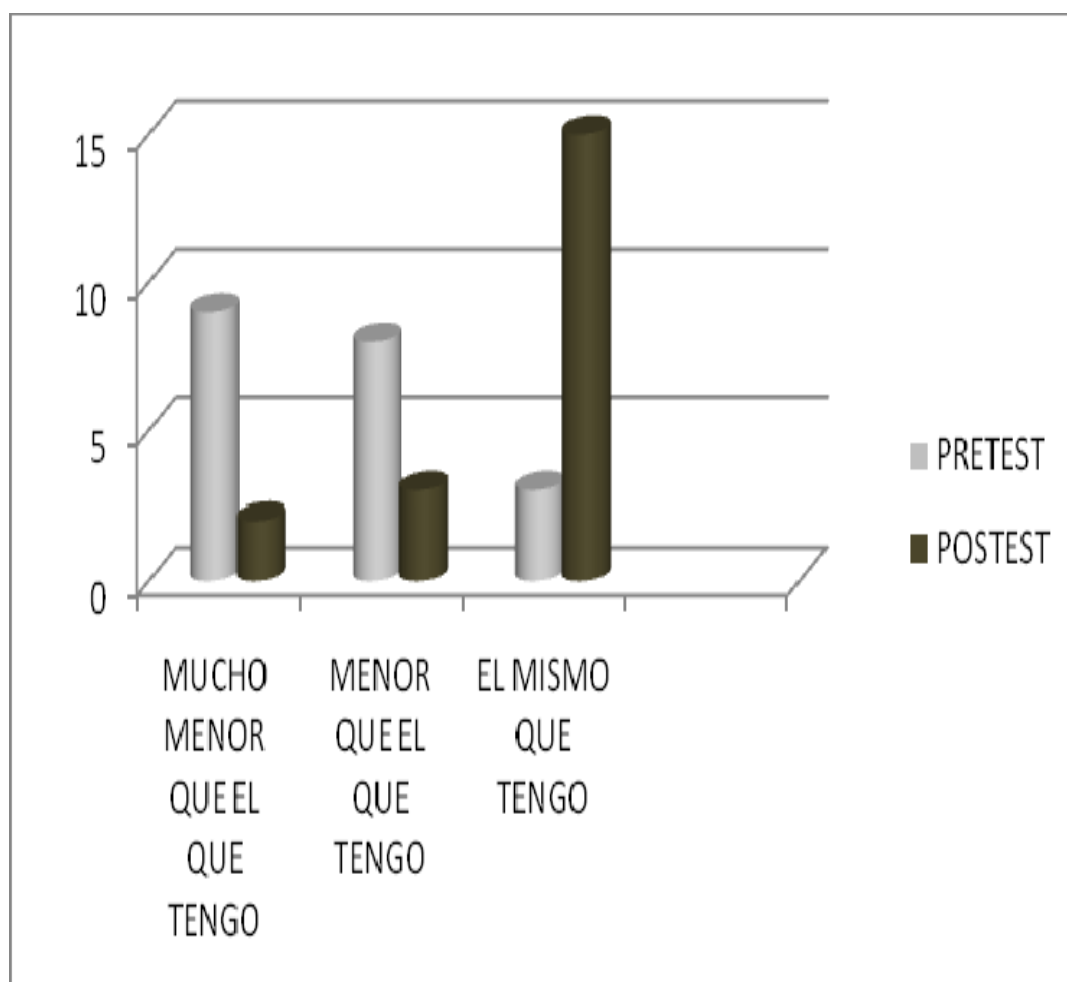
Para esta investigación, se realizó un taller de intervención con 20 adolescentes del sexo femenino, con edades de 14 y 15 años, de un colegio particular; las 20 adolescentes fueron canalizadas a este taller por presentar conductas de preocupación excesiva por su apariencia física y peso; dichas adolescentes fueron asignadas a 2 grupos, en el primero la intervención a realizar fue bajo un modelo clásico tradicional de enseñanza, el segundo

grupo realizó una intervención basada en la teoría de la Disonancia Cognitiva. Solo se realizó una comparación de los cambios que pudieran suceder en la modificación de las conductas, que sobre trastornos de la alimentación o autopercepción de la figura corporal, tuvieran las alumnas que asistieron a este taller; por tal motivo solo se aplicó un preprueba , intervención y postprueba.

A continuación se presentan las graficas comparativas de los resultados obtenidos.

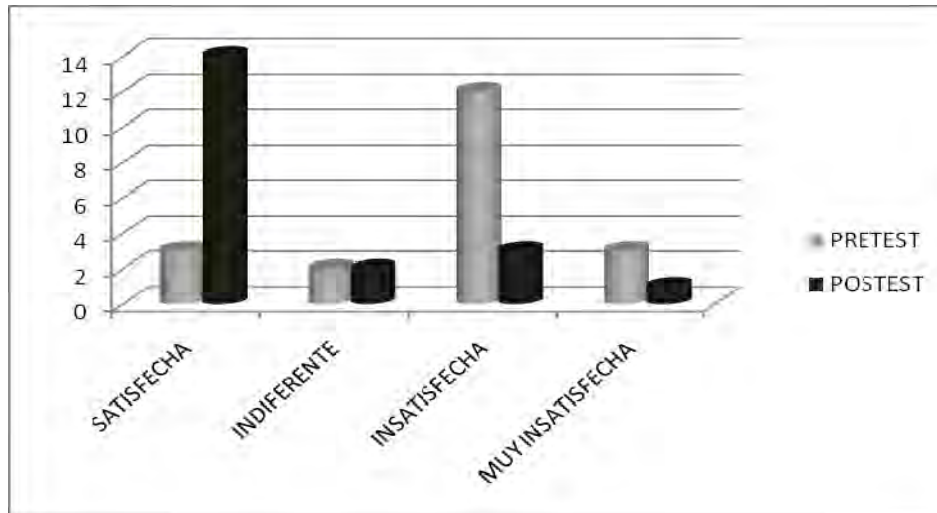
A la pregunta 1 ¿Qué peso te gustaría tener?

En el pretest, existió una tendencia muy marcada al deseo que las alumnas demostraron en disminuir su peso; mientras que una vez aplicado el tratamiento, esta tendencia disminuyo notablemente y las respuestas se dirigieron, en su mayoría a conservar el peso que actualmente tienen.



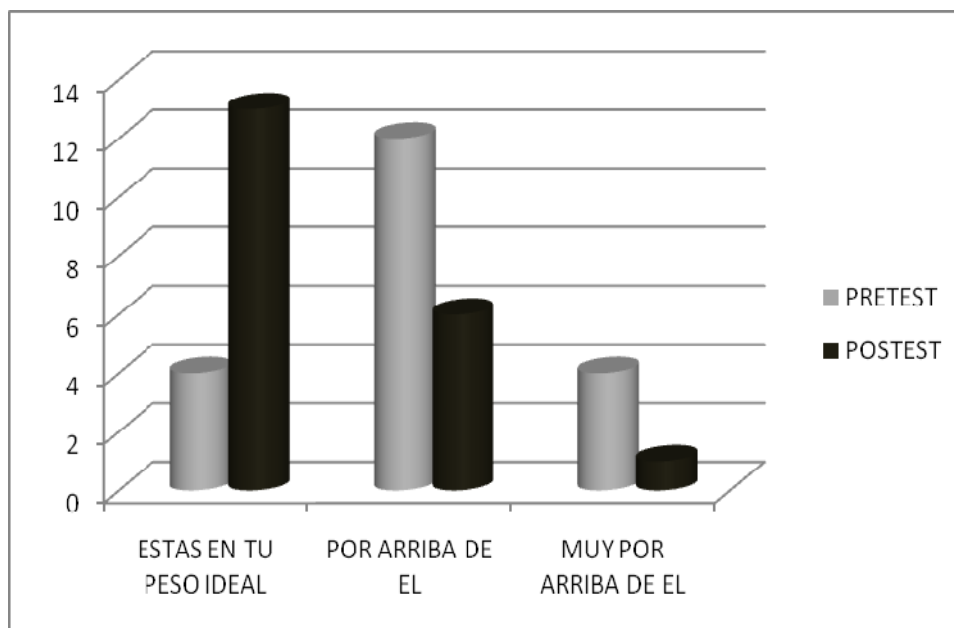
En la pregunta: **2 ¿Cómo te sientes con tu figura?**

En la primera medición, las alumnas manifiestan insatisfacción con la figura física que ellas perciben de sí mismas, después de asistir al taller, los sentimientos que tienen de si mismas, con respecto a su figura; se han modificado y se vuelven menos críticas.



