



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

"COMPARACION DE DOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN
PRIMARIA DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MUJERES
DE SECUNDARIA PUBLICA"

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

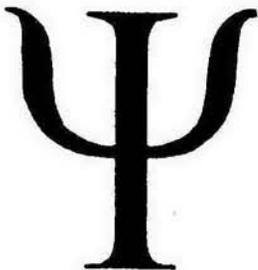
P R E S E N T A N:

GLORIA HERNANDEZ PEREZ

GLORIA LUZ LOPEZ PEREZ

KARINA IVETTE PARTIDA PUENTE

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE



MEXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Este trabajo ha sido impulsado por varias personas, que hicieron posible su realización, por lo que les agradecemos su confianza.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por habernos dado la oportunidad de tener una formación profesional.

A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré, por la dirección y el tiempo brindado para realización del presente trabajo.

A todas las adolescentes, padres, y profesores que aceptaron participar en esta investigación.

Y especialmente a Gisela Pineda, por la paciencia, asesoría, sugerencias, el tiempo y apoyo para realizar esta investigación.

DEDICADO A:

Mis padres Gloria Pérez Gómez y Javier Hernández Álvarez, por ser ejemplo de superación constante, aún cuando las condiciones son adversas.

Mi tía Delfina, quien me ha brindado su apoyo y confianza.

Jorge, Javier y Juan, quienes me han motivado a obtener éxitos.

Juan Antonio y Camila, quienes han sido motivo para la búsqueda de nuevas metas.

Fernando, por incluirme en su historia y darme la oportunidad de crecer profesionalmente a su lado.

Pero especialmente quiero dedicar éste trabajo a mi hermana, quien ha sido mi mejor amiga, gracias por tu confianza, apoyo y por todos los momentos felices que hemos compartido.

Gloria Hernández

DEDICATORIAS

Este trabajo esta dedicado principalmente a Dios. Gracias por hacer realidad mis sueños, por darme grandes oportunidades: "Ama al señor con ternura y el cumplirá tus deseos más profundos. Pon tu vida en las manos del señor, confía en él, y él vendrá en tu ayuda"

Salmo 37: 4-5.

A mis padres Gloria y Antonio por su gran apoyo que he recibido de ellos, por confiar siempre en mí. Gracias por todo.

A mis queridos hermanos Jaime, Catalina y Francisco por su gran cariño, confianza y apoyo que siempre me han brindado en todo momento. Los amo mucho.

Y a todos y cada uno de mis seres queridos que se encuentran presentes en mi corazón, aunque estén lejos. Y a los que están cerca. Gracias a todos por estar conmigo. Por su gran cariño y por impulsarme a seguir adelante.

Gloria Luz

DEDICATORIAS

Esta es la primera página que verá el lector, pero la última que he escrito. El trabajo está hecho, y ya sólo queda dejar constancia de todo lo que debo a tanta gente. Por otra parte, como no creo escribir nada original sobre agradecimientos, no me preocuparé de que quede una página única e interesante. Sólo intentaré transmitir mis sentimientos hacia todos los que han hecho posible que esté ahora terminando este trabajo.

Por supuesto, a mis padres, Lucero Puente y Miguel A. Partida, a quienes les dedico este trabajo, porque siempre creyeron en mí, y en todo momento me empujaron a seguir hacia delante, porque su apoyo, paciencia y ternura constantes fueron piezas fundamentales para la realización de mi tesis.

Debo un especial agradecimiento a mis hermanos, Adi Marisol (bibi), y Miguel Ángel (carnalito), quienes durante toda mi vida me han sabido escuchar, apoyar, y han estado pendientes de lo que hacía y hago. Enseñándome que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr y que solo depende de mí. "Gracias por sus ideas".

Y en especial, agradezco a una persona que me ha ayudado a soñar, y, a luchar por lo que quiero. Espero que siempre sea parte de mí y de mis sueños...

He de agradecer su trabajo a todos los que han hecho posible que esta tesis sea una realidad, como es toda mi familia mis tías, tíos, y primos, así como a las personas que ya no están con nosotros, pero que siempre serán una parte muy importante de mi vida como son mis abuelos (Marcela y Naty). Una vez más, sin ellos, este trabajo habría sido muy diferente, o posiblemente no habría sido.

Con mucho cariño y con toda mi dedicación.

Gracias.

Karina I. Partida

ÍNDICE

Resumen.....	8
Introducción.....	9
1. Capítulo 1. Salud y prevención	
1.1 Salud y Prevención.....	12
1.1.1 Nutrición y alimentación.....	12
1.1.2 Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.....	13
1.2 Prevención de los trastornos alimentarios.....	14
1.3 Modelos de comportamiento de la salud.....	17
1.3.1 Teoría de la acción razonada.....	17
1.3.2 Teoría de la acción social.....	18
1.3.3 Teoría de la disonancia cognitiva.....	18
1.4 Antecedentes teórico-prácticos de la prevención de los trastornos alimentarios.....	19
Capítulo 2. Adolescencia	
2.1 Adolescencia.....	26
2.2 Desarrollo físico.....	27
2.3 Desarrollo intelectual.....	29
2.4 Desarrollo social.....	30
2.5 Búsqueda de la identidad.....	33
2.6 La importancia de la imagen corporal en la adolescencia.....	36
Capítulo 3. Trastornos Alimentarios	
3.1 Trastornos alimentarios y factores de riesgo.....	40
3.2 Anorexia.....	41
3.3 Bulimia.....	43
3.4 Factores de riesgo en los trastornos alimentarios.....	45
3.4.1 Factores de riesgo asociados con la imagen corporal.....	45
3.4.2 Clasificación de los factores de riesgo.....	46
3.5 Teorías de los trastornos alimentarios.....	49
3.5.1 Teoría de la patología familiar.....	49
3.5.2 Teoría sociocultural.....	51
3.6 Prevalencia e incidencia.....	53
Capítulo 4. Plan de investigación	
4.1 Planteamiento del problema.....	57
4.2 Hipótesis de trabajo.....	58

4.3 Identificación y definición de variables.....	58
4.4 Método.....	61
Capítulo 5. Resultados	
5.1 Muestras experimentales.....	65
5.2 Resultados de los programas de intervención.....	70
Capítulo 6. Discusiones y Conclusiones	
6.1 Discusiones y conclusiones.....	80
6.2 Sugerencias y limitaciones.....	82
Referencias	84
Anexos	89

RESUMEN

El propósito de esta investigación* fue comparar la efectividad de dos programas de intervención (teoría de la disonancia cognoscitiva y psicoeducativo), con el fin de determinar cuál de los dos tiene mayor probabilidad de éxito en la prevención de trastornos alimentarios. Se seleccionaron 48 participantes para formar dos muestras no probabilísticas de mujeres adolescentes de secundaria pública, que presentaban insatisfacción con la imagen corporal, seguimiento de dieta restrictiva, para esto se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud (EFRATA). La investigación fue de campo, experimental y longitudinal con un diseño de un grupo experimental y otro grupo control. Se aplicó el pretest para medir los factores de riesgo, una vez elegidas a las participantes de acuerdo con el criterio de selección, se asignó al azar a las que pertenecieron al grupo control y experimental; posteriormente se realizó la intervención y al finalizar ésta, se aplicó el posttest. Los resultados indican que las participantes sometidas a la intervención de disonancia cognoscitiva presentan menos grado de insatisfacción corporal, preocupación por el peso y la comida y reduce el seguimiento de dieta restrictiva.

