



**UNIVERSIDAD LATINA
CAMPUS CUAUTLA**

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA



**INCORPORADA A LA U.N.A.M
CLAVE: 8939-25**

**“MÓDELO DE INTERVECCIÓN PARA ADOLESCENTES EN
MATERIA DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTA:

ITZEL ARAGÓN CASTELLANOS

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SAMUEL ISLAS RAMOS

CUAUTLA, MORELOS

MAYO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

UNIVERSIDAD LATINA

CAMPUS CUAUTLA

LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

CLAVE: 8939-25 UNAM



**“MÓDELO DE INTERVECCIÓN PARA ADOLESCENTES
EN MATERIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS”**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ITZEL ARAGÓN CASTELLANOS

DIRECTOR DE TESIS:

MTRO. SAMUEL ISLAS RAMOS

CUAUTLA, MORELOS

MAYO, 2019

AGRADECIMIENTO

Dicho trabajo final de investigación de mi carrera universitaria representa un esfuerzo enorme en mi vida personal como en la profesional, la cual se la dedico:

A mis padres

Quienes desde el comienzo han estado conmigo apoyándome sin importar la infinidad de obstáculos que se nos presenten, siempre tienen una palabra de aliento para no dejarme caer, porque sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su vida y me han dado todo sin condiciones y hoy gracias a ellos estoy por llegar al final de mi montaña por eso y mucho más Gracias.

A mi hermano

Con mucho cariño por haber estado conmigo desde el principio hasta el final, por haberme brindado su apoyo moral y haber soportado día tras día todos mis enojos, y desvelos.

A mis sinodales

Gracias por brindarme desde el principio las sugerencias necesarias para que se pudiera concluir este recorrido para lograr mi último objetivo, y lograr un sueño más.

A mi asesor

Por acompañarme en este proceso que ha sido un gran reto para mí, por brindarme los conocimientos necesarios para poder realizar este gran desafío apoyándome siempre.

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I. ANTECEDENTES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.1 Antecedentes de la investigación	13
1.2 Planteamiento del problema	14
1.3 Objetivos de investigación:	15
1.4 Hipótesis	16
1.5 Justificación.....	16
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	20
2. Regímenes alimentarios	21
2.1 Concepción de belleza a través de la historia	22
2.2.1 Mito de lo bello.....	24
2.3 Eliminación de sujetadores en la década de 1970-1980	24
2.4 Trastornos Alimenticios	28
2.4.1 Proceso de alimentación.....	30
2.4.2 Comer frente a la negación.....	32
2.4.3 La comida como poder social.....	32
2.5 Trastornos alimentarios y nutrición	33
2.6 Tipos de trastornos alimentarios	40
2.6.1 Anorexia.....	41
2.6.2 Anorexia según la revista de trastornos alimentarios	43
2.6.3 Anorexia según el libro del cuerpo como delito.....	43
2.6.4 Anorexia según la Sociedad Mexicana.....	45
2.6.5 Anorexia según el DSM-5.....	45
2.7 Bulimia.....	46
2.7.1 Bulimia según la guía de trastornos alimenticios	46
2.7.2 Bulimia según el libro el cuerpo como delito	47
2.7.3 Bulimia según el DSM-5.....	48
2.7.4 Bulimia según la revista de la sociedad mexicana	49
2.8 ¿Qué tan comunes son estos trastornos?	52

2.9 Epidemiología.....	53
2.10 Etiología.....	53
2.11 Mortalidad y Morbilidad.....	54
2.12 Adolescencia.....	56
2.13.1 ¿Qué es un adolescente?.....	58
2.13.2 La adolescencia y el sistema familiar.....	59
2.13.3 Adolescentes en el siglo XXI.....	61
2.13.4 La autoestima del adolescente.....	69
2.13.5 Adolescencia e imagen corporal.....	69
2.13.6 Adolescencia e insatisfacción corporal.....	74
2.14 Ficción de la feminidad.....	76
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	79
3. Metodología.....	80
3.1. Muestra.....	80
3.3 Tipo de estudio.....	81
3.4 Variables.....	82
3.5 Procedimiento.....	82
3.6 Instrumentos.....	82
CAPITULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	84
4. Capitulo IV: análisis de Resultados.....	85
4.1 Presentación de los resultados.....	85
CAPITULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	127
5.1 Discusión.....	128
5.2 Conclusiones.....	132
ANEXOS.....	138
REFERENCIAS.....	143

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimenticia son enfermedades de salud mental complejas que afectan principalmente a un sector de la población muy específico, como son los adolescentes de entre 12 a 25 años, con mayor incidencia en mujeres. Dichos trastornos representan la tercera enfermedad crónica más común entre los jóvenes llegando a una incidencia del 5%; según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual, ha ubicado a los trastornos de la conducta alimenticia entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescentes, ya que se afecta su imagen corporal, al sentirse con un peso mayor al que tienen.

Sin embargo, en recientes investigaciones se ha observado que las características de las personas que padecen estos trastornos son cada vez más heterogéneas; por lo tanto, esta investigación podrá afirmar que no son exclusivos de ninguna edad, sexo, nivel intelectual, grupo económico o social. Estos trastornos los han demeritado, ya que solo dicen que es una necesidad de imagen corporal o moda, pero estos trastornos no son sólo un signo de problemas con la comida, si no, estos trastornos son la expresión de la forma en que algunas personas afrontan sus problemas y del control que pretenden conseguir sobre su vida mediante la alimentación; es decir; existe una muestra de conflicto emocional, frente a como alimentarse.

Palabras claves:

Trastornos de la conducta alimenticia; adolescencia; familia; imagen corporal

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la conducta alimentaria son procesos psicopatológicos que conllevan a graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, principalmente en la ingestión de alimentos, cuya base es causada por la alteración psicológica en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad. Se ubican factores relevantes para el desencadenamiento de estos trastornos entre los cuales se encuentran, las transformaciones biológicas, las demandas psicosociales, la inestabilidad emocional y los conflictos en la identidad personal, relacionados con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado. La preocupación por el cuerpo y la imagen corporal, se han sobrevalorado a tal punto, que se ha llegado al rechazo social del individuo provocando burla por parte de los demás y esto sucede cuando la apariencia física no se relaciona con el modelo de delgadez como estereotipo de belleza.

En este sentido, hoy en día la imagen del éxito profesional se relaciona con el modelo de delgadez, que es requisito esencial para ser aceptado socialmente y triunfar en la vida profesional, en contraste, el engordar representa fracaso. (Rosales, Ruiz, Martínez, Molina, 2007).

Dichos trastornos son un foco de atención muy importante debido a que no solo las mujeres como se sabe los pueden padecer si no que ahora el índice en hombres va en aumento, así como la gran cantidad de adolescentes expuestos a la infinidad de información errónea que se les brinda a diario por medio de los

medios de comunicación debido a que son los más vulnerables y los más propensos.

En base a lo comentado con antelación se puede comentar que la etapa de la adolescencia es una de las que se encuentra más vulnerable, ya que es decisiva en la construcción de la identidad personal, y de las relaciones, tanto con los pares como con los adultos, o con el medio externo. Por una parte, los mercados han encontrado un grupo de potenciales compradores en este caso los más vulnerables son los adolescentes que no habían sido explotados previamente, hacia quienes hoy en día se dirige buena parte de la publicidad que muchas veces es muy errónea. (Pereira, 2011)

“En el trascurso de esta guerra de cambios pueden sentir que son centro de todas las miradas, y sentir que algo no está bien por lo que buscarán apegarse a los cánones de belleza establecidos por el grupo, del cual desean ser parte, los cuales generalmente están asociados con la delgadez, ante la idea de que es guapo aquel que esta delgado y que el sobrepeso no es atractivo. Como consecuencia de estos cambios físicos, se observan también cambios importantes en el auto concepto de sí mismos y una gran baja en autoestima, y si estos, por alguna razón, no lograron establecerse correctamente durante la infancia, será aún más complicado para los adolescentes sobrellevar las exigencias del entorno y los cambios que ellos mismos sufren”. (Silva, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior se pretende ver la relación de una variable con la otra y las causas para el desencadenamiento de un trastorno de la conducta alimentaria en la adolescencia. Es muy importante darse cuenta de lo grave que estos pueden llegar hacer si no se les detecta a tiempo.

CAPITULO I. ANTECEDENTES GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes de la investigación

El hombre como ser social está condicionado por instintos que le han permitido sobrevivir en las condiciones más adversas, sin demeritar la organización social que ha permitido el desarrollo de las sociedades. Entre los que destacan los instintos o impulsos primarios, como por ejemplo el hambre (necesidad de ingerir alimentos para mantener la vida, la homeostasis y el placer), y la sexualidad (promovida también por la necesidad de perpetuar la especie, fuente de placer y condicionante además de requisitos estéticos para la autoestima y la atracción).

Desde la antigüedad, la comida y su consumo se ha observado con una connotación social, como un encuentro con otros individuos para compartir conocimientos y experiencias, propiciando una relación afectiva y la empatía social. El equilibrio de estas necesidades básicas son requerimientos que supone la existencia de una sociedad marcada por normas que van a variar en función de aspectos ya sea culturales, religiosos y éticos que supone en muchas ocasiones son el origen de conflictos. A lo largo de la historia otras disciplinas han abordado desde puntos de vista diferente este aspecto fundamental de la condición humana, dando respuestas que van desde la implantación de códigos éticos y religiosos hasta la descripción de enfermedades en términos de atractivo-imagen-aspecto donde otros fenómenos psíquicos estaban en primer plano (Cabajes, 1999).

Para Strober (1982) el perfil de una anoréxica se encontraba dentro de las siguientes características: baja autoestima, fuertes sentimientos de culpa, fijaciones en épocas infantiles y por tanto con tendencia a un razonamiento infantil,

alteraciones en la imagen corporal, mayor tendencia al neuroticismo (necesidad de logro, perfeccionismo, pérdida del autocontrol, orientación hacia un control externo, impulsividad). La expansión del cuerpo esconde generalmente el miedo a la enfermedad e incluso a la muerte, manifestado por la presencia de vómitos y bulimia nerviosa (Portilla, Gómez, Monguí, Fernández, Duque, 2006).

1.2 Planteamiento del problema

El problema que se pretende abordar en el presente trabajo de investigación es, como ya se mencionó, de suma importancia debido a que actualmente los trastornos de la conducta alimenticia son un problema grave debido a la gran cantidad de información transmitida erróneamente a través de los medios de comunicación donde los más vulnerables son los adolescentes debido a todos los cambios que en esta etapa sufren. La imagen física es un factor muy importante dentro del desarrollo del adolescente debido a que es utilizada como un medio de promoción donde la información se procesa de una manera equivocada aunado a todos los cambios que en esa etapa están viviendo y el poder pertenecer a algún grupo social donde ellos se puedan identificar. Sin dejar a un lado que el ambiente familiar en el que se desenvuelve es un factor importante para el desencadenamiento de estos trastornos y puede o no ser la base de la seguridad del adolescente.

Esta investigación surge de la inquietud que tuve a lo largo de mi vida, considerando que es un tema muy importante debido a que si se detectan a

tiempo los síntomas se pueden tratar y evitar complicaciones del orden neurológico y fisiológico.

A partir de la inquietud surge la pregunta de investigación la que se expone a continuación:

¿Es posible plantear un modelo de intervención para los adolescentes que padecen trastornos alimenticios?

Preguntas subsidiarias:

- 1.- ¿Por qué se encuentran trastornos alimenticios juntos, como la anorexia y la bulimia por ejemplo?
- 2.- ¿Por qué la prevalencia en la incidencia de los trastornos alimenticios se genera más en mujeres que en varones?
- 3.- ¿Qué factores detonan que un adolescente padezca trastornos alimenticios?

1.3 Objetivos de investigación:

1.3.1 General:

Generar una guía de apoyo terapéutico para los adolescentes que padecen trastornos alimenticios

1.3.2 Específicos:

- 1.- Identificar las causas que se encuentran asociados a los trastornos alimenticios combinados como puede ser por ejemplo la anorexia y la bulimia
- 2.- Buscar los posibles factores que podrían detonar los trastornos alimenticios en adolescentes de la población de Cuautla, Morelos.

3.- Proponer un modelo de intervención para adolescentes en materia de trastornos alimenticios.

1.4 Hipótesis

Hi: Al generar un modelo de intervención para los trastornos de la conducta alimentaria se podrá establecer nuevas herramientas de apoyo terapéutico en psicólogos que atienden a pacientes con estas patologías.

Ho: La falta de un modelo de intervención para trastornos de la conducta alimentaria impedirá tener herramientas de apoyo terapéutico.

1.5 Justificación

La visión típica de la adolescencia como un período turbulento y conflictivo cada vez es menos concebida; sin embargo, es indiscutible que las adolescentes deben enfrentar múltiples cambios en su desarrollo. Se supone que la mayoría de ellas pasa este período sin grandes problemas, pero no en todos los casos es así; puesto que la combinación de sucesos (cambios corporales, identidad, rol de género, problemas de nutrición, auto aceptación etc.) representa exigencias difíciles de superar y se pueden expresar en diversos problemas físicos y emocionales.

Los trastornos alimentarios son enfermedades emergentes que han despertado en los últimos años. Son enfermedades psicosomáticas que figuran entre los problemas de salud crónicos más frecuentes en los adolescentes, los estudios realizados en varios países indica que la prevalencia promedio para las

adolescentes es de 0.3% para la anorexia nerviosa y 1% para la bulimia nerviosa (Cruzat, Ramírez, Meliullum, Marzolo, 2008).

Se encuentra interesante el tema de trastornos alimenticios debido a que en la actualidad es un problema muy hablado erróneamente y poco estudiado en donde los medios de comunicación lo manejan de una manera superficial y sin profundizar en lo que en realidad implica esta problemática.

Es de vital importancia para todos los adolescentes estar informados acerca de temas como son los trastornos alimentarios , puesto que vivimos inmersos en una sociedad que le asigna mucho valor a la apariencia física y ser delgado (a) es sinónimo de éxito y debido a esto los adolescentes dejan a un lado todo sin importar a lo que con lleva el lograr esta apariencia , durante la búsqueda de la imagen perfecta no prestan atención a los síntomas que conlleva a los trastornos de la conducta alimentaria en sus diferentes etapas y hablamos no solo de cambios físicos sino tan bien psicológicos que repercuten en múltiples ámbitos de la vida. Y que cuando no son detectados a tiempo pueden llevar hasta la muerte debido a la gravedad de la enfermedad.

Sabemos que la adolescencia es una etapa muy difícil la cual está llena de cambios tanto emocionales como físicos, donde dentro de todo este trascurso de cambios los medios de comunicación tienen gran influencia debido a toda la proyección de una belleza perfecta.

Son muchos los motivos por los cuales los jóvenes están interesados en verse bien. Por ejemplo, creen que su atractivo depende de su delgadez, y que, si son

atractivos, les será más fácil alcanzar sus objetivos, ser exitosos, tener amigos, encontrar novio o novia y ser aceptados por sus familias y por quienes los rodean para ellos la delgadez está ligado a la aceptación.

También es cierto que los adolescentes aún no han terminado de conformar un conocimiento solido de ellos mismo, por eso se les dificulta asumir posturas claras e inamovibles ante los conflictos del entorno, en el cual se sienten inseguros de sus posibilidades y temerosos del futuro y de todo los que les rodea.

Es por ello que en esta investigación se ha preocupado por darle atención a esos adolescentes que requieren una atención y que, para el estado de Morelos, aún no cuentan con este servicio que como se podrá observar en la presente, va en incremento de manera exponencial, es por ello que se divide en tres capítulos y varios subtemas, como a continuación se podrá observar.

A partir de esta metodología, se planteó en el capítulo II, un marco teórico donde se encontrará toda la información acerca de los trastornos de la conducta alimentaria desde antecedentes hasta como en la actualidad ha ido cambiando y cómo influye esto a los adolescentes.

De igual manera, se encontrará en el capítulo III la metodología que se utilizó para esta tesis, como es el contexto de las poblaciones, el modelo de muestreo que se implementó, sobre el instrumento de indagación, y el análisis de los resultados encontrados.

Y en el capítulo IV se encontrarán los resultados del instrumento aplicado desde las gráficas hasta la interpretación de dichas gráficas y el análisis general de ambas escuelas.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2. Regímenes alimentarios

Muchas mujeres y algunos hombres se someten a dietas, esto debido a la insatisfacción corporal y de querer modificar tanto el volumen como las formas corporales. Sin embargo, las personas que desean cambiar ciertos aspectos de su cuerpo no siempre hacen regímenes alimentarios; si no que utilizan métodos más sencillos que no les implique involucrar una dieta como, por ejemplo: la utilización de una faja, ropa especialmente diseñada y otras más optan por soluciones quirúrgicas más drásticas. Desde que se ha escrito la historia, se ha considerado que el cuerpo femenino era algo que había que controlar y dominar. Fue entonces mediante el vendado de los pies, la circuncisión femenina o los corsés o polisones, que el cuerpo de la mujer se observaba con la idea de modificarlo, según la moda del momento, los pies, los pechos, los muslos y las nalgas eran demasiado grandes o demasiado pequeños (Ogden, 2003).

El cuerpo desde épocas atrás era visto como algo cambiante, y que no solo dejaban de comer para lograr el cuerpo ideal si no que como lo dice el párrafo anterior utilizaban métodos más drásticos que les daban resultados inmediatos pero que en algunos casos eran dolorosos.

Los rellenos se utilizaban para aumentar el tamaño y las vendas para reducirlos. Ningún aspecto del cuerpo femenino se ha aceptado tal cual es, siempre se busca modificarlo. Las modas cambian y los climas económicos se alteran; por regla general, los hombres son más voluminosos que las mujeres, son más altos, más anchos, tienen pies más grandes y cintura más ancha, el cuerpo femenino ha significado destacar estas diferencias, lo que ha llevado a la

utilización de prácticas como el vendado de los pies, el uso de corsés y el vendado de los pechos (Ogden, 2003).

2.1 Concepción de belleza a través de la historia

En china se utilizaban métodos parecidos, que eran sinónimos de belleza y atracción. Un antiguo refrán chino decía: “si quieres a un hijo, se inflexible con sus estudios; si quieres a una hija, se inflexible con el vendado de sus pies”. Las mujeres suelen tener unos pies más pequeños que los hombres y la tradición china del vendado marcaban esa diferencia. Siendo el punto central de la vida china durante mil años. El proceso de mutilarlas lo realizaban las madres y otros familiares cercanos, donde vendaban cada pie de manera que el dedo más largo apuntara hacia arriba y los otros quedaran rígidamente atados bajo el pie.

Después, se le obligaba a andar, recayendo el peso en el pie recién vendado donde los huesos se rompían y la estructura del pie se modificaba para adaptarse a la forma del “pedúnculo del loto”. Era un proceso terriblemente doloroso que al final terminaría con unos pedúnculos de 7.5 cm, que harían que no tuviera un desarrollo normal y no pudiera correr, que tuviera que cojear al caminar e incluso, que la tuvieran que cargar para transportarla. No obstante, una mujer con los pies vendados era un material apto para el matrimonio debido a que los “pedúnculos de loto” eran considerados objetos de deseo. Las mujeres estaban preparadas para sufrir y para afrontar este sufrimiento como signo de que comprendían y respetaban las ideas masculinas de la belleza, y por miedo a quedarse solteras.

Todo eso era un proceso muy doloroso para la mujer que se tenía que adaptar a las normas de belleza que estaban asignadas y que eran muy dolorosas.

Otro de los métodos era la utilización de los Corsés donde estos desempeñaban un papel fundamental en la creación de la misma debilidad para cuya compensación estaba diseñado. Para Greer (1970) (citado por Ogden, 2003) “las verdades del siglo XIX llegaban al extremo de hacerse extirpar las costillas inferiores para poder utilizar corsés más ajustados”. Una de sus funciones era el moldeamiento del cuerpo para crear la forma ideal indicada que era aceptada en ese entonces. Este método juega un papel muy importante en el mundo de la moda femenina el cual es conocido como un objeto inofensivo, pero es causante de desmayos, costillas rotas y lesiones musculares esto debido al deseo de cambiar la apariencia corporal. La “necesidad” del uso del corsé se deriva de la idea de que las mujeres no eran lo bastante fuertes para sostener su propio peso. En ese entonces se creía que la cintura de la mujer y su columna vertebral eran demasiado débiles para soportar los pechos y el estómago. Por supuesto el corsé tenía otros usos, en el cual daba un aspecto erguido, “majestuoso”, y realzaba un talle femenino más reducido. Cuando cambiaba la moda, el corsé servía para ensanchar o reducir el estómago y redondear o aplanar las nalgas.

Uno de los últimos métodos es el vendado del pecho, en donde los pechos grandes por ejemplo se elevan, se destacan o se aplanan, mientras que las mujeres de poco busto se los rellenan para que se les vieran con más volumen. Sin embargo, las mujeres han desligado sus pechos de su función biológica y los han introducido en el ámbito de los accesorios de la moda donde en cualquier momento pueden ser cambiantes, y lo cual va a dictar su aceptabilidad dentro de la sociedad. Por ejemplo, en la década de 1920, las mujeres vendaban con fuerza

sus pechos para dar una imagen de pecho plano, masculinizante, pero en el decenio de 1950, Marilyn Monroe y Jane Russell hicieron que el aspecto de pecho plano dejara de ser atractivo y las mujeres comenzaron a llevar sujetadores con rellenos, con aros y formas sobresalientes, para realzar al máximo sus pechos (Ogden, 2003).

2.2.1 Mito de lo bello

Los esfuerzos por conseguir belleza y aceptación de acuerdo con estos estereotipos (y no otros como la aptitud para el trabajo, astucia económica o fortaleza física) se refuerzan por los mensajes difundidos a través de los medios de comunicación, sobre todo las revistas femeninas y de la publicidad. Influyen en la imagen corporal, transmiten imágenes del cuerpo fragmentadas y crean un mito de belleza. Un régimen adoptado para conseguir la delgadez de moda puede hacer enfermar a las personas, haciéndolas vulnerables a los trastornos afectivos o de conducta. Es clave identificar los procesos por los que se asimilan estos modelos y constatar cuál es su peso en el proceso de elaboración de la imagen del propio cuerpo y la sexualidad y el rechazo que produce hacia su propio físico (Bullen, Pecha, Farapi, 2005).

Por tal motivo no hay en sí un significado de belleza porque con el tiempo este va variando y se va modificando por ejemplo hoy belleza puede ser una mujer esbelta pero mañana ya puede ser otro el estereotipo de belleza.

2.3 Eliminación de sujetadores en la década de 1970-1980

En esta década se contempló la eliminación de los sujetadores, aunque solo los pechos pequeños podían aguantar la ausencia de estos, y en la década de 1980 se volvió a poner de moda los pechos más grandes, con la invención del

“wonderbra”. Las mujeres occidentales han fajado sus cinturas y pechos del mismo modo que las niñas chinas que llevaban vendados los pies. Estas se sometían y aceptaban las ideas contemporáneas de la feminidad para incrementar sus posibilidades de contraer matrimonio y lograr su estabilidad económica y social. Entre los hombres y las mujeres hay diferencias físicas, y a las mujeres se les enseña diversos ardides, mutilaciones y torturas para resaltar estas diferencias y, de ese modo, destacar su feminidad.

Después de un tiempo las mujeres reemplazaron lo que eran los corsés por bases de ballenas y los cordones por elásticos, los cuales se cambiaron, por los sujetadores de estilo armadura que en su debido momento se sustituyeron por las versiones más suaves y ligeras, después se abandonaron para darse el lujo de eliminarlos. Lo cual se les permitió a las mujeres, que relajaran su cuerpo y aprovecharan el sostén natural que proporcionaban la carne y los músculos (Ogden,2003).

En los comienzos de una era de control natural y sostén natural, se les decía a las mujeres que no debían tener ninguna carne que controlar ni sostener, en resumen, que tenían que estar flacas debido a que los bikinis no brindaban protección y representaban una libertad que solo estaba al alcance de quienes no tuvieran ningún exceso de grasa corporal (ibid,2003).

El Twiggy no precisaba usar sujetador ni corsé; no tenía necesidad de aplastar su cuerpo para que lo sobrante desapareciera. Sin embargo, esta ausencia de necesidad no provenía del deseo de liberar el cuerpo femenino, sino del hecho de que no había nada que moldear, las mujeres podían ir sin sujetador en la medida en que sus pechos solo revelaran una limitación propia y debido a esto los corsés

desaparecieron condicionados a que lo que quedara no necesitara corsé. Durante siglos, se han utilizado las ballenas, el látex, el nailon y el algodón para moldear todos los aspectos del cuerpo que no se acataran al mundo de la moda que en ese momento se regía y era aceptado por la sociedad. Incluso en la década de 1920, en los días de las chicas “planas”, los sujetadores y los corsés constituían una forma aceptable de controlar la forma femenina (ibidem, 2003).

A partir de 1960, las mujeres tuvieron libertad para decidir deshacerse de estos elementos artificiales como son el corsé, el látex y la ballena, y solo se quedaron con la carne para controlar la forma. Los mensajes eran los mismos siempre: los pechos, las nalgas, los muslos, los estómagos tenían que ser redondeados o planos, según lo determinaran los estilos de moda en ese momento y en todos los casos la mujer se tenía que adaptar a los estereotipos que la misma sociedad imponía para atraer a un mercado de compradores más amplio. Sin embargo, para adaptarse las mujeres tenían que cambiar su cuerpo y aquí es donde se abren paso los regímenes alimentarios (Ogden,2003).

Santa Liberata (siglo XI), considerada santa patrona de las mujeres que deseaban verse libres de las apetencias masculinas, tras haber renunciado a su cuerpo de mujer, afeándose, adelgazando en extremo y cubriéndose de vello y persistente restricción alimentaria, como rechazo por haber sido obligada a contraer matrimonio con el rey moro de Sicilia. Ello la llevo a ser crucificada por su padre y después canonizada. Probablemente Sor Juana Inés de la Cruz, poetisa y mística mexicana, también podría catalogarse en este patrón de anorexia restrictiva, al igual que la heroína francesa Juana de Arco (Portilla, Gómez, Mongui, Fernandez, Duque, 2006).

Santa Catarina en el siglo XIV, el manifestar el amor a Jesús lo realizaban a través de la sumisión, renunciando a los placeres del mundo como el ayunar durante meses. En el país y en Europa en el siglo XIX, la mujer tenía que proyectar espiritualidad y dominar los placeres carnales; sometiéndose a ayunos prolongados lo que generaba un bajo peso corporal (Cervantes, Cazares, 2004).

Los desórdenes alimentarios se describen hace siglos, la anorexia nerviosa ha existido por mucho tiempo. Así lo describen las narraciones sobre los santos medievales y casos históricos de ayuno auto inducido. Richard Morton reconoció por primera vez la Anorexia Nerviosa como enfermedad, quien la menciona en la literatura médica en 1689 en Inglaterra, en el “Tratado para la consunción”, en donde distinguía claramente la Anorexia Nerviosa de otros estados de emaciación causados por enfermedad (Lenoir, Silber, 2006).

Como se expresa en el párrafo anterior no solo los jóvenes actualmente padecen trastornos alimentarios si no que tiempo atrás personajes importantes ya padecían este tipo de enfermedades claro que con una perspectiva diferente a la que se tiene actualmente.

Los casos anteriores representan la renuncia al cuerpo con caracteres sexuales, fuente de placer y atracción libidinal, solo con el objetivo de conseguir una absoluta espiritualidad. Esto a través de la restricción y de la purga, con esto lo que se conseguía era la pérdida de cualquier rastro de feminidad potencialmente pecaminosa, elevando el espíritu hasta el misticismo y la “pureza del alma”. La mayoría se trataba de mujeres intelectuales con inquietudes

trascendentales y no cultivadoras de su físico (Portilla, Gómez, Mongui, Fernández, Duque, 2006).

Distinto es el caso de muchas mujeres actuales que hacen cualquier cosa por tener el cuerpo deseado y se la pasan modificándolo y moldeándolo a las exigencias sociales de ese momento. Salvo excepciones que consideran el desarrollo de sus habilidades, actitudes y conocimientos como una fuente resiliente generadora de éxito.

2.4 Trastornos Alimenticios

Los trastornos de la conducta alimentaria son enfermedades de salud mental complejas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. Dichos trastornos representan la tercera enfermedad crónica más común entre las jóvenes llegando a una incidencia del 5%. Si bien son trastornos cuya aparición es más común entre las mujeres. La organización mundial de la salud (OMS) ha ubicado a los Trastornos de la Conducta Alimentaria entre las enfermedades mentales de prioridad para los niños y adolescente dado el riesgo para la salud del cual implica (López, Treasure, 2011).

Como se menciona en el párrafo anterior, la mayor prevalencia de casos es en mujeres donde se cree que son las más vulnerables a padecerlos, pero en realidad no, sino que también ahora ya los hombres los están pareciendo también, pero en ellos los síntomas son más difíciles de detectar.

Debido a esto es de vital importancia darse cuenta de que este tipo de trastornos alimentarios son muy graves, más cuando no se les da la importancia debida, y estos cuando no son atendidos a tiempo pueden tener graves

consecuencias para aquellos que los padecen en este caso adolescentes tanto hombres como mujeres que son los más vulnerables por todos los cambios que sufren aunado a esto todo el bombardeo de información errónea que tienen a su alcance.

Dentro de lo cual no podemos dejar a un lado que los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera. Dentro de los principales trastornos alimenticios son la anorexia, la bulimia y la compulsión para comer (Weissberg, Galván, 2004).

Donde cada uno de los trastornos empezará por la distorsión de su propio cuerpo que la persona va teniendo acerca de sí mismo. Uno de los procesos que intervienen son los psicopatológicos que conllevan a graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, en la ingestión de alimentos, cuya base es causada por la alteración psicológica en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2000), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), los clasifica en anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y trastornos alimentarios no específicos.