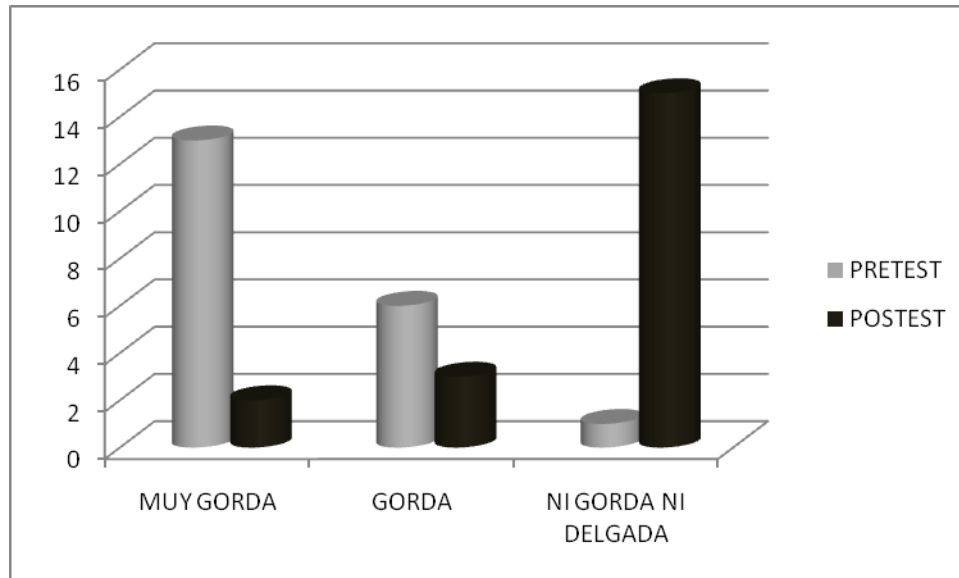
EN LA PREGUNTA 3: **Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras....**

En el pretest, las alumnas se perciben con sobre peso, una vez aplicado el taller, su percepción cambia a algo mas real y la mayoría se percibe con un peso ideal o adecuado.



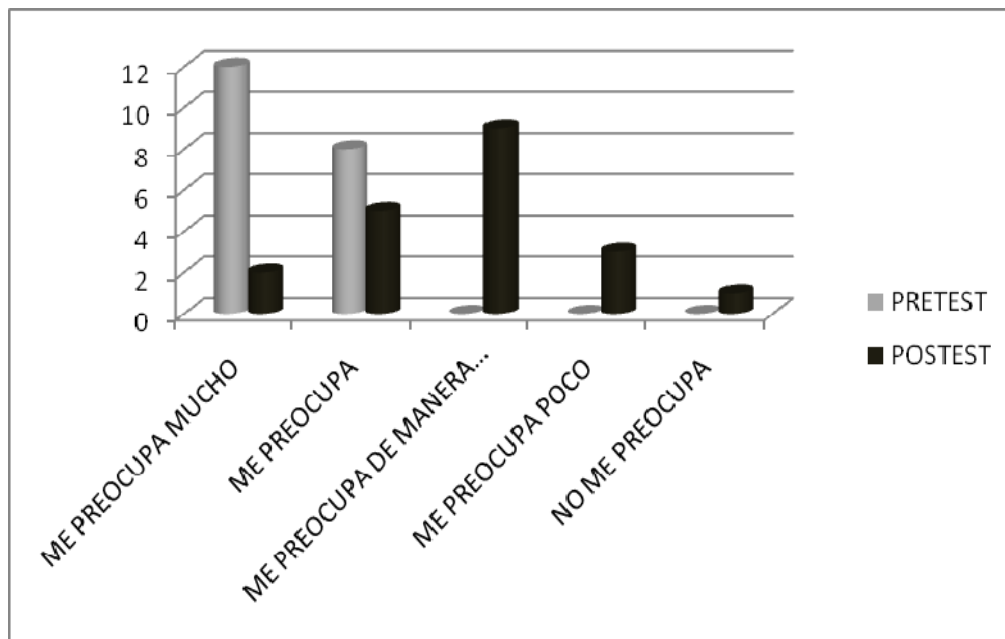
En la pregunta 4: **De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras...**

Las alumnas se perciben, en el pretest; muy gordas o gordas, después del taller, esta percepción cambia y se pueden percibir en una situación neutral: se perciben “ni gordas ni delgadas”.



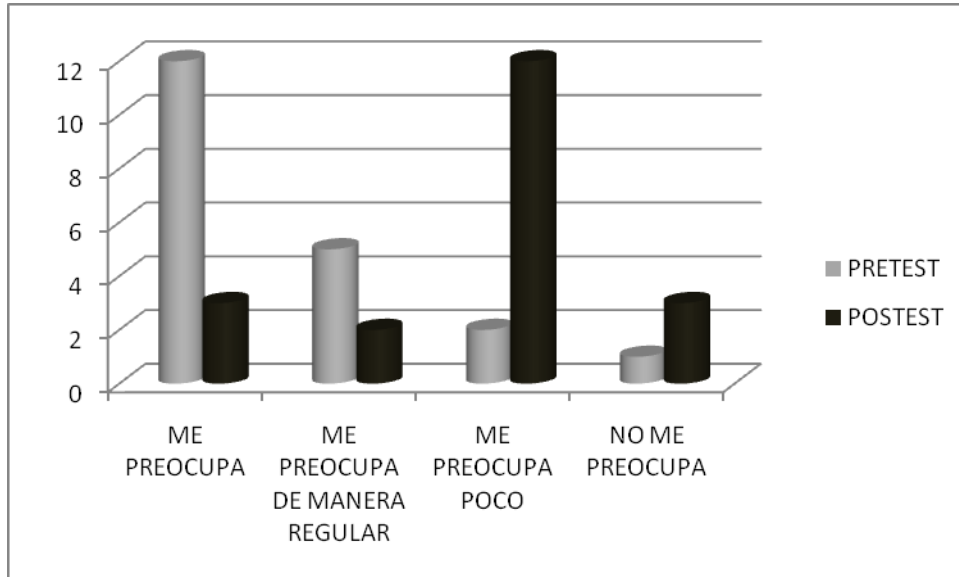
En la pregunta 5: **Llegar a estar gorda...**

En el pretest, las alumnas manifiestan temores a estar gorda, después del taller, este miedo tiende a disminuir y la tendencia es una preocupación regular o mínima, incluso “normal”.