Maltrato infantil como factor de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT 40597-H) bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

INTRODUCCIÓN

La imagen de la mujer desde el punto de vista estético ha cambiado mucho en comparación a tiempos pasados. debido al bombardeo de cuerpos extremadamente delgados estos llegan a través de cualquier medio de comunicación como son pasarelas, revistas, televisión, ropa etc., provocando un nuevo estilo de vida.

Para las mujeres es muy importante el culto del cuerpo como forma de éxito social, la equiparación entre autocontrol y adelgazamiento, la identificación entre autoestima y aceptación social del propio cuerpo en función de unos patrones arbitrariamente fijados. Se trata de la interiorización de una norma sociocultural que lleva a la mujer a constituirse en esclava de su propio cuerpo/objeto creyéndose propietaria del mismo cuando, en realidad llega a ser poseída por él (Toro J., 1996).

Por lo anterior, es necesario vincular las distintas áreas de salud para entender más sobre el tema y abordarlo integralmente, no solo como un síntoma aislado de otras enfermedades, o como una curiosidad médica, sino como una enfermedad bien definida, dado que es usual que este tipo de trastorno tenga solamente interés de carácter investigativo en áreas exclusivas de salud como nutrición, cuando se demuestra que tienen características iguales o más importantes para la salud integral, como el estado anímico y psicológico de los pacientes por mencionar algunos. De la mano con la insatisfacción corporal, seguimiento de dieta restrictiva, preocupación por el peso y la comida y el culto a la delgadez serán algunos factores de riesgo que pueden conllevar a los trastornos de la conducta alimentaria. Estas representan cada vez más la causa de consultas psicológicas y psiquiátricas.

La literatura señala que la edad de inicio de estos trastornos es la adolescencia. Sin embargo, se ha visto en investigaciones que desde la niñez comienza haber una actitud negativa hacia la obesidad, la alta incidencia de factores de riesgo que conducen a los trastornos alimentarios entre adolescentes sugieren la necesidad de crear programas de prevención.

El objetivo de la presente investigación es precisamente el de modificar ciertas conductas de riesgo, por medio de dos programas de intervención que fueron aplicados a mujeres adolescentes de secundaria de escuelas públicas.

El abordaje de esta problemática, no puede ser un hecho aislado, y debe encuadrarse en el marco de la alimentación saludable. Es por ello que en esta investigación se describe la importancia en los conceptos de salud, prevención y su aplicación como parte fundamental, para que el individuo tenga un equilibrio psico-sociobiológico.

En el capítulo uno se aborda el tema de salud, la promoción de está con el fin de fomentarla y la importancia de la prevención para reducir la incidencia de los trastornos alimentarios. Además de las investigaciones que se han hecho anteriormente en la prevención de los trastornos alimentarios.

En el capítulo dos se encuentra el tema de adolescencia donde podemos conocer la gran cantidad de cambios fisiológicos, morfológicos, desarrollo intelectual, relaciones sociales, emocionales, la importancia de la imagen corporal en esta etapa de la vida y la búsqueda de identidad, es decir, todos los cambios tanto físico como psicológicos que se encuentran involucrados en el proceso de la adolescencia.

En el capítulo tres se incluye el tema de lo que son los trastornos alimentarios, la enfermedad como tal, los factores de riesgo que conllevan a los trastornos alimentarios. Además de la prevalencia de la población determinada, la cual se ve más afectada por esta enfermedad y los que están en riesgo de caer en ella. Como veremos, está involucrado un conjunto de situaciones, circunstancias o factores que pueden explicar por qué una persona desarrolla un trastorno alimentario. Además de que se puede afirmar el progresivo incremento de la incidencia de estas enfermedades en las sociedades y el hecho de que se dé en una proporción mucho mayor en las mujeres, que es la causa de la presión socio-cultural de tratar de obtener una figura delgada, ya que es un ideal de belleza.

En el capítulo cuatro describe el plan de trabajo de la presente investigación, es decir, el planteamiento del problema, las hipótesis de trabajo, la identificación y definición de las variables, así como el método de la investigación.

En el capítulo cinco se presentan las muestras experimentales, los resultados de los programas de intervención.

En el capítulo seis se muestran las discusiones y conclusiones.

CAPITULO 1

SALUD Y PREVENCIÓN.

1.1 SALUD Y PREVENCIÓN.

1.1.1 NUTRICION Y ALIMENTACIÓN.

Los procesos involucrados en la nutrición, son desde la formación y eliminación de los productos finales del metabolismo hasta el crecimiento, reparación y reposición de tejidos, reservas, mantenimiento de la homeostasis y procesos energéticos. Además, la nutrición no sólo es un proceso corporal aislado, sino que también afecta al individuo en su crecimiento, su salud y desarrollo (Cravioto y Arrieta, 1975).

La nutrición es en si "dar de comer" a las células, no al estómago como comúnmente se cree. Aún en tiempos contemporáneos, no es raro escuchar que una madre dice que..."un niño gordo es un niño sano", además algunas de las creencias populares nos dicen que una persona está desnutrida porque no come carne, otras personas piensan que el período de lactancia materna debe prolongarse hasta el año y medio de vida del niño incluso más, esta práctica muy usada en países africanos da como resultado la desnutrición (Bengoa, 1996).

Con el objeto de definir que es una dieta balanceada o equilibrada, se tiene que atender a las leyes fundamentales de la alimentación que se presentan a continuación:

Primera Ley.-La alimentación debe ser **SUFICIENTE**, lo cual significa que la cantidad de alimentos debe cubrir las exigencias energéticas del organismo. Con esta cantidad de alimentos, el cuerpo mantendrá su temperatura constante al mismo tiempo que su estructura y composición normales. Las sustancias que entran y salen del organismo deben estar equilibradas.

Segunda Ley.-El régimen de alimentación debe ser **COMPLETO**, es decir, contendrá todas las sustancias que el cuerpo necesita para realizar sus funciones. Cada organismo requiere de hidratos de carbono, grasas y proteínas tanto para utilizar y para reserva.

Tercera Ley.- Las cantidades de alimento deben ser **PROPORCIONALES**. Esto se refiere a que los nutrimentos actúan entre si y en caso de no haber suficiente de uno, otro más no podrá ser aprovechado tampoco.

Cuarta Ley.- La alimentación debe ser **ADECUADA** a cada tipo de organismo, ya sea que el individuo esté sano, enfermo, con un embarazo, o pertenezca a una cultura determinada o tenga cierta edad (Randoin, 1937; cit., en Espejo Sola, 1984).