Desde el punto de vista etiopatogénico, estos son fundados por la interrelación de diversos factores, como, por ejemplo: las transformaciones biológicas, las demandas psicosociales, la inestabilidad emocional y los conflictos en la identidad personal, relacionados con la búsqueda de un cuerpo cada vez más delgado. Donde la preocupación por el cuerpo y la imagen corporal, se han sobrevalorado a tal punto, que se ha llegado al rechazo social del individuo provocando burla y

repudio, cuando la apariencia física se relaciona con el modelo de delgadez como estereotipo de belleza socialmente perfecto.

Esto da lugar a la Idealización de un cuerpo totalmente diferente, lo que hace que se perturbe la apreciación de la imagen en el individuo, quien anhela consciente o inconscientemente alcanzar el estereotipo impuesto por la sociedad, originando en él una meta o un reto, y hacia el cual orienta las actividades sociales y las relaciones interpersonales. La priorización de un cuerpo delgado, en ciertas actividades profesionales, es parte relevante para la génesis y el mantenimiento, y las causas de tipo personal (la aceptación y necesidad de popularidad) los detonantes para el desarrollo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Rosales, Ruiz, Molina, 2007).

El querer entrar dentro de un grupo social donde el estereotipo de belleza está muy marcado o simplemente pertenecer y ser aceptado por la sociedad suele ser el detonante principal para el desencadenamiento de múltiples trastornos alimentarios debido a que la necesidad de ser algo y esto los conlleva a querer moldear su cuerpo para llegar a alcanzar el estereotipo marcado por la sociedad en ese momento aceptable, para los cuales se ha vuelto el sueño de cada día. Donde alimentarse ya no es un placer si no un castigo.

2.4.1 Proceso de alimentación

Para el hombre alimentarse tiene un valor que va más allá de lo puramente fisiológico y nutricional. Su necesidad inicia a través del pecho materno cuando el niño establece la primera relación entre él, la alimentación y su madre, aprendiendo sentimientos de seguridad, bienestar y afecto.

La alimentación es un proceso relacional desde el comienzo de la humanidad. El acto de comer ha sido una conducta eminentemente social y además también una manifestación cultural ya que los diferentes modos de comer y las características de los alimentos definen las distintas culturas. Aunque suelen reunirse en un solo epígrafe, en realidad la patología de la alimentación se refiere a una gran variedad de cuadros tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. Tanto la Anorexia Nerviosa como la Bulimia Nerviosa deben ser consideradas, desde el punto de vista nosológico como entidades autónomas (Weiner, Dulcan, 2006).

Para Higashida (1991) distingue entre dos términos, estableciendo que la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles, y esta mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales, e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el Organismo con dichos insumos (Ruiz, 2004).

Por consiguiente, se da la cultura de la comida:

Juega un papel importante en las relaciones como se puede observar en muchos momentos de la vida diaria. La dieta, los alimentos, las prácticas de las personas afectadas van a estar directamente relacionadas con los hábitos socioculturales ligados a la comida de la región y del entorno más inmediato de estas. La elección de alimentos, con quienes, el lugar, o cuando comemos forma parte del tejido social en el cual nos encontramos inmersos. La presión social respecto a la comida, es decir la frecuencia de actos gastronómicos, la importancia y la representación simbólica en la práctica social influyen en la

construcción de valores, que en el marco familiar puede significar amor, recursos o lenguaje y en el terreno público, prestigio y estatus, por lo que acarrea ciertas presiones y preocupaciones (Bullen, Ferrer, 2005).

2.4.2 Comer frente a la negación

Otro punto importante es el comer frente a la negación que también es un foro para muchos conflictos intrapersonales. Uno de esos conflictos se produce entre la conducta de comer y la negación. Para Charles y Kerr (1986, 1987) que estudiaron a 200 madres jóvenes de una zona urbana del norte de Inglaterra y concluyeron que, mientras que las mujeres tenían que proporcionar comidas sanas y nutritivas a sus familias, se esperaba que ellas se negasen alimentos a sí mismas para mantenerse delgadas y sexualmente atractivas. Esta conclusión refleja en el trabajo de Murcott (1983), que decía que, aunque la planificación y la preparación de las comidas ocupa gran parte de la jornada de la mujer, esta es también consciente de que debe permanecer delgada y deseable (Ogden, 2003).

2.4.3 La comida como poder social

Por tal la comida tiene un poder social y es también un símbolo de estatus social. Las personas poderosas comen bien y son alimentadas bien por otros y, como decía Wolf (1990) “la comida es el símbolo primordial del valor social”. Los primeros autores sociológicos, como Engels y Marx, consideraban la comida como un componente esencial de la subsistencia humana y su falta como una muestra de la desigualdad. La comida es una declaración de estatus social y una muestra del poder social. De forma paralela, el rechazo de la comida sirve también para recuperar el control del mundo social (Ogden, 2003).

Toda gira alrededor de la comida que como ya se mencionó en el párrafo anterior es un vínculo de interacción social, familiar y hasta cierto punto personal.

Debido a que la industria de la belleza y la esbeltez se ha vuelto en una obsesión por el cuerpo perfecto, imágenes corporales inalcanzables y poco saludables, que se derivan en gran medida del bombardeo visual de los medios de comunicación y la industria publicitaria en la cual se apoya la sociedad de consumo. En la sociedad occidental actual, caracterizada por el consumo y la globalización del mercado. Las industrias de la belleza, de la esbeltez, de la salud y de la juventud constituyen una fuerza poderosa en la creación e imposición de un determinado estereotipo de lo bello y lo sano (Bullen, Ferrer, 2005).

La comida tiene un complejo conjunto de significados, para Tod Hunter (1973):

La comida es prestigio, estatus y riqueza... Es un medio de comunicación y de relaciones interpersonales, como “una manzana para el maestro” o una expresión de hospitalidad, amistad, afecto, buena vecindad, comodidad y simpatía en momentos de tristeza o peligro. Simboliza la fuerza, la competencia atlética, la salud y el éxito. Es un medio de placer y gratificación personal y un alivio del estrés. En fiestas, ceremonias, ritos, días especiales y nostalgia del hogar, la familia y los “buenos tiempos”. Es una expresión de individualidad y sofisticación, un medio de expresión personal y una forma de sublimación. Sobre todo, es tradición, costumbre y seguridad. Hay comidas de domingo y comidas de diario, comidas familiares y comidas de invitados; comidas con propiedades mágicas y comidas para la salud y la enfermedad (Ogden, 2003).

2.5 Trastornos alimentarios y nutrición

Se observa que, si el proceso fisiológico denominado nutrición es semejante entre un individuo y el otro, el proceso llamado alimentación tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto situacional en el que se encuentre. Para Álvarez López (1998) refiere que en el caso de los trastornos alimentarios parecen estar disociados, tenemos una “mente” que pretende saber mejor que el “cuerpo” lo que este requiere o no, sin aparentemente hacer caso de su demanda, que bajo estas condiciones puede ser sobre colmada, ignorada e incluso castigada. La motivación biológica (ciclo hambre-saciedad) se enfrenta a la psicológica (compensación-autocontrol), con las demandas y motivaciones que estas implican.

Con base en lo señalado anteriormente, se puede reconocer que en el origen de los trastornos alimentarios puede haber diversas causas, desde fisiológicas, psicológicas, sociales, culturales y en familias determinadas por ejemplo situación familiar conflictiva en bulimia y sobreprotectora en anorexia, hasta determinantes. Relativos a la profesión (por ejemplo, la danza o modelaje). Por otro lado, la investigación de los trastornos alimentarios en México ha ido aumentando, y también, en lo que respecta específicamente a estudiantes de danza aunque cabe mencionar que la investigación en este tópico aún es escasa, y de ahí que una de las principales aportaciones de este estudio, en tanto habiendo poca información antecedente al respecto, es que fundamenta la necesidad e importancia de investigar estos trastornos en grupos identificados como de alto riesgo en México, y específicamente en poblaciones vulnerables como los adolescentes (Ruiz, 2004).

Dentro de lo que es la actualidad estos están de moda debido a que los medios de comunicación siempre nos bombardean de información de los detalles

relacionados con estos temas donde pone de relieve la enfatización actual de estas enfermedades, además de su alta causalidad social, la influencia de las modas, en lo alarmante de su frecuencia etcétera. Lo cierto es que en la última década la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria se ha disparado hasta el punto de constituir una epidemia (Cabajes, 1999).

Es de suma importancia ver la gran complicación que estamos viviendo y que de un problema se ha vuelto una invasión porque no solo son las mujeres si no ahora también los hombres.

Debido a que, aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante.

Pero ellos se enfrentan con ciertos prejuicios sociales que también prevalecen en el personal de salud: algunos médicos suponen que ser mujer es condición indispensable para presentarlos y que sólo ellas los padecen. Comer demasiado y estar pasado de peso resulta culturalmente más aceptable y menos notorio en el caso de los hombres, por lo que el trastorno puede pasar inadvertido (Weissberg, Galván, 2004).

Y por tanto puede ser más peligroso y ya en el momento que se detecte puede ser que sea demasiado tarde y los síntomas ya estén muy avanzados.

En las mujeres los trastornos alimenticios se presentan particularmente en la pubertad y se asocian con lo que ésta representa para ellas:

- Les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de

belleza establecidas socioculturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación.

- Su sentido de identidad y su imagen están más fuertemente influidos por aspectos relacionales: lo que piensan, esperan y dicen los otros influye en gran medida en el sentimiento de sí, y esto se incrementa en la adolescencia.

- El desarrollo de habilidades y logros escolares lo viven con mayor auto exigencia y preocupación.

- El proceso de inicio de independencia, propio de la adolescencia, lo viven de manera más conflictiva; las niñas enfrentan mayores tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres que los varones.

- Los roles sociales y biológicos para los que se las prepara en la adolescencia son más ambivalentes. Sus cuerpos se desarrollan para ejercer una sexualidad adulta y ser madres; pero esta capacidad adquiere en la sociedad urbana actual un valor incierto: está cada vez más difundida la idea de que la maternidad limita sus posibilidades de realización profesional y esto las encierra en el ámbito de lo doméstico. Si la mujer posee una musculatura masculinizada, muestra mayor competitividad y empuje, pero ello actúa en contra y a costa de sus caracteres biológicos femeninos ligados a su identidad sexual y a funciones igualmente exigidas.

En el caso de los hombres, la pubertad actúa en el sentido contrario: los acerca al ideal cultural de la masculinidad, tanto en términos biológicos como sociales. Los hombres con trastornos alimenticios suelen expresar preocupación,

percepciones de su cuerpo e ideales estéticos en términos considerados como femeninos.

Goldman cita el caso de Andrés, de 20 años de edad: “quería controlar la comida, no sabía controlarme, me agarraban atracones y entonces, tengo sentimientos de culpa y vomito”, “era obeso, me decían corcho, me cargaban porque era bajito y gordo”, “tengo diagnóstico de bulimia, hago mucha gimnasia, me doy atracones, duermo hasta olvidar, soy bulímico y antes era anoréxico”. Entre los hombres empiezan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de la promoción de productos como maquillajes y moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un incremento del índice de trastornos alimenticios entre la población masculina, pero el peso de este elemento y su relación con otros considerados de riesgo no está tan difundido socialmente ni tan interiorizado en los varones como lo está en el caso de las mujeres. Tanto para los hombres como para las mujeres la adolescencia representa un momento importante en el proceso de definición de la identidad y orientación sexual, este factor también puede intervenir en el desarrollo de los trastornos alimenticios (Weissberg, Galván, 2004).

Debido a que en el mundo donde la anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y otros trastornos alimentarios no especificados se han ampliado y extendido como una mancha de aceite, realizando una auténtica alarma social. Los trastornos son auténticas enfermedades, que guardan estrecha relación con los ayunos y abstinencias que practican los adolescentes que son los más vulnerables en este caso. Y, siendo muchos los pacientes anoréxicos y bulímicos, no se puede pasar de vista y olvidar que constituyen solo la parte visible del iceberg, en donde cuyas

aguas se esconden múltiples miedos, motivaciones absurdas, pensamientos aberrantes, junto con un sin número de comportamientos solo comprensibles para los adolescentes de esa comunidad que prácticamente son los más vulnerables a estas situaciones. El ayuno y la abstinencia de anoréxicos y bulímicos, se practican ahora en función de la belleza corporal (Toro, 2008).

No es solamente la sobrevaloración del aspecto físico lo que hace a la sociedad actual, sino también la modificación de hábitos alimentarios, pérdida de entidad de la familia como un elemento contenedor y favorecedor de comunicación, la acción dañina de medios de comunicación, la excesiva y siempre mal hecha divulgación de esta problemática, lo cual ha favorecido una situación social de moda de la anorexia, siendo utilizado el trastorno alimentario por muchas adolescentes como forma de autoafirmación y rebeldía frente a figuras de autoridad, sobre todo parentales.

A esto se la añade otro fenómeno social como el contagio de la rivalidad en cuanto al aspecto y la capacidad para adelgazar, que se puede ver sobre todo en escuelas y grupos de adolescentes, que disponen de una gran información acerca de dietas, formas de purga etcétera (Cabajes, 1999).

Todo gira sobre un mismo punto donde la meta es llegar a tener el cuerpo perfecto o el cuerpo ideal, no es solo el hecho de querer tener el cuerpo perfecto si no que lo hacen para pertenecer a un grupo y ser aceptados dentro de la sociedad que de alguna manera es la cabeza que piensa por todos es la que mueve que y que no está de moda , realmente todo empieza con la difusión de toda esa información errónea que se trasmite que lo único que hace es meter ideas equivocadas a los adolescentes que son los más vulnerables y con la facilidad de

manipularlos debido a todos los cambios que a esa edad están pasando ellos se encuentran confundidos y aunado a la información que les llega toman decisiones equivocadas para lograr y ser perfectos.

Debido a esto se puede observar una creciente prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria en hombres y sobre todo, lo más interesante es el cambio clínico en los últimos años, que ha sido un notable incremento de las formas atípicas de Trastornos de la Conducta Alimentaria ; con alteraciones clínicas a veces muy aparatosas en mujeres muy jóvenes (frecuencia y rápida instauración de vómitos, severidad de la nutrición, comorbilidad con otras patologías), que en muchos casos ni siquiera cumplen todos los criterios. De los múltiples factores que contribuyen a la etiopatogenia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, se sospecha que la epidemia actual, los factores más determinantes son los socioculturales (ibidem, 1999).

Dentro de lo cual la prevalencia de la Anorexia Nerviosa no supera el 4% en grupos de riesgo (mujeres entre 13 y 18 años) y la bulimia muy difícil de determinar, de diagnóstico más tardío que no superaría el 8% perteneciendo ambas enfermedades a un continuum, con presentación clínica de ambas formas en una misma paciente a lo largo de la enfermedad. Prácticamente se constata un notable incremento de prevalencia de formas purgativas de Anorexia Nerviosa, y Bulimia Nerviosa y un cierto mantenimiento de las formas restrictivas puras de Anorexia Nerviosa entre las adolescentes (Cabajes, 1999).

Y finalmente el diagnóstico que es más frecuente entre la población más vulnerable (adolescentes) es el trastorno alimentario no especificado, seguido por el de anorexia nerviosa y, finalmente, el de bulimia nerviosa. Estos trastornos

abarcan factores psicológicos, físicos, y elementos del medio ambiente en su etiología, desarrollo y mantenimiento que comparten síntomas cardinales tales como la insatisfacción con la imagen corporal o una influencia anormal de esta en la valoración personal, preocupación persistente e interferente por la comida, peso o forma corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso, las que derivan en un deterioro significativo del bienestar psicosocial y físico de quienes lo sufren. Muchas veces su curso es crónico, lo que conlleva consecuencias que pueden abarcar desde la morbilidad médica y psiquiátrica hasta la muerte, debido a complicaciones médicas y suicidio.

El pronóstico puede ser en una mejora notable siempre y cuando este se encuentre dentro de los tres primeros años, por lo que el diagnóstico precoz es fundamental para mejorar su pronóstico y prevenir la cronicidad. (López, Treasure, 2011).

2.6 Tipos de trastornos alimentarios

Los trastornos de la conducta alimentaria afectan a millones de personas en todo el mundo las cuales pueden causar desnutrición, afecciones cardiacas e incluso la muerte. Son difíciles de tratar y permanecen ocultos hasta para las amistades y familiares más próximos de quien los sufre. Aunque estos se padecen individualmente y tienen causas psicológicas, el entorno cultural y familiar marcan su aparición y sus orígenes son, por lo tanto, multicausales.

Y para quienes sufren estos trastornos, la valoración que hacen de sí mismos está sobre determinada por la imagen corporal, en la que se deposita la autoestima y la sensación de control de su vida, problemas emocionales de todo tipo, conflictos personales en relación con la identidad sexual de género, con las

relaciones interpersonales y la falta de ubicación subjetiva también son determinantes importantes (Weissberg, Galván, 2004).

2.6.1 Anorexia

Para Duker y Slade (1999), las personas anoréxicas se caracterizan por lo siguiente:

Comen como si estuvieran a dieta, a pesar de estar muy delgadas, por lo que siempre están vigilando el tamaño de las raciones o el número de calorías, saltándose comidas o cortando la comida en trozos pequeños y moviéndolos de un lado del plato a otro. Suelen usar ropas muy holgadas o demasiado grandes, ocultando su cuerpo y condición física, caracterizada por una excesiva delgadez. Ante esto, debe señalarse que, si bien es cierto que los adolescentes suelen preocuparse por su aspecto y su peso, por lo que tienden a realizar diferentes dietas y ejercicio excesivo, no es normal que esto se convierta en el centro de atención de su vida.

Experimentan graduales cambios de personalidad, volviéndose reservadas, desconfiadas, nada serviciales, protegen celosamente sus rituales de ingesta y desaniman a cualquiera que trate de ayudarles (esto es típico de una anoréxica ya claramente establecida). Presentan un intenso miedo a aumentar de peso o engordar, aunque su peso sea anormalmente bajo, y se obsesionan con la decisión de mantenerlo a cualquier precio. Presentan disminución de interés sexual. Presentan algunas resultantes de la inanición, como son: piel fría, dolor al sentarse, desarrollo de vello muy fino por todo el cuerpo (lanugo), caída de vello,

hipotensión (presión arterial anormalmente baja), bradicardia (latido del corazón anormalmente lento).

Desgaste y erosión de la dentadura, hipertrofia de las glándulas parótidas, desgarres esofágicos, leucopenia, osteoporosis, síndrome de la inmovilidad prolongada, alteraciones al deambular, alteraciones dermatológicas, incontinencia de vías urinarias y la muerte. Así mismo, se manifiesta la negación, depresión, autoimagen deteriorada, pensamientos obsesivos y compulsivos por el deseo de disminuir de peso, dificultad para las relaciones interpersonales, cambios de carácter que van de enfados a la alegría, se aíslan de la familia, amigos y pareja, perfeccionistas y personalidad Boderline-Límite.

La presencia de las sintomatologías físicas, psicológicas y cambios en los patrones conductuales tanto en la anorexia como en la bulimia, se detectan cuando ya hay condiciones muy deplorables en el paciente y requiere de la hospitalización. La edad comienzo de la anorexia nerviosa se sitúa en la adolescencia, aunque puede extenderse también desde la pubertad hasta el inicio de la tercera década; así mismo, el trastorno aparece de forma predominante en las mujeres (95%). (Ruiz, 2004).

La anorexia nerviosa es un trastorno que implica la pérdida del apetito. Esta última se experimenta como una sensación agradable en la que los factores mentales desempeñan un importante papel. Se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los varones, y suele manifestarse hacia el final de la adolescencia. Según los últimos estudios, 10% de los casos corresponden al género masculino, donde los síntomas aparecen bien definidos en la conducta del enfermo, que restringe su alimentación, preocupándose, sobre todo, por las

calorías consumidas. Evita comer en familia, practica el deporte de manera compulsiva y se aleja de sus amistades. En su deseo por adelgazar, pierde la percepción real de su pérdida de peso.

En el caso de las chicas, la anorexia nerviosa puede incluso provocar amenorrea, esto es, la interrupción de la menstruación. Al menos el 10% de los pacientes anoréxicos mueren de inanición o cometen suicidio (Moreno,2003)

2.6.2 Anorexia según la revista de trastornos alimentarios

Así, la dimensión social de esta problemática ha sido también abordada desde las ciencias sociales, Morag MacSween afirma que “la anorexia es un síntoma social que nos dice de la posición de las mujeres en la cultura contemporánea”, pero pocas veces ha sido tomada en cuenta en las políticas de prevención, priorizando una visión psico-médica centrada en el sujeto. No cabe duda que en la identificación de factores de riesgo y propiciadores de este tipo de crisis nutricional hay que tomar en cuenta la situación personal de la persona afectada y el entorno familiar: la historia familiar relativa a trastornos del comportamiento alimentario u otros trastornos psiquiátricos (Bullen, Ferrer, 2005).

2.6.3 Anorexia según el libro del cuerpo como delito.

Trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos especialmente los que engordan, y con cierta frecuencia mediante vómitos auto inducido, uso indebido de laxantes, ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos. Este suele iniciarse entre

los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos se está constatando el descenso de la edad de inicio.

Un paciente con anorexia experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que este disminuya alarmantemente. La distorsión de la imagen corporal es casi una constante, sobrevalorándose las dimensiones de la silueta corporal, lo que obliga a mantener la restricción alimentaria. La autoimagen general está sumamente determinada por la imagen corporal. La relevancia del bajo peso es negada prácticamente siempre, y suele carecerse de conciencia de enfermedad, mantienen malnutrición, una vez establecida, produce alteraciones de todo orden, especialmente en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que da lugar a amenorrea en las mujeres y pérdida de interés e impotencia sexuales en los varones, esta malnutrición puede dar lugar a todo tipo de síntomas y trastornos: hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones de la piel, caída del cabello. Aparición de lanugo, desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales, etcétera (Toro, 2008).

La sintomatología es sumamente variada y compleja, siendo la consecuencia permanente de múltiples fenómenos psicológicos, biológicos y sociales. Junto a los trastornos somáticos ya enumerados y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. La malnutrición y el progresivo adentramiento en una situación cada vez más estresante provocan tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio (Toro, 2008).

2.6.4 Anorexia según la Sociedad Mexicana

Es definida como: el rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considera la edad y la talla (por ejemplo; pérdida de peso que da lugar inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento dando como resultado un peso inferior al 85% de peso esperable). Miedo intenso a ganar o perder peso a convertirse en obeso (a), incluso por debajo del peso normal. Existen dos tipos de anorexia: la de tipo restrictiva o nerviosa y la no restrictiva. Uno de los neurotransmisores que participan en la anorexia es la serotonina, ya que regula cambios físicos, como la reacción emocional del joven hacia ellos (Cervantes, Cazares, 2004).

2.6.5 Anorexia según el DSM-5

Reconocida durante casi 200 años, la anorexia nerviosa cuenta con tres componentes principales. El paciente limita su consumo alimentario hasta el punto en que existe una reducción intensa de su peso corporal, a pesar de lo cual persiste en él una preocupación exagerada respecto de la obesidad o la ganancia ponderal, y tiene una percepción personal distorsionada de tener un peso excesivo. Otros síntomas corresponden a modificaciones de comportamientos de consumo mal adaptativas, restricción de alimentos, ejercicio excesivo y vomito u otras técnicas de purgado. Los pacientes con AN pueden cursar con anomalías de los signos vitales, también pueden presentarse anomalías de los valores de laboratorio y otras pruebas.

Características esenciales

Se trata de pacientes que suelen ser mujeres jóvenes que consumen una cantidad tan escasa de alimento que tienen un aspecto esquelético, no obstante, siguen temiendo a la obesidad o la ganancia ponderal, y muestran una autopercepción distorsionada en relación con que tienen exceso de peso (Morrison,2015)

2.7 Bulimia

La bulimia nerviosa es un trastorno mental que se distingue de anorexia básicamente porque presenta crisis periódicas de apetito desmesurado, después de las cuales el enfermo casi siempre se provoca el vómito para eliminar los alimentos y no subir de peso. Relativamente, la bulimia se da con mayor frecuencia que la anorexia, y la mayoría de quienes la padecen son mujeres. Este problema suele iniciarse al final de la adolescencia y se caracteriza por el deseo incontrolable de ingerir alimentos altos en calorías, y por un remordimiento posterior, el cual se pretende atenuar mediante el vómito o el uso de laxantes, diuréticos y otros fármacos.

La percepción del propio cuerpo esta distorsionada, sintiéndose el paciente obeso aun cuando no lo está, debido a la intensa actividad (Moreno, 2003)

2.7.1 Bulimia según la guía de trastornos alimenticios

En la bulimia el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la

autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos o enemas, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado (Weissberg, Galván, 2004)

2.7.2 Bulimia según el libro el cuerpo como delito

Trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En principio, el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón. Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. La restricción alimentaria, los ayunos compensatorios, son también mayoritarios, casi universales.

Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica. Cada atracón suele ir precedido de una sensación compleja y entremezclada de hambre imperiosa y ansiedad aguda. El malestar consiguiente solo parece solucionarse mediante el atracón. En la gran mayoría de casos la aparición de estos atracones suele dar lugar prácticamente siempre a restricciones alimentarias por lo menos intermitentes. Cuando los atracones ya están establecidos, suelen precipitarse por distintas circunstancias.

Las características cognitivas de los pacientes bulímicos son muy semejantes a las observadas en los anoréxicos, especialmente en lo que concierne a sus pensamientos y actitudes relacionados con el peso, el cuerpo, y la alimentación. La diferencia más notable radica en que el bulímico típico suele experimentar

dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solamente de los relativos al área alimentaria; de ahí la frecuencia, en bulímicos, del consumo de tóxicos (Toro, 2008).

Las limitaciones alimentarias constituyen una característica que emparenta la bulimia nerviosa con la anorexia nerviosa. Pero no solo en esto coinciden ambos trastornos; la preocupación desmesurada por el peso y el cuerpo, y la excesiva influencia de esta en la determinación de la autoestima, son otras tantas coincidencias que explican la existencia de anorexias bulímicas, de restricciones alimentarias en la bulimia y de transiciones entre ambos trastornos, muy especialmente desde la anorexia hacia la bulimia (Toro, 2008).

2.7.3 Bulimia según el DSM-5

A partir de la adolescencia avanzada o poco después de los 20 años, los pacientes con BN devoran cantidades prodigiosas de alimentos una o más veces por semana, con frecuencia más allá del punto de la saciedad incomoda. El hecho de que estos pacientes por lo general tengan un peso casi normal sería sorprendente, si no fuera por su comportamiento de compensación. Además de vomitar, que algunos hacen con tanta frecuencia que se deteriora el esmalte de sus piezas dentales, que pueden utilizar laxantes u otros fármacos; otros se ejercitan con exceso, justo como en la anorexia nerviosa. Otros más hacen ayunos entre atracones. Pero casi todos vomitan. La BN es mucho más frecuente que la anorexia nerviosa, y afecta a entre 1y2 % de las mujeres adultas. Se identifica con más frecuencia en personas cuyas profesiones o actividades hacen énfasis en las líneas corporales esbeltas, gimnasia, patinaje artístico, danza, modelaje. Por

razones que se desconocen, su incidencia quizá haya disminuido un poco durante los últimos 20 años. Al igual que los pacientes con otros trastornos de alimentación, quienes padecen BN muchas veces padecen afecciones comórbidas.

Características esenciales

Un paciente pierde el control sobre su alimentación y consume en atracones una cantidad de alimento mucho mayor que la normal para un tiempo similar. Para el control del peso se puede recurrir a dietas, vomito, ejercitación física extrema, y abuso de laxantes u otros fármacos (Morrison, 2015).

2.7.4 Bulimia según la revista de la sociedad mexicana

El primer caso de bulimia se da en el año de 1979 en los Estados Unidos. Actualmente el número de ambos trastornos han incrementado, cinco de cada 100 adolescentes los padecen. Para el DMS IV la bulimia consiste en la presencia de atracones que se caracterizan por la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo: un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la mayoría de las personas que ingieren en el mismo lapso de tiempo. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento. Conductas compensatorias inapropiadas, tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de 3 meses.

Entre los rasgos de personalidad se encuentran: Frecuentes estados de depresión, neurosis de angustia, vergüenza, conductas regresivas, inestabilidad

emocional, labilidad afectiva, vulnerabilidad y deseo de aceptación. Y entre la sintomatología física se presentan; hinchazón de las mejillas o de las glándulas del cuello, ya que el vómito frecuente y/o prolongado a menudo causa que las glándulas salivales se hinchen, e incluso, se ulceren. Probablemente está forzándose a vomitar, introduciéndose la mano o los dedos en la garganta. Presentan una sensación de pérdida de autodominio o autocontrol sobre el impulso alimentario, lo que desemboca en la presencia de los atracones (Ruiz, 2004).

También es posible que los problemas relacionados con la alimentación empiecen durante la infancia o surjan pasada la adolescencia, pues, aunque son más comunes entre los jóvenes, también podemos observarlos en niños pequeños y en personas mayores. En realidad, se presentan con más frecuencia en mujeres que en hombres, pero estos últimos también los padecen, aunque suele ser muy difícil detectarlos en los varones. Son enfermedades que se presentan en todos los círculos sociales, en todos los niveles económicos, en todos los países y cada día son más comunes.

En términos generales, estas enfermedades se manifiestan con una serie de alteraciones en la forma de comer (comer poco, comer mucho, tardarse mucho en comer, ordenar la comida en el plato y muchas otras), y en la manifestación de conductas anormales relacionadas con el peso y la imagen corporal (como insistir en que este gordo cuando esta flaco, ejercitarse en exceso para no engordar o usar laxantes sin necesitarlos). De una forma u otra todos nos sentimos obligados a estar delgados y vernos lo más parecidos al ideal culturalmente establecido que se presenta constantemente en las revistas, el cine y la televisión (Silva, 2007).