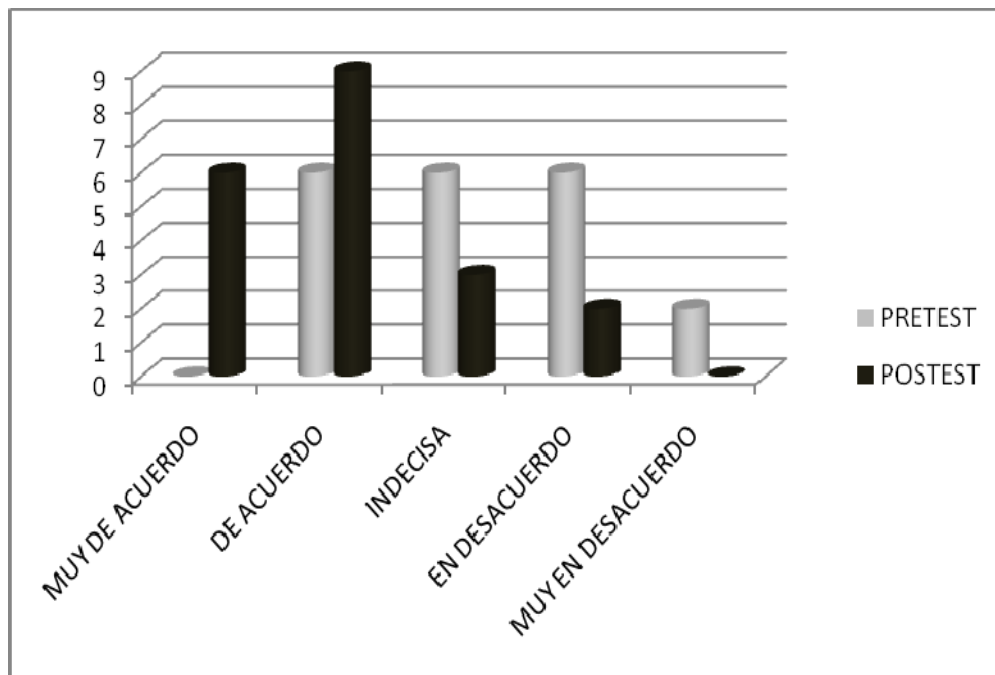
En la pregunta 6: **Como me ven los demás...**

En el pretest, las alumnas manifiestan preocupación por como son percibidas por los demás, después del taller; esa preocupación disminuye, hasta tornarse mas "normal".



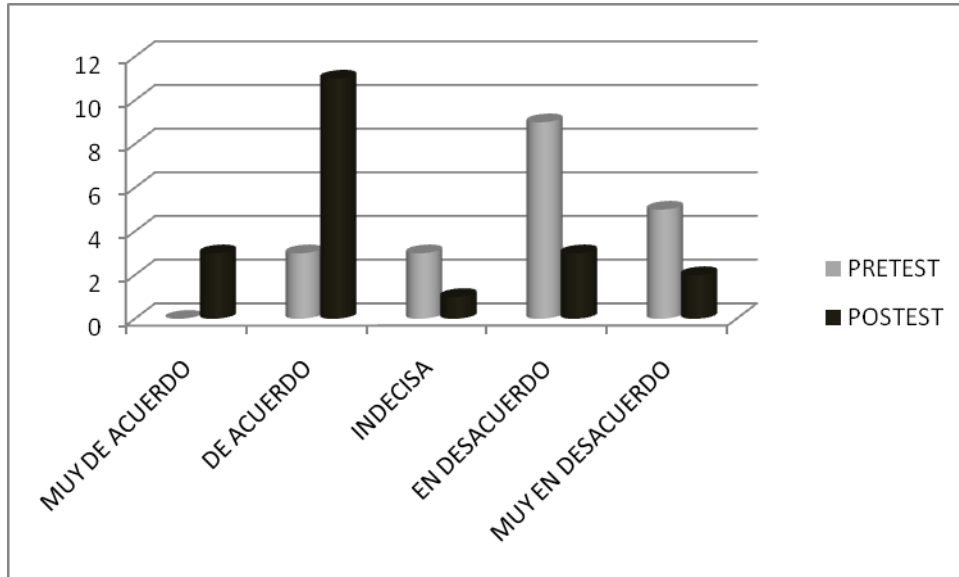
En la pregunta 7: **Es mas importante como se siente mi cuerpo que como se ve...**

En esta pregunta, durante el pretest, las alumnas dieron mayor peso a "el como se ven" que "al como se sienten"; después de la aplicación del taller manifestaron un equilibrio entre "el como se ven y el como se sienten"



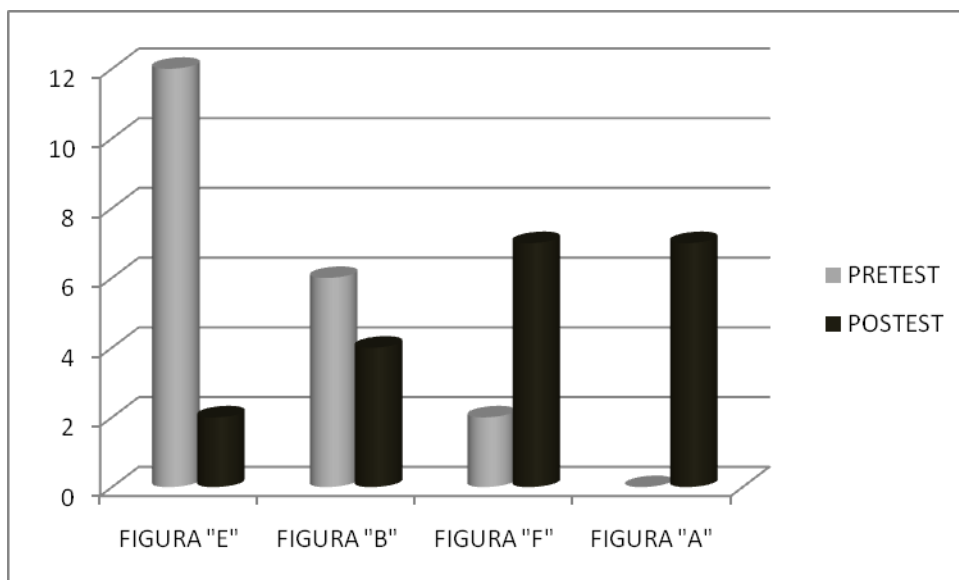
En la pregunta 8: **Me gusta la forma de mi cuerpo...**

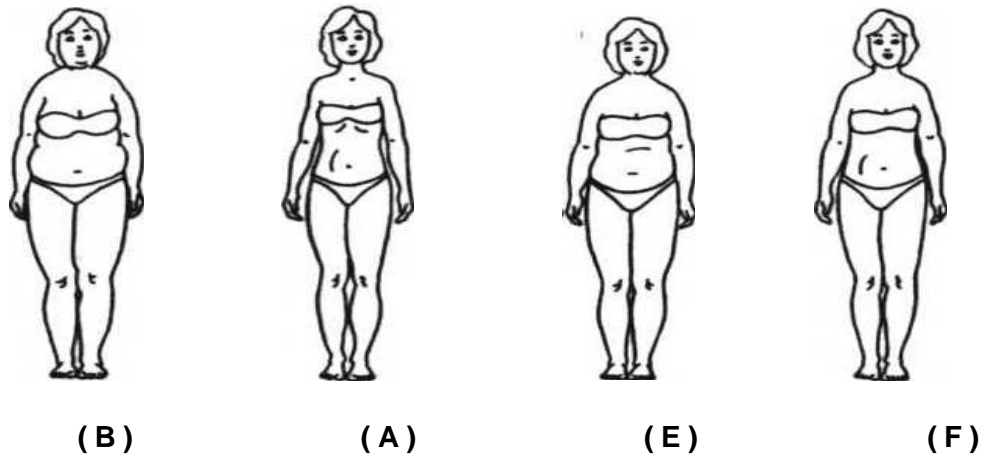
En el pretest, las alumnas mostraron inconformidad con la forma de su cuerpo, después del taller hubo mayor aceptación de éste.



En la pregunta de la sección "C": **Observa las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o aproxime a tu figura corporal...**

En el pretest, manifiestan una tendencia a verse o percibirse gordas o muy gordas; después del taller, esta percepción disminuyó, a tal grado que en el postest, eligieron figuras más acordes a su realidad.