1.1.2 PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

El concepto de promoción de la salud propuesto por la OMS (1986) en la Carta de Ottawa señala que está, consiste en proporcionar a las zonas rurales los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Bajo este contexto la salud es vista más que un fin, es como un medio para el logro de otros objetivos de vida y no sólo la ausencia de enfermedad, quedando la concepción médica de salud insuficiente, es la que no se trata únicamente de curar o prevenir enfermedad, sino que se trata de promocionar que la salud forma parte esencial de la calidad de vida de una persona, contribuyendo a su desarrollo en todas las áreas. En la carta de Ottawa la OMS (1986) señala los pre-requisitos para la salud: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, un ecosistema estable, la justicia social o la equidad. Bajo este punto de vista, sin duda, la salud es difícil de alcanzar, dado que las actuales guerras, la escasez de comida, la contaminación, la desigualdad social y la falta de educación, hacen que los requisitos para lograr la salud como los de prevención de la enfermedad jueguen un papel fundamental en el mantenimiento del mejoramiento de la salud.

Según la OMS (1992) la salud es un estado de bienestar completo, físico, psíquico y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez. La salud no puede definirse hoy como un estado de bienestar absoluto, completo y estático, por cuanto ella representa una situación relativa, variable, dinámica, producto de todos los factores de la vida sobre la población y el individuo, cuando estos factores son favorables a la ecología individual. De acuerdo con esta idea, la definimos como un proceso social, en su origen, que tiene repercusiones ecológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que finalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas) el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad.

Por lo que en este concepto de salud según la OMS (1992) hay varios aspectos a considerar:

-El estado de salud no puede ser absoluto, porque es indispensable del ambiente ecológico y social de la comunidad, el cual es esencialmente variable, principalmente por la actividad del ser humano, también éste es un ser esencialmente variable.

-No existe, por la misma razón un límite neto entre la salud y la enfermedad, sino grado y expresiones diversas mezcladas.

-En el concepto de salud hay, al menos 3 componentes a considerar: Un componente subjetivo (bienestar); otro objetivo (capacidad para la función), un tercero de tipo psico-ecológico-social, (adaptación biológica, mental y social del individuo).

1.2 PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Pareciera ser que los medios de difusión han distorsionado ciertas creencias acerca de la belleza, la salud, la alimentación y los apetitos: se ha incrementado la búsqueda de un cuerpo libre de grasa como nueva religión. Este dogma, es paradigma de esta época; en particular, su credo valora las actitudes y conducta de las anoréxicas.

Si se falla en seguir este moderno culto, el fracaso no se hace esperar. El cuerpo se convierte en un estigma de derrota, manifestándose en gordura y grasa; como consecuencia, en el ablandamiento, la flacidez tan temida por el sexo femenino, que convierte a este nuevo credo en un infierno en la Tierra.

Esta doctrina genera falsas expectativas entre las mujeres, al asegurarles que sólo si están delgadas podrán ser consideradas excitantes, competentes y exitosas. Mientras más pequeña sea la talla en la ropa y las medidas corporales, mejor (Casillas Ledesma, 2000). Por ello surge la necesidad de prevenir los trastornos de la conducta alimentaria más extendidos en el país (anorexia y bulimia) mediante diversas estrategias.

PREVENCIÓN.

En (1986) Nutbeam define prevención de enfermedad como las estrategias que pretenden reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas o reforzar factores personales que disminuyan la susceptibilidad a la enfermedad. Actualmente hemos observado un gran incremento en los trastornos de la conducta alimentaria y junto con los altos costos de la enfermedad, se ha creado la gran necesidad de los programas de prevención.

Es muy importante tomar las medidas de prevención que pueden reducir la incidencia de los trastornos alimentarios. Las medidas de una política de prevención debe incidir en todos y en cada uno de los factores que condicionan la aparición y el mantenimiento de la enfermedad sobre todo aquellos que sean comunes a gran parte de la población afectada (Fernández, 1998).

Según Fernández (1998) los programas de prevención se dividen en:

Prevención primaria.

Fernández (1998) menciona que la prevención primaria tiene una acción más directa en la reducción de la incidencia del trastorno. Aunque en los trastornos de la alimentación se desconocen los factores que desencadenan la enfermedad, existen unos que han sido comunes a la mayoría de los pacientes: La sumisión a los estereotipos culturales, la reducción de dieta, el deseo de adelgazar, la desinformación dietética, etc., el programa de intervención primaria es aquel que aborda cada uno de estos aspectos para evitar el desarrollo de la enfermedad.

Por lo que para Fernández (1998) la información va dirigida a los sujetos de riesgo y a sus familias y en segundo lugar a la población en general. Los lugares donde debería aplicarse son el hogar, los colegios, la universidad, etc., los promotores de esta política informativa deben ser los poderes públicos, organismos sanitarios, asociaciones, etc. La prevención primaria consiste en desarrollar aquellos programas que inciden en la corrección de las conductas que se han demostrado precursoras de los trastornos alimentarios.

La conducta que se debe corregir con más frecuencia es la que establece que niños y adolescentes varíen su dieta libremente y sin control, por motivos que no están claramente justificados, o que practiquen dietas restrictivas a espaldas o con ausencia familiar, con finalidad hipotética e innecesaria de adelgazar, pensando que está sería el proceso normal para mejorar la figura (Fernández, 1998)

Farré y Lasheras (1998) proponen también medidas de carácter preventivo. La prevención primaria tiene por objeto disminuir los índices de enfermedad mediante un ataque directo a los factores etiológicos que afectan a un grupo de población, reduciendo los factores de riesgo o interfiriendo en los mecanismos de transmisión de la enfermedad, cuando aún no se presentan signos de ésta.

Catalano y Dooley (1980, cit. en Austin, 2000) señalan que el nivel de prevención primaria puede clasificarse en estrategias reactivas y en estrategias proactivas. En la prevención reactiva se crean estrategias para mejorar las respuestas y así aumentar la resistencia del individuo a los estresores potencialmente dañinos. Por lo que puede llevarse a cabo antes o después de que se

presente el estresor. Mientras que en el programa proactivo las estrategias que se utilizan tienen como objetivo eliminar los agentes causales. Por lo tanto, evitar el estresor completamente. Para llevar a cabo esto, se requiere de la prevención primaria, ya que en este caso los trastornos de bulimia y anorexia nervosa tienen como consecuencias altos costos en todos los aspectos (psicológico, económico, social, familiar, etc.)

Prevención secundaria.

Estas medidas están encaminadas a reducir el tiempo entre la aparición de la enfermedad y el comienzo del tratamiento. Se tiene que tomar en cuenta que el diagnóstico sea rápido y precoz, que el tratamiento sea lo más rápido posible y que sea correcto, con un dispositivo asistencial eficaz (Fernández, 1998). Para Farré y Lasheras (1998) la prevención secundaria o identificación temprana y tratamiento oportuno se realizan con el propósito de reducir la prevalencia. También se pretende la reducción de la incapacidad crónica que pueda producir una alteración mental.

Prevención terciaria.