La anorexia y la bulimia también están fuertemente vinculadas a un ideal estético de belleza femenina construido socialmente y difundido ampliamente por las expectativas colectivas, los cánones de la moda y los medios de comunicación en los que la obtención de la delgadez se vincula directamente con la idea del éxito y la aceptación del entorno. Así, relaciones sociales conflictivas vinculadas a los roles de la mujer encuentran una expresión simbólica en el cuerpo y su relación con los alimentos. En las sociedades urbanas actuales se establece tanto para hombres como para mujeres un modelo corporal único: delgado, fuerte, andrógino, joven, uniforme; no es un cuerpo natural, sino que se adquiere con dietas, ejercicio, cirugía y el consumo de ciertos productos.

En la mujer esta exigencia es más grande e implica mayores contradicciones que en el hombre: ser eternamente adolescentes y al mismo tiempo madres; físicamente jóvenes, pero con la experiencia de la madurez, tener un cuerpo esbelto, hermoso y atractivo sin dejar de ser inteligentes, hábiles y astutas y ser pasionales, pero sin perder el autocontrol, son algunas de las demandas contradictorias que se le hacen a la mujer en las sociedades actuales (Weissberg, Galván, 2004).

Como ya se mencionó en los párrafos anteriores la bulimia es un trastorno tan importante como la anorexia debido a que causa daños irreversibles, debido al hecho de no querer estar gorda solo que a diferencia de la anorexia aquí la característica principal es que la persona con este problema come mucho pero después de haberlo hecho se siente culpable y es cuando viene la provocación del vomito para devolver todo lo ingerido o pueden utilizar otros métodos como

laxantes o diuréticos. Esto a largo plazo puede convertirse en un gran problema debido a que ya sin provocar el vómito con el hecho de comer algo muy ligero al instante vomitaran por que el cuerpo ya estará acostumbrado a que lo tiene que hacer ya va a hacer algo involuntario que será difícil controlar.

2.8 ¿Qué tan comunes son estos trastornos?

En nuestro país no existen datos consistentes acerca de la frecuencia con que se producen trastornos de la alimentación, y aunque las investigaciones realizadas parecen indicar que aún no representan un problema de la magnitud en la que se presenta en otros países, en la última década ha habido un aumento en la demanda de tratamiento. También se sabe que los jóvenes comienzan a desarrollarlos a edades cada vez más tempranas, incluidos los varones. Y no solo eso, lo más grave es que cada vez un número mayor de personas mueren a consecuencia de alguno de estos trastornos. En otros países se han hecho más estudios respecto al número de casos de trastornos alimentarios, la edad de inicio etcétera (Silva, 2007).

Cualquiera que sea el caso, el malestar se refleja en el cuerpo y generan la idea errónea de que, si logran cambiar su apariencia, el malestar desaparecerá. Es decir, la preocupación por el cuerpo y el peso constituyen una distracción; como si fuera, más sencillo pensar en modificar la apariencia que enfrentarse a una conflictiva interna. En este sentido, el problema no lo constituyen los kilos, sino lo mal que se siente la persona consigo misma, independientemente de su apariencia.

Si el problema en realidad fuera el peso, bastaría con bajar o subir lo adecuado para sentirse bien, pero en estos casos, independientemente de cuanto se consiga modificar la apariencia, la inconformidad y el malestar persistente. Entonces, para curarse, es necesario comprender cuál es realmente el problema. Aunque todos los trastornos de la conducta alimentaria obedecen a una profunda insatisfacción consigo mismo, cada tipo tiene sus particularidades su propia sintomatología a pesar de que pueden aparecer simultáneamente características de varios de ellos.

No obstante, por lo general predominan uno u otro (Silva, 2007).

2.9 Epidemiología

La prevalencia de Anorexia Nerviosa es de 0,5% a 1% y la relación de mujeres a hombres es de 10.1.8. No existe datos epidemiológicos suficientes en la Argentina.

La Asociación de Lucha contra la Anorexia Nerviosa y Bulimia elaboró una estadística sobre 2.346 encuestas en distintas ciudades del país, e informó un 5,3% de todo tipo de patología alimentaria en los distintos niveles educativos: 58,4% en el secundario, 21,4% en la universidad y 14,9% en el nivel terciario. Estas cifras superan ampliamente las de otras partes del mundo y es probable que se deba a los criterios empleados para diagnosticar la enfermedad y metodología de las encuestas (Lenoir, Silber, 2006).

2.10 Etiología

Aún no se conoce la causa de la Anorexia Nerviosa. Si bien se reconocen hace tiempo factores desencadenantes, tales como hacer dieta para bajar de peso, comentarios críticos sobre el peso de la adolescente, pérdidas recientes, y la redistribución grasa puberal, la noción de un trauma o causa única se ha desacreditado. Para comprender la enfermedad se deben considerar los componentes psicológico, cultural, biológico y genético.

Un estudio colombiano identificó los siguientes factores de riesgo: trastornos de la conducta alimentaria en la madre, dificultades en la comunicación con la madre, antecedentes familiares de obesidad, crianza sobreprotectora, y antecedentes de dificultades en la alimentación previas al inicio del trastorno Alimentario. Otro estudio en Perú mostró características demográficas similares a las descritas por la literatura, con la excepción del estrato socioeconómico más bajo (ibidem, 2006).

2.11 Mortalidad y Morbilidad.

La Anorexia Nerviosa acarrea una mortalidad a largo plazo cercana al 20% a los 20 años; las causas principales son inanición, suicidio y muerte súbita de causa cardíaca. En la Anorexia Nerviosa de tipo purgativo, los trastornos electrolíticos pueden provocar arritmias mortales. Otras complicaciones potencialmente fatales incluyen mediastinitis secundaria a desgarros esofágicos, ruptura gástrica y dilatación gástrica Aguda, que ocurre tras episodios de atracones o ingesta forzada.

La morbilidad puede ser el resultado de la enfermedad (desnutrición, amenorrea), comorbilidades (Abuso de sustancias, alcoholismo, intentos de

suicidio), intoxicación (jarabe de ipecacuana, diuréticos, efedrina), causas iatrogénicas (síndrome de realimentación) o una combinación de éstas. La morbilidad varía según si presentan el hábito purga. La mayoría de los pacientes presentan intolerancia al frío, hipotermia, acrocianosis y trastornos del sueño. La bradicardia, hipotensión y ortostatismo son universales a medida que progresa la enfermedad. Algunas complicaciones pueden ser muy agudas, como los desequilibrios electrolíticos y la dilatación gástrica aguda, mientras que otras pueden ser indolentes y crónicas (osteoporosis, hígado graso) (Lenoir, Silber, 2006).

Los trastornos alimentarios son un problema delicado actualmente de tratar ya que cada vez son más adolescentes con estos problemas donde cada síntoma aparece de una manera muy silenciosa debido a que no se pueden percibir inmediatamente cuando apenas están comenzando los síntomas.

Actualmente se han visto casos donde la persona por tener el cuerpo deseado y llegar a estar extremadamente delgada se somete a rituales de dolor tanto físicas como emocionales y eso poco a poco los destruye por dentro y por fuera debido a que el cuerpo como no ingiere comida y necesita comer o deshacer algo se empieza a comer los órganos por dentro , los músculos los empieza a absorber y así hasta que la persona se empieza a debilitar y cuando quiere comer ya no puede porque el cuerpo no lo tolera es cuando la enfermedad ya está en un punto crucial. Así como pueden dejar de comer pueden comer bastante darse atracones de comida, pero después lo que harán es vomitar para sacar todo lo que en el momento se comieron y hacerlo por varias ocasiones hasta que igual se lastiman la garganta a tal punto de que no puedan pasar alimento.

La mayoría de adolescentes que los padecen son las mujeres que quieren entrar dentro del estereotipo de belleza que se está manejando actualmente, también no podemos descartar que los hombres lo padezcan ahora todos están expuestos, pero es más notorio en mujeres.

2.12 Adolescencia

La adolescencia es una etapa destacada por físicos y emocionales; así como de vulnerabilidad hacia ciertos desequilibrios emocionales y afectivos catalogados como problemas de salud. El pensamiento se desarrolla y se alcanzan habilidades intelectuales más complejas, lo que permite abordar los problemas y entender la vida de una manera diferente (Silva, 2007).

En el trascurso de este conflicto de cambios los adolescentes buscaran apegarse a los cánones de belleza establecidos, los cuales generalmente están asociados con la delgadez, ante la idea de que es guapo aquel que esta delgado y que el sobrepeso no es atractivo. Como consecuencia de estos cambios físicos, se observan también cambios importantes en el auto concepto de sí mismos y una gran baja en la autoestima, y si estos, por alguna razón, no lograron establecerse correctamente durante la infancia, será aún más complicado para los adolescentes sobrellevar las exigencias del entorno y los cambios que ellos mismos sufren (Silva, 2007).

Por eso mismo los adolescentes se encuentran más vulnerables a los cambios que esta conlleva, desde cambios físicos donde su cuerpo cambiará, emocionales por todos los cambios que sufrirá y sociales en el cual se tendrá que enfrentar no

solo a sus padres si no ahora a un mundo que para el adolescente será totalmente desconocido.

En esa etapa en especial es donde las críticas, comentarios de amigos, compañeros y familiares serán cruciales, porque es ahí donde está creando su auto concepto y autoestima, donde van a querer cambiar aquello que no les gusta para ser aceptados por algún grupo de amigos o compañeros o simplemente por la misma familia y tendrá que adaptarse a los cánones de belleza establecidos.

Claro está que es una etapa difícil, turbulenta y decisiva en la construcción de la identidad personal, y de las relaciones, tanto con los pares, como con los adultos, o con el medio externo. Por una parte, los mercados han encontrado un grupo de potenciales compradores que no habían sido explotados previamente, hacia quienes hoy en día se dirige buena parte de la publicidad. Las empresas diseñan ropa, complementos, aparatos electrónicos o incluso productos bancarios específicos para los adolescentes, que se han convertido en compradores compulsivos de prendas de vestir “a la moda”, muy baratas, de todo tipo de aparatos electrónicos que necesitan imperiosamente renovarse en un tiempo extraordinariamente breve, de recursos de internet, y de todo tipo de mercancías que antes se reservaban únicamente a los adultos (Pereira, 2011).

Desgraciadamente vivimos en una sociedad donde ya está determinado un modelo a seguir ese modelo perfecto donde el estereotipo de mujer es extremadamente delgada donde ser delgada es sinónimo de ser guapa, popular y tener todas las puertas abiertas para trabajos, amistades etcétera. Y para esto los medios de comunicación tienen mucha influencia debido que son utilizados para llamar la atención de los más vulnerables en este caso los adolescentes a los

cuales bombardean con información errónea y que por lo vulnerables que se encuentran son presas fáciles, y como se menciona en el párrafo anterior ahora no solo tratan de vender una simple imagen perfecta sino todo lo que la complementa como ropa, celular, etcétera. Hacen cualquier cosa para obtenerlos sin importar los riesgos que esto conlleve, no podemos dejar atrás que al igual que la información mal difundida los comentarios destructivos como estas gordas, solo las flacas son bonitas y frases como esas bastarían para detonar un gran problema, y que eso conlleve al desencadenamiento de varios problemas alimentarios que utilizaran para auto destruirse y así llegar a tener el cuerpo deseado.

2.13.1 ¿Qué es un adolescente?

Según la organización Mundial de la salud, adolescentes son todos los individuos comprendidos entre los 10 y los 19 años, definiendo como primera adolescencia de los 10 a los 14 años, y como segunda de los 15 a los 19, lo cual, en España, supone seis y siete millones de adolescentes (Moreno, 2003).

La adolescencia es esa incierta etapa de la vida durante la cual se van estructurando los medios que le permitan al individuo ir perfilando una personalidad madura, aun en situaciones de extrema dificultad. Mas que críticas y rechazo, lo que en realidad necesitan los jóvenes es apoyo y comprensión. La adolescencia se caracteriza precisamente por un conflicto específico del sujeto consigo mismo y con su entorno. El adolescente está inmerso en un proceso irrefrenable de personalización, intenta reestructurar sus vivencias, revisa esquemas y creencias. Pone en tela de juicio todo aquello que considera mediocre

o caduco. Sean cuales sean las circunstancias en las que deba desarrollarse, la adolescencia es una etapa de desarrollo (Moreno, 2003).

2.13.2 La adolescencia y el sistema familiar

Hablamos del sistema familiar que es un factor muy importante dentro del desarrollo del adolescente debido que es aquí donde construyen su identidad y, con frecuencia, aparentemente contra ella. La familia es el referente para lo bueno y lo malo. En ella se aprende el universo de significados, valores, preferencias, inclinaciones y expectativas que van a dirigir y dar razón de las conductas de sus miembros. Es aquí donde el individuo recibe las herramientas básicas para su adaptación social y los elementos constituidos de su salud psicológica. Pero la familia no son solo los progenitores, agentes básicos de la socialización primaria y de la “nutrición emocional”, sino también los abuelos, la tercera generación. A lo largo del crecimiento aprendemos y adquirimos ciertos patrones emocionales inconscientes que, traspasando la generación de nuestros progenitores, nos llevan más allá de ella, hasta la tercera generación como mínimo, hacia el pasado siempre (Pereira, 2011).

Pero todo empieza desde casa donde los significados que el individuo otorga a las emociones tienen que ver con el contexto familiar y social en que ha crecido y ha sido educado, mucho más que con la naturaleza de la propia emoción. No hay emociones sin atribución de sentido; y aunque generadas en el nicho biológico, ninguna de ellas es informativamente neutra. Las emociones son biología tamizada por la cultura (Pereira, 2011).

También se ve involucrado otro factor que es el momento en que se inicia la separación y el alejamiento de la familia, lo cual es importante para el joven durante el proceso de adquisición de la autonomía personal y conforma el rasgo más destacado de su nueva situación social (Silva, 2007).

Dentro de este entorno la evitación de conflictos es muy particular cuando dentro del círculo familiar hay una adolescente con algún problema alimentario por lo regular la familia niega tal problema y esto trae como consecuencia un aumento en la intensidad, peligrosidad y mantenimiento de la sintomatología, además de incrementar la falta de conciencia de la adolescente acerca de su problema, quien actúa como si su situación fuera normal.

Para Rausch y Bay (1997) las familias evitativas no negocian explícitamente sus diferencias, por lo que quedan sin solución, negando la existencia de problemas y generando la apariencia de “familia ideal”, lo que además contribuye a favorecer la falta de conciencia de la adolescente sobre su problemática (Cruzat, Ramírez, Meliullum; Marzolo, 2008)

La educación que la familia proporciona al adolescente, así como el contexto social, cultural y económico, incluso el nivel académico del individuo puede intervenir como uno de los tantos factores en el desarrollo de una alta autoestima, que inhibirán trastornos de conducta alimentaria y se fortalecerán el desarrollo de habilidades, actitudes, conocimientos, que los prototipos de belleza son incapaces de proporcionar en un mundo cambiante cuyo eje es la competencia. En suma, ser competente es indispensable para obtener el éxito que los cánones de belleza no pueden dar. Sin embargo, aun permean ideas sobre la belleza femenina como un

objeto de lujo. Ante esta situación los adolescentes deben revalorarse y despertar sus cualidades humanas con tendencia al desarrollo armónico de su persona en la sociedad. La idea central de lo anteriormente expuesto es la base para el desarrollo económico y cultural de los pueblos.

Es la familia donde se aprende el universo de significados, valores, preferencias, inclinaciones y expectativas personales de cada miembro, sea mediante el rechazo o aceptación de una conducta de manera informada, atendiendo su raciocinio.

2.13.3 Adolescentes en el siglo XXI

Ahora si se habla de los adolescentes del siglo XXI que tienen, por lo general, una autonomía mayor que las generaciones anteriores. El acceso de las mujeres al mundo laboral hace que, muy a menudo, ambos progenitores trabajen fuera de casa. Los largos horarios laborales, unidos a los desplazamientos a los trabajos, especialmente en las grandes ciudades, llevan a que el tiempo de permanencia de los padres en el hogar se haya reducido notablemente. Los hijos tienen que arreglárselas solos desde una temprana edad, aumentando sus niveles de autonomía, produciéndose en ocasiones una “pseu-independencia”, en la que aparentemente no necesitan a los adultos, aunque sigan dependiendo de ellos a nivel económico y emocional. Los adolescentes en el siglo XXI son “nativos digitales”, han nacido y se han criado con internet, con los teléfonos móviles y video juegos.

Dentro del cual el aprendizaje ha sido, en mucha mayor medida que las generaciones anteriores por el gran acceso a la tecnología que se dan a través de la imagen, y sus relaciones que están medidas por las redes sociales. Son capaces de desarrollar varias tareas simultáneas. Son impacientes y lo quieren todo al instante, a la velocidad del mail o del SMS. Han visto muchísimas horas de televisión, han colocado de forma instantánea sus fotos en la web y mirado decenas de miles de ellas. Han pasado más tiempo jugando con su ordenador que con juegos físicos, y pasado más horas con sus amigos virtuales que con los reales (Pereira, 2011).

Gracias a toda esa tecnología es que ahora los chicos viven a través de las redes sociales como por ejemplo el Facebook, twitter, etcétera y ahora su forma de relacionarse es todo por mensaje, y ya se ha perdido la interacción de persona a persona y al igual toda esta tecnología es usada para mostrar y darles adolescente información de infinidad de cosas para cambiar su aspecto físico y su vida misma.

Entonces llegamos al punto donde la adolescencia es una enfermedad triple, cuyos síntomas cursan en lo corporal con el desmadejamiento propio de estas edades y con las dudas sobre su identidad física y su imagen; en lo emocional, con ese feroz estrechamiento de la atención que llamamos enamoramiento; y, en lo social; con esa absoluta falta de productividad de tantos años echados a perder, sin responsabilidades ni obligaciones. La que refleja en su transición los valores y discursos dominantes en una sociedad. En este terreno de transición colisionan o vienen a conjugarse las nuevas necesidades sociales con los valores y creencias derivadas de modelos a menudo adaptativos y funcionales en otras circunstancias

del pasado, que en poco se parecen a las nuestras. El adolescente es el campo de batalla, de forma poco consciente y aún menos clara para él, de lo que ya no es y de lo que aún no es.

En el cual forma parte de cuatro sistemas cuya importancia y presencia en su vida va a ir variando de acuerdo con su desarrollo. En primer lugar, la matriz de sus pautas y estrategias adaptativas más generales y posiblemente profundas, que es el sistema familiar. En segundo lugar, el sistema de referencia cognitivo, el que le ofrece el mapa de significados nucleares con que encara el mundo. El tercero es el sistema de referencia emocional, generador de la legitimidad o ilegitimidad de los sentimientos de sus miembros; y es, al mismo tiempo, el receptáculo de sus lealtades invisibles más consolidadas. Y por último el sistema significativo en su desarrollo es el sistema escolar. En él, y a lo largo de su desarrollo, el individuo encuentra la oportunidad de adquirir herramientas culturales que la sociedad en la que vive considera imprescindibles para su posterior adaptación. Pero también es la escuela, sin duda, el primer contexto importante donde el niño topa con la posibilidad de fracaso social. Su yo idealizado, construido en el seno del sistema familiar, se va alejando progresivamente del yo ejecutivo que se desempeña en la escuela frente a otros niños y adultos. Allí se encuentra con una cultura que puede manifestar valores y poner en juego creencias que tal vez difieran en mucho de las que se manifiestan en el seno familiar (Pereira ,2011).

Se encuentra en una lucha constante entre el sistema familiar y el sistema escolar que son los puntos de partida para formar y reforzar su identidad las

cuales siempre van a tener cosas diferentes que ofrecer al adolescente y por tanto lo que la familia refuerce puede que en la escuela lo debilite o haga más fuerte esa expectativa de ser y querer ser , debido a que en el sistema escolar es donde el adolescente va a querer encajar y sentirse parte de algo y claro está que para poder ser parte de un grupo tendrá que adquirir de alguna manera la forma de pensar, ser y actuar y ahí es donde empieza todo.

Pero poco a poco, aprenderán a encajar en esos dos mundos y sus diversas realidades. El sistema de los iguales será, durante la adolescencia, otro contexto de importancia y significación creciente. Hay entre estos jóvenes un fenómeno de contagio o imitación, de forma que la confusión de unos es, en mayor o menor medida, la confusión de todos.

Dos mundos, modelos alternativos de vida, legitimados socialmente, hacen que los adolescentes dispongan de un abanico de posibilidades identificarías mayor del que sus padres nunca tuvieron a la mano. Pero ese elemento, en lugar de facilitar la integración de los individuos, la vuelve más difícil y compleja, generando así los diferentes estilos de vida. Una parte de su mundo adolescente (del que los adultos nos sentimos expulsados y, al mismo tiempo nos marginamos) será virtual, como lo son algunas de sus relaciones (Pereira ,2011).

Hoy en día, los adolescentes están más preocupados por estar delgados, por parecerse a sus artistas favoritos, por ser el más popular, el más guapo, y están dispuestos a hacer casi cualquier cosa para conseguirlo. Cada vez nos enteramos de más personas que hacen dietas y en el mercado hay más y más alimentos light, reducidos en grasas, bajos en calorías, etcétera. Hacer ejercicio, tomar mucha agua y alimentarse “sanamente” está de moda; y nadie quiere estar

pasado de peso. Son muchos los motivos por los cuales los jóvenes están interesados en verse bien.

Por ejemplo, creen que el atractivo depende de la delgadez, y que, si son atractivos, les será más fácil alcanzar sus objetivos, ser exitosos, tener amigos, encontrar novio o novia y ser aceptados por sus familias y por quienes los rodean. También es cierto que los adolescentes aún no han terminado de conformar un conocimiento sólido de ellos mismos, que eso les dificulta asumir posturas claras e inamovibles ante los conflictos del entorno, que se sienten inseguros de sus posibilidades y temerosos del futuro. Todo esto hace que tengan una fuerte necesidad de sentir que forma parte de su grupo social, de atraer la atención sobre sí y de llevar a cabo muchos y muy diversos intentos por sentirse seguros y confiados.

Sin embargo, como su mundo interior es, en la mayor parte de los casos, caótico e incomprensible ante sus ojos, suelen buscar la satisfacción de sus necesidades en cosas externas, razón por la cual la apariencia física y la aceptación de los demás cobran tanta importancia (Silva, 2007).

Donde el ser humano, a diferencia de otras especies, es un ser pensante el cual experimenta un crecimiento lento y largo para desarrollarse plenamente. Desde el nacimiento ocurren cambios, pero los que aparecen en la adolescencia son más significativos, pues son muy notorios y marcan el punto de transición entre la niñez y la vida adulta esta comienza alrededor de los 12 o 13 años; es precedida por la pubertad, que aparece entre los 11 y 12 años, y se extiende hasta los 18 y 20 años. No se puede hablar de edades específicas, solo de aproximados pues, el proceso tiene ligeras variaciones de un individuo a otro. Los cambios

físicos y fisiológicos transforman el cuerpo infantil dotándolo de capacidad para reproducirse; estos constituyen el punto de partida desde donde evoluciona la conducta social y la actitud hacia sí mismo y hacia otras personas (Silva, 2007).

Muchas veces no es que sean rebeldes, sino que es la etapa donde pasan por un proceso muy turbulento donde los cambios de humor son uno de los cambios muy comunes que llegan a afectar a todo el sistema familiar y sobre todo al adolescente por no saber cómo manejar la situación al igual que los padres se sentirán frustrados por no saber qué pasa con su hijo o hija y no poderlo ayudar.

El ritmo y la dirección de madurez de un individuo, es decir, la velocidad con la que se desarrolla físicamente y la forma en que lo hace, puede tener efectos significativos sobre su aceptación y estatus social, sobre la eficiencia de su participación en varias actividades y sobre su ajuste emocional. Por ejemplo, si un joven se desarrolla rápidamente y su cuerpo toma las dimensiones esperadas según el ideal establecido por la sociedad, se sentiría mejor, será más popular y tendría acceso a muchas actividades sociales, lo cual le permitiría sentirse más conforme. Las relaciones sociales son una de las dimensiones más importantes en el desarrollo; debido a que serán las que fortalecerán o debilitarán al individuo.

Durante la infancia, las relaciones interpersonales se establecen con los compañeros de la escuela, con los maestros y con los padres, pero cuando se llega a la adolescencia, se amplían los espacios posibles para relacionarse y los jóvenes se separan de la familia, lo cual les entusiasma pero al mismo tiempo les asusta, pues salen de un ambiente seguro y conocido para sumergirse en un

mundo donde hay mayores diferencias entre las personas y donde se encontrara con gente que puede tener valores, creencias, etcétera.

Al igual también aquí es donde se inicia la etapa del enamoramiento, que no es primariamente sexual, si no que constituye un intento por llegar a una definición de la identidad personal, proyectando la propia imagen en otro individuo, o sea, que el adolescente tiende a buscar en el otro un reflejo de sí mismo de lo que le gustaría ser; así, si consigue una pareja de acuerdo con sus expectativas, se sentirá muy satisfecho consigo mismo pues creará que esa persona es una consecuencia de lo que el mismo es. Por ejemplo, se harán planteamientos como: “si tengo una novia guapa es porque también lo soy”.

No obstante, el enamoramiento no es primariamente sexual, pero debemos tomar en cuenta que las relaciones de pareja tienen un componente importante de tal índole. Cuando el adolescente se siente identificado, comprendido y acompañado; cuando percibe lo suficientemente atractivo como para despertar el interés amoroso de otras personas, se sentirá tranquilo al relacionarse con los demás, se mostrará más seguro y confiado y más cómodo en su proceder, adaptado y con mayores posibilidades de hacerle frente a los conflictos y resolverlos de manera adecuada (Silva, 2007).

Debido a que se encontrará dentro de su confort donde estará seguro por el hecho de ser el modelo perfecto y estar y ser aceptado por la sociedad. Pero no del todo está a salvo, ya que estará expuesto a un sinfín de problemas como lo son los trastornos alimentarios, entre los cuales se encuentran la bulimia, la anorexia y el comer compulsivo. Que aparecen, por lo general, durante la adolescencia (entre los 11 y los 20 años), una etapa particularmente frágil en la

que los jóvenes están intentando descubrir quiénes son, que van a hacer cuando sean mayores, como entablar amistades duraderas; además están experimentando con su independencia y, en general, se sienten muy inseguros y temerosos de no poder llegar a ser el tipo de adulto que les gustaría. Estos padecimientos pueden sufrirse solo durante una temporada o permanecer durante periodos muy largos e, incluso, durante toda la vida. En casi todos los casos suelen haber recaídas, y quienes los han padecido conservan cierto temor a no tener un aspecto físico agradable (Silva, 2007).

La adolescencia es, el principal factor individual de riesgo debido a que se encuentran totalmente vulnerables ante todas las situaciones ambientales, sociales, emocionales etcétera. Los cambios corporales de esta etapa de desarrollo obligan a poner toda la atención sobre el cuerpo y a integrarlo en la autoimagen general tras su imprescindible evaluación. Es ese momento en que el adolescente compara su imagen corporal con los cánones de belleza que están vigentes en ese momento en su medio social figura que asume plenamente, anhelando y procurando que su cuerpo, se aproxime máximamente a aquel (Toro, 2008).

Las diferencias entre el propio cuerpo y su imagen y el modelo público suelen interpretarse en contra del propio cuerpo. Si es así y con abundante frecuencia lo es, será preciso modificar el cuerpo para poder vivir sin especial preocupación. En la adolescencia, más que en cualquier otra época de la vida, la imagen corporal es autoimagen. Una pubertad precoz, un accidente desfigurador, las críticas y mofas referidas al cuerpo, los fracasos amorosos, el temor a acabar teniendo un cuerpo como el del padre o la madre, y mil cosas más, pueden poner en marcha la

decisión de adelgazar y a partir de esta, el desencadenamiento de muchas enfermedades (Toro, 2008).

2.13.4 La autoestima del adolescente

La autoestima es la visión más profunda que cada cual tiene de sí mismo. Cuando esta visión se traduce en una aceptación positiva de la propia identidad es porque está sustentada en la conciencia de la valía y de la capacidad personal.

Para Carl Rogers, la autoestima constituye el núcleo básico de la personalidad. Por su parte, Markus y Kunda consideran que la autoestima desempeña un papel importante en la autorregulación de la conducta, mediando en la toma de decisiones, influyendo en la elección de objetivos y determinando el establecimiento de planes de acción.

Según Clemens, el adolescente con alta autoestima actuará con autonomía y responsabilidad, afrontará retos, disfrutará sus logros, tolerará decepciones y será capaz de influir en otros, todo lo cual repercutirá favorablemente en el proceso de su educación. Por el contrario, el adolescente con deficiente autoestima menospreciará sus cualidades.

2.13.5 Adolescencia e imagen corporal

Otro factor importante que interviene de cómo se ven los adolescentes es la imagen corporal que es una de las variables más estudiadas que frecuentemente se ha asociado con la modificación nociva de los hábitos alimentarios, hasta llegar a constituir un problema de salud. Se ha llegado a sugerir que la alteración de la percepción de la imagen corporal es un síntoma precoz de la presencia de trastornos alimentarios como anorexia y bulimia. Para Baile, agrega que “una

alteración de la imagen corporal o insatisfacción corporal se ha considerado clave dentro de los posibles factores predisponentes a las distorsiones en la percepción del tamaño corporal, como un criterio diagnóstico, y ha provocado que se estudie como una variable asociada a los trastornos de la conducta alimentaria” (González, Viveros, 2009).

Para esto hay varias definiciones de qué es la imagen corporal, la más clásica se la debemos a:

Schilder que la describe como la representación mental del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Desde el punto de vista neurológico, la imagen corporal constituye una representación mental diagramática de la conciencia corporal es el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical: miembro fantasma etcétera. Una conexión más dinámica la define en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (Rainch, 2004).

Para Fisher (1986) nota que la gente variaba respecto a la definición que adscribía a sus límites corporales.

Para Bemis y Hollom (1990) advierten la necesidad de distinguir entre representación interna del cuerpo y sentimientos y actitudes hacia él. Una representación corporal puede ser más o menos verídica, pero puede estar saturada de sentimientos positivos o negativos de indudable influencia en el auto concepto. Algunos enfoques analíticos entienden por imagen corporal el límite corporal percibido por cada sujeto.