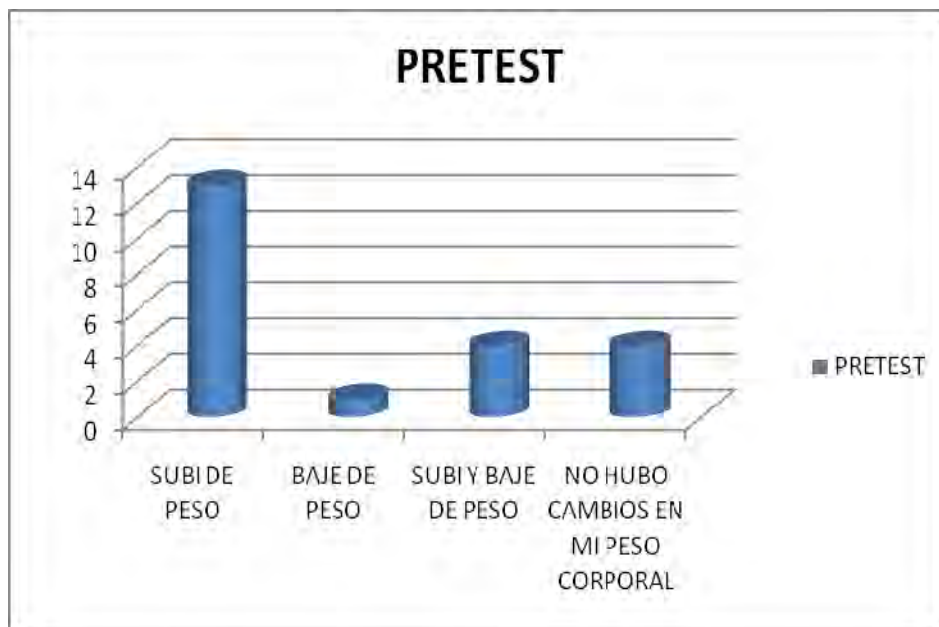




Con respecto a los resultados obtenidos en la sección “D”, cabe aclarar que ésta sólo se aplicó en el inicio de la investigación ya que fueron utilizadas como un diagnóstico para conocer a la población.

En la pregunta 1 de la sección “D”: **En el último año...**

13 de 20 alumnas manifiestan perciben un aumento de peso en el ultimo año, 4 manifiestan haber subido y bajado de peso, 2 manifiestan no haber tenido cambios de peso y una manifestó haber bajado de peso.



En la pregunta 2 de la sección “D”: **Aproximadamente, durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes...**

8 alumnas manifiestan que menos de un año, 6 alumnas de uno a tres años, 3 alumnas de tres a cinco años y otras 3 de cinco a mas de 5 años.



En la pregunta 3 de la sección “D”: **¿Alguna vez has hecho dieta para bajar de peso?**

A esta pregunta, la mayoría de las alumnas contestó de manera afirmativa, solo 6 de las 20 participantes, dijeron no haber hecho dieta.



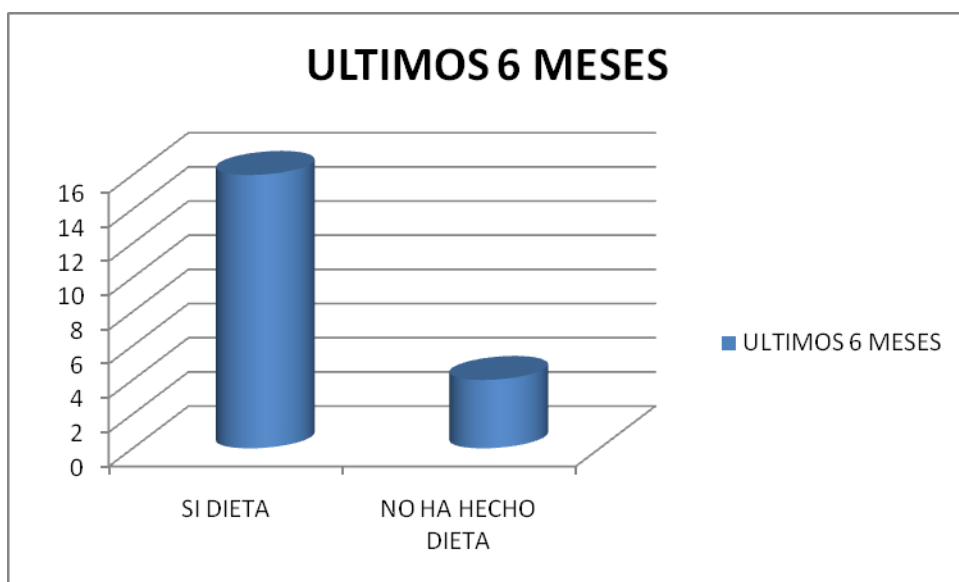
En la pregunta 4 de la sección “D”: **¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?**

De las 20 alumnas, 16 manifiestan cuidar su alimentación con fines de bajar de peso, lo que confirma que existe una gran preocupación su figura corporal actual.



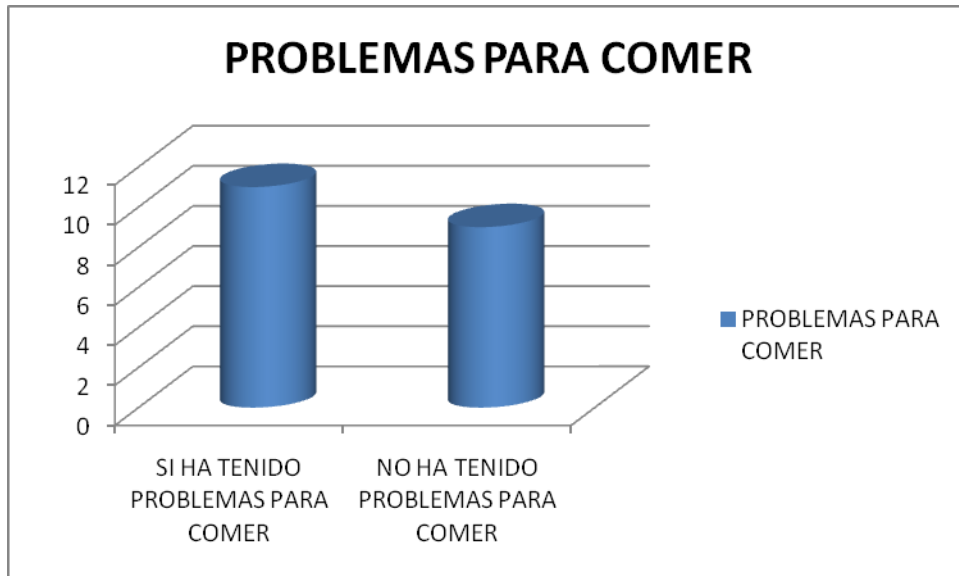
En la pregunta 5 de la sección “D”: **En los últimos 6 meses, ¿has hecho dieta?**

Con esta pregunta, se pone de manifiesto que las alumnas están bajo algún régimen alimenticio, con la finalidad única de bajar de peso.



En la pregunta 6 de la sección “D”: **¿Tienes o has tenido problemas en los últimos 6 meses para comer?**

11 alumnas manifiestan haber tenido problemas en su forma de comer, mientras solo 9 manifiestan no tenerlos.