Se ha visto que muchos pacientes se han cronificado y que las diferentes intervenciones terapéuticas no han sido satisfactorias; cabe plantearse la posibilidad de crear programas de prevención terciaria. Si la paciente compromete la salud física por las conductas dietéticas o de purga y también si presenta graves desequilibrios emocionales secundarios a los fracasos terapéuticos o la presión ambiental, se puede beneficiar de las medidas encaminadas que se dan en estas complicaciones (Fernández, 1998).

Muchas familias después de repetidos intentos de tratamiento, se pueden sentir fracasadas y aceptar un final fatal inexorable, a causa de la torpida evolución de la enfermedad. Sin embargo, estas mismas familias pueden sentirse mucho más tranquilas y útiles en el tratamiento de la paciente, si pueden aceptar, controlar y mantener unas medidas mínimas para prevenir los riesgos físicos y las complicaciones psicológicas. Si se evita la caquexia extrema, los desequilibrios electrolíticos, el riesgo autolítico y las complicaciones por déficit inmunitario, se favorece la supervivencia. Y al mismo tiempo se tiene que aceptar algunas conductas y pactar otras, para evitar que el marco familiar se deteriore y que la familia y la paciente vivan situaciones críticas (Fernández, 1998).

Stice y colaboradores 2000, 2001 proponen que las intervenciones deben ser dirigidas: a una población en riesgo, considerar métodos alternativos al tradicional, ser sustentadas por antecedentes teóricos fuertes que se encuentran articulados en un modelo etiológico.

Es importante tener en cuenta que la prevención es un abordaje metodológico, con estrategias que capacitan a recursos que se convierten en agentes multiplicadores de formas de cuidado y promoción de salud. La prevención seguirá siendo resistida en organizaciones de países capitalistas dependientes, porque significa el enfrentamiento de las causas sociales de la enfermedad y la búsqueda de sus soluciones, con el conjunto de la comunidad y su plena participación. Desde esa perspectiva, el psicólogo es sólo un agente facilitador de organizaciones naturales, contribuyente a la conciencia y organización de recursos propios. Al menos en el plano de prevención y promoción de la salud.

1.3 Modelos de comportamiento saludable.

Existen Modelos de Comportamiento Saludable los cuales se han utilizado para crear programas de prevención.

Modelo de creencias sobre la salud (MCS)

La hipótesis original de este modelo sugiere que la persona realizará una conducta de salud (de prevención de participación o rehabilitación) si por lo menos tiene niveles mínimos de motivación e información relevantes sobre salud, se percibe a sí mismo como potencialmente vulnerable y a la enfermedad como amenazante, además de estar convencido de la eficacia de la intervención y percibe pocas dificultades de poner en práctica la conducta de salud (cit., en Rodríguez, 1995).

Algunos de estos Modelos de Comportamientos Saludables, se han basado en las siguientes teorías:

1.3.1 Teoría de la acción razonada.

La teoría de la acción razonada (TAR) (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975, cit. en Rodríguez, 1995) tiene como supuesto básico que los seres humanos son habitualmente racionales y hacen uso sistemático de la información que poseen. Esta teoría supone que las personas consideran las implicaciones de sus hechos antes de decidir llevar a cabo una

conducta o no. La intención de un individuo de realizar una conducta está en función de dos factores: Uno personal (la actitud hacia la conducta) y otro social, que se denomina norma subjetiva por tratarse de presiones percibidas (es la creencia que la persona tiene que existen presiones sociales para realizar o no la acción en cuestión). La TAR considera asimismo, que las actitudes están determinadas por un lado, por las creencias de la persona sobre los resultados del comportamiento y por otro lado, por la valoración de tales resultados.

1.3.2 Teoría de la acción social (TAS).

La teoría de la acción social (TAS) propuesta por Ewart (1991) puede encontrarse en un modelo formal descrito por Leventhal desde 1970, o en las aportaciones hechas por Bandura (1987) al análisis de la acción humana (cit., en Rodríguez, 1995).

Este modelo concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intentó activamente alcanzar objetivos específicos y como un sistema de retroalimentación compuesta por un conjunto de elementos dispuestos en etapas: Uno de entrada que representa el campo de estímulos o establece los objetivos, otro de salida o producción de respuesta, y una etapa de supervisión que implicó la consideración de las consecuencias de la acción, en relación al conjunto inicial de objetivos (cit., en Rodríguez, 1995)

De acuerdo con este modelo las intervenciones preventivas implican, casi siempre, la creación de hábitos protectores en la forma de secuencias comportamentales que disminuyen el riesgo personal. Se puede presentar un hábito saludable como "bucle de acción –resultado", en el que la autorregulación condiciona su propio mantenimiento, un equilibrio dinámico entre las actividades auto-protectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas (Rodríguez, 1995).

1.3.3 Teoría de la disonancia cognitiva.

La teoría de la disonancia cognitiva fue desarrollada por León Festinger (1957) y contiene elementos comunes u otras teorías: lo del equilibrio del Helder (1940,1958). La de las construcciones personales de Kelly (1955) y la de la autocongruencia de Lechy (1945) entre otros. Sin embargo, la teoría de Festinger (1957) difiere de las otras en el énfasis que da a las

consecuencias de la toma de decisiones y en la abundancia de las investigaciones que ha promovido (cit., en Deutsch y Krauss, 1992).

Los aspectos fundamentales de la teoría son las siguientes (Festinger, 1957, cit., en Deutsch y Krauss, 1992) :

1. Entre los elementos cognoscitivos pueden existir "relaciones desajustadas" o disonantes.
2. La existencia de disonancia determina el surgimiento de presiones para reducirlo y para evitar su aumento.
3. Las manifestaciones de la influencia de estas presiones incluyen cambios en el comportamiento, en el conocimiento y una exposición circunspecta a la nueva información o a las nuevas opiniones.

En el área de prevención de trastornos alimentarios, la teoría de la disonancia cognitiva puede predecir que los comportamientos saludables (en este caso las conductas alimentarias adecuadas) se presentarán en la medida que las adolescentes tomen una posición en contra de la delgadez como ideal de belleza y se vuelven promotores de una buena alimentación. Los adolescentes cambiarán su conducta alimentaria en la medida que disminuya la disonancia que se presenta entre lo que creen (ser delgado para ser bello) o lo que hagan (promover una posición "anti-delgadez" y el seguimiento de una dieta adecuada).

1.4 ANTECEDENTES TEORICO-PRACTICOS DE LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Las investigaciones de la prevención, que se han reportado desde la década de los 80 hasta el 2000 han sido 20 intervenciones en ocho diferentes países como: Estados Unidos, Canadá, Australia, Gran Bretaña, Israel, Italia, Suecia y Noruega. Los que han sido poco exitosos, las explicaciones que sustentan este fracaso (Stice, Mazotti, Weibel y Agras, 2000) A) Básicamente didáctico, utilizando la técnica pedagógica tradicional que incluye a un maestro que proporciona información a sus alumnos quienes participan mínimamente en el proceso. B) Las intervenciones se han dirigido a la población en general, sin embargo, los programas de prevención para otras patologías sugieren que los efectos de prevención máxima ocurren cuando se dirigen a personas con alto riesgo. C) Los programas contienen discusiones explícitas de las conductas características de los desórdenes alimentarios, fomentando en personas insatisfechas

corporalmente la adopción de algunas de ellas, inclusive algunos de los intentos preventivos han incrementado el seguimiento de dieta restrictiva (Carter et al., 1997) y los síntomas de desórden alimentario (Mann et al., 1997, cit., en Austin, 2000).