Para Thomson (1990), concibe el constructor de imagen corporal constituido por tres componentes:

Un componente perceptual: precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o subestimación (percepción de un tamaño corporal inferior al que realmente corresponde). Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo): actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ej.: satisfacción, preocupación, ansiedad, etcétera).

Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado insatisfacción corporal. La mayoría de los instrumentos que se han construido para evaluar esta dimensión, evalúan la insatisfacción corporal. Un componente conductual: Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ej. Conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás) (Rainch, 2004).

Para Cash (1990), la imagen corporal implica: preceptivamente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo: cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal; y emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa (Rainch, 2004).

Para Bordo (1990) expresa que la gordura es “indicadora de pereza, carencia de disciplina, falta de disposición a cumplir normas y ausencia de todas esas

capacidades gerenciales que, según la ideología dominante, confiere una movilidad accedente. Manifiesta, además, que “llego a considerarse que el peso corporal reflejaba una insuficiente moral o personal o falta de voluntad”. Esto es similar al análisis de la delgadez como perfección moral que hace Browell (1991) (Ogden, 2003)

De acuerdo con Rosen (1995) imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. O sea que se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad, y aspectos conductuales (Rainch, 2004).

Desde la perspectiva individual, el anhelo de delgadez, la insatisfacción por el cuerpo y la práctica de dietas restrictivas suelen ser antecedentes constantes. Todo ello acostumbra a acompañarse de labilidad emocional y una autoestima más bien baja (Toro, 2008).

Para Chávez, (2004) la imagen corporal representa una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y socioculturales, por lo que espacios culturales diversos dan lugar a patrones estético-corporales específicos para cada uno (González y Col. 2009).

Todos los autores anteriores coinciden en que la imagen corporal es el constructo que nosotros mismos nos creamos y que depende de uno mismo reforzarlo o no, y que viene desde lo interno, creando nuestro auto concepto y de ahí va a ir ligado lo demás.

Donde los medios de comunicación tienen gran influencia en gran medida para la existencia de cánones de belleza ya establecidos y compartidos

socialmente, lo que representa una presión significativa para los sujetos de una sociedad, debido a la importancia que se concede a la apariencia personal para triunfar en todas las áreas tanto laborales, sociales y personales.

Para Unikel la insatisfacción corporal, es la excesiva preocupación por el peso, donde los trastornos alimentarios han venido incrementándose de manera consistente principalmente en las escuelas. Debido a este se han realizado investigaciones desde la perspectiva de las teorías del desarrollo en las que se hace hincapié en el papel que desempeña el desarrollo de la infancia y de la adolescencia en la distorsión de la imagen corporal.

Debido que la infancia es un momento muy importante en el desarrollo del ser humano donde se van a empezar a vivir las primeras experiencias de vida, y poco a poco con la ayuda de los padres se ira formando un concepto de sí mismo para que cuando llegue a la adolescencia este aspecto se encuentre reforzado y al entrar a la escuela no pueda ser modificado por los demás, pero en el caso contrario cuando no es reforzado su auto concepto desde pequeño al salir de su círculo de confort y enfrentarse a un nuevo escenario es cuando vienen las consecuencias y los problemas como los trastornos de alimentación.

Para Unikel, Saucedo, Villatoro y Fleiz (2002) argumentan que en algunos estudios se ha demostrado que entre más afectado emocionalmente se encuentre un adolescente, menos soportará su apariencia física y por ende será más susceptible a desarrollar trastornos alimentarios (González, Viveros, 2009).

Debido a que los problemas de la imagen corporal tienen que ver en gran medida a una gran cantidad de alteraciones o disgustos que se producen constantemente de una manera regular. Por ejemplo, es muy generalizado el que

una pobre imagen corporal vaya asociada a una baja autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta la autoimagen. Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar todas sus cualidades de destreza, trabajo o incluso inteligencia.

Dichos trastornos alimentarios tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal. La similitud de los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: “preocupación persistente con el peso y la silueta” (APA, 1987) o “la autoevaluación esta exageradamente influida por el peso y la silueta corporales”.

Los trastornos alimentarios en personas con una apariencia normal son esencialmente trastornos dismórficos más anomalías en la conducta alimentaria. Las conductas purgativas en las bulimias son equiparables a los remedios de belleza utilizados por las personas con trastornos alimentarios tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso a la silueta (Rainch, 2004).

2.13.6 Adolescencia e insatisfacción corporal

Otro elemento es la Insatisfacción corporal, que se ha definido como “el cuadro de nuestro propio cuerpo que formamos en nuestra mente” pero también se ha utilizado la expresión para describir las percepciones de los límites del cuerpo, un sentido de atractivo y la percepción de las sensaciones corporales (Ogden, 2003).

Es al igual también un factor importante para el desencadenamiento de los trastornos alimentarios como la bulimia, anorexia y compulsión a comer debido a que el adolescente al no estar a gusto con su cuerpo que al verse al espejo lo que

vea no le guste, que en la escuela o el grupo donde esta no sea aceptado esos factores estresantes serán el punto clave para que empiecen a desarrollarse estas enfermedades que pueden llevar al adolescente a la muerte.

Sin embargo, al involucrar a todas las mujeres que desean librarse de algunos kilos, sus ganancias aumentan enormemente, con esta finalidad, las revistas dietéticas no solo editan artículos referentes a la forma de perder mucho peso, sino que también publican: ¿Cómo perder esos kilos extra el verano? Etcétera. La industria de las dietas de adelgazamiento responde a una necesidad, facilitando a las mujeres (y algunos hombres) con sobrepeso información, refuerzo y apoyo social.

Pero todo esto con la finalidad de incrementar sus ganancias aún más ahora no solo vendiendo a aquellas personas que lo necesitaran por cuestiones de salud si no ahora ya era para todo el público en general sin importar cuales eran los motivos, para ellos solo era vender y vender. Sobre todo, a los adolescentes que como ya dijimos son los más vulnerables.

Así es como la industria también crea esta necesidad, primero participando en el mundo de los medios de comunicación, que cree y, al mismo tiempo, perpetua la idealización de la delgadez; segundo, promoviendo la creencia de que los regímenes son eficaces y, por último, expandiendo los límites de la necesidad para la industria del régimen y tratando la percepción de un problema de tamaño corporal como un auténtico problema (Ogden, 2003).

Donde la industria perfecta: asegura que las mujeres continúen sintiéndose gordas y creyendo que el régimen es la solución y, al ofrecer un producto que solo es eficaz en raras ocasiones, garantiza que su mercado nunca se deteriore. El

modelo de los límites interpreta que la ingesta de las personas que restringen su alimentación está regulada por un “límite de la dieta” determinado de forma cognitiva. Indica que quienes hacen régimen intentan reemplazar el control fisiológico por el control cognitivo, que representa “la cuota de consumo seleccionada e impuesta por la persona que está a dieta en una determinada ocasión”. Herman y Polivy (1984) comentan que, tras una toma previa baja en calorías, la persona que está a régimen puede mantener su objetivo de dieta para el futuro inmediato, siempre que la ingesta de comida se mantenga dentro de los límites establecidos para la dieta. Sin embargo, una vez que esta persona ha traspasado los límites de la dieta (es decir, ha comido algo “no permitido”), consume alimentos ad libitum hasta que se activan las presiones de los límites de la saciedad (Ogden, 2003).

Porque unas de las necesidades primarias y fundamentales que el hombre ha tenido que satisfacer para poder vivir es la alimentación. El desarrollo pleno del ser humano solo puede darse cuando recibe diariamente las cantidades y combinaciones adecuadas de nutrimentos, ya que cuando esto no sucede da como resultado los malos hábitos alimentarios, que ponen en peligro el bienestar físico y emocional de individuo (Cervantes Cazares, 2004).

2.14 Ficción de la feminidad

Otro factor importante es la ficción de la feminidad que ha sido un elemento fundamental dentro de los trastornos que afectan sobre todo a mujeres, aunque la población masculina también se ve afectada y esta va en aumento, lo que requiere incorporar una perspectiva de género a la hora de abordar la problemática. La

construcción de la feminidad y de la relación de las mujeres con sus cuerpos tiene como rasgo esencial el autocontrol, las mujeres vigilan lo que comen, como se visten, hablan, se sientan, caminan, se comportan etcétera. Las contradicciones que experimentan las mujeres afectadas también provienen de las exigencias derivadas de la imposición de un cierto modelo de feminidad basado en la necesidad de triunfar profesionalmente a la vez de asimilarse al modelo idealizado de mujer (Bullen, Ferrer, 2005).

Esto arroja que la feminidad es algo cambiante dependiendo de la época que este, no está claro cuál es el significado de belleza en si debido a los diferentes estereotipos que se manejan como va avanzando el tiempo.

Al igual que ahora ya no solo esto afecta a las mujeres sino también a los hombres en gran medida que el mundo laboral prioriza, una idea de la individualidad basada en valores masculinos, e incluso en un cuerpo masculino. La inserción de las mujeres en él las introduce en una lucha constante para conjugar responsabilidades domésticas con trabajo remunerado, a menudo un equilibrio muy difícil de conseguir. La creación de ficciones sobre las mujeres que lo pueden hacer todo, la creencia de que la competencia por el poder y el estatus se realiza en condiciones de igualdad y una sexualidad marcada por los medios audiovisuales en lo que el aspecto físico es primordial, pone a las mujeres en una posición de contradicción y frustración al tener que enfrentarse a modelos inalcanzables, irreales y contradictorios.

Hoy en día con los avances tecnológicos y los cambios de hábitos, la cultura contemporánea desafía el reloj biológico y el proceso de envejecimiento,

precipitándonos a presiones para mantener el cuerpo y el aspecto joven (Bullen, Ferrer,2005).

Gracias a toda esa tecnología que hoy en la actualidad ya está al alcance de toda la belleza ha llegado al punto de ser modificable y moldeable a las necesidades de los individuos y entre ellos adolescentes que desean siempre cambiar algo de su cuerpo por el simple hecho de no estar a gusto y querer parecerse a todas esas modelos que les transmiten los medios de comunicación con el único fin de ser delgadas para ser aceptadas.

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3. Metodología

En este capítulo se exponen las bases metodológicas que me permitieron desarrollar el presente trabajo.

Dicha investigación tiene alcances de estudios descriptivos, donde será la base de la investigación debido a que se considera al fenómeno (trastornos alimenticios) y sus componentes.

Se presentará un análisis de las variables, así como de las muestras, esto se observa en adolescencia vs trastornos alimenticios., además de contrastar la muestra de la escuela privada vs escuela pública.

Asimismo, responde a las causas de los eventos y fenómenos tanto físicos como sociales y se enfoca en explicar porque ocurre dicho fenómeno y cuáles son las condiciones en las que se manifiesta.

3.1. Muestra

La muestra es no probabilística, debido a que la elección de los elementos no dependió de la probabilidad si no de causas relacionadas con las características de la investigación en este caso adolescentes de nivel secundaria con un rango de edad de 12 a 15 años. Se tomaron dos tipos de muestra, una es la esc. Privada Secundaria Latina Campus Cuautla que está localizada en Carretera Federal México-Oaxaca 1060 Col. Hermenegildo Galeana Cuautla, Morelos C.P. 62741 Tel. 01 (735) 3524697 y 3545120.

Con 72 alumnos de los cuales, solo se tomaron para la muestra 45 de ellos.

La segunda muestra es de una Secundaria pública "Cuautli" localizada en la Calle Francisco Mendoza Palma 169, Gabriel Tepepa, 62743 Cuautla, Mor. Tel: 01 735 352 4113, con 1,500 alumnos de los cuales solo se tomaron 90 de ellos.

Se aplicaron en dos secundarias diferentes para al final hacer una comparación y ver si el estado socioeconómico afecta o forma parte de uno de los elementos importantes para el desencadenamiento de los trastornos de la conducta alimenticia.

Ambas dentro del municipio de Cuautla que es la segunda ciudad más importante del estado, con una población de 175,207 habitantes, de acuerdo al censo de INEGI, 2010

El municipio se encuentra en la zona oriente del estado de Morelos, localizada en las coordenadas geográficas extremas 18°49' N de latitud y 99°01' O de longitud, a una altura aproximada de 1,330. Posee una superficie de 153,651 km², con una altitud de 1,291 m a nivel del mar. Limita al norte con Atlatlahucan, al sur con Ayala, al oriente con Yecapixtla y Ayala y al poniente con Yautepec. Está dividido en 43 colonias sobresaliendo Calderón, Casasano, Cuautlixco entre otras.

3.3 Tipo de estudio

Estudio descriptivo busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.

3.4 Variables

Variable dependiente: Trastornos alimenticios, dependen de factores externos

Variable independiente: Adolescencia, no dependen de factores externos.

3.5 Procedimiento

Para el desarrollo se solicitó a dos directivos una de la privada y otro de la pública se solicitó permiso para la aplicación de encuestas. Se les explicó en qué consistían dichas encuestas y cuál sería el fin, mostrándoselas en físico para que vieran como estaban conformadas. La aplicación fue realizada con adolescentes de secundaria del 1A, 2A, 3A año en ambas escuelas con una edad de 12 a 15 años de edad, se les explico para que se aplicarían las encuestas mencionando que serían anónimas los cuales completaron las encuestas en forma individual.

3.6 Instrumentos

La primera parte se aplicó el cuestionario del test de siluetas para adolescentes que nos permitirá obtener datos importantes; como la autopercepción que tengan de su propio cuerpo en función de su peso (muy delgado; delgado; ni gordo ni delgado; gordo y muy gordo), con la finalidad de conocer su distorsión sobre su imagen corporal, la cual se conoce como el menor o mayor alejamiento concreto del peso imaginario con respecto al peso reportado por los adolescentes llevando registro de esto a través de las siluetas que se les presentaron en el primer cuestionario aplicado . En un segundo momento se aplicó

el Eating Attitudes Test (EAT), Garner et al; 1982). Para responder a este instrumento los participantes debe leer los ítems e indicar con qué frecuencia ha realizado cada uno de los comportamientos expresados en los mismos. Para ello, debe utilizar una escala de seis puntos, tipo Likert, con los siguientes extremos: 1 = nunca y 6= siempre. Los ítems se distribuyen en tres factores.

El primer factor, denominado hacer dieta: Está relacionado con la evitación de alimentos que engordan y con la preocupación por estar más delgado.

El segundo factor, bulimia y preocupación por la alimentación: agrupa ítems que reflejan pensamientos sobre la comida e ítems que indican comportamientos bulímicos.

El tercer factor, control oral: hace referencia al autocontrol impuesto en la conducta de comer y a la percepción de que los otros ejercen una presión para que la persona gane peso.

CAPITULO IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. Capitulo IV: análisis de Resultados

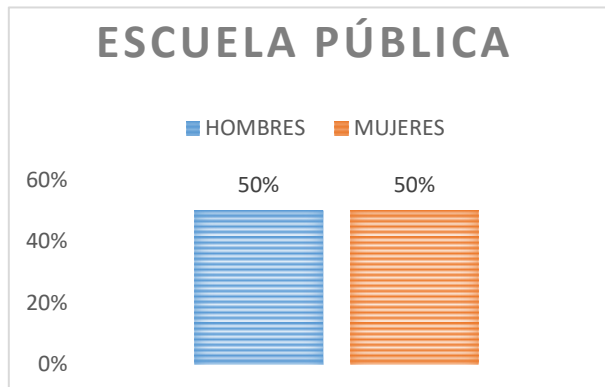
4.1 Presentación de los resultados

La recolección de información se realizó con el fin de obtener y analizar información acerca del tema seleccionado (trastornos alimentarios), los cuales se presentarán en graficas de barras para una mejor comprensión visualización y análisis de información de ambas muestras.

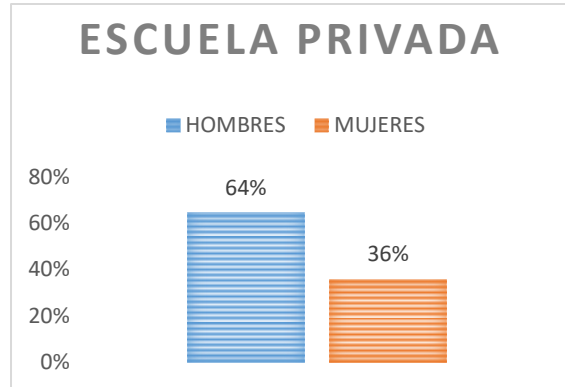
A continuación, se presentarán, principales resultados derivados de la investigación de campo, los cuales llevaron a la realización de un estudio descriptivo que se graficaron para una mejor comprensión de la información:

En esta primera gráfica, se puede observar el número de hombres y mujeres que participaron en la presente investigación tanto de la escuela pública como de la privada.

Grafica 1: Genero



Grafica 2: Genero



Fuente: elaboración propia

En esta gráfica se muestra el número de participantes tanto de hombres como mujeres, de los cuales, existe un comportamiento irregular, ya que para la escuela pública existe un equilibrio de géneros, mientras existe una disparidad a nivel de escuela privada al contar con el 64% de varones, mientras un 36% son mujeres.

En la escuela pública hay una población de 1500 alumnos, aproximadamente, de los cuales y con la finalidad de tomar una muestra homogénea entre las dos poblaciones, se decidió solo trabajar con los grupos A del turno matutino, los cuales tienen cada grupo un promedio de 44 alumnos, por los tres grupos (1A,2A, 3A) nos da un total de 132 alumnos, aproximadamente; considerando lo anterior se tomó una muestra de 90 alumnos que representa el 68.2% de la población.

Por su parte, en la escuela privada se cuenta con una población de 72 alumnos de los grados de 1°, 2° y 3°, todos del grupo "A", con relación al párrafo anterior se considero tomar una muestra de 45 alumnos, mismo que representan un 62.5%, del total de la población, que en armonía con lo anteriormente dicho corresponden ambas a muestras equiparables y representativas.

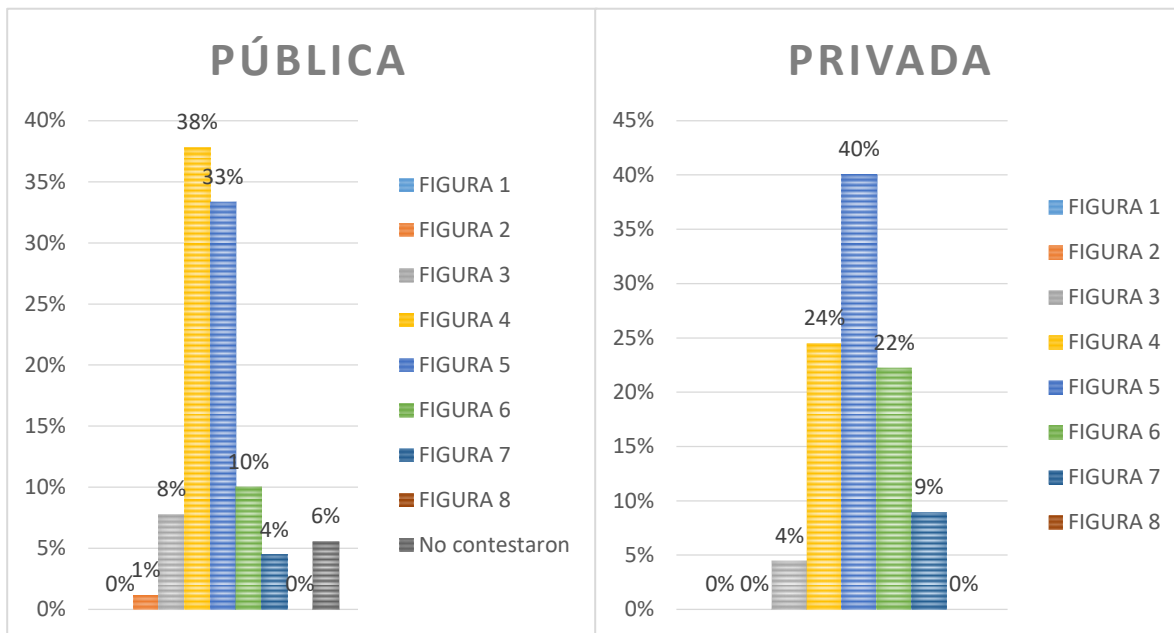
4.2. Presentación de Resultados

A partir de aquí se mostrarán los resultados de las encuestas aplicadas a la población, es decir se presentarán las gráficas tanto de la escuela pública, como privada, con la finalidad de presentar con mayor certeza el comportamiento de nuestra población encuestada.

Figura 1: Test de Siluetas para adolescentes



En esta pregunta se va a dividir en dos, en la primera gráfica se podrá observar con qué imagen se identifican los adolescentes la cual se presenta abajo y en la segunda gráfica, se les solicita con que cuerpo se podrían identificar más.



1. ¿CON CUAL DE LAS SIGUIENTES SILUETAS TE IDENTIFICAS MAS?

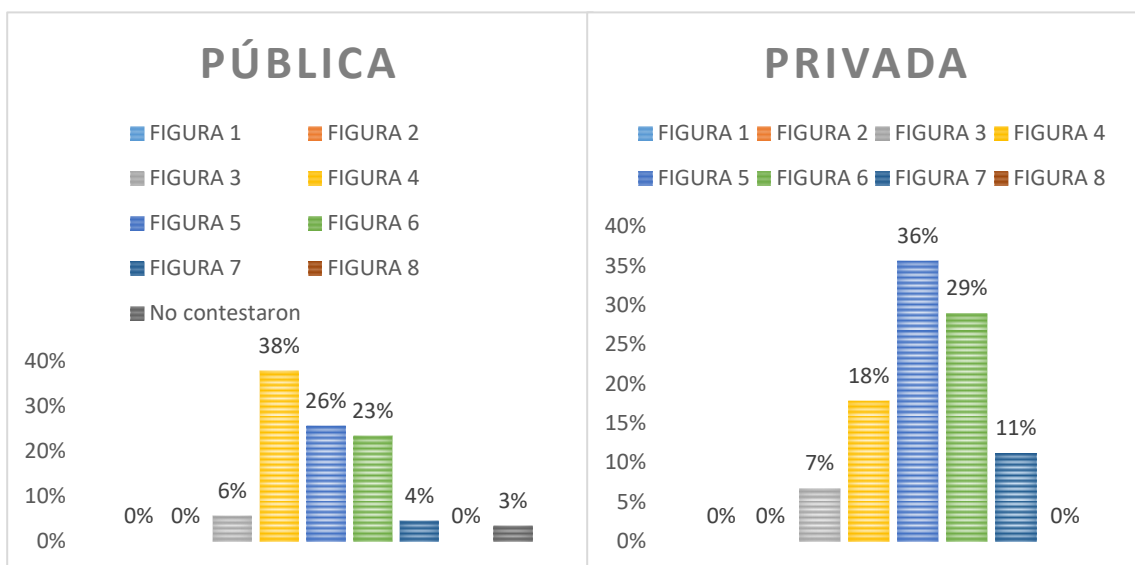
Fuente: elaboración propia

En la pregunta 1 se muestra que las siluetas que más prevalecen son las 4 y 5 que se encuentran en los rasgos normales en ambas escuelas, tomando en cuenta que tanto las siluetas 1,2,7 y 8, se encuentran en un rango bajo donde pudiera a ver indicios de un posible trastorno de la conducta alimenticia, sin dejar a un lado el 6% que no contesto, que no se puede dejar desapercibidos.

Estos datos nos dan información acerca de cómo el adolescente se autopercebe y como los que no contestaron son cifras que no podemos dejar a un lado porque, aunque son muy bajas son las que nos arrojan más información, de igual manera, podemos observar que la escuela pública se encuentra con problemas de la conducta alimenticia en un 5%, más un posible 6% de su población; mientras en la escuela privada arroja un problema en un 13%, dato que

supera incluso la media nacional que es de un 8% de la población, que muestra algún problema de su conducta alimenticia.

2. ¿QUE TIPO DE CUERPO CREE QUE TIENES?



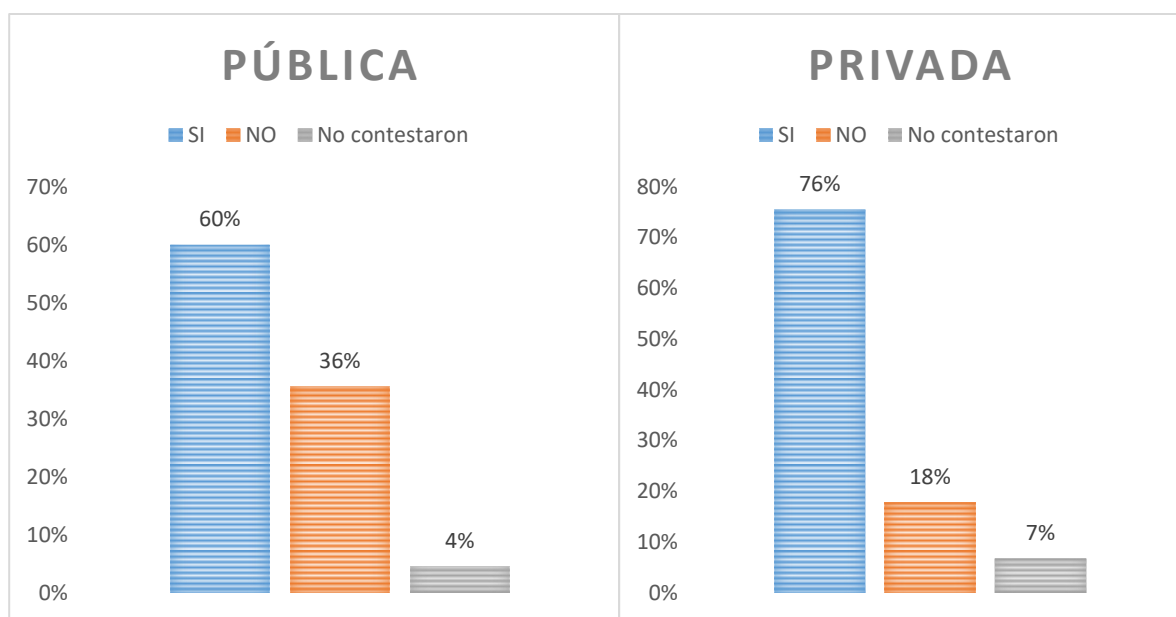
Fuente: elaboración propia

En la pregunta 2 se muestra que los cuerpos que más prevalecen son los 4, 5, 6 en ambas escuelas con porcentajes elevados que se encuentran en los rasgos normales, se puede observar también que hubo un 3% de la escuela pública que no contestaron, tomando en cuenta que las siluetas 1,2,7, y 8, son las que muestran que podrían observarse posibles indicios de un trastorno de la conducta alimenticia.

Por lo anteriormente dicho, estos datos nos dan información acerca de cómo los adolescentes creen que tienen su cuerpo, esto es la autopercepción, mientras que en la escuela pública se observa que un 4% indica una cierta distorsión de la imagen corporal, así como un 3% que no responde; y, este mismo comportamiento en la escuela privada se observa en un 11%; por lo que

nuevamente se repite que en la escuela privada se presenta una posible alteración en la autoimagen de las y los adolescentes.

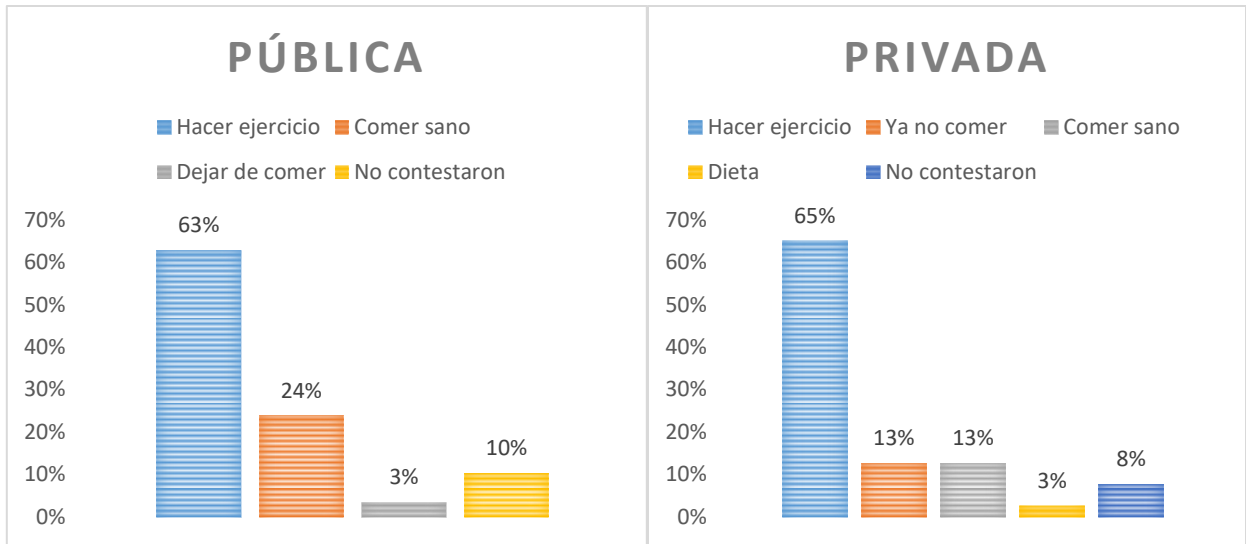
3. DE ACUERDO CON LA PREGUNTA 1, ¿HARIAS ALGO PARA TENER ESE TIPO DE CUERPO?



Fuente: Elaboración propia

En esta pregunta, se observa si las y los adolescentes cambiarían algo de su rutina para obtener un cuerpo deseado, las respuestas son muy altas, esto es que en la escuela pública, harían cambios en un 60% de la muestra, mientras que en la escuela privada lo harían en un 76%; lo anteriormente dicho, se podría deber a que los estereotipos de moda , generan una presión social y por lo tanto un cambio en la conducta, ya que si observamos los datos de posibles trastornos de la conducta alimenticia, no corresponden a dichos resultados.