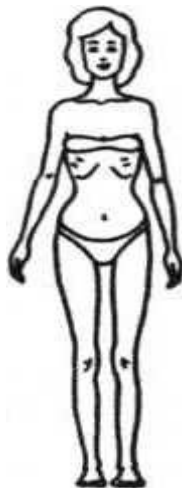
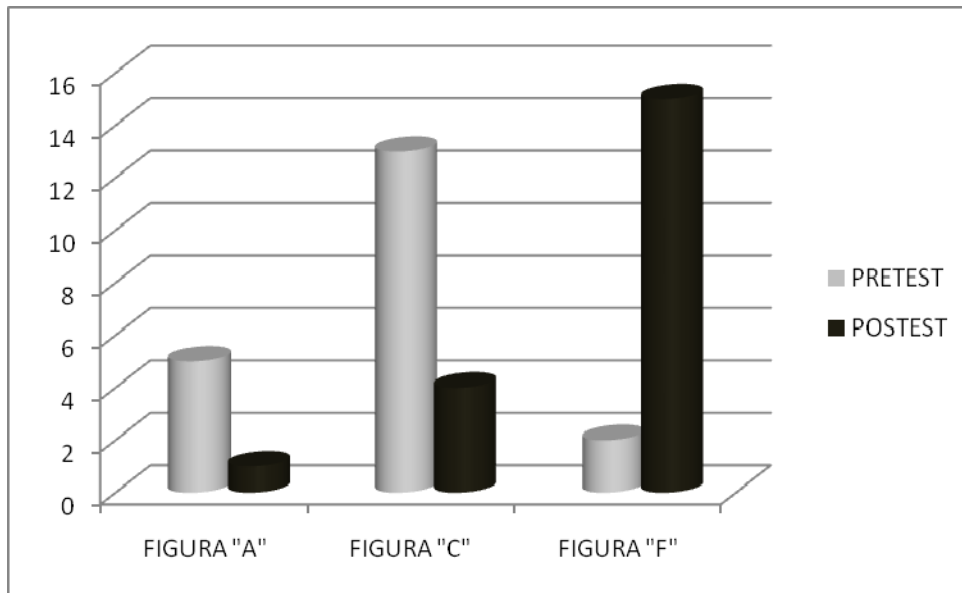
En la pregunta 7 de la sección “D”: **El problema consiste en...**

15 alumnas manifestaron comer menos que la mayoría que las personas de su edad, 4 manifestaron comer mucho hasta dolerles el estomago y solo una manifestó comer y seguir comiendo hasta vomitar.

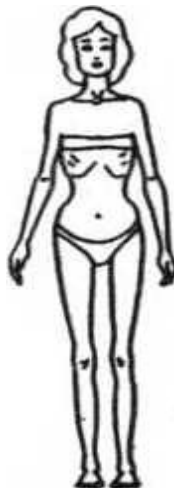


En la sección "G": **Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener, me gustaría que mi cuerpo fuera...**

En el cuestionario inicial, las alumnas eligieron una figura delgada y muy delgada, mientras que en el posttest, hubo tendencias muy marcadas hacia las figuras más reales o con características más "normales".



(C)



(A)



(F)

8. CONCLUSIONES

Como ya se mencionó, la matrícula adolescente de secundaria, mostraba ciertas características que hacían de ella la población ideal para poner en marcha un proyecto que permitiera evaluar, detectar y prevenir la incidencia de algún trastorno de la alimentación, se comprobó que era una población vulnerable, debido a los diferentes factores asociados a trastornos alimenticios; por esta situación fue de gran beneficio haber trabajado con estas jóvenes de secundaria.

Ya se mostró, en las graficas; en el preprueba la gran mayoría de las jóvenes que participaron en esta investigación mostró preocupación por su imagen corporal, por su peso, por como se sienten percibidas por los demás y por la figura que les gustaría llegar a tener; además de que se detectó a dos jóvenes con bulimia.

Con la aplicación del taller, las chicas se mostraron contentas de ser tomadas en cuenta, ya que para todas ellas fue su primer taller. Fueron receptivas, participativas, emotivas e ingeniosas, por lo tanto se presume que el taller y la actuación de la conductora o facilitadora les agrado. Quizás por la empatía lograda entre las participantes y la conductora, fue que no hubo deserción o inasistencias, ni algún otro inconveniente que afectara el desarrollo del taller.

Cuando finalizó el taller y se realiza la evaluación del mismo se notan diferencias marcadas entre el pre y el post, mostrándose una tendencia muy marcada a buscar una figura corporal mas llenita; a realizar una dieta mas saludable, basada en la pirámide nutricional; a someterse a una disciplina deportiva, como parte de una vida saludable y de carácter recreativo; a no dejarse influenciar por los medios masivos de comunicación, por sus amigas o amigos o por la sociedad en general.

Por todo lo anterior, se concluye que el taller generó un cambio en la forma de percibirse, de ser percibidas, de la figura y peso ideal de las participantes; así mismo, cabe mencionar que después de que se mostro a las participantes los daños tan severos que la anorexia o bulimia genera en sus organismos, pretenden evitarla y cambiar a un estilo de vida saludable.

Por ultimo se sugiere que para mejorar la calidad de vida de los miembros de la comunidad estudiantil de nivel secundaria, se realicen las siguientes acciones:

- φ Trabajar estrechamente con el departamento de psicología u orientación del colegio, manteniendo comunicación constante en beneficio de los alumnos y alumnas.
- φ Lanzar campañas preventivas permitiendo la participación de los alumnos y alumnas, abordando las temáticas que ellos sugieran.
- φ Brindar un espacio de comunicación efectiva y afectiva a los jóvenes, con la intención de que soliciten apoyo en cualquier área de su desarrollo que necesiten (personal, profesional, familiar).

- φ Mantener en observación constante, en la medida de lo posible; a la población matriculada en el colegio; con la finalidad de detectar conductas “fuera de la norma” que nos permitan tomar acciones en beneficio de la comunidad.

- φ Y, para efectos de este taller; realizar una nueva aplicación del instrumento utilizado (cuestionario de alimentación y salud), para verificar si los cambios presentados en el postprueba fueron permanentes o solo una pose de las participantes para quedar bien ante las autoridades educativas, se sugiere que esta aplicación se lleve a cabo tres meses después de la última aplicación.

9. REFERENCIAS

Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Masson.

Austin, B. (2000). Prevention research in eating disorders; theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1249-1262.

Berryman, J. C. (1994). *Psicología del desarrollo*. México: Manual Moderno.

Bisquerra, R. (2005). Marco Conceptual de la Orientación Psicopedagógica. *Revista Mexicana de Orientación Educativa*, 6, Vol. III, 2-8.

Canto, J. (2000). *Dinámica de grupos: aspectos técnicos, ámbitos de intervención y fundamentos teóricos*. Málaga: Aljibe.

Craig, G. J. (1997). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

Crespo, B. B. (1997). *Campaña publicitaria para la prevención de trastornos alimenticios: anorexia, bulimia y comer compulsivo*. Tesis de Licenciatura; UIA. México.

Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998) *Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber*. Barcelona: Gedisa.

Chinchilla, M. A. (1996). *Guía Teórico-Práctica de los Trastornos de Conducta Alimentaria Anorexia Nerviosa y Bulimia Nerviosa*. Barcelona: Masson.

De Llanos, S. E. (1998). La corporalidad del adolescente. *Psicología del Adolescente*. Bogota: Alfaomega.

Guelar, D. y Crispo, R. (2000). *Adolescencia y trastornos del comer*. Barcelona: Gedisa S. A.

Gómez, P. G. (2001). *Cuestionario sobre alimentación y salud, versión adolescentes*. Facultad de Psicología, UNAM.

- Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. *Psicología Iberoamericana*. No. 2 (3), 5-13.
- Matus, y Monroy, (2003). *Estudio piloto de una intervención basada en la teoría de la disonancia cognitiva*. Tesis de licenciatura, UNAM, México.
- Nava, L. (2002). *Conducta alimentaria de riesgo y peso corporal en preadolescentes mexicanos*. Tesis de licenciatura, UNAM, México.
- Nutbeam, D. (1986). Glosario de Promoción de la Salud. En organización Panamericana de la Salud (1996) (Comp.), *Promoción de la Salud: una antología*. Washington.: OPS.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *1ª. Conferencia Internacional sobre promoción de la salud. Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública*. Ottawa: OMS.
- Palma, E. M. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. *Nutrición. Anorexia y Bulimia, aspecto psicológicos*. No.5, Vol.20, 21-28.
- Papalia, D., y Wendkos, S. (1998). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Papalia, D., y Wendkos, S. (1997). *Psicología*. México: McGraw-Hill.
- Pineda, G. G. (2003). *Ensayo del estado actual del conocimiento e investigación sobre prevención de trastornos alimentarios*. Manuscrito inédito, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia, Desarrollo, relaciones y cultura*. Barcelona: Prentice Hall.
- Sampieri, R., Fernandez. C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Serrato, G. (2001). *Anorexia y Bulimia. Trastornos de la Conducta Alimentaria*. Barcelona: Libro-Hobby-Club, S. A.
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. y Appel, A. (2001) A randomized trial of a dissonance-based eating-disorders prevention program. *International Journal of eating disorders*, 29 (3), 247-262.
- Strieguel-Moore, R. y Steiner-Adair, C. (1998). *Prevención primaria de los trastornos alimentarios: nuevas consideraciones con una perspectiva feminista*. Estados Unidos: the Athlone Press.

Tejero, A. (1996). Los cambios biológicos durante la adolescencia. En J. Fernández. (Coordinador). *Varones y mujeres. Desarrollo de la doble realidad del sexo y del género*. España: Pirámide, S. A.

Kimmel, D. y Weiner I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel, S. A.

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
XX(P)**

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

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

GRACIAS

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

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
B) No

3. Actualmente vives con:

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

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

5. Edad de tu primera menstruación

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

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

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

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

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

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

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

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

SECCIÓN B

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

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

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

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

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

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

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

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

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

5. Llegar a estar gorda:

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

6. Como me ven los demás:

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

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

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

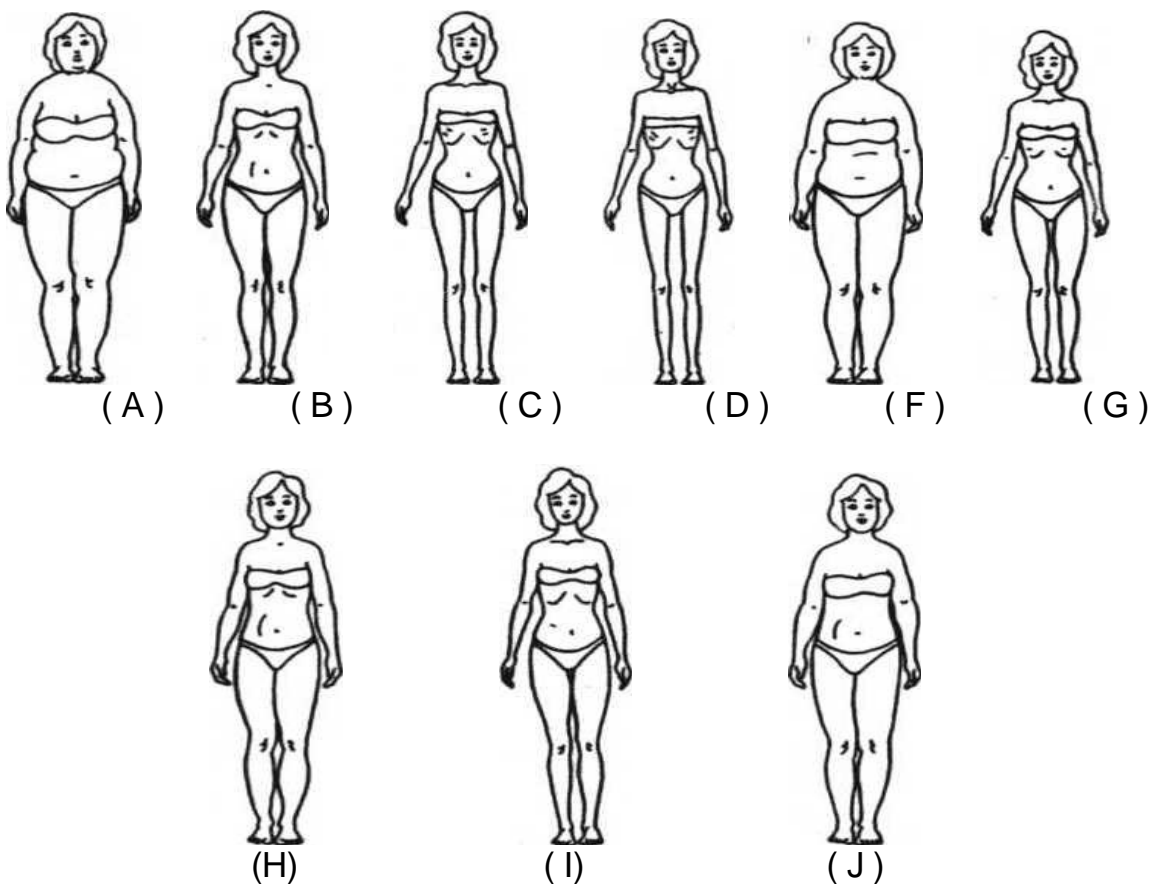
8. Me gusta la forma de mi cuerpo:

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

SECCION C

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

Mi cuerpo se parece más a:



SECCIÓN D

1. En 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

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

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

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

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

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

- A) Menos de 9 años B) 9 a 11 años C) 12 a 14 años

D) 15 a 17 años E) 18 a 20 años F) 21 o más

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

A) No B) Sí

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

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

7. **El problema consiste en que:**

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

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

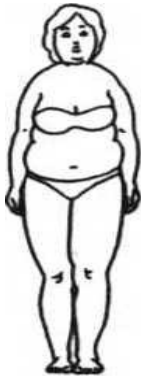
A Nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. La mitad de la veces)	D muy frecuentem nte	E Siempre
1. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
2. Siento que la comida me tranquiliza.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
5. Procuo comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
8. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
10. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
11. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
15. Procuo mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D) (E)
18. No siento apetito o ganas de comer pero	(A)	(B)	(C)	(D) (E)

- cuando empiezo nada me detiene.
19. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
 - 20.-Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. (A) (B) (C) (D) (E)
 21. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
 - 22.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores. (A) (B) (C) (D) (E)
 23. Procuro estar el día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
 24. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
 - 25.Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come (A) (B) (C) (D) (E)
 - 26 .No soy consciente de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
 27. Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
 28. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
 29. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
 30. Me deprimó cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
 31. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
 32. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
 33. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
 34. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
 35. Me sorprendo pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
 - 36.Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).. (A) (B) (C) (D) (E)
 37. Cuando estoy aburrida me da por comer. (A) (B) (C) (D) (E)
 38. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
 39. Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
 - 40.Paso por períodos en los que siento que como en exceso (A) (B) (C) (D) (E)
 41. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
 42. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
 43. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN E

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

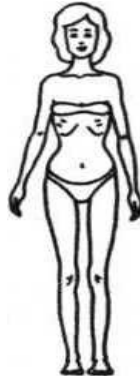
Me gustaría que mi cuerpo fuera como:



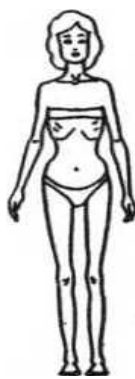
(A)



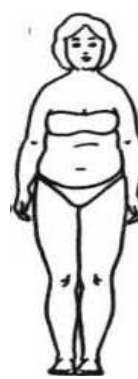
(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

ANEXO 2

❖ PRIMERA SESIÓN (30 a 40 minutos)

Actividad 1. PRESENTACIÓN E INVITACIÓN. Te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito mejorar la imagen corporal . ¿CÓMO SE LOGRA ESTO? Existe la idea que ayudando a otros se ayuda uno mismo. Se ha encontrado que si uno propone cómo y qué hacer para evitar que otras niñas tengan problemas con su cuerpo, esto ayuda a mejorar la propia imagen corporal. ¿Estás dispuesta a ayudarnos a crear UN PROGRAMA DE ACEPTACIÓN CORPORAL dirigido a chicas más jóvenes y EVITAR así que la juventud tenga problemas con su imagen corporal?