También se han formado algunos programas de prevención y Austin (2000) de la División de Medicina Adolescente de la Escuela de Harvard de Salud Pública, ha realizado una revisión de programas aplicados en diferentes países y que fueron publicados de 1986 a 1999. En el lapso de las dos últimas décadas se han publicado veinte programas de prevención de trastornos alimentarios. De los cuales diez han sido conducidos en Estados Unidos (Rosen, 1989; Shisslak et al. 1990; Killen et al. 1993; Moreno y Telen, 1993, Mann et al. 1997; Mann et al. 1997; Martz et al. 1997; Chally, 1998; Franko, 1998; Smolak et al. 1998; Martz y Bazzini, 1999) tres en Canadá (Piran, 1999; Porter et al. 1986; Moriarty et al. 1990) dos en Australia (Paxton, 1993; Huan et al. 1997) y uno en los siguientes países: Gran Bretaña (Carter et al. 1997), Israel Neumark-Sztaizaner et al., 1995) Italia (Santonastaso et al. 1999), Suecia (Buddeberg-fischer et al., 1998) y Noruega (Gresko y Rosenvinge, 1998). Estas intervenciones fueron publicadas en cada uno de los países (cit., en Austin, 2000).

Las intervenciones contaron con programas de contenido teórico acerca de los trastornos alimentarios. Los resultados de estas intervenciones han sido desalentadores, ya que sólo en cuatro intervenciones se presentó un cambio favorable en la conducta (Neumark-Staizaer et al. 1995; Chally, 1998; Martz y Bazzini, 1999; Piran, 1999) y en cuatro se observó en la postintervención que se empeoraron los síntomas (Paxton, 1993; Carter et al. 1997; Mann et al. 1997; Martz y Bazzini, 1999). Mientras que en cinco se reportaron mejoras tan sólo con la información (Rosen, 1989; Moriarty et al. 1990; Shisslak et al. 1990; killen et al. 1993; Carter et al., 1997) y varios más encontraron alguna mejora en las actitudes y/o preocupaciones acerca de su peso y figura corporal (Porter et al. 1986; Moreno y Thelen, 1993; Huon et al. 1997; Franko, 1998; Smolak et al: 1998, Piran, 1999; Santonastaso et al., 1999). Los resultados se publicaron en todos estos países (cit., en Austin, 2000).

Austin (2000) menciona que las evaluaciones fueron aplicadas con un amplio rango y hubo rigor en el tiempo, por lo que muchos de estos estudios tienen una metodología poco convincente, lo que conlleva a resultados poco favorables. En diez de estos estudios se incluyeron sólo mujeres adolescentes y jóvenes; debido a que las mujeres son diez veces más propensas a sufrir un

trastorno alimentario más que los hombres. También hubo un programa designado a estudiantes involucró personal concerniente al tema. Y en cuatro se incluyó a los padres, profesionales de la salud, y profesores que trabajan con los alumnos. Las intervenciones fueron de corto plazo comenzando con una sesión hasta varias sesiones durante pocos meses. Además de que dos programas se institucionalizaron por algunos años (Gresko y Rosenvinge, 1998; Piran, 1999; cit., en Austin, 2000) con sesiones especializadas por parte de personal escolar y profesionales de la salud.

Algunas intervenciones fueron didácticas, esto es lo que señala Austin (2000) es decir, usando las técnicas pedagógicas tradicionales teniendo a un maestro o experto en cuanto a la información que se proporcionaba, en donde sólo hubo una mínima participación por parte de la población a la que se dirigía. Además de que la información ha sido dirigida a población que no corre riesgo, por lo que estas intervenciones no tuvieron mucho éxito. Lo que llevó a una crítica de este formato. Pocos estudios fueron notables por la incorporación de técnicas participatorias.

En contraste con los otros estudios menciona Austin (2000) que eran a nivel individual. Fue así como incorporaron en seis estudios técnicas para tomar herramientas del mismo medio social que provoca los desórdenes alimentarios, es decir, contrarrestarlo (Shisslak y col., 1990, Martz et al. 1997; Chally, 1998; Gresko y Rosevinge, 1998; Smolak et al. 1998 y Piran, 1999; cit., en Austin, 2000).

Otros estudios se han hecho en la universidad de Oxford por Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth y Fairburn (2001) en donde se trabajó con una muestra de 474 adolescentes mujeres de 13 y 14 años quienes fueron divididas en dos grupos uno que recibió el programa de intervención como parte de su curriculum escolar, y otro grupo control: La duración fue de seis semanas, utilizando estrategias interactivas y técnicas de role play en grupos pequeños de los cuales en su entorno había presiones socioculturales para obtener una silueta delgada. El automonitoreo de hábitos alimentarios fue utilizada en el contexto de la discusión de alimentación saludable. Esto con la finalidad de fomentar una alimentación saludable, así evitando la dieta restrictiva. Se involucraron a los profesores para que recibieran información sobre el tema y a los padres se les proporcionó un resumen del contenido del programa. Se realizaron mediciones una semana antes de la intervención, una semana después y posteriormente en seis meses.

Los instrumentos que se emplearon fueron: La cuarta edición del autoreporte Eating Disorder Examination de Fairburn y Cooper, y la versión para niños de Eating Attitudes Test de Garner, Oimsted, Bohr y Garfinkel. Los resultados fueron alentadores, ya que inmediatamente después de la intervención las chicas del grupo experimental redujeron un poco la dieta restrictiva y la actitud negativa hacia la figura y peso. Aunque esta reducción no se mantuvo en los seis meses. En contraste con el grupo control no se observó ningún cambio (Stewart, Carter, Drinkwater, Hainsworth y Fairburn, 2001).

Mientras en Suecia Baranowski y Hetherington (2001) trabajaban con una muestra de 29 mujeres con edades de 11 y 12 años de edad, 16 de ellas participaron en un programa de prevención de trastornos alimentarios (grupo experimental) y otras 13 participantes estuvieron en un programa donde se impartía información de frutas y verduras (grupo control). En los dos programas se llevaron a cabo cinco actividades semanales, cada sesión duraba aproximadamente 1.5 hrs. La temática del grupo experimental fueron las causas y consecuencias de la dieta restrictiva, apreciación de la figura y peso corporal, estereotipos asociados con la delgadez y obesidad, autoestima, autoestima corporal, regulación de energía y trastornos alimentarios. Dentro del programa control se incluyó: Introducción a las frutas poco conocidas, actitud hacia las frutas y verduras, vitaminas y minerales, las estrategias para consumirlas a diario, y los beneficios de su consumo.