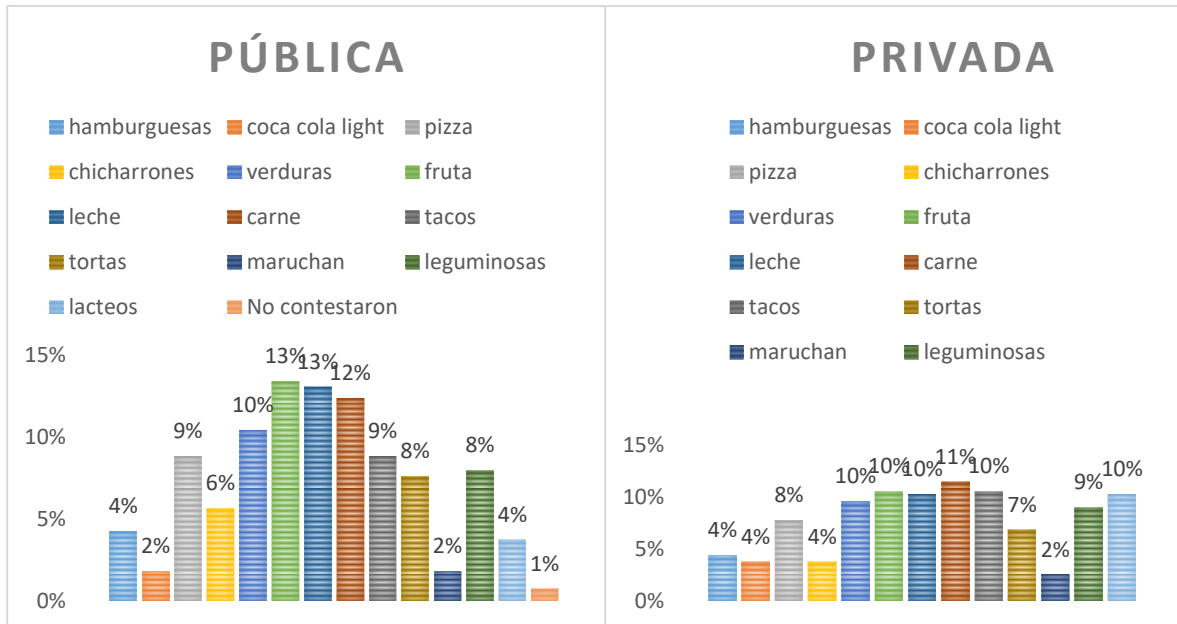
4. SI CONTESTASTE SI ¿QUE ES LO QUE HARIAS?



Fuente: elaboración propia

En esta pregunta se observa que las y los adolescentes realizarían determinadas actividades para lograr el cuerpo deseado esto es que en la escuela pública realizarían ejercicio y dejar de comer con un 63%, 3% en la privada con un 65%, 13% de la población, tomando en cuenta que el 10% y 8% que no contestaron podrían presentar indicios de un posible trastorno de la conducta alimentaria, lo anteriormente dicho, se debe a la insatisfacción que los adolescentes tienen acerca de su cuerpo y realizarían dichas actividades para lograr dicho estereotipo de cuerpo.

5. ¿QUE ES LO QUE COMES NORMALMENTE?

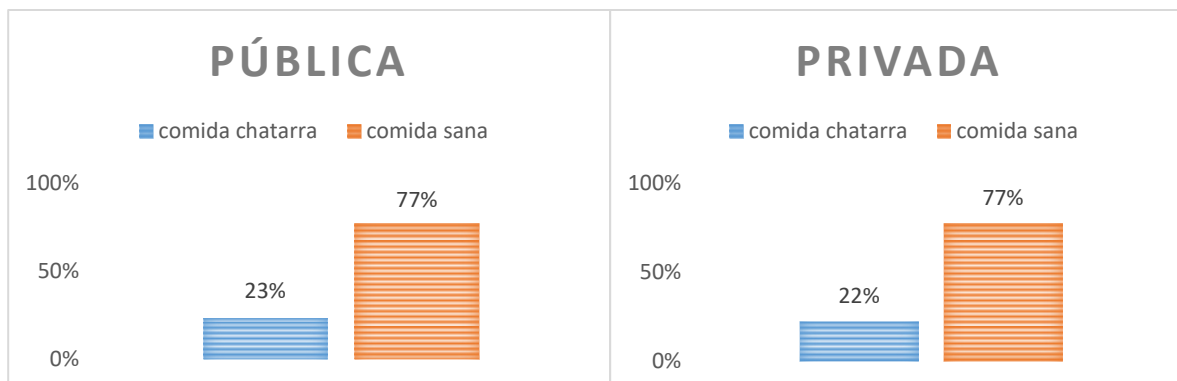


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 5 se muestra que los alimentos más consumidos por las y los adolescentes son la fruta, leche, carne, verduras siendo los índices mayores de la población, sin descartar que la pizza y chicharrones tienen también un porcentaje elevado, lo anteriormente dicho, se debe a que hay muy mala alimentación.

Estos datos nos dan información acerca de lo que consumen los adolescentes normalmente en su vida cotidiana.

5.1. RESULTADOS OBTENIDOS

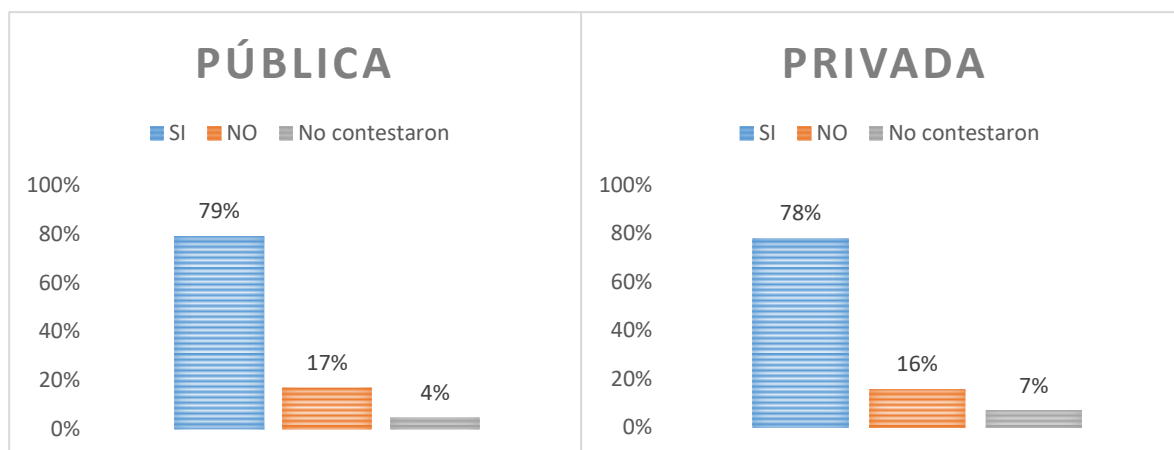


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 5.1 se muestra el comparativo de que comida consumen más por las y los adolescentes esto es que en la escuela pública la comida chatarra tiene un 23% y la escuela privada un 22% respuestas con un porcentaje regular.

Estos datos nos dan información sobre qué es lo que consumen, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores se muestra que la comida chatarra, aunque es un tanto bajo se podría inferir que se debe a la mala alimentación que tienen.

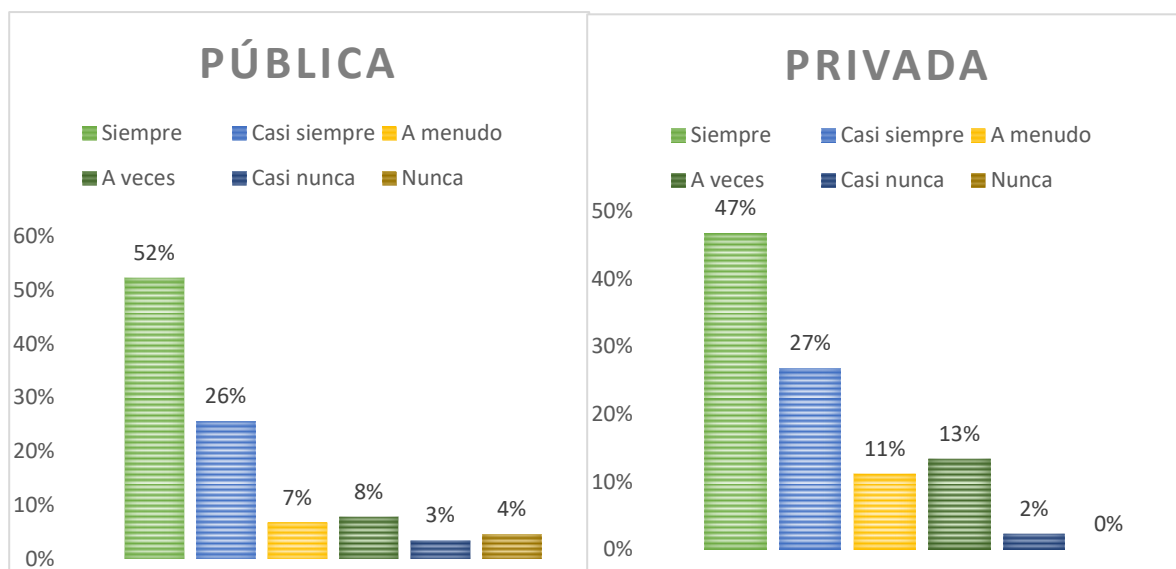
6. ¿TE QUIERES TAL Y COMO ERES?



Fuente: elaboración propia

En la pregunta 6 muestra si las y los adolescentes se quieren tal cual son, el 17% en la escuela pública y el 16% en la escuela privada, no se aceptan tal cual son, lo anteriormente dicho, se podría deber a que los adolescentes no se aceptan como son y siempre van a buscar la manera de cambiar su imagen como ya se mencionó en el capítulo II son porcentajes bajos pero significativos, nos dan indicios de un posible trastorno de la conducta alimentaria tomando en cuenta que el 4% y 7% que no contestaron se podría inferir que pueden presentar algún problema de esta índole.

1. ME AGRADA COMER EN COMPAÑÍA DE OTROS



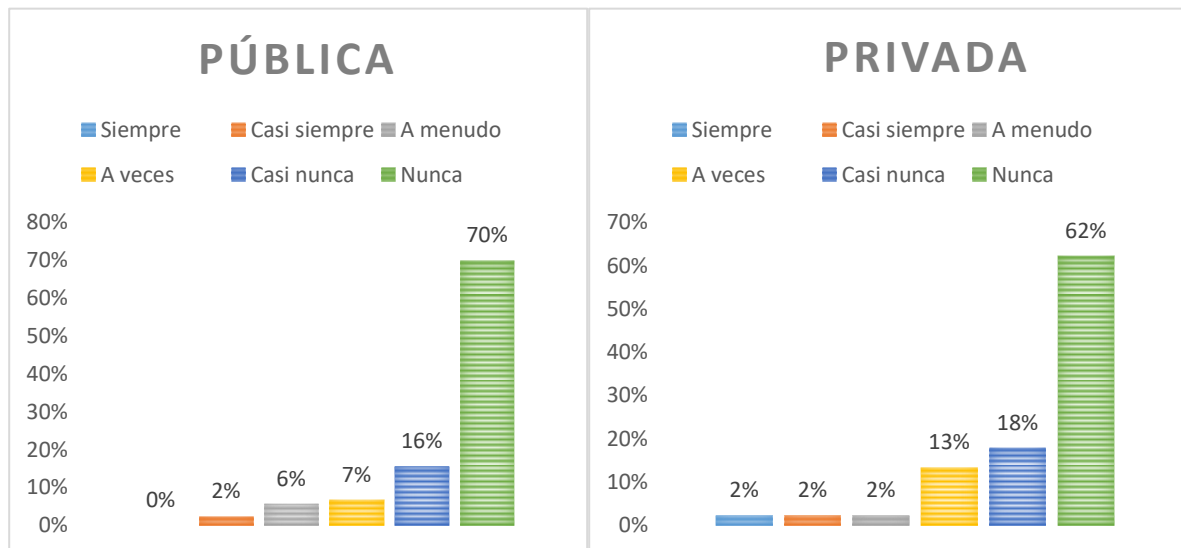
Fuente: elaboración propia

En la pregunta 1 se observa que el mayor porcentaje que es (siempre) en ambas escuelas les agrada comer en compañía de otros, el 26% ,27% (casi siempre); tomando en cuenta que el 4% (nunca) en la escuela pública no disfruta de dicha actividad. En la escuela privada (casi nunca) con un 2% tampoco se les hace agradable, lo anteriormente dicho, nos arroja que, aunque sea menos el

porcentaje en un foco de atención importante, debido a que lo que se pretende observar en dichos resultados es conocer los indicios de posibles trastornos alimenticios

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada.

2. PREPARO COMIDAS PARA OTROS, PERO YO NO COMO LO QUE COCINO

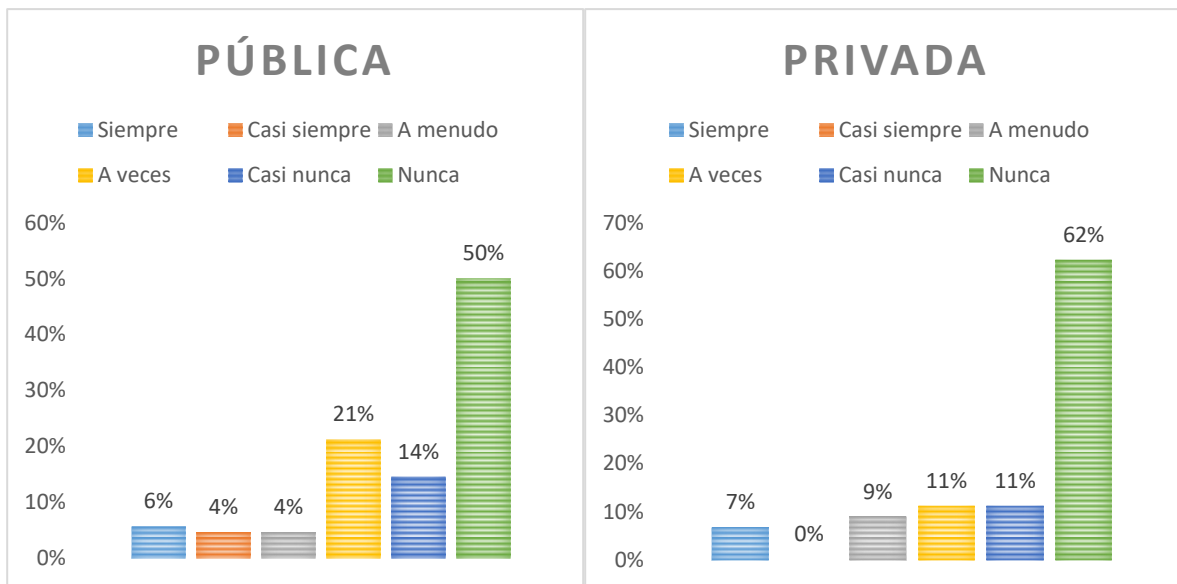


Fuente: elaboración propia

En la siguiente pregunta se muestra que el 16% y 18% (casi nunca) de dichas escuelas, preparan la comida para otros, pero no comen lo que cocinan; tomando en cuenta que el 2% (casi siempre) de las y los adolescentes no ingieren lo que ellos preparan; lo cual se pretende observar en dichos resultados es conocer los indicios de posibles trastornos alimenticios.

Lo anteriormente dicho, en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 70% en la escuela pública, 62% en la escuela privada nunca realizaran dichas conductas.

3. SIENTO ANSIEDAD ANTES DE COMER



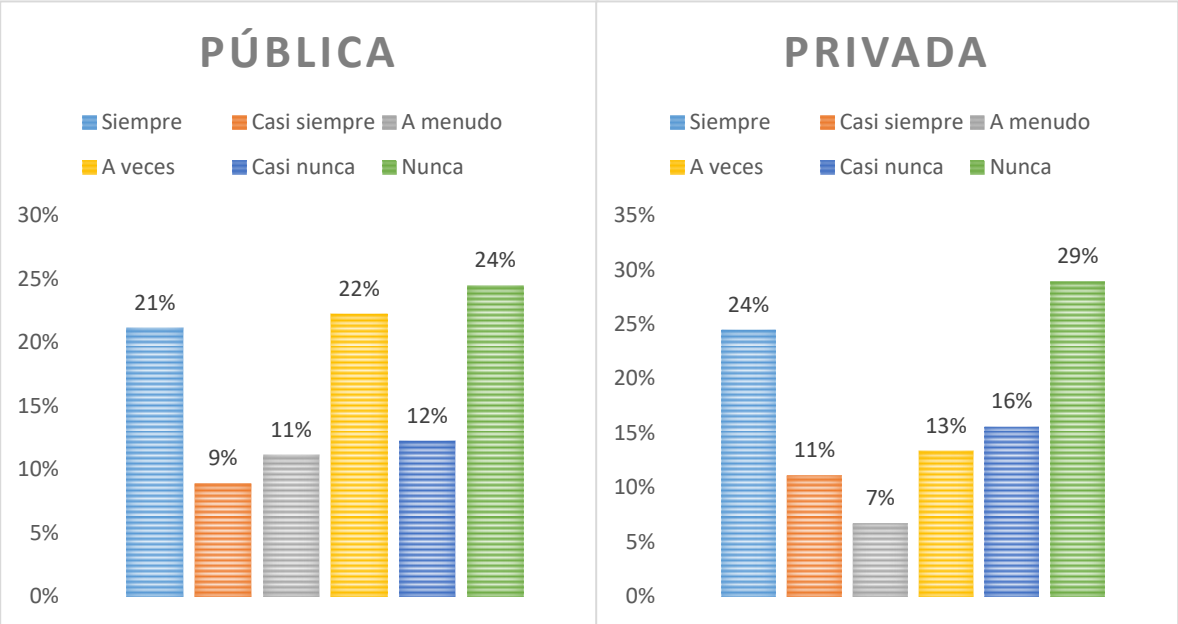
Fuente: elaboración propia

Se puede observar que el 50% y 62% (nunca) de dichas escuelas no sienten ansiedad antes de comer, el 21% y 11% (a veces) el 14% y 11% (casi nunca) hay ciertos indicios de una problemática tomando en cuenta que el 4% y 9% (a menudo), son porcentajes bajos que nos arrojan información importante de que podría ser un foco de atención con indicios de un posible trastorno alimenticio.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que el 6% en la escuela pública y el 7% en la escuela privada (siempre) sufren de ansiedad antes de comer cifras muy

importantes que no debemos descartar debido a que ya tienen un cierto problema al sentir ese malestar antes de probar algún alimento.

4. ME ATERRORIZA LA IDEA DE TENER EXCESO DE PESO

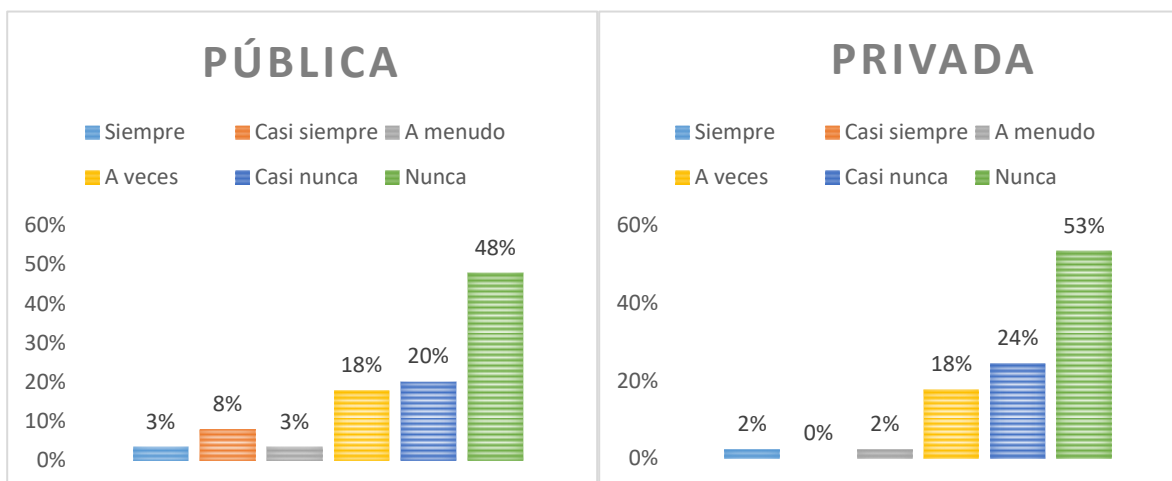


Fuente: elaboración propia

En esta pregunta 4 se observa que el 24%, 29% (nunca) en dichas escuelas no les aterroriza la idea de tener exceso de peso, pero al 22%, 13% (a veces) 11%, 7% (a menudo) les desagrada tener exceso de peso, se puede observar posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que el 9%, 11% (casi siempre) tienen esta idea.

Por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 21% en la escuela pública, 24% en la escuela privada (siempre) les asusta la idea de tener exceso de peso son cifras alarmantes debido a que son porcentajes elevados en este caso.

5. EVITO COMER CUANDO TENGO HAMBRE

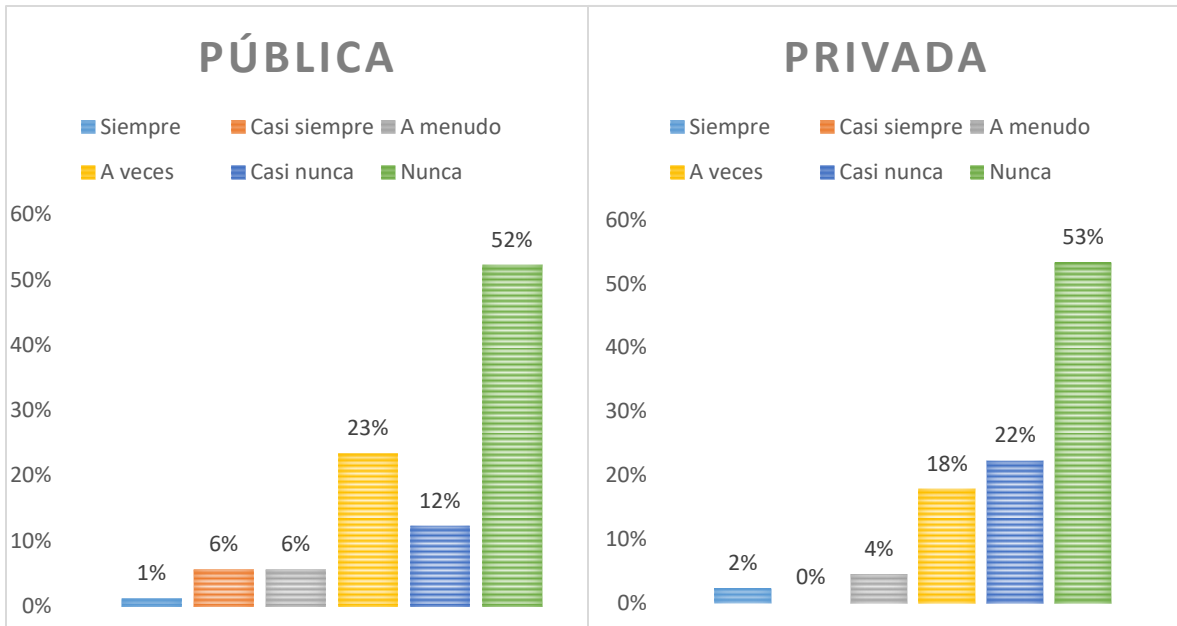


Fuente: elaboración propia

En esta pregunta se observa que el 48%, 53% (nunca) en ambas escuelas evitan comer cuando tienen hambre, el 20%, 24% (casi nunca), 18% (a veces) tanto en la escuela pública como en la privada

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada con posibles indicios de trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que el 3% en la escuela pública, 2% en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas, observando que, aunque los porcentajes son bajos siempre son los que nos arrojan algún punto importante.

6. ME SIENTO PREOCUPADO/A POR LA COMIDA

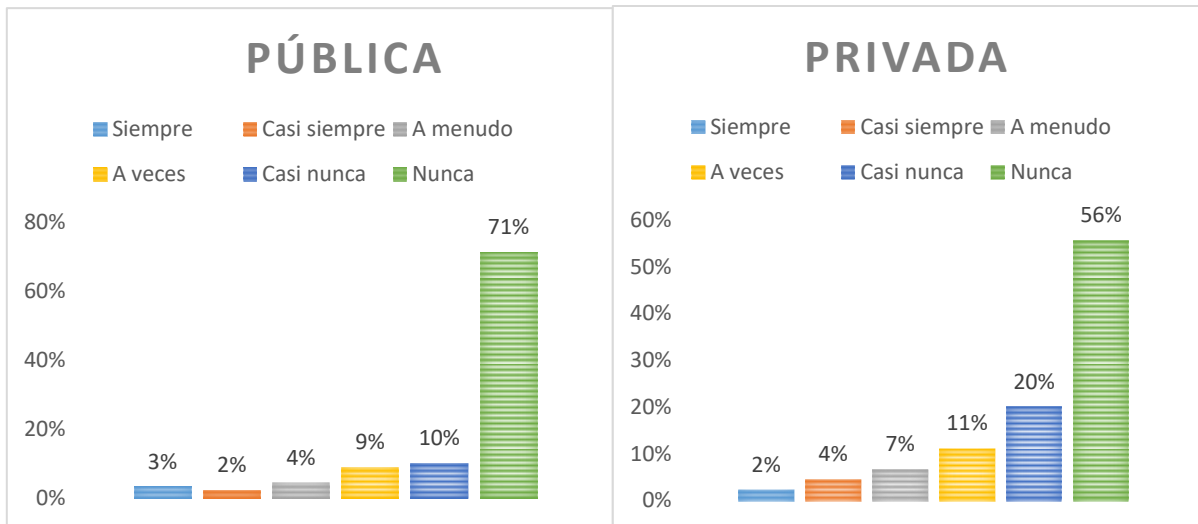


Fuente: elaboracion propia

Se observa en dichas escuelas que el 52%, 53% (nunca) se sienten preocupados por la comida, al 23%,18% (a veces), 12%, 22% (casi nunca) les preocupa, se puede observar posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que el 6% (casi siempre),6% ,4% (a menudo) son rangos bajos pero significativos.

Estos datos nos dan información sobre conductas de nuestra población encuestada con indicios de posibles trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que el 1% en la escuela pública, 2% en la escuela privada (siempre) hay cierta preocupación por la comida.

7. COMO EN EXCESO Y SIENTO QUE NO PUEDO PARAR

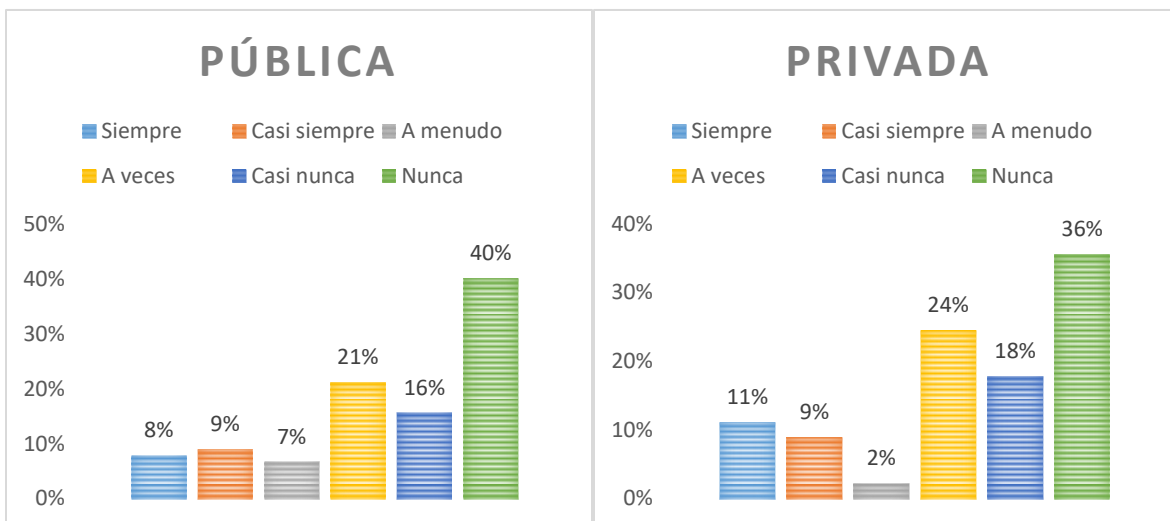


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 7 se muestra que en dichas escuelas el 71%, 56% (nunca) comen en exceso y sienten que no pueden parar al 10%, 20% (casi nunca) el 9%,11% (a veces) se puede observar posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que el 2%, 4% (casi siempre) comen en exceso y no pueden parar.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada con posibles indicios de trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 3% en la escuela pública, 2% en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas.