Tiempo: 5 minutos

Actividad 2. Ejercicio de la telaraña (Canto, 2000).

Objetivos:

- Establecer el rapport y romper el hielo con las estudiantes sometidas a la intervención

Descripción de la actividad:

La facilitadora dice a las estudiantes que ella dirá su nombre y el de una fruta y toma la punta de un estambre y pasa el resto de la bola a una estudiante, ésta deberá decir su nombre, el nombre de una fruta y repetir los de su antecesora. El ejercicio se repite hasta que todas las estudiantes hayan dicho su nombre y su fruta, además de los de sus antecesoras.

Duración: 25 minutos.

Materiales:

- Una bola de estambre

❖ SEGUNDA SESIÓN (30 a 40 minutos)

Actividad 2. Una mirada en el espejo (Canto, 2000).

Objetivos:

- Tomar conciencia de uno mismo. Incrementar el autoconocimiento
- Reflexionar sobre las percepciones de uno mismo y el origen de estas percepciones.
- Analizar el impacto de la autoimagen o autopercepción en la conducta.
- Aprender estrategias de modificación de autoconcepto negativo.

Descripción de la actividad:

Se entrega a cada participante un listado con adjetivos (positivos y negativos) y una hoja para la recogida de descripciones (véanse modelos). En primer lugar, cada participante describe cómo le ve su madre, seleccionando del listado los adjetivos que cree que utilizaría su madre para definirle. Mientras se leen los adjetivos se anotan los seleccionados del listado que se le presenta en la hoja de recogida de descripciones. En segundo lugar, y tapando las respuestas previas, selecciona los adjetivos con los que le describiría su padre. En tercer lugar, realizando la misma operación, es decir, tapando las respuestas previas, selecciona los adjetivos que describen cómo le ve un amigo o los amigos, y en último lugar cómo se ve él mismo.

Cuando han completado la hoja de recolección de descripciones, observan sus respuestas, analizando individualmente: (1) el concepto positivo o negativo que tienen de él su madre, su padre, un amigo y él mismo (número de adjetivos positivos y negativos en cada evaluación); (2) qué persona le ve más parecido a como se ve él mismo.

Notas:

- Profesor: En la fase de debate la exposición pública de los adjetivos seleccionados debe ser voluntaria, ya que el principal objetivo es la reflexión sobre uno mismo.
- Observador: Recoger las hojas de respuestas para análisis posterior. Registrar en el diario las verbalizaciones de la fase de debate.

Discusión:

¿Este ejercicio los ha ayudado a conocerse mejor a ustedes mismos?

Espero que cada uno haya reflexionado sobre la imagen que tiene de él mismo y cómo cree que lo ven los otros. ¿Son parecidas o muy diferentes la imagen que tienen de ustedes mismos y la imagen que tienen los demás?

¿De donde proceden las ideas que tenemos de nosotros mismos? ¿Cómo formamos la imagen que tenemos de nosotros mismos?

¿Creen que las ideas que tenemos sobre nosotros mismos influyen en los comportamientos que tenemos y en las cosas que nos suceden? ¿Se nos ocurre algún ejemplo? ¿Podemos cambiar la imagen que tenemos de nosotros mismos? ¿Cómo?

Materiales:

Un listado de adjetivos y una hoja de recolección de descripciones por participante.

Un lápiz y una goma

Tiempo:

30 minutos

2. Una mirada en el espejo: listado de adjetivos

Valiente	Amable	Grosera	Servicial
Desobediente	Mala	Honesta	Pesimista
Enojona	Amigable	Optimista	Cuidadosa
Sincera	Obediente	Egoísta	Débil
Lista	Floja	Educada	Buena
Cooperadora	Desconfiada	Cobarde	Ingeniosa
Insegura	Triste	Infeliz	Agresiva
Tonta	Independiente	Caprichosa	Inteligente
Fuerte	Divertida	Rápida	Feliz
Creativa	Generosa	Grosera	Lenta
Alegre			Torpe

Hoja de respuesta. Una mirada en el espejo.

¿Cómo me ven?

Madre	Padre	Amigo	Yo mismo

❖ **TERCERA SESIÓN FIGURA IDEAL** (30 a 40 minutos).

1) Se hace un resumen de la sesión anterior

Tiempo: 5 minutos

2) Actividad. Figura ideal

Objetivos:

- Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.
- Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.

Procedimiento:

1. El facilitador realiza preguntas al grupo que guíen a las adolescentes a definir el ideal corporal seguido por la sociedad. Estas preguntas podrían ser:

- ◆ ¿Cómo son las actrices que aparecen en la tele?
- ◆ ¿A los "chavos" (niños) como les gustan las "chavas" (niñas)?

Después de la lluvia de respuestas el facilitador interviene con el siguiente comentario:

Los comentarios que acaban de hacer nos hacen suponer que los adolescentes mexicanos tienen un cuerpo ideal que deberían tener las mujeres **¿cuál es?**
(esperar la (s) respuesta(s))

2. Las siguientes preguntas realizadas por el facilitador deben dirigirse a que las adolescentes identifiquen la presión que ejercen los pares, familia y medios de comunicación para lucir delgada. A continuación se presentan algunas preguntas ejemplo :

- Cuando tus amigos y amigas ven a un compañero(a) gordito (a) ¿que hacen?
- ¿Las chavas gorditas son igual de populares que las chavas delgadas?
- Cuando empiezas a subir de peso y tus amigas, amigos y familiares lo notan ¿qué es lo que hacen o dicen?

3. El siguiente grupo de preguntas deben dirigirse a detectar el papel de los medios de comunicación y los intereses económicos que se encuentran detrás de la persecución de la delgadez. Estas preguntas podrían ser:

- Hace un momento comentábamos que en la televisión y en las revistas presentan a gente delgada, estos medios de comunicación también proporcionan a la gente gordita "remedios" para adelgazar ¿conoces algunos?
- ¿consideras que estos productos realmente sirven?

El facilitador interviene con el siguiente comentario:

- Efectivamente, no funcionan, las personas que realmente se benefician de la compra de estos productos es la gente que los vende, son las compañías las que se enriquecen de su venta.

4. La últimas preguntas (de esta actividad) deben dirigirse a detectar las consecuencias de perseguir una silueta delgada (seguimiento de dieta), algunos ejemplos son:

- Ahora bien ¿qué es lo que una chava hace cuando empieza a subir de peso? ¿qué medida toma una persona que quiere ser delgada?
- Tienen razón, generalmente se pone a dieta; sin embargo, las chavas de tu edad y las más chicas que ustedes , a quienes va dirigido el programa de prevención que ustedes nos van a ayudar a crear, dejan de comer alimentos como la leche, la carne, el pan y las tortillas los cuales son necesarios para que tu crecimiento se de normalmente, cuando tu eliminas estos alimentos de tu comida corres el riesgo de dejar de crecer (te quedas chaparrita) no tienes ganas de hacer nada, tienes mal humor y te costará trabajo aprender las lecciones de tus materias, entre otras cosas negativas.

5. El facilitador hace un resumen del tema ante el grupo. El resumen debe incluir :

- Un ideal de belleza compartido.
- La presión ejercida por los medios de comunicación, los pares y la familia para lucir una silueta delgada.
- Los intereses económicos detrás de la silueta delgada.
- Consecuencia del seguimiento de dieta como medio para conseguir una silueta delgada.