Se aplicaron dos instrumentos de autoestima (Index of Self-Esteem de Hudson y Self-Esteem Scale de Rosenberg). También dos sobre satisfacción con la imagen corporal The Body Esteem Questionnaire (Mendelson y White, 1984) y las siluetas de Stunkard, Sorenson y Schulsinger (1989). Además del Children's Eating Attitude Test (Maloney, McGuire y Daniels, 1992) y Dutch Eating Behavior Questionnaire (Van Strien, Frijters, Bergers y Defares, 1995). Al igual que el anterior estudio las mediciones se realizaron antes, después y seis meses posteriores a la intervención. Se encontró disminución en la dieta restrictiva en ambos grupos. La autoestima mejoró en el grupo experimental, pero no hubo diferencia significativa (cit., en Baranowski y Hetherington, 2001).

Las intervenciones que se han hecho con programas psicoeducativos, es decir, información acerca de los síntomas de los desórdenes alimentarios, las consecuencias de estas conductas, los factores de riesgo y técnicas de control de peso y salud, no han tenido éxito. Sin embargo,

una intervención proporcionó conocimiento. Otro redujo la internalización del ideal de figura delgada (Invirng, Du Pen, Berel, 1993, cit., en Stice y col., 2000)

Stice y colabores (2000) mencionan que existen algunas explicaciones de los efectos de estas intervenciones. Primero el componente central de estas intervenciones fue la información psicoeducativa acerca de los desórdenes alimentarios y esta información no produjo algún impacto en la población a la que se dirigió. Es más se encontró que se les proporcionaba técnicas como autoinducirse el vómito, laxantes, diuréticos "que les ayudaban para bajar de peso". Se encontró que las intervenciones psicoeducativas como programas de prevención no producen efecto en los individuos. Otra explicación es que a la población que se dirigió, fue población general y no tenían algún factor de riesgo.

Por lo que en estas intervenciones se encontró que para que, se imparta un programa de prevención, se debe dirigir a una población con factores de riesgo, para que cause impacto. Basándose en estas investigaciones se crearon programas de prevención, por medio, de la teoría del camino doble para los trastornos alimentarios. Este modelo propone que la presión sociocultural que se tiene para lucir una figura delgada promueve la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal y dieta restrictiva. Por lo que este modelo fue denominado así porque posiciona al efecto negativo y a la dieta restrictiva como predictores finales de la patología bulímica, y estas variables miden los efectos de otros factores de riesgo (Stice y col., 1996, Mazotti, Weibel y Agras, 2000).

Stice y colaboradores (2000) realizaron un estudio basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva propuesta por Festinger en 1957. En el estudio que realizó Stice y col. (2000) se contó con 30 mujeres de la Universidad de Stanford con edades de entre 18 a 22 años que fueron reunidas por medio del correo electrónico, haciéndoles la invitación a participar en un estudio que ayudaría a su propia imagen corporal. Las primeras 10 participantes fueron asignadas en la intervención y 20 fueron asignadas en el grupo control. La intervención constó de tres sesiones de 1 hora cada una.

En las sesiones de la intervención se hizo un role-play para detectar de donde viene el ideal de belleza y las consecuencias de éste, con la finalidad de no interiorizar o perseguir la figura delgada como ideal de belleza. Los resultados fueron muy positivos, ya que se redujeron síntomas bulímicos que presentaban en un principio las participantes, esto se detectó midiendo

factores de riesgo con los siguientes cuestionarios: A) La *internalización de figura delgada*. Por medio de cuestionarios de tres escalas: "Slender Ideal-Body Stereotype Scale-Revised (IBSS-R, Stice et al., 1996). B) *Insatisfacción corporal*, compuesta por dos escalas (Body Dissatisfaction Scale, BDS, Stice, 1994). C) *Dieta*, que consta de dos escalas: The Dutch Restrained Eating Scale (DRES; Van Strien, Friters, van Staveren, Defares y Deurenberg, 1986). D) *Alteraciones negativas*. Esta compuesta por escalas como: Positive Affect and Negative Affect Scale-Revised (PANAS-X; Watson y Clark, 1992). Y E) *Síntomas bulímicos*. Diagnosticados por preguntas del cuestionario Eating Disorder Examination-Questionnaire (EDE-Q; Fairburn y Beglin, 1994) (citados en Stice y col., 2000).

Otro estudio que realizó Stice, E., Chase, A., Stormer, S., y Appel, A. (2001) fue con 87 mujeres entre 17 y 29 años de edad, se asignaron al azar: En el grupo control hubo 39 participantes, mientras que en el experimental 48 participantes. Los dos programas tuvieron 3 sesiones de 1hr semanal: Los programas contaron con ejercicios verbales escritos y conductuales con la finalidad de formar una crítica ante el ideal delgado de belleza (grupo experimental) y el manejo saludable del peso corporal (grupo control).

Se hizo una medición antes, después y finalmente cuatro semanas más tarde, los cuestionarios que utilizaron fueron los mismos, que el primer estudio que realizó Stice (2000). En el grupo experimental se encontró la disminución del anhelo de un ideal delgado, dieta restrictiva, insatisfacción corporal, afecto negativo y síntomas bulímicos.

Estos hallazgos sugieren que efectivamente la intervención basada en la teoría de disonancia cognitiva, reduce síntomas bulímicos y factores de riesgo con los trastornos alimentarios.

Por lo que estos resultados son confortadores para formar programas de prevención que cuenten con la teoría de disonancia cognitiva.

CAPITULO 2

ADOLESCENCIA.

2.1 ADOLESCENCIA.

La adolescencia para Abestury (1992) más que una etapa estabilizada es de proceso y desarrollo. Debe por lo tanto comprenderse para ubicar sus desviaciones en el contexto de la realidad humana que nos rodea. La palabra "adolescente" proviene del latín *adolescere*, que significa crecer. La Organización Mundial de la Salud estableció que la adolescencia es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 19 años de edad, y suele dividirse en adolescencia temprana (10-14 años de edad) y adolescencia tardía (15-19 años de edad) (Monterrosa, 2000).

La adolescencia es un proceso dinámico, es la etapa que transcurre entre la niñez y la vida adulta, que implica la reestructuración de valores, actitudes, intereses, normas y pautas de comportamiento psicológicas y sociales. Es un proceso biológico que involucra cambios en la estructura morfológica y fisiológica corporal, asociado al inicio de nuevas funciones orgánicas como la menarquía y la ovulación en el sexo femenino, y la espermatogénesis y eyaculación en el varón. Dichos fenómenos se presentan cuando el individuo alcanza un estado crítico de maduración en su Sistema Nervioso Central, y cuando se establece el funcionamiento endocrinológico que integra diversos sistemas. Acompañando a todo este proceso biológico existe un desarrollo de eventos psico-emocionales y sexuales, así como un proceso de adaptación al grupo socio-cultural de su tiempo y entorno, que lo llevan a alcanzar la madurez físico-psíquica y el status adecuado, que le permitan asumir responsabilidades, ejercer deberes y tener derechos de adultos (Monterrosa, 2000).