8. CORTO MI COMIDA EN PEQUEÑAS PORCIONES

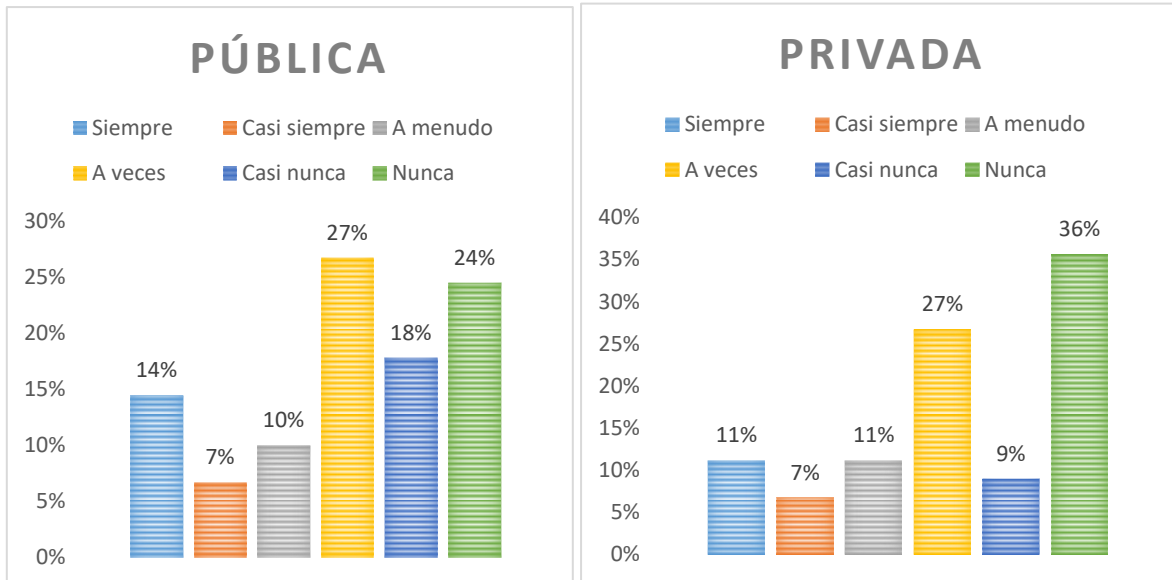


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 8 se muestra en ambas escuelas el 40%, 36% (nunca) cortan su comida en pequeñas porciones al 21%,24% (a veces) 16%,18% (casi nunca) 9% tanto en la escuela pública como en la privada (casi siempre) realizan estas conductas tomando en cuenta que puede a ver indicios de un posible problema.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realiza la población encuestada con posibles indicios de trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 8% en la escuela pública, 11% en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas.

9. ESTOY INFORMADO SOBRE EL CONTENIDO CALORICO DE LAS COMIDAS QUE INGIERO



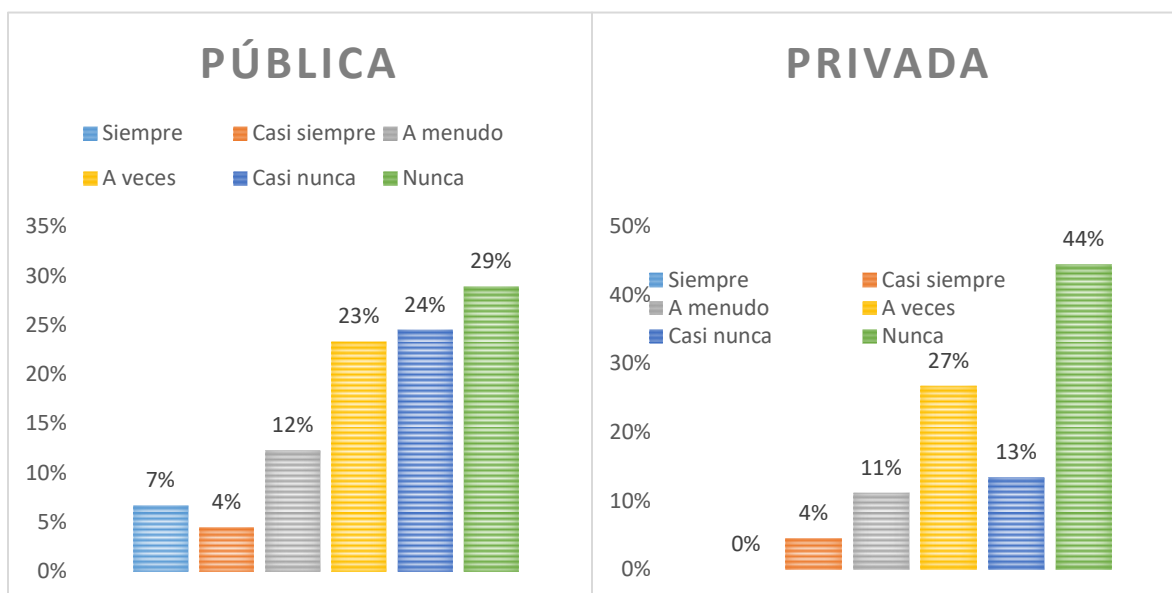
Fuente: elaboración propia

En la pregunta 9 se muestra en dichas escuelas el 24%,36% (nunca) están informados sobre el contenido calórico de las comidas que ingieren al 27% (a veces) ,18%,9% (casi nunca), 7% (casi siempre), 10%,11% (a menudo) puede a ver ciertos indicios de una problemática tomando en cuenta que están informados sobre el contenido calórico de lo que ingieren y esto les puede causar cierta inquietud.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan la población encuestada con posibles indicios de trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que el 14 % en la escuela pública, 11% en la escuela privada (siempre)

están informados acerca de las calorías de las comidas que ingieren y tienen cierto conflicto con eso.

10.EVITO EN PARTICULAR AQUELLOS ALIMENTOS CON UN ALTO CONTENIDO EN CARBOHIDRATOS

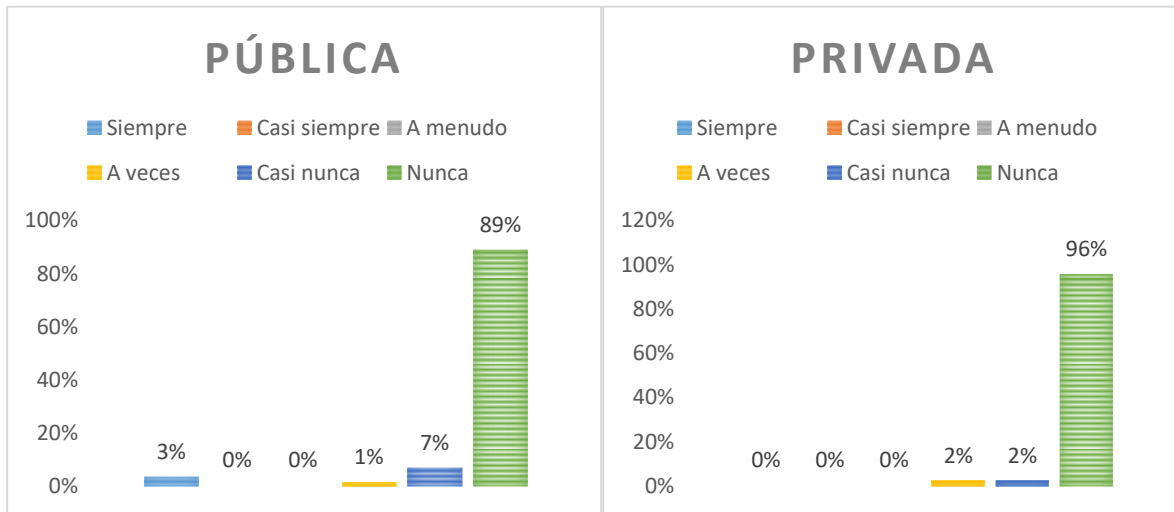


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 10 se muestra en dichas escuelas que el 29%,44% (nunca) evitan en particular aquellos alimentos con un alto contenido en carbohidratos al 24%,13% (casi nunca) ,23%,27% (a veces), 12%,11% (a menudo), evitan ciertos alimentos hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que el 4% (casi siempre) realizan dichas conductas.

Estos datos nos dan información sobre las conductas de nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que un 7% en la escuela pública (siempre) evitan esas conductas de comer alimentos con cierto nivel de carbohidratos con el fin de no subir de peso.

11. VOMITO DESPUES DE COMER

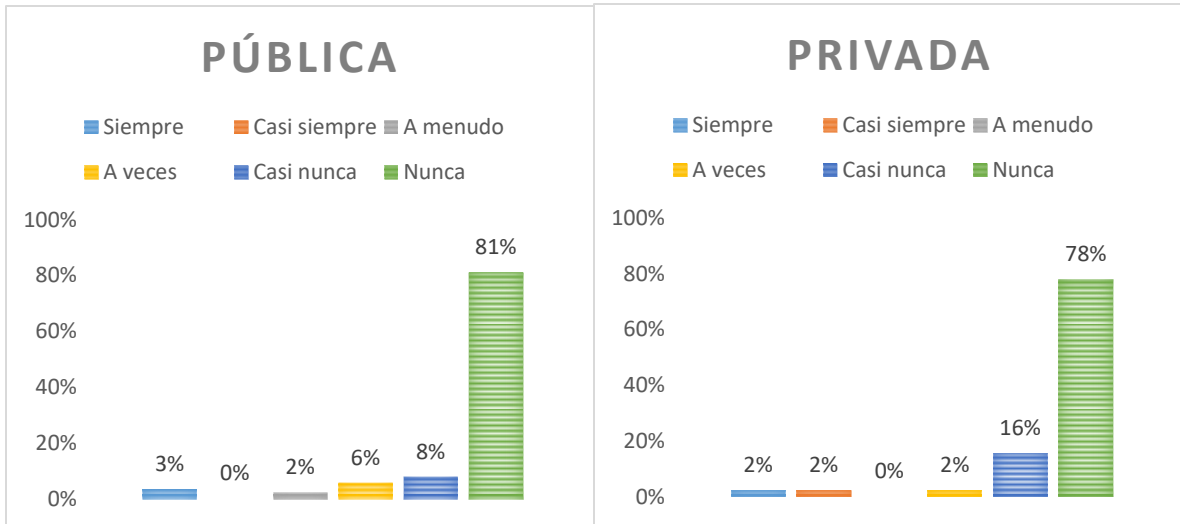


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 11 se muestra en ambas escuelas que el 89%,96% (nunca) vomitan después de comer al 7%,2% (casi nunca),2%. 1% (a veces) aunque sea mínimo el porcentaje puede haber ciertos indicios de una problemática.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realiza la población encuestada con posibles indicios de trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 3% en la escuela pública (siempre) realizan dicha conducta, rango bajo pero muy significativo.

12. ME SIENTO EXTREMADAMENTE CULPABLE DESPUES DE COMER

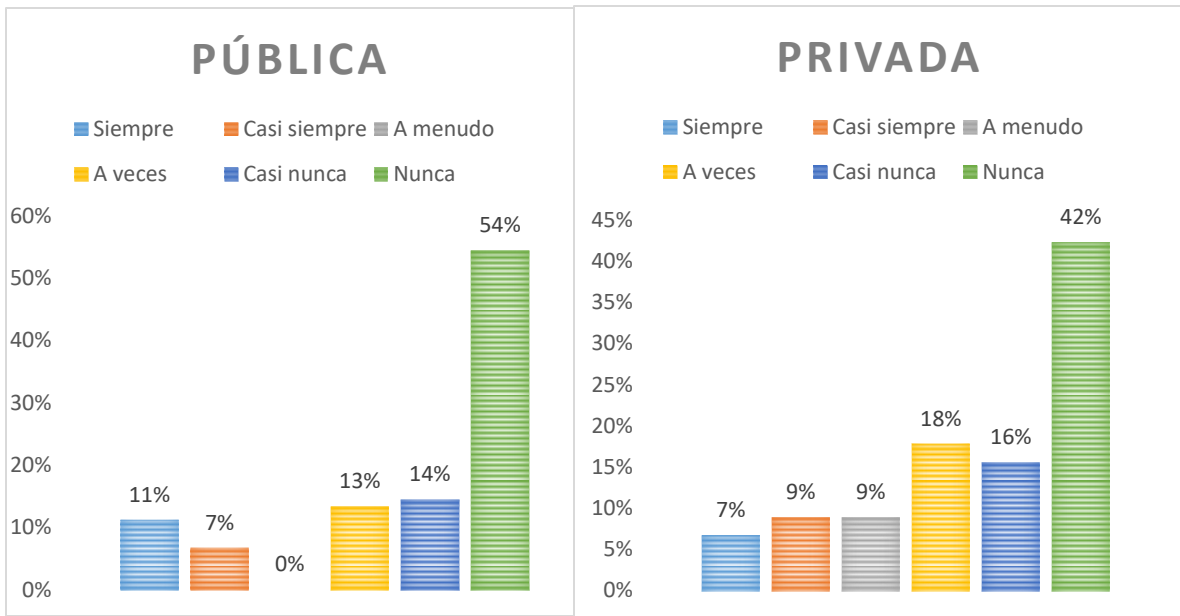


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 12 se muestra en dichas escuelas que el 81%,78% (nunca) se sienten extremadamente culpables después de comer al 8%,16% (casi nunca) ,6%,2% (a veces), se observan posibles indicios de un posible trastorno de la conducta alimentaria, tomando en cuenta que al consumir algún alimento después viene la culpa.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 3% en la escuela pública, 2% en la escuela privada (siempre) realizan estas conductas.

13. ESTOY PREOCUPADO/A POR SER MAS DELGADO/A

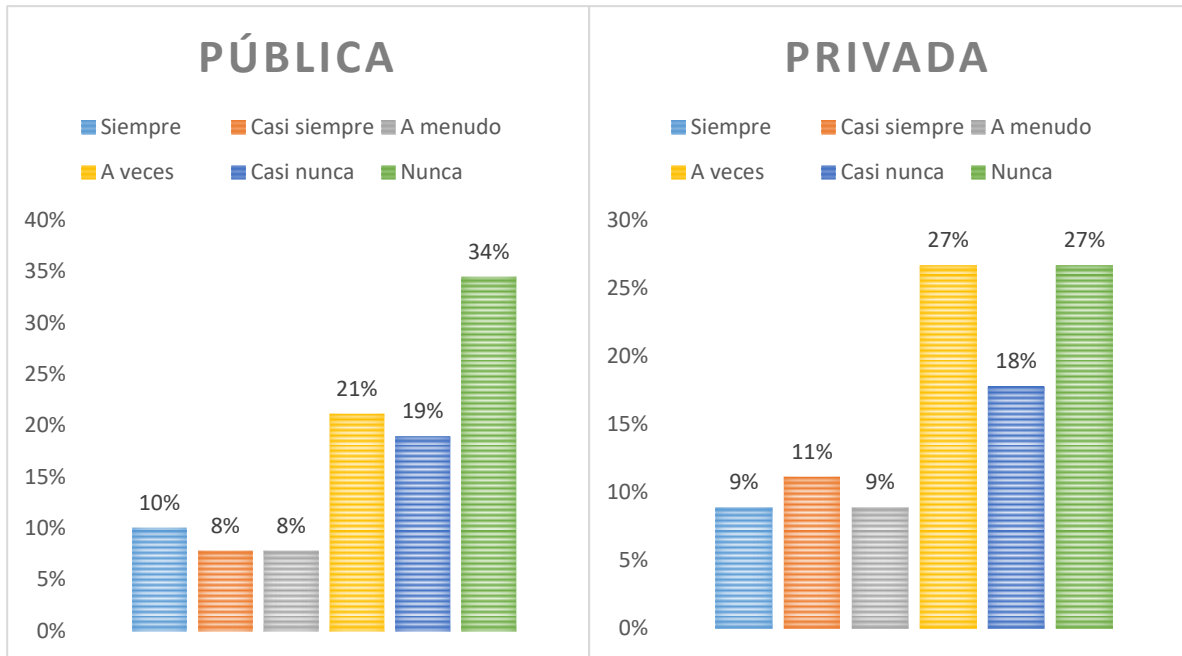


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 13 se muestra en ambas escuelas que el 54%,42% (nunca) están preocupadas/o por ser más delgadas/a, al 14%16% (casi nunca) ,13%,18% (a veces), 7%,9% (casi siempre) se puede observar posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que están preocupados por ser más delgados y eso les causa cierta conflictiva.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan la población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre 11% de la escuela pública, y 7% de la escuela privada (siempre) se sienten preocupados sobre la cuestión de estar delgados.

14. ME EJERCITO EXIGENTEMENTE PARA QUEMAR CALORIAS

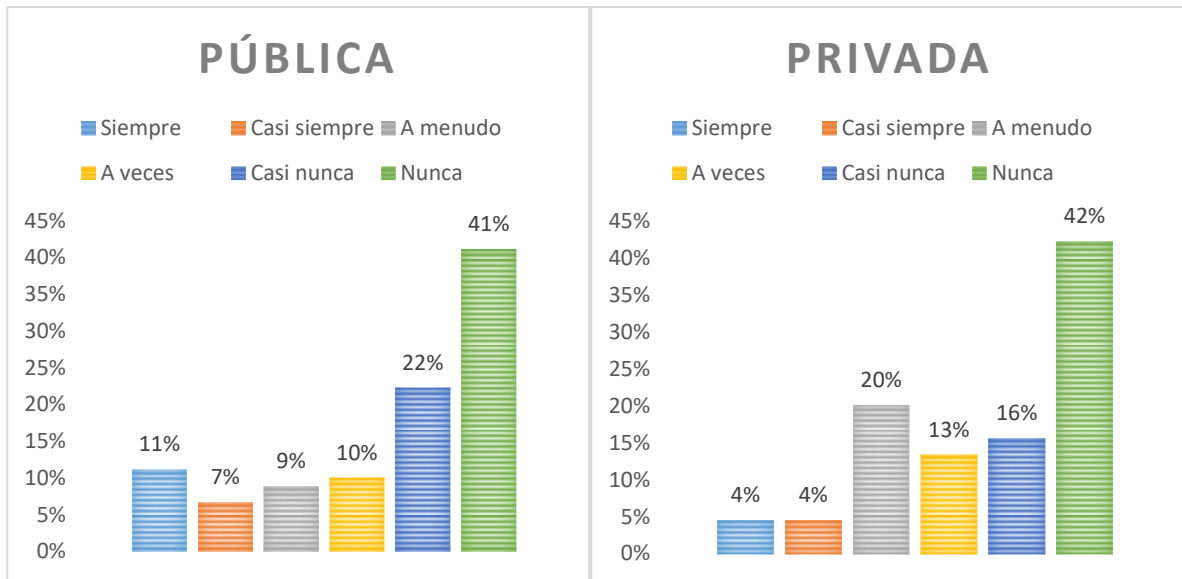


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 14 se muestra que en ambas escuelas el 34%,27% (nunca) se ejercitan exigentemente para quemar calorías al 19%,18% (casi nunca) ,21%, 27% (a veces), 8%, 9% (casi siempre) tomando en cuenta que lo que se pretende observar en dichos resultados es conocer los indicios de posibles trastornos alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 10% en la escuela pública 9% en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas.

15. CONTROL MI PESO NUMEROSAS VECES AL DIA

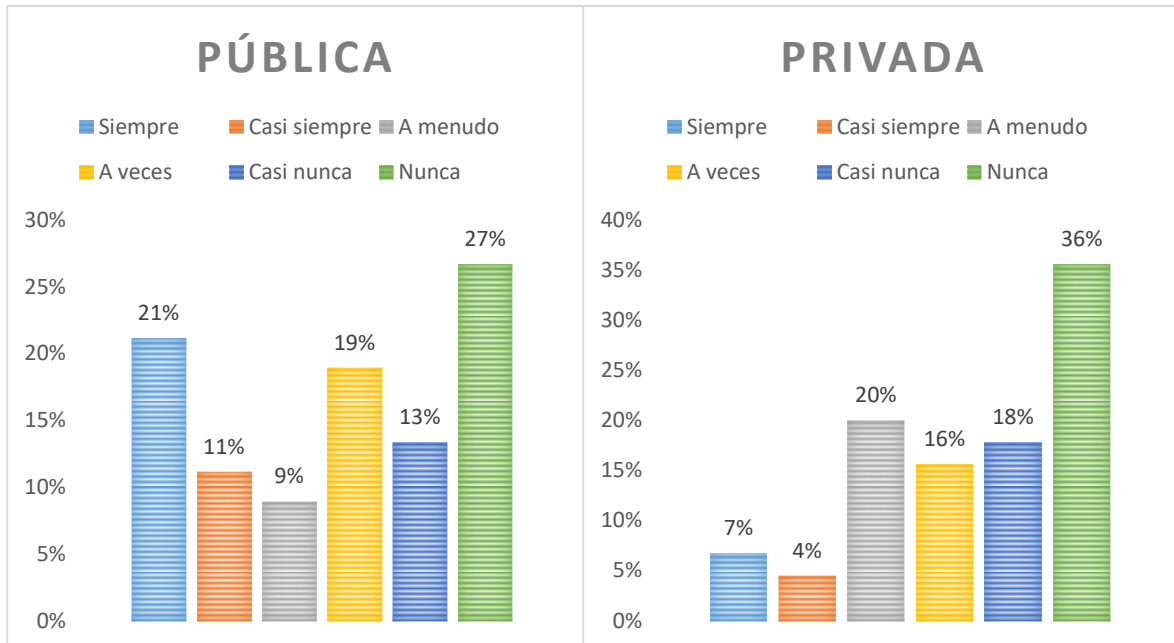


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 15 se muestra en ambas escuelas que un 41%,42% (nunca) controlan su peso numerosas veces al día al 22%,16% (casi nunca) ,10%,13% (a veces), 7%,4% (casi siempre) tomando en cuenta que, aunque son rangos bajos son un foco de atención importante, lo cual se pretende observar en dichos resultados es conocer los posibles indicios de posibles trastornos alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 11% en la escuela pública, 4% en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas.

16. ME AGRADA USAR ROPA AJUSTADA

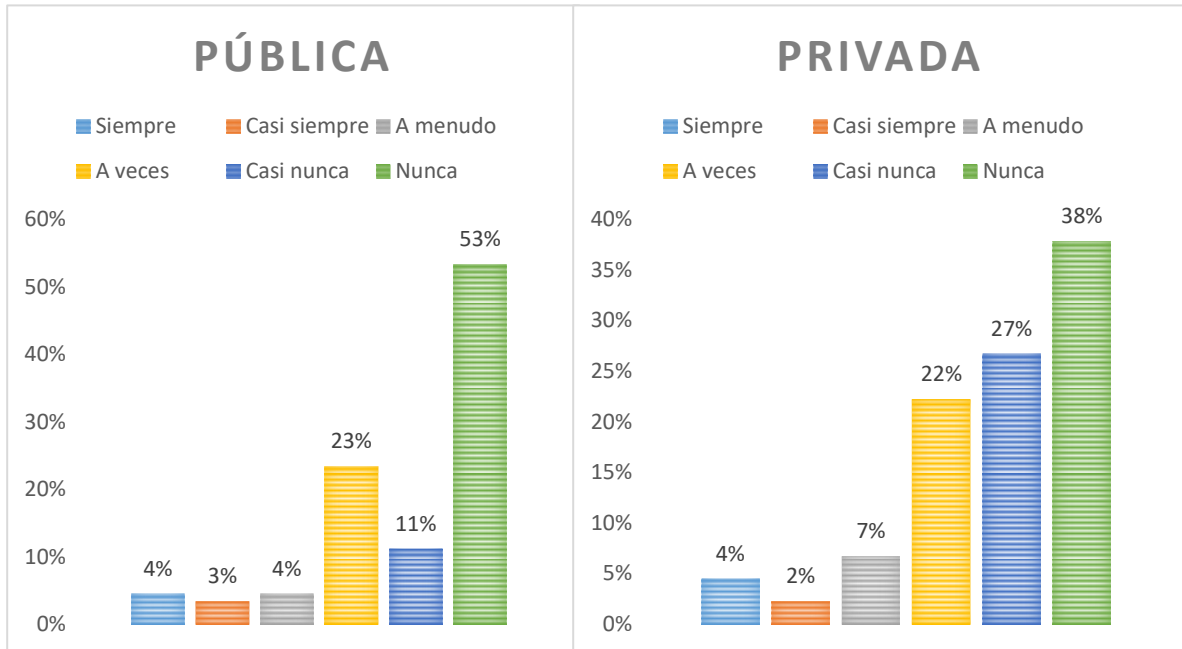


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 16 se muestra en ambas escuelas el 27%,36% (nunca) les agrada usar ropa ajustada al 13%,18% (casi nunca) ,19%,16% (a veces), 11%, 4% (casi siempre), 9%, 20%(a menudo) se puede observar que en la escuela pública los porcentajes son más altos que en la privada, esto nos da que puede haber ciertos indicios de una problemática tomando en cuenta que, aunque el rango es bajo es de suma importancia.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada con posibles trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 21% en la escuela pública, 7% en la escuela privada(siempre) realizan dichas conductas.

17. COMO LAS MISMAS COMIDAS TODOS LOS DIAS

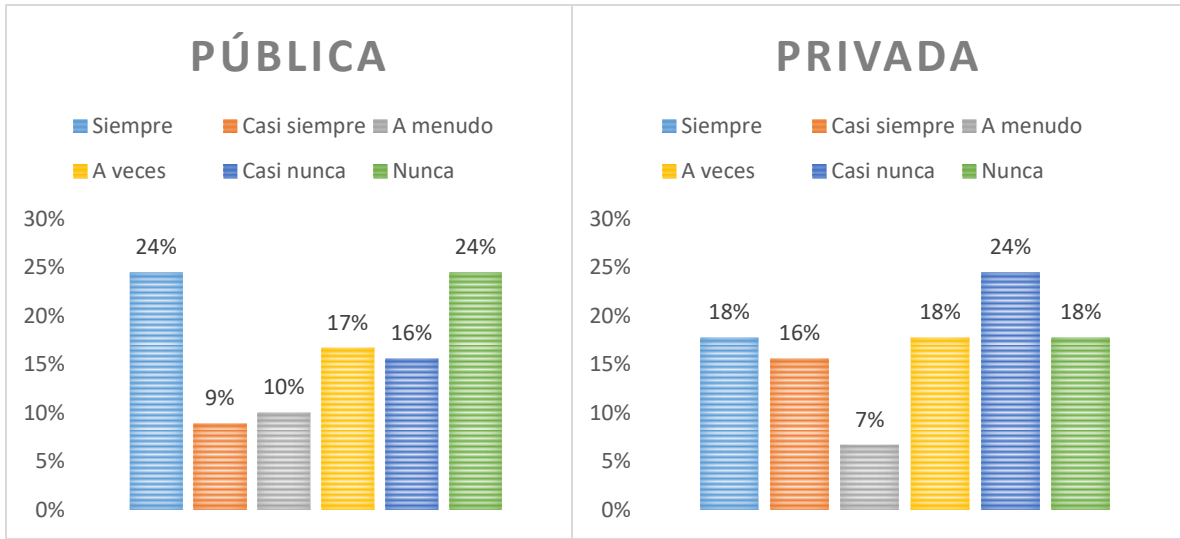


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 17 se muestra en ambas escuelas que el 53%,38% (nunca) comen las mismas comidas todos los días al 11%,27% (casi nunca) ,23%,22% (a veces), 3%,2% (casi siempre), hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que, aunque el rango es bajo ese pequeño porcentaje comen las mismas comidas, y no varían en lo que consumen.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 4% en la escuela pública, 4% en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas.

18. ME CONCENTRO EN QUEMAR CALORIAS CUANDO EJERCITO

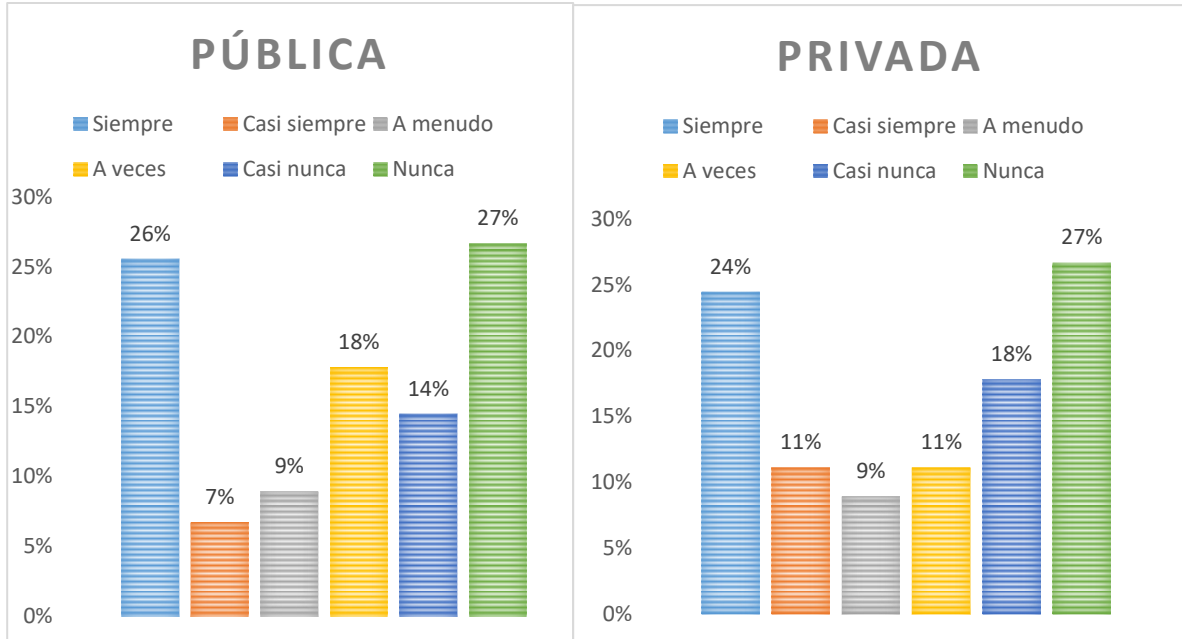


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 18 se muestra en ambas escuelas el 24%,18% (nunca) se concentran en quemar calorías cuando ejercitan al 16%,24% (casi nunca) ,17%,18% (a veces), 9%,16% (casi siempre) 10%, 7% (a menudo) hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que los rangos son significativos por que se concentran en realizar dicha conducta.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada con indicios de posibles trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que el 24% (siempre) realizan dichas conductas.