Tiempo. 25 - 30 minutos

❖ CUARTA SESIÓN. PRESIÓN HACIA LA DELGADEZ

1) Se hace un resumen de lo visto la sesión pasada
Tiempo: 5 minutos

2) Ejercicio de comunicación y toma de decisiones.

OBJETIVOS

1. Estimular la comunicación intragrupo.
2. Desarrollo de hábitos de escucha activa.
3. Aprender técnicas de resolución de problemas

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

- Formar grupos de discusión.
- Los grupos discuten el mismo tema o cada grupo diferente tema.

TEMAS:

- Si no queremos que las chicas más jóvenes acepten la idea de una figura ideal delgada, qué hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por:
- Los medios (TV., revistas, eventos de belleza, moda, etc.)

- Por los padres.
- Por los pares o amigas.
Cuáles pueden ser las dificultades que se pueden encontrar al tratar de resistir el ideal delgado y qué hay que hacer para superarlas?
- Cada equipo nombra un secretario que se encargará de registrar las respuestas que vayan generando los miembros de su grupo;
- Aceptar sin crítica todas las respuestas (torbellino de ideas).
- Clarificar las respuestas en las que hay consenso (en las que todos están de acuerdo);
- Verbalizar los distintos argumentos prolongando la discusión e intentando convencer y llegar a un acuerdo.
- Si perdura la discrepancia el secretario registra las respuestas en las que no ha habido consenso y los argumentos discrepantes.
- Cada equipo selecciona las respuestas que considera más eficaces para solucionar el problema y en situación de gran grupo (todos los grupos juntos) dramatiza la forma de resolución seleccionada;
- Se comentan las conclusiones de cada equipo y se analizan clarificando cuáles son las más eficaces y las más creativas.

DISCUSIÓN:

- Cuántas y cuáles son las respuestas que ha tenido cada equipo en las que no se pudo llegar a consenso y por qué?
 - Escuchábamos cuando los compañeros daban los argumentos para sus respuestas
 - ¿Cuáles serían las formas más eficaces y creativas a la situación problema que hemos trabajado?
 - Tiempo 30 minutos.
 - Materiales hojas y lápices y pizarrón
- 3) TAREA. Escribir dos recomendaciones específicas que podrían ayudar a que las niñas más jóvenes acepten sus cuerpos. Traer su escrito en la siguiente sesión para discutirlo en grupo.

❖ QUINTA SESIÓN. LA FIGURA DELGADA COMO IDEAL

1. Discutir los contenidos del trabajo realizado en casa.

Tiempo: 5 minutos

2. Actividad: role-play (Canto, 2000).

Objetivo:

Producir disonancia en las adolescentes

Descripción

Cada participante trata de disuadir a los demás (al conductor del grupo) de buscar el ideal delgado.

Tiempo: 25 minutos.

3. Se les pide que hagan un ejercicio de aceptación corporal en casa: pararse frente a un espejo y registrar sus aspectos o características positivas (físicas, sociales, emocionales,

psicológicas). Registrar sólo ideas y pensamientos positivos. Traer esta lista para la siguiente sesión.

❖ **SEXTA SESIÓN. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO**

1. Se pide a cada S que discuta: los sentimientos y pensamientos que tuvo durante la realización de la tarea (frente al espejo) de aceptación corporal.

Tiempo: 10 minutos

2. EJERCICIO DEL ESPEJO MÁGICO (Canto, 2000).

Objetivos

- Reforzar la actividad (realizada en casa) de aceptación corporal;
- Identificar virtudes o cualidades personales con el propósito de mejorar la autoestima y la auto confianza.
- Facilitar la expresión emocional de sentimientos positivos hacia uno mismo

Descripción de la Actividad

1. Se organizan los grupos (6 a 10) que realizarán la misma actividad simultáneamente. En cada equipo los Ss., se pondrán frente a un espejo imaginario, pensarán en tres cualidades que tengan y las escribirán en un papel.
2. Los Ss., de cada grupo forman un círculo, cada participante pasa al centro y cada uno de los miembros restantes indican tres cualidades positivas. El S. del centro dice sí sus compañeros han acertado y en qué cualidades. Este procedimiento se repite hasta que pasa al centro el último de los Ss.

Se abre un debate con el total de los grupos para analizar: sobre las diferencias entre la autoimagen y la imagen de los demás. Para discutir cómo se sintieron frente a los comentarios positivos y sobre si fue fácil pensar en las virtudes de los demás? Y en las de uno mismo?

Tiempo: 20 minutos.

Materiales : hojas de papel y lápices.

Observador: registra nombre de los que pasan al centro y las cualidades que le atribuye cada miembro de los grupos. (Se podrá comparar auto cualidades con las atribuidas por los demás).

❖ **SÉPTIMA SESIÓN. ACTITUD HACIA LA OBESIDAD**

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones (tarea) de los participantes.

Tiempo: 5 minutos

2. Consejo de Redacción

Objetivos:

- Confrontarse con una situación de discriminación, marginación y falta de amigos
- Analizar la situación problemática y reflexionar sobre posibles situaciones a la misma
- Poner de relieve los problemas de discriminación hacia las personas obesas o con sobrepeso
- Promover la comunicación intragrupo: Toma de decisiones por consenso y por mayoría
- Estimular la empatía hacia personas en situación de dificultad

Descripción de la actividad:

En gran grupo, se lee una carta escrita por una persona hipotética (en este caso una chica con sobrepeso) que pide consejo frente a una situación de soledad, marginación y desadaptación en la que se encuentra.

CARTA:

Mi nombre es Karla y tengo 13 años. Desde muy pequeña he sido una niña gordita. Cuando era pequeña todos me decían que tenía unos cachetes muy bonitos. Desde que mi cuerpo ha estado cambiando he notado que mi cuerpo sigue gordito. Los compañeros de mi escuela dicen que soy la más gordita del salón y con frecuencia suelen hacerme burla por mi figura. Suelo encontrarme aislada del grupo, me cuesta tener amigas, y todo esto me hace sentirme muy triste. ¿Qué puedo hacer?

Después de la lectura de la carta, se distribuyen los participantes en equipos de seis a ocho miembros. Cada equipo, durante 15 minutos se convierte en un consejo de redacción de una revista y escribe una carta a Karla en la que, solidarizándose con ella, le dan consejos para resolver esta situación. Posteriormente, en gran grupo, se leen las cartas y se abre un debate en torno a los contenidos de las mismas y a la eficacia de las acciones propuestas.

Nota:

Facilitador: se pueden inventar diversas situaciones problemáticas en las que se solicita consejo.

Observador: Recoger las cartas de respuesta redactadas por cada equipo para análisis posterior. Registrar las verbalizaciones del debate planteado.

Discusión:

El debate se planteará en torno a los contenidos que cada equipo de redacción haya planteado en relación a la situación problema. ¿Cómo se siente? ¿Qué puede hacer para cambiar su situación?

Materiales:

Folios y bolígrafos

Tiempo: 25 minutos

❖ OCTAVA SESIÓN

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior y se leen y discuten cada una de las aportaciones de los participantes.

Tiempo: 5 minutos.

2. Se pide a cada participante que escriba tres sugerencias o recomendaciones (cada una en una tarjeta) en las que se anime a las niñas más jóvenes a que terminen con pensamientos o conductas relacionadas con el ideal delgado. Cada grupo selecciona las mejores recomendaciones y hace role-playing basándose en los contenidos de las mismas y cada grupo finaliza con una conclusión de equipo.

Tiempo: 20 minutos

3. Aplicar el cuestionario

5. Establecer compromiso para verse nuevamente en 3 meses