Para Spranger (1985) el adolescente no vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos. Estos tienen para él, en la mayoría de los casos, el carácter de cosa definida que el mundo tiene normalmente para nosotros en el momento de vivirlo. Por eso mismo, el adolescente no se comprende a sí mismo por completo, ya que no tiene idea de sus crisis y evoluciones.

El término adolescencia quiere decir época de crecimiento acelerado, se refiere al período de la vida comprendido entre los 10 y los 20 años. La pubertad es el período comprendido entre los 10 y los 14 años. El término hace alusión a la aparición de vello en el pubis, un aspecto del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (Carneiro, 1979).

Por lo anterior se puede decir que **adolescencia**, significa el conjunto de transformaciones corporales y psicológicas que se producen entre la infancia y la edad adulta. Por lo que respecta a la **pubertad** se refiere principalmente a la vertiente orgánica de la adolescencia, y en especial a la aparición e instalación de la función sexual.

Para poder abordar el tema de la adolescencia es de gran importancia el hablar y analizar tanto los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, ya que entre todos ellos se puede observar una estrecha relación, dentro de esta etapa de gran influencia en la vida de todo ser humano, debido a que estos aspectos marcan una resignificación trascendental para la conformación del adolescente como individuo.

Este lapso puede ser una época de alegría irreprimible, así como de tristeza: de una inclinación por los grupos o sociedad, de altruismo y de egoísmo, de curiosidad incansable y aburrimiento, de confianza y de duda en uno mismo. Pero sobre todo la adolescencia es un período de cambios físicos, sexuales e intelectuales, así como ambientales de las exigencias externas que la sociedad impone a sus miembros en desarrollo, es decir, se trata de una época de cambios de contraste (Conger, 1980).

2.2 DESARROLLO FISICO.

Para poder abordar el tema es conveniente establecer la diferencia que existe entre los tres términos relacionados íntimamente y son: la pubescencia, la pubertad y la adolescencia. El inicio de la adolescencia es precedido por la "pubescencia" este último (se deriva del latín: *pubesceré*, que significa "*cubrirse de pelo*"), es el lapso del desarrollo fisiológico durante el cual maduran las funciones reproductoras y los órganos sexuales primarios y secundarios (tanto internos como externos), ésta etapa tiene una duración aproximada de dos años y termina con la "*pubertad*" (que proviene del latín: *pubertad*, que quiere decir "*edad de la hombría o viril*"), momento que el individuo está sexualmente maduro y en condiciones de reproducirse, es evidente la aparición del vello púbico y axilar, así como también en los varones se lleva a cabo el crecimiento de los testículos y escroto, aumenta la producción de esperma, pueden presentarse emisiones nocturnas y la capacidad de erección del pene (Mc Kary, 1983).

Mientras que en la mujer se presenta el crecimiento de las mamas y el redondeamiento de las caderas, aumenta de tamaño el útero, la vagina, la vulva y el clítoris; así como en los ovarios (inicia la menstruación). El primer signo de *pubescencia* en las mujeres es el florecimiento de los

senos: los pezones se agrandan y brotan, las aureolas (áreas pigmentadas que rodean los pezones) también aumentan su tamaño (Mc Kary, 1983).

La *menarquía* o derramamiento mensual es un suceso que la mujer tiene y en promedio su primera menstruación es a los 12 1/2 años o más, y en los primeros sangrados normalmente no hay ovulación. Generalmente los senos se han desarrollado completamente antes de comenzar la menstruación (Mc Kary, 1983).

Mientras que Tavares (2000) menciona que la adolescencia es un período de la vida comprendido entre el fin de la niñez y el comienzo de la vida adulta. Puede ser dividida cronológicamente en dos etapas: En su inicio de los 10 a los 12 años aproximadamente, el comienzo de la pubertad provoca cambios, rápidas manifestaciones de cambio de tamaño y estructura corporales, las cuales van acompañadas de modificaciones en las inquietudes del adolescente. El individuo se transforma de niño en adulto, adquiriendo talla, forma, proporciones y funciones del organismo adulto. Maduran y comienzan a funcionar los órganos reproductores.

Fase media de los 13 a los 16 años. La preocupación principal es el establecer su propia identidad y satisfacer sus necesidades personales. El adolescente se ejercita en adaptarse a la sociedad; se está preparando para afrontar las decisiones que debe tomar en torno a su futuro (Tavares, 2000).

Berk (1999) menciona dos tipos generales de cambio en el sistema reproductivo, los cuales son:

- De 8 a 13 años crecimiento de senos de 10 a 13.5 crecimiento de testículos en niños y de 8 a 14 crecimiento de vello púbico en niñas y en niños de 10 a 15.
- De 10 a 16.5 se presenta la menarquía y de 11 a 14.5 crecimiento de pene, cambio de voz, vello facial.

Como se ha mencionado los cambios biológicos y fisiológicos que se asocian con la maduración sexual, son la suma total de los intentos para ajustarse a la etapa de la *adolescencia* y al nuevo grupo de condiciones externas e internas que confortan al individuo.

2.3 DESARROLLO INTELECTUAL.

La adolescencia es la etapa en que mucha gente alcanza el más alto nivel de desarrollo intelectual, el de las **operaciones formales**. El estudio de las operaciones formales se caracteriza por la **habilidad de tener pensamiento abstracto**.

La explicación dominante para los cambios en la forma de pensar de los adolescentes ha sido la de Jean Piaget, quien observó que entraban al más alto nivel de desarrollo cognoscitivo del que la gente es capaz, Piaget llamó a este nivel caracterizado por la capacidad para el pensamiento abstracto, **operaciones formales**. El logro de las operaciones formales le permite al adolescente contar con una nueva forma de manipular o funcionar con información. Ya no están limitados a pensar acerca del aquí y del ahora, como en la etapa cognoscitiva anterior de las **operaciones concretas**, en la cual según Piaget entre los cinco y los siete años de edad, los niños entran en esta etapa, que es cuando pueden pensar con lógica acerca del aquí y el ahora. Pero durante la adolescencia, se pueden manejar abstracciones, probar hipótesis y ver sus posibilidades infinitas (cit., en Papalia, 1997).

La madurez cognoscitiva produce cambios internos y externos en la vida de los adolescentes. Según Piaget las estructuras de su cerebro han madurado y su ambiente social se ha ampliado, dándole más oportunidades para la experimentación. Es esencial la interacción entre las dos clases de cambios: aunque el desarrollo neurológico de la gente joven sea suficiente para permitirle alcanzar el estadio del razonamiento formal, puede que nunca lo logre si no ha sido motivada por su ambiente cultural y educativo (cit., en Papalia, 1997).

Menciona Papalia (1997) que para la mayoría de las personas, que pueden alcanzar el estadio de las **operaciones formales** en la adolescencia, la habilidad para pensar en abstracto les abre muchas puertas entre otras cosas, los capacita para alcanzar las teorías políticas y filosóficas de otros y construir las suyas propias. La capacidad para pensar en forma abstracta también tiene ramificaciones emocionales.