19. ME PREOCUPA SI TENGO GORDURA EN MI CUERPO

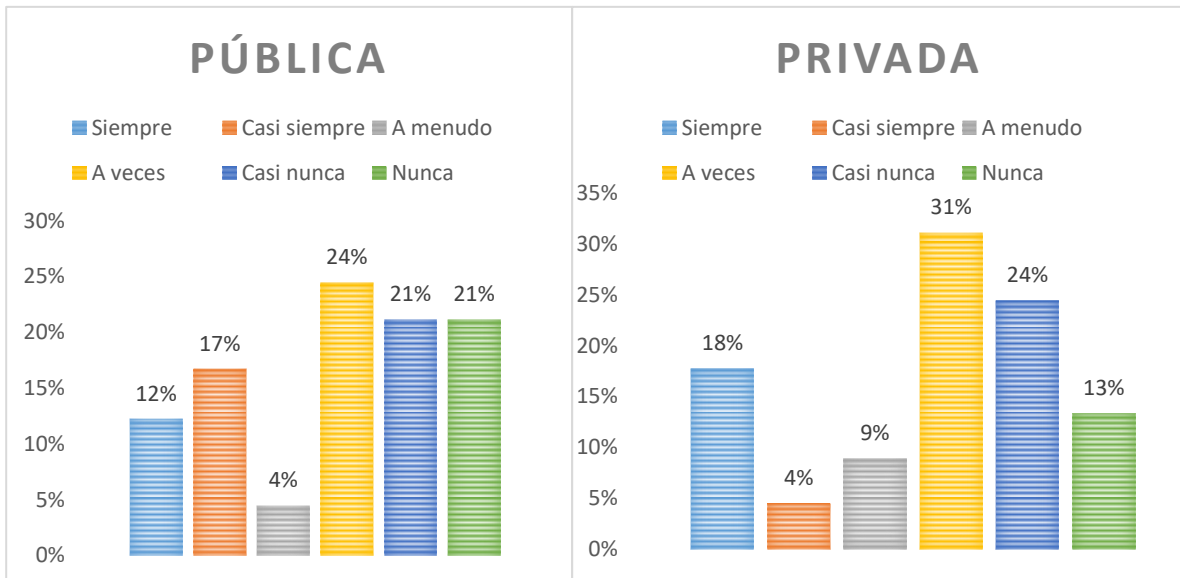


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 19 se muestra en dichas escuelas el 27% (nunca) se preocupan si tienen gordura en su cuerpo al 14%,18% (casi nunca) ,18%,11% (a veces), 7%, 11% (casi siempre), 9% (a menudo) hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que se preocupan si tienen gordura en su cuerpo y esto les causa cierto conflicto.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada con posibles trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 26% en la escuela pública, 24% en la escuela privada (siempre) les preocupa este factor de engordar.

20. TARDO MAS TIEMPO EN COMER QUE OTROS

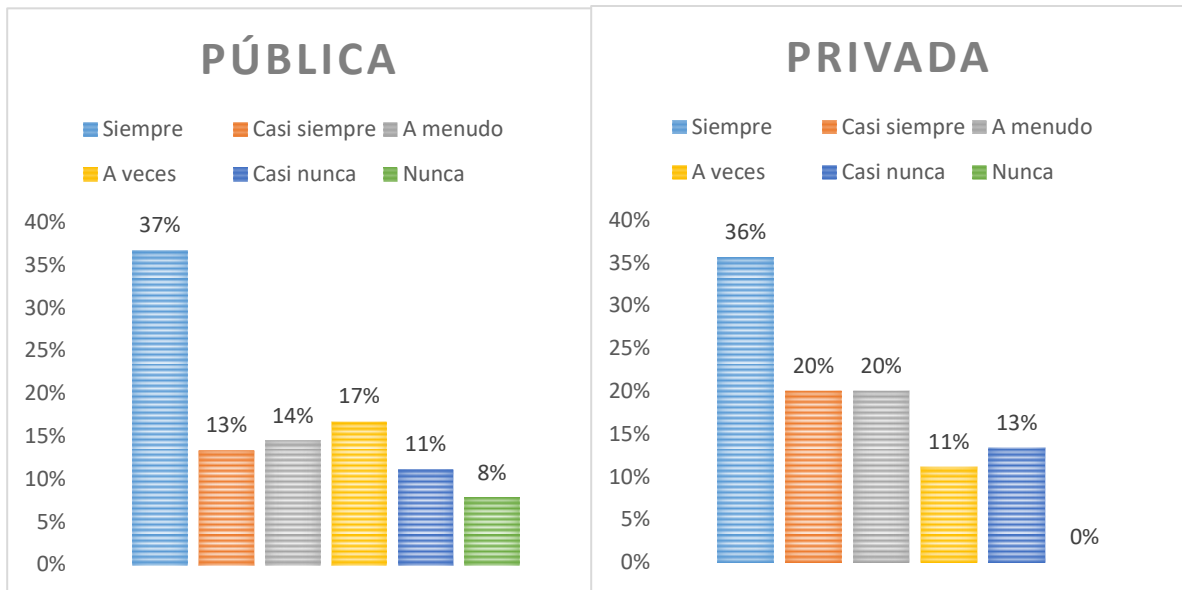


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 20 se muestra en ambas escuelas el 21%,13% (nunca) tardan más tiempo en comer que otros al 21%, 24% (casi nunca) ,24%,31% (a veces), 17%,4% (casi siempre), 4% (a menudo) hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que los rangos, aunque son bajos son significativos porque lo que se pretende observar en dichos resultados es conocer los indicios de posibles trastornos alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 12% en la escuela pública, 18% en la escuela privada (siempre) se tardan cierto tiempo para consumir sus alimentos.

21. DISFRUTO COMER EN RESTAURANTES

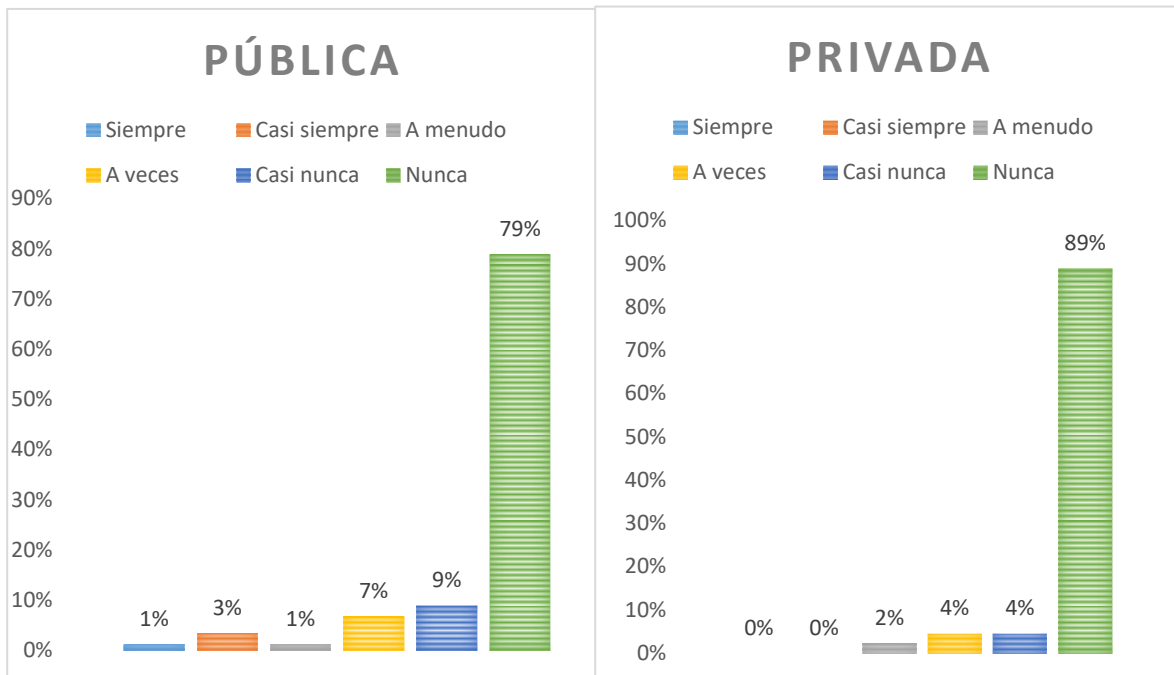


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 21 se muestra en dichas escuelas el 8% (nunca) disfrutan comer en restaurantes al 11%, 13% (casi nunca), 17%, 11% (a veces), 13%, 20% (casi siempre), 14%, 20% (a menudo) disfrutan comer en restaurantes hay posibles indicios de una problemática, lo cual lo que se pretende observar en dichos resultados es conocer los indicios de posibles trastornos alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas de nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 8% en la escuela pública (siempre) realizan dichas conductas.

22. TOMO LAXANTES

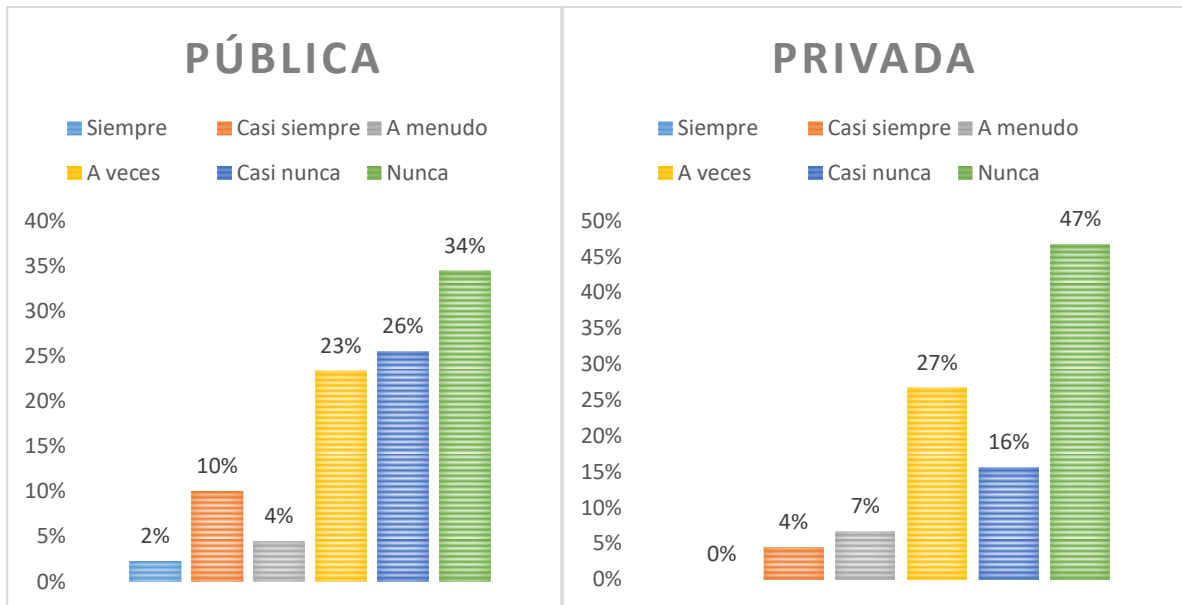


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 22 se muestra en ambas escuelas el 79%,89% (nunca) han tomado laxantes al 9%,4% (casi nunca) ,7%,4% (a veces), 3% (casi siempre), el 1% en la escuela pública (siempre) realizan dicha conducta aunque es mínimo es un foco de atención muy importante, se observan posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que lo que se pretende observar en dichos resultados es conocer los índices de posibles trastornos Alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas de nuestra población encuestada.

23. EVITO AQUELLOS ALIMENTOS QUE CONTIENEN AZUCAR

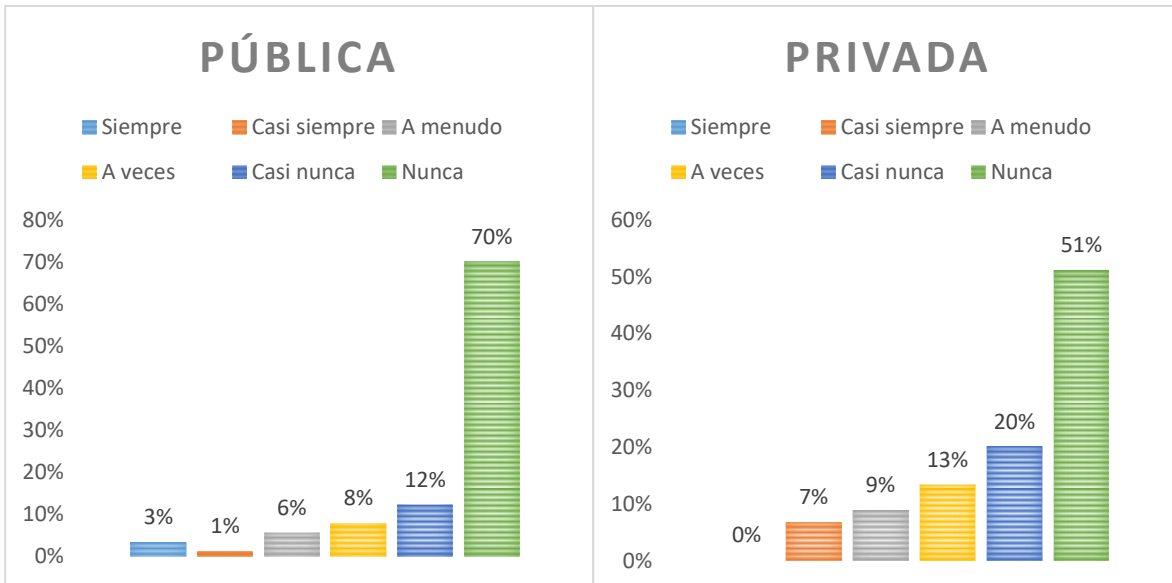


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 23 se muestra en ambas escuelas el 34%,47% (nunca) han evitado alimentos que contienen azúcar al 26%,16% (casi nunca) ,23%,27% (a veces), 10%,4% (casi siempre), se puede observar posibles indicios de una problemática tomando en cuenta los porcentajes, lo que se pretende observar en dichos resultados es conocer los indicios de posibles trastornos alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas de nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 2% en la escuela pública (siempre) realizan dichas conductas.

24. CONSUMO ALIMENTOS DIETETICOS

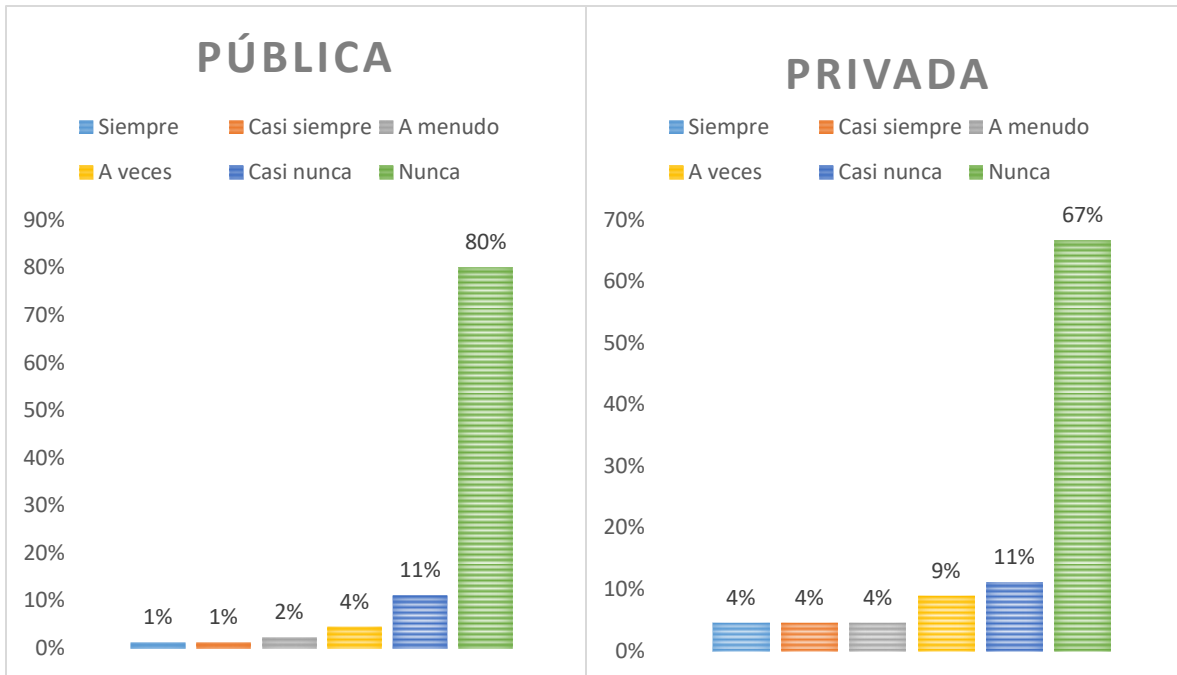


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 24 se muestra en ambas escuelas el 70%,51% (nunca) han consumido alimentos dietéticos al 12%,20% (casi nunca) ,8%, 13% (a veces), 6%, 9% (a menudo), hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que consumen alimentos dietéticos y esto es un foco de atención muy importante, lo cual se pretende observar en dichos resultados es conocer los índices de posibles trastornos Alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 3% en la escuela pública (siempre) realizan dichas conductas.

25. SIENTO QUE LA COMIDA CONTROLA MI VIDA

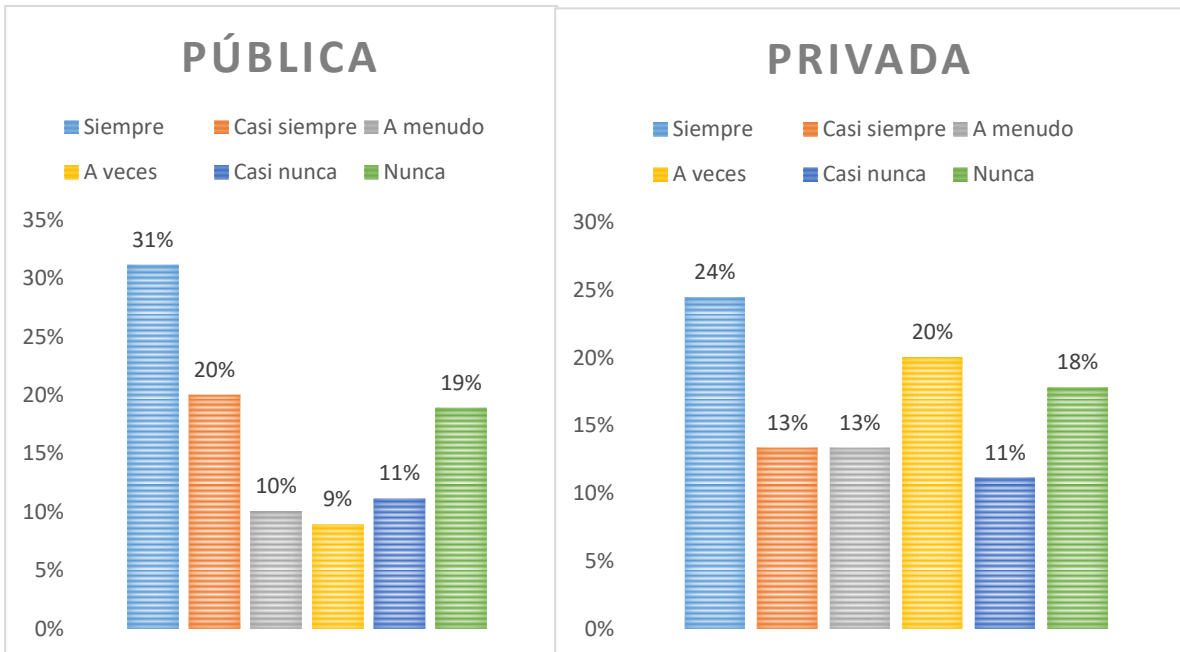


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 25 se muestra en ambas escuelas el 80%,67% (nunca) han sentido que la comida controla su vida al 11% (casi nunca) ,4%,9% (a veces), 2%,4% (a menudo), hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que sienten que la comida controla su vida, lo cual se pretende observar en dichos resultados es conocer los índices de posibles trastornos Alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 1% en la escuela pública, 4% en la escuela privada (siempre) sienten que la comida les controla la vida.

26. DEMUESTRO CONTROL DE MI MISMO/A ANTE LA COMIDA

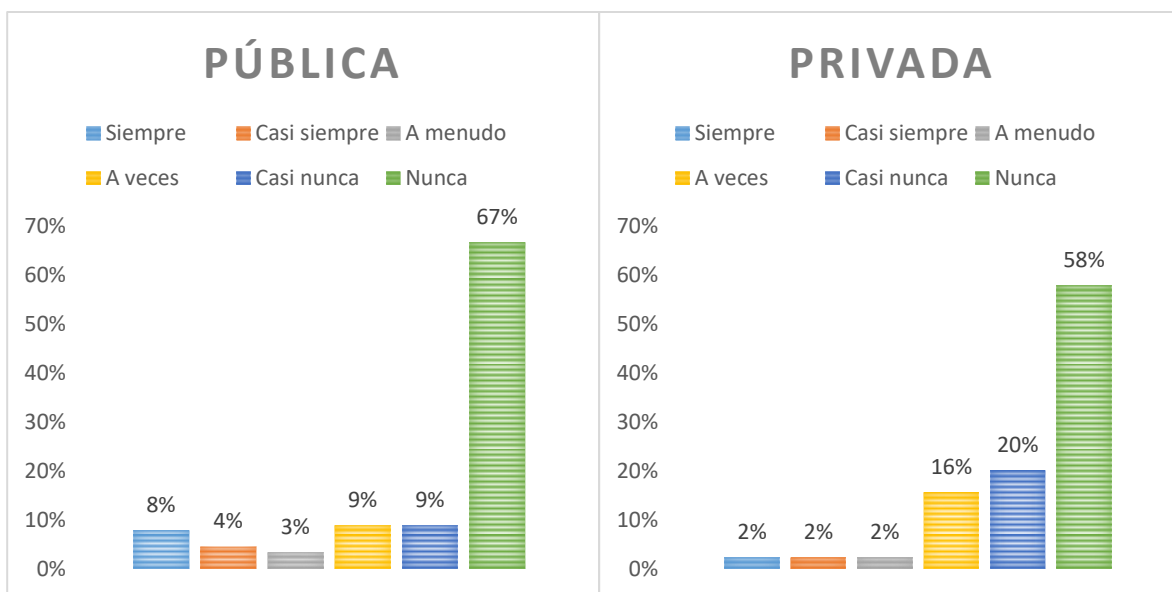


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 26 se muestra en ambas escuelas el 19%, 18% (nunca) han demostrado control de sí mismos/a ante la comida, al 11 (casi nunca) ,9%,20% (a veces), 10%,13% (a menudo), hay ciertos indicios de una problemática tomando en cuenta que el 20%, 13% (casi siempre) son un foco de atención muy importante debido a que lo que se pretende observar en dichos resultados es conocer los índices de posibles trastornos Alimenticios.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 19% y 18% realizan dichas conductas.

27. SIENTO QUE ME PRESIONAN PARA COMER

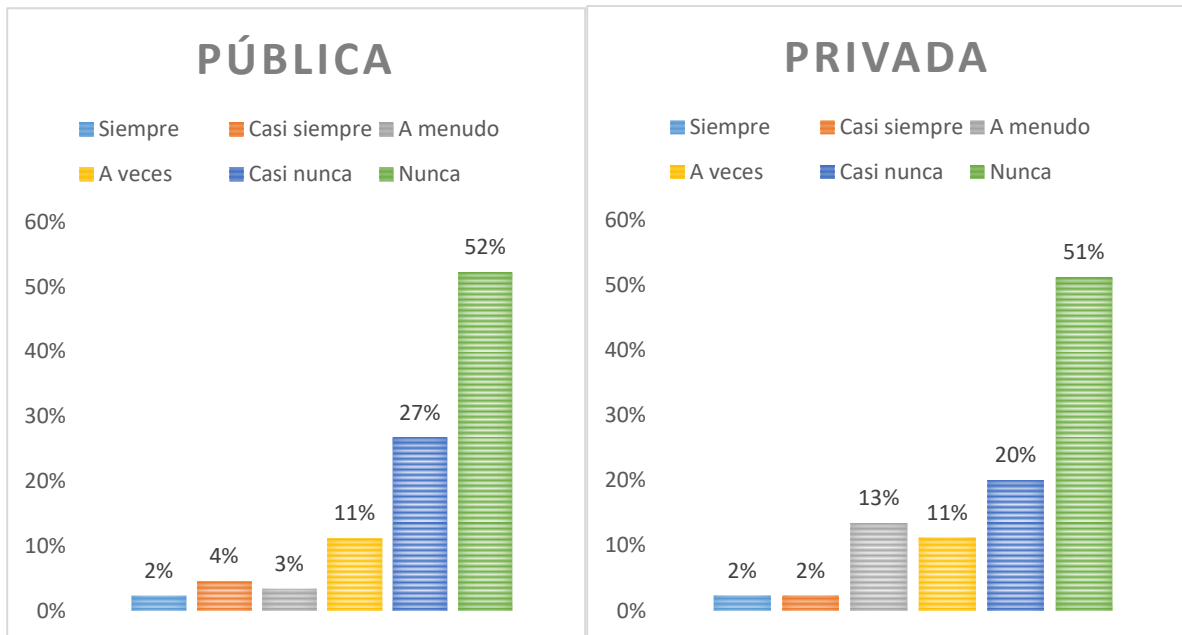


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 27 se muestra en ambas escuelas el 67%,58% (nunca) han sentido que los presionan para comer al 9%,20% (casi nunca) ,9%16% (a veces), 3%,2% (a menudo), hay ciertos indicios de un posible trastorno de la conducta alimentaria tomando en cuenta que sienten presión al comer.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que el 8% en la escuela pública, 2% en la escuela privada (siempre) sienten la presión de otros para comer.

28. DEDICO MUCHO TIEMPO Y CONCENTRACION HACIA LA COMIDA

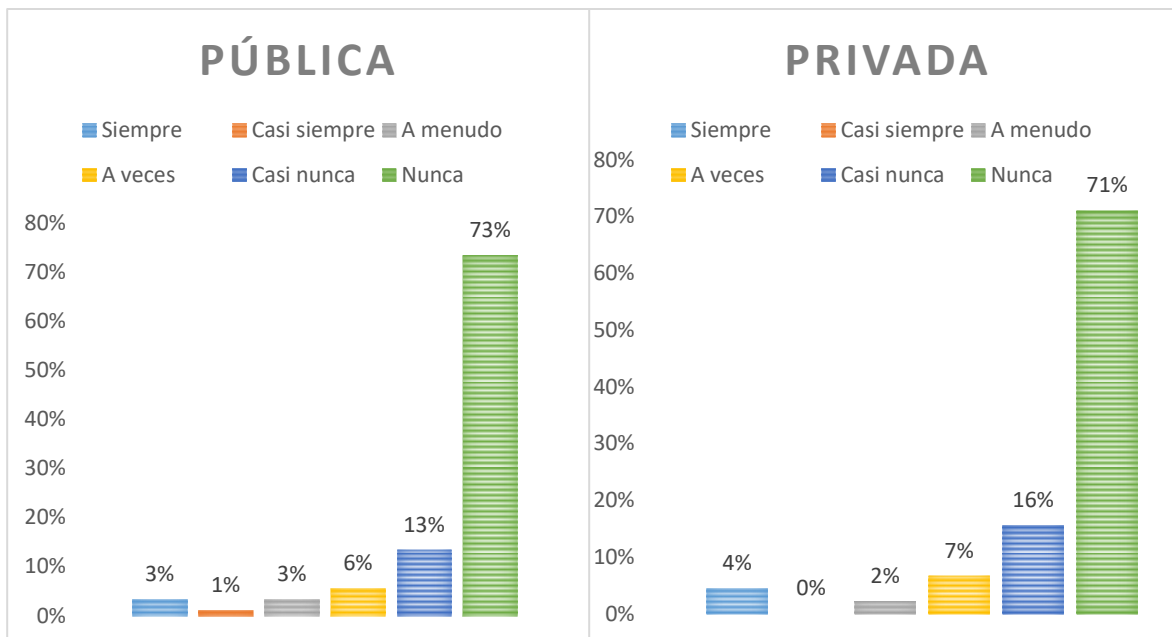


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 28 se muestra en dichas escuelas el 52%,51% (nunca) han dedicado mucho tiempo y concentración hacia la comida, al 27%,20% (casi nunca), 11% (a veces), 3%, 13% (a menudo), observando posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que dedican mucho tiempo hacia la comida.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 2% en la escuela pública, 2% en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas.

29. SUFRO DE CONSTIPACION

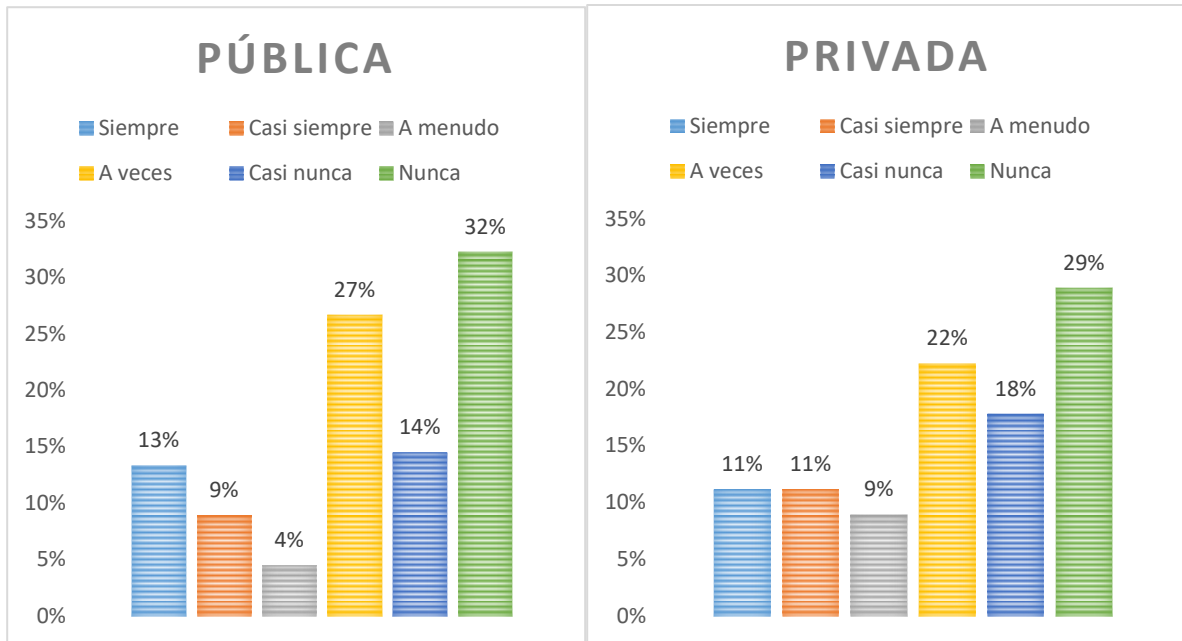


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 29 se muestra en ambas escuelas que el 73%, 71% (nunca) han sufrido de constipación al 13%,16% (casi nunca) ,6%,7% (a veces), 3%,2% (a menudo), hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que sufren de constipación.

Estos datos nos dan información sobre conductas de nuestra población encuestada con posibles trastornos de la conducta alimenticia, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 3% en la escuela pública, 4% en la escuela privada sufren dicha conducta.

30. ME COMPROMETO A CUMPLIR LAS DIETAS

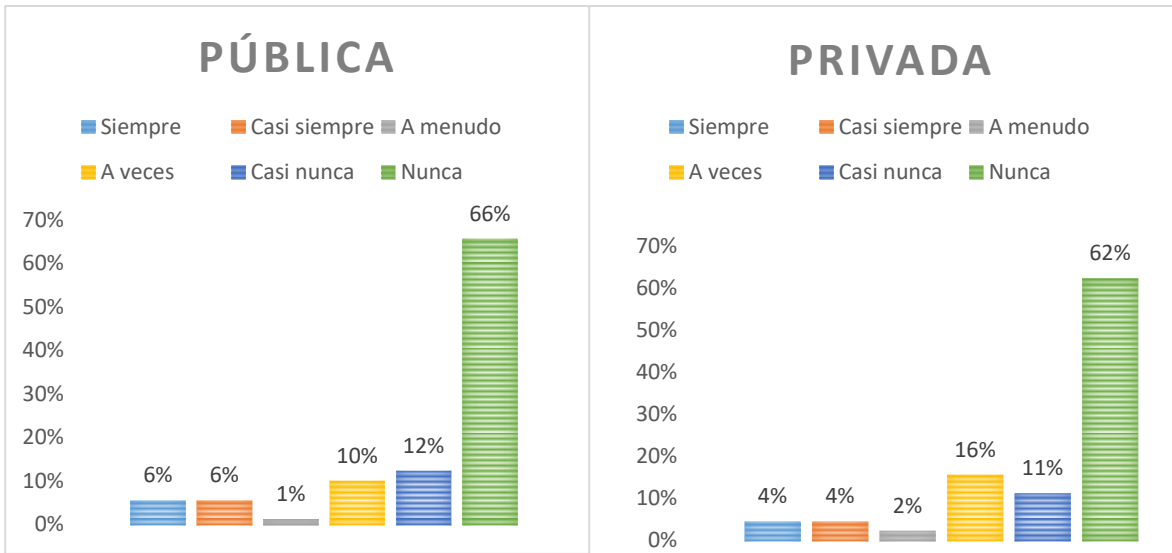


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 30 se muestra en ambas escuelas el 32%,29% (nunca) se han comprometido a cumplir las dietas al 14%,18% (casi nunca) ,27%,22% (a veces), 4%,9% (a menudo), 9%,11% (casi siempre) hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que se comprometen a cumplir las dietas.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 13%en la escuela pública, 11%en la escuela privada (siempre) realizan dichas conductas.

31. ME AGRADA TENER EL ESTOMAGO VACIO

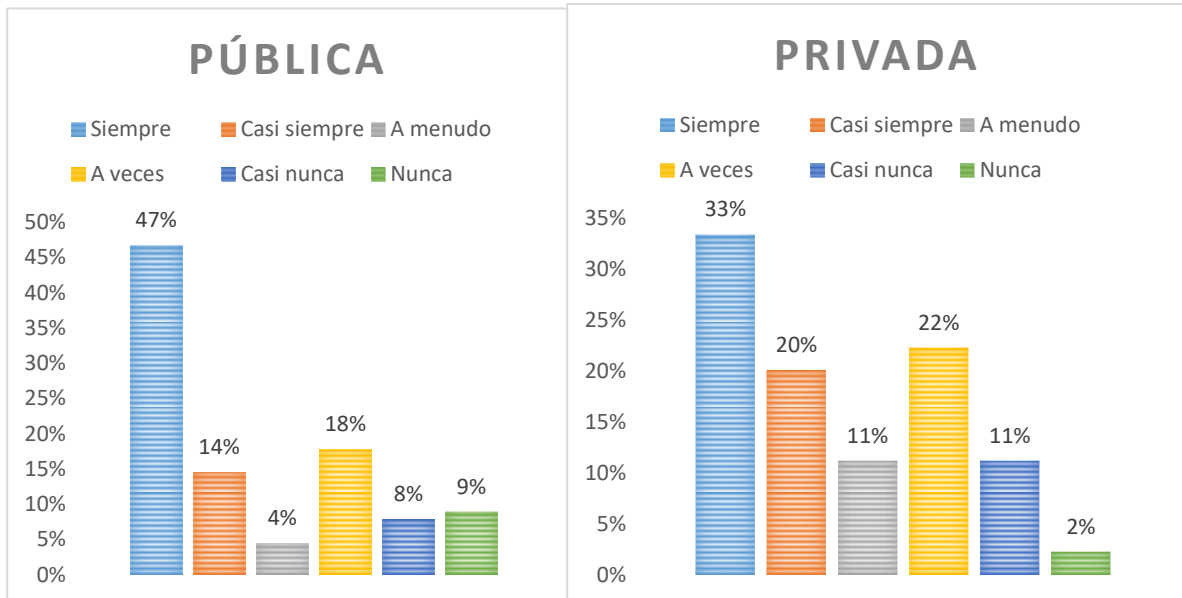


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 31 se muestra en ambas escuelas el 66%,62% (nunca) les agrada tener el estómago vacío al 12%,11% (casi nunca) ,10%,16% (a veces), 1%,2% (a menudo), 6%,4% (casi siempre) hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que les agrada tener el estómago vacío.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 6% en la escuela pública, 4% en la escuela privada (siempre) les agrada sentir su estómago vacío.

32. DISFRUTO PROBAR NUEVAS COMIDAS NUTRITIVAS

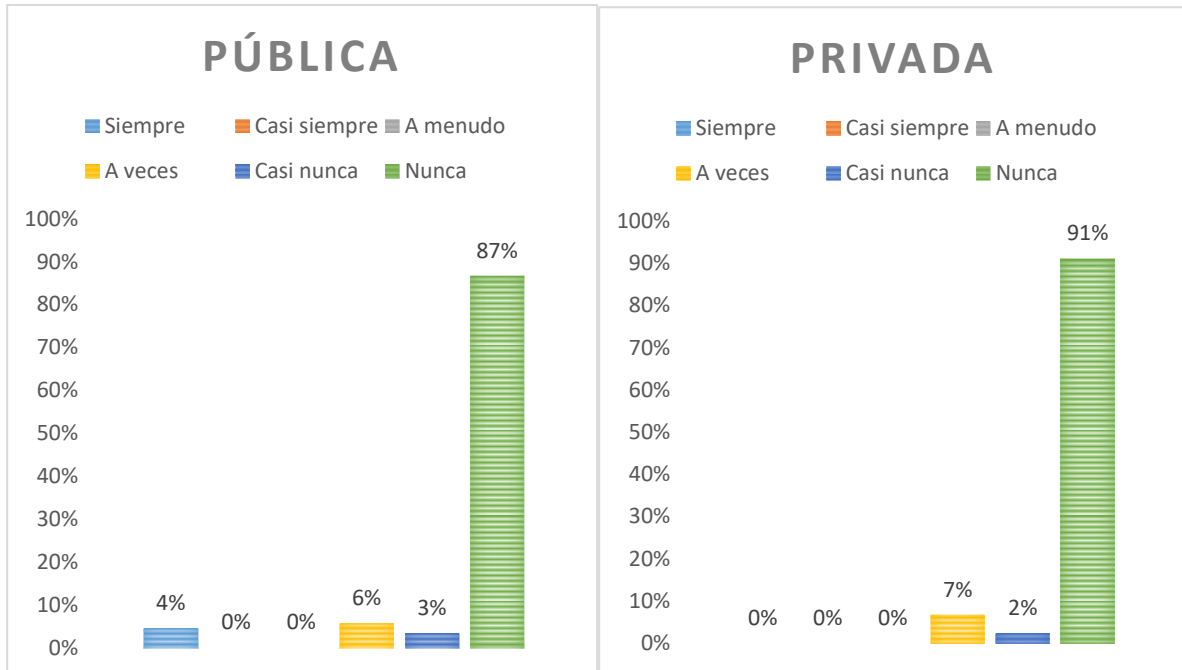


Fuente: elaboración propia

En la pregunta 32 se muestra en ambas escuelas el 47%,33% (siempre) disfrutan probar nuevas comidas nutritivas al 8%,11% (casi nunca) ,18%, 22% (a veces), 14%,20% (casi siempre) hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que disfrutan probar nuevas comidas nutritivas.

Estos datos nos dan información sobre conductas de nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 9%en la escuela pública, 2% en la escuela privada (nunca) disfrutan dichas conductas.

33. TENGO IMPULSOS DE VOMITAR DESPUES DE LAS COMIDAS



Fuente: elaboración propia

En la pregunta 33 se muestra en ambas escuelas que el 87%,91% (nunca) han tenido impulsos de vomitar después de las comidas al 3%,2% (casi nunca) 6%, 7% (a veces), hay posibles indicios de una problemática tomando en cuenta que tienen impulsos de vomitar después de las comidas y esto es un foco de atención muy importante.

Estos datos nos dan información sobre conductas que realizan nuestra población encuestada, por lo que en este caso y dándole seguimiento a los ítems anteriores y posteriores se muestra que entre el 4% en la escuela pública (siempre) realizan dichas conductas.

CAPITULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

5.1 Discusión

En relación con el tema de trastornos de la conducta alimentaria, en términos generales, estas enfermedades se manifiestan con una serie de alteraciones en la forma de comer, y en la manifestación de conductas anormales relacionadas con el peso y la imagen corporal (como insistir en que esta gordo cuando esta flaco). De una forma u otra todos nos sentimos obligados a estar delgados y vernos lo mas parecidos al ideal culturalmente establecido. La adolescencia es una incierta etapa de la vida durante la cual se van estructurando los medios que le permitan al individuo ir perfilando una personalidad madura, aun en situaciones de extrema dificultad. La adolescencia se caracteriza precisamente por un conflicto especifico del sujeto consigo mismo y con su entorno. El adolescente esta inmerso en un proceso irrefrenable de personalización, intenta reestructurar sus vivencias, revisa esquemas y creencias. La investigación descrita a lo largo de esta tesis nace del interés de conocer las causales, y el posible modelo de intervención para los trastornos de la conducta alimentaria que sería útil para los Psicólogos.

Los resultados de la presente investigación muestran posibles indicios de trastornos de la conducta alimentaria que, aunque son mínimos los porcentajes esos nos indican una posible problemática y es importante un modelo de intervención como podría ser el cognitivo- conductual el cual combinan modelos de la teoría del aprendizaje con aspectos del procesamiento de la información, en su intento de explicar cómo se instauran las conductas durante la infancia y la adolescencia. Al integrar estos dos postulados teóricos, la teoría conductual y la cognitiva; integra los factores internos y externos del sujeto. Dicho modelo enfatiza

en los procesos de aprendizaje y en la influencia de los modelos que el sujeto tiene en su propio ambiente. Se da mucha importancia a la manera de procesar la información para intentar comprender el desarrollo.

Las cogniciones negativas están relacionadas con dificultades emocionales y conductuales. Los sesgos de atención y de recuerdo de cada persona actúan seleccionando la información negativa contribuyendo al mantenimiento de los problemas. La metacognición, es decir, el pensamiento de la persona sobre sus propios procesos cognitivos puede exacerbar los problemas. Las cogniciones negativas pueden modificarse mediante desafíos lógicos o preparando experiencias contrarias. (Nicolson y col, 2013).

Este enfoque se basa en la idea de que las dificultades emocionales y conductuales de los adolescentes son principalmente el producto de procesos cognitivos desadaptativos. La expresión procesos cognitivos se refiere a pensamientos, creencias, expectativas, actitudes y atribuciones. Como reacción contra el conductismo, el cognitivismo opina que es necesario considerar la contribución de los procesos cognitivos a las dificultades emocionales y conductuales de las personas. Los procesos de pensamiento pueden llevar a un adolescente a comportarse de forma adecuada o inadecuada. Las intervenciones se dirigen a cambiar o modificar los procesos cognitivos que, a su vez, afectan positivamente la conducta (Nicolson y col, 2013).

Principios del modelo conductual:

Se centra fundamentalmente en como la conducta humana se aprende o se adquiere y abarca los principios y técnicas de la teoría del aprendizaje. En el

modelo se subraya la conducta individual observable, así como los factores medioambientales que pueden precipitar y/o mantienen una conducta determinada; sosteniendo que cuando hay unos factores constantes (biológicos) lo que determina la diferencia en las conductas entre los individuos es el aprendizaje. Así pues, la influencia del medio ambiente es fundamental en la adaptación de las conductas.

Principios del modelo cognitivo:

Así como en la perspectiva conductual el fenómeno observable juega un papel esencial en cómo se inician y se desarrollan los trastornos humanos, en la perspectiva cognitiva son mucho más importantes los pensamientos y las sensaciones. Se muestra un énfasis especial en las creencias personales, las actitudes, las expectativas, las atribuciones y otras actividades cognitivas para procurar entender y predecir la conducta.

Las teorías cognitivas aseguran que los individuos son participantes activos en su entorno, juzgando y evaluando estímulos, interpretando eventos y sensaciones y aprendiendo de sus propias respuestas.

La manera de procesar (reconocer, percibir, razonar y juzgar) la información tiene un papel importante para intentar entender los posibles trastornos.

Para Beck el individuo desarrolla un esquema desde el cual se ve a sí mismo y a otros en el medio ambiente. Este esquema afecta lo que percibe, renombra y prioriza como importante. Cuando aparece algún síntoma de psicopatología se hipotetiza que los esquemas activados son desadaptados, como resultado una

persona puede sistemáticamente mostrar errores en el procesamiento de la información, de manera, que puede generalizar, tener una atención selectiva, magnificar o minimizar, personalizar o hacer arbitrariamente referencia sobre la información que recibe.

Pero va a estudiar la manera en la que el individuo procesa la información en su mente. Es entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que lo rodea, y como lo que uno hace afecta tanto a los pensamientos como los sentimientos.

Este modelo puede ayudar a cambiar la forma como piensa (cognitivo) y cómo actúa (conductual) y esos cambios pueden ayudar en gran medida. Empezando a cambiar el significado de comida para la persona rompiendo con el ciclo y ahí a ser el cambio. Porque todo es un círculo vicioso el cual incluso puede crear nuevas situaciones que le hagan sentirse de lo peor. Empezándose a creer cosas poco realistas y desagradables sobre sí mismo /a. Esto sucede porque, cuando estamos angustiados, tenemos más probabilidades de llegar a conclusiones y de interpretar las cosas de manera extrema y negativa, lo que pasa con los adolescentes creen que todo está en contra de ellos que la forma de ser físicamente está mal deseando tener cuerpo perfecto, etcétera.

Entonces utilizando este modelo se puede, como ya se mencionó, romper ese círculo vicioso de pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos. Cuando se ven las partes de la secuencia con claridad, puede cambiarlas y así cambiar la forma como se siente. El objeto que tiene es que la persona llegue a un

punto donde pueda “hacerlo por el mismo” y elaborar sus propias maneras de afrontar los problemas.

5.2 Conclusiones

La presente investigación se instrumentó, con la finalidad de verificar la incidencia que se genera en materia de trastornos de la conducta alimenticia, entre adolescentes de la ciudad de Cuautla, en el estado de Morelos; para lo cual se tomaron dos secundarias de dicha ciudad, con las características de que una de ellas sea una de tipo pública y la otra de tipo privada, esto con la finalidad de verificar si en algún momento el nivel socioeconómico podría ser uno de los causantes de dicha patología entre adolescentes.

Con relación a los resultados se podría comentar que de las muestras tomadas si hay presencia de trastornos de la conducta alimenticia, en un primer momento se puede comentar que la media nacional es del 8% de la población, en esta investigación en primer instancia será importante mencionar que las muestras son equiparables, en cuanto a su número de acuerdo al número de la población, por ejemplo: la muestra de la escuela pública, fue del 68.2%, considerando la totalidad de la población, pero se consideraron únicamente los alumnos de 1°, 2° y 3° del grupo A; mientras que en la escuela privada la muestra que se consideró fue del total de alumnos con las mismas características de la pública, se consideraron los grupos A de los tres grados de dicha secundaria, considerando que se tomó el 62.5%, del total de la población.

Con relación a los datos de mayor presencia de problemas de posibles trastornos de la conducta alimenticia, la incidencia fue de entre el 3 al 8% para la escuela pública y del 9 al 11% para la privada; con esto se puede observar que se tienen 1 punto, porcentual por arriba de la media nacional, para el caso de la escuela privada, mientras que en la escuela pública está dentro de la media ; que se explicaron en el apartado de resultados y de manera muy puntual más

adelante, principalmente las diferencias entre hombre y mujeres, así como la condición socioeconómica y cultural.

Por otro lado, existen datos muy interesantes respecto a la manera de como los adolescentes pretende conservar una figura corpórea, la cual estaría en función de los estereotipos sociales y culturales, esto es que se repiten los factores de riesgo para mantener alerta respecto a estos tópicos que se están manejando en la presente tesis; por ejemplo dentro de los resultados se muestran datos como: en la pregunta 2 se muestra que las siluetas 1, 2, 7 y 8, muestran posibles indicios de posibles trastornos de la conducta alimentaria tomando en cuenta que en la escuela pública el 3% que no contestaron podrían tener indicios de dichos trastornos. En la pregunta 3 el 60% en la escuela pública si cambiarían algo de su rutina para obtener el cuerpo deseado lo que al igual en la escuela privada con un 76% realizarían dichas conductas.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación nos muestran posibles indicios debido a que los porcentajes, aunque la mayoría son porcentajes bajos nos dicen que hay un foco de alerta que no se pueden dejar desapercibidos y deben ser tomados en cuenta; así como, no dejar de lado que están en una edad donde su imagen corporal es importante por los estereotipos sociales, por lo que en este momento no será necesario considerar como factores de alto riesgo, principalmente en los datos cuando desean el cuerpo perfecto.

Preguntas de investigación y resultados, en base a lo investigado la incidencia en mujeres que los padecen es mayor a la de los hombres, pero en los últimos años el número de casos en hombres ha aumentado en forma constante y alarmante, sin embargo, es más visible en mujeres por su condición de querer tener un cuerpo perfecto y en cambio los hombres tienen que enfrentarse con ciertos prejuicios sociales que conlleva a que en ellos se ha más difícil detectarlos y por tanto puede ser más peligroso debido a que cuando se detectan los síntomas puede que ya sea demasiado tarde para poder tratarlos.

Las mujeres en cambio son más susceptibles a los comentarios sociales, familiares, comparación con el desarrollo físico de sus compañeras, entre otros factores. A la presión social de querer encajar en un grupo social donde se sientan reconocidas y sobre todo seguras, lo que se traduce en mantener una autoestima adecuada.

Con esta información ahora si podemos responder las preguntas de investigación de la siguiente manera:

Comparando resultados de ambas muestras lo que nos arrojan es un mínimo índice de que pueda estar por desarrollarse un posible trastorno de la conducta alimentaria, tomando en cuenta que en el primer cuestionario las 6 preguntas nos muestra porcentajes que nos indica que puede haber algo como por ejemplo: en la pregunta 1,2 que es donde el adolescente tenía que escoger una silueta una del cuerpo con el que se identifican y la otra del cuerpo que creen que tienen, dándonos como resultados que entre la silueta 2, 3 y 6, 7 se pueden observar porcentajes que van del 1% que es el más bajo al 29% más alto, en la pregunta 3 que si harían algo para tener el cuerpo deseado un 60% en la escuela pública y un 76% en la privada si harían algo observando que los porcentajes son alarmantes, lo que nos muestran los resultados es que al no estar conformes con su cuerpo las conductas que realizarían para conseguir el cuerpo deseado serian dejar de comer y realizar ejercicio con un porcentaje del 63% y 65% contra un 3% y 13% que se deben tomar mucho en cuenta.

En la pregunta 6 a partir de los datos obtenidos se observa que el 17% y 16% no se aceptan tal y como son y esto va de la mano con las preguntas anteriores,

sin descartar a los que no contestaron, pueden existir varias causales por las que no contestaron, pero no se descarta que puede ser un porcentaje de adolescentes que pueden llegar a padecer un trastorno de la conducta alimentaria.

En el cuestionario (anexo 2) que se aplicó estandarizado hay tres factores que se califican el primero hacer dieta, dentro del cual los ítems que se encuentran son: 2, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 24, 25, 30 y 31 que a partir de los resultados obtenidos en ambas escuelas podemos observar que puede a ver un problema de la conducta alimentaria siendo los porcentajes bajos en la mayoría de los ítems y alta en los ítems 9, 18 y 19 de la escuela pública como la privada.

El segundo factor es bulimia preocupación por la alimentación, los ítems correspondientes a este factor son: 3, 4, 7, 11, 22 y 23 observando en los resultados obtenidos que los porcentajes no varían mucho, y aunque son bajos nos indican una problemática en la cual se tiene que poner énfasis para que no aumente y los porcentajes altos como en los ítems 4 y 23 ya no suban.

El tercer factor y ultimo control oral, los ítems correspondientes a este factor son: 1, 5, 12, 20, 21, 26, 27, 28 y 29 observando en los resultados obtenidos de ambas escuelas nos muestra que al igual que en los anteriores factores los porcentajes son bajos y es ahí donde tenemos que poder énfasis al igual que en los porcentajes altos como son en los ítems 26 y 20.

Porcentajes de ambos factores que no debemos dejar desapercibidos y estar alerta.

Respecto al planteamiento del problema y resultados, el tratamiento que podría tener gran éxito para poder ayudar a adolescentes que padecen trastornos de la conducta alimentaria serían los cognitivos – conductuales, esto en base a lo investigado en el capítulo I, donde nos dice que el adolescente son principalmente el producto de procesos cognitivos, y que estos consideran la contribución a las dificultades emocionales y conductuales de las personas. Los procesos de pensamiento pueden llevar a un adolescente a comportarse de forma adecuada o inadecuada y la intervención se dirige a cambiar o modificar los procesos cognitivos que, a su vez, afectan positivamente la conducta.

Cada adolescente tiene un conjunto de conductas que se derivan de lo que se aprende y de ambientes sociales y físicos determinados. En consecuencia, se centra la atención en las influencias externas sobre su conducta, en vez de las internas (Nicolson,2013).

Y como ya se observó en el capítulo II los adolescentes se manejan por todo lo que pasa a su alrededor, e influye mucho lo que las personas piensen de ellos, y como se ven ellos respecto a eso.

Con base a lo observado e investigado los factores detonantes para los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes son las causas de tipo personal, la aceptación y la necesidad de popularidad el poder encajar en un grupo social, donde se sientan seguros será primordial.

Los adolescentes empiezan con muchos cambios e inquietudes , desde el ámbito familiar que puede ser uno de los detonantes para el comienzo de los

trastornos de la conducta alimentaria porque aquí es donde empiezan a construir y fortalecer su autoestima, su imagen corporal, su seguridad, es ahí donde empieza el adolescente a formar una imagen de él, o por el contrario pueden hacer que se sientan inseguros de sí mismos y van a querer cambiar cosas de su aspecto físico para ser aceptados, esto pasa también cuando salen al mundo externo, un mundo ajeno a ellos donde enfrentan varios cambios.

Hipótesis y resultados: a partir de los resultados obtenidos donde podemos observar que hay indicios de posibles trastornos de la conducta alimenticia se acepta la hipótesis de investigación de generar un modelo de intervención que sería una herramienta de apoyo para psicólogos que atienden a pacientes con estas patologías al igual sería de gran apoyo para los directivos de dichas secundarias para que pudieran estar informados y saber qué hacer ante dichos problemas, porque es de suma importancia poner atención ante las primeras alarmas para no dejar que se agrave el problema.

ANEXOS

Chicharrones	Carne
Tacos	Leguminosas (frijoles, lentejas arroz. Etcétera).
Tortas	Lácteos (queso, leche , crema etcétera)
Maruchas ,embutidas	

6.- ¿Te quieres tal y como eres?

a) si

b) no

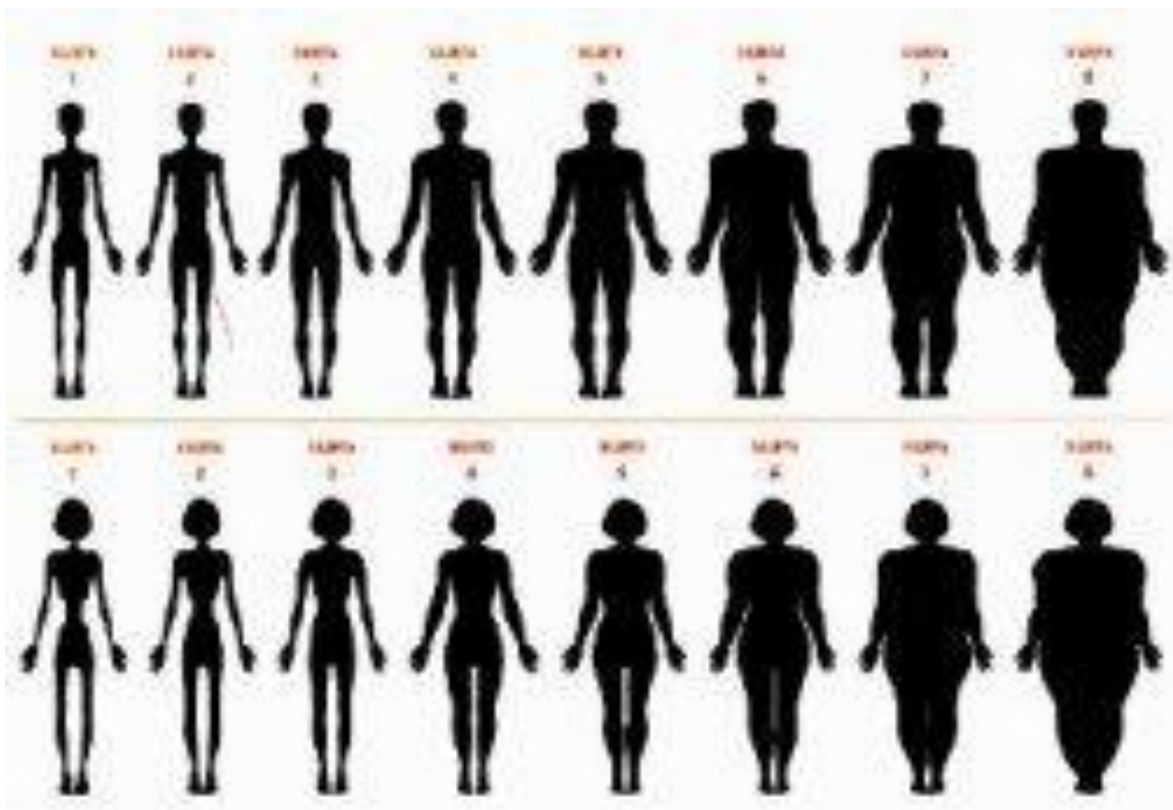


FIGURA 2

REFERENCIAS

- Bullen M; Pecha F., Farapi. B. (2005). Una perspectiva socio-cultural de los trastornos alimentarios. Parque tecn. Miramón.
- Cabajes J. (1999). Anorexia nerviosa-aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. El correo, Bilbao.
- Cervantes T, Cazares E. (2004). Trastornos alimentarios en hombres y mujeres adolescentes deportistas y no deportistas pertenecientes al servicio de rehabilitación ortopédica del centro nacional de rehabilitación.
- Cruzat C., Ramírez P., Meliullun P., Marzolo P. (2008). Trastornos alimentarios y funcionamiento familiar. Universidad del desarrollo, vol. 17. Recuperado (22/10/14), de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v17n1/art08.pdf>
- Gonzales A, Viveros R. (2009). Trastorno alimentario y su relación con la imagen corporal y la autoestima en adolescentes. Universidad Veracruzana, México, vol.27. recuperado (20/10/14), de:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200004
- López C, Treasure J. (2011). Trastornos de la Conducta alimentaria en adolescentes. Universidad de Chile.
- Lenoir M; Silber Tomas. (2006). Anorexia Nerviosa en niños y adolescentes.
- Moreno C. (2003). El mundo de los adolescentes. Editorial Trillas, México.
- Nicolson D, Ayers H. (2013). Problemas de la adolescencia. Alfaomega: Grupo editor.
- Ogden J. (2003). Psicología de la alimentación. Editorial Morata, St.
- Pereira R. (2011). Adolescentes en el siglo XXI. Editorial Morata S.L.
- Portilla M, Gómez L, Monguí J, Fernández D, Duque J. (2006). Bases teóricas de la psiquiatría infantil. Universidad de caldas.
- Raich R. (2004). Una perspectiva desde la Psicología de la salud de la imagen corporal. Universidad autónoma de Barcelona, España, vol.17 recuperado (23/10/14)de:file:///C:/Users/Itzy/Downloads/DialnetUnaPerspectivaDesdeLaPsicologiaDeLaSaludDeLalmagen-2741880.pdf
- Restrepo R. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-V. London, England.

- Rosales E, Ruiz E, Martínez Á, Molina O. (2007). Revista Mexicana de Trastornos alimenticios. Universidad Autónoma de estado de México.
- Sánchez A. (2006). Importancia del abordaje diagnóstico en pacientes con trastornos de conducta alimentaria.
- Silva C. (2007). Como prevenir, detectar y qué hacer si se presentan trastornos alimentarios. Pax México.
- Toro J. (2008). El cuerpo como delito, anorexia, bulimia, cultura y sociedad. España. Ariel.
- Weiner M; Dulcan K. (2006). Tratado de Psiquiatría. Masson
- Weissberg K, Galván L. (2004) Guía de trastornos alimenticios. México.