El razonamiento moral es una función del desarrollo cognoscitivo y así el desarrollo moral continúa en la adolescencia, como la habilidad para pensar en abstracto habilita a los jóvenes para entender los principios morales universales. Los adolescentes aplican el razonamiento

moral a muchas clases de problemas, desde problemas sociales hasta las decisiones de su vida (Papalia, 1997).

Algunos adolescentes se pueden encontrar en cada uno de los niveles que desarrolla Kohlberg en 1971 (cit., en Papalia, 1997) El primero es el nivel preconvencional: en este se piensa en términos de temor al castigo o de la magnitud de un acto o en términos del propio interés, preocupaciones que son más comunes en el pensamiento infantil. Los adolescentes del nivel preconvencional pueden copiar las respuestas de alguien en una prueba diciendo que había hecho sólo un poquito de trampa o que necesitaban una buena nota para entrar a la universidad o que habían evitado hacer trampa por temor de ser descubiertos. En el segundo que es el nivel convencional: se ajustan a la vida social, están motivados para sostener el statu quo y piensan en términos de hacer lo correcto para agradar a los otros. Una persona que piensa en este nivel puede estar tentada a compartir respuestas en una prueba para ayudar a un amigo, mientras otros adolescentes del mismo nivel podrían rechazarlo porque va contra las reglas. El tercero es el nivel postconvencional: en este desarrollan sus propios principios morales. Antes de que la gente pueda alcanzar este nivel de pensamiento moral autónomo, de acuerdo a Kohlberg y Gilligan (1971) (cit., en Papalia, 1997) deben reconocer la naturaleza relativa de las normas morales, es decir, que deben llegar a entender que cada sociedad desarrolla su propia definición de correcto e incorrecto y que los valores de una cultura pueden parecer chocantes a otra (cit., en Papalia, 1997).

Aquellos seres totalmente egocéntricos cuyo interés no se extendía más allá de su entorno se han convertido en la adolescencia, según Papalia (1997) en personas que pueden resolver problemas complejos, analizar dilemas morales y crear la visión de sociedades ideales, aunque en cierta manera el pensamiento de los adolescentes sigue siendo inmaduro. Tienden a ser críticos en extremo, en especial frente a las figuras de autoridad, a contradecir, a ser tímidos, indecisos y en apariencia hipócritas, características que reflejan algo de **egocentrismo**.

2.4 DESARROLLO SOCIAL EN LA ADOLESCENCIA.

LOS ADOLESCENTES Y LA FAMILIA.

De acuerdo con Rice (1997) es la familia la principal influencia socializadora sobre el adolescente. Esto significa que la familia es el principal trasmisor de los conocimientos, valores,

actitudes, roles y hábitos que de una generación pasa a la siguiente. Por medio de la palabra y el ejemplo, la familia moldea la personalidad del adolescente y le infunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales. Pero, lo que los adolescentes aprenden de los padres depende en parte del tipo de personas que sean los padres.

El número de hijos en la familia es un factor significativo, por lo menos en las familias de clase media. Entre mayor sea el número de hijos en la familia de clase media, mayor es el conflicto entre los padres e hijos y mayor la tendencia de los padres a utilizar la fuerza física para controlarlos (Bell y Avery, 1985, cit., en Rice, 1997).

Otro factor es la etapa del desarrollo en que se encuentre el adolescente. De los 12 años en adelante, las niñas tienen un conflicto creciente con los padres por el tema del noviazgo, que alcanza un punto máximo entre los 14 y los 15 años. También el género del adolescente se relaciona con la existencia de conflictos. Los muchachos reportan más conflictos no resueltos con la familia que las muchachas, lo que es un indicador de las diferencias de género en las habilidades de comunicación utilizadas para la solución de los problemas (Smetana, Yau y Hanson, 1991, cit., en Rice, 1997). Otra variable relacionada es el género del padre. Por lo general, los adolescentes están más próximos a la madre que al padre, en consecuencia suelen llevarse mejor con la madre. Aunque las variables asociadas con el conflicto entre los padres y el adolescente son numerosas. No todos los padres y adolescentes pelean por las mismas cosas o al mismo grado.

RELACIONES CON LOS HERMANOS.

Las relaciones entre hermanos y hermanas tienen una gran influencia considerable en el desarrollo social del adolescente. Este desarrollo se ve afectado de diversas maneras, según Rice (1997): Los hermanos a menudo se proponen amistad y compañía; y satisfacen mutuamente su necesidad de contar con relaciones significativas y afecto. Por el lado negativo, la rivalidad entre hermanos es mayor al inicio de la adolescencia, que en momentos posteriores.

A medida que los adolescentes van madurando tienden a disminuir el conflicto en su relación con los hermanos. Los hermanos mayores a menudo fungen como confidentes, compañeros de juegos, maestros, cuidadores y padres sustitutos. Las relaciones placenteras pueden contribuir a que los niños más pequeños sientan aceptación, pertenencia y seguridad. Las relaciones

hostiles y rechazantes pueden crear sentimientos profundos de resentimiento, inseguridad o ansiedad que pueden llevarse a la vida adulta. Muchos adolescentes aprenden responsabilidades y roles de adultos cuidando hermanos y hermanas más pequeños (Rice, 1997).

RELACIONES SOCIALES.

Durante la adolescencia la amistad tiene una función estratégica. La amistad es un factor relevante en la socialización de los adolescentes. Puede ser un medio para aprender habilidades sociales y juega un papel central en la búsqueda del adolescente del conocimiento y la definición de él mismo. La amistad es importante para lograr la emancipación de los padres, el establecimiento de relaciones heterosexuales y la afirmación de la identidad. Más aún, carecer de amigos o tener con estos relaciones conflictivas permite predecir posteriores problemas psicológicos (Claes, 1992, cit., en Rice, 1997).

Para realizar esa ambigua entrada en el mundo de los adultos, menciona Delval (1994) que el joven necesita oponerse a ellos, se aleja de la familia y cambia los vínculos con los padres, naturalmente eso resultaría todavía mucho más difícil si no pudiera encontrar algún apoyo en otra parte. Por eso los amigos y los compañeros pasan a desempeñar un papel tan importante, y los adolescentes tienden a agruparse. El vincularse con los coetáneos desempeña dos funciones: Por un lado, es una fuente de apoyo a la hora de alejarse de la familia y por otro, permite compartir experiencias con otras personas que tienen los mismos problemas y una posición semejante en el mundo. La influencia del grupo de coetáneos puede ser muy grande y no siempre beneficiosa, e incluso el joven puede sentirlo así. Pero al mismo tiempo le resulta difícil sustraerse a ella, pues necesita encontrar apoyo en alguna parte. Cuanto mayor es la distancia con la familia, más necesita a los amigos. El joven encuentra poco espacio para desarrollarse y actuar en su entorno, tiene pocas posibilidades de sentirse útil y capaz de hacer cosas, lo que le puede llevar al desprecio de los valores sociales y vinculado con otros en su misma situación, a producir conductas antisociales delictivas (Delval, 1994).

Las amistades con personas del mismo sexo y del sexo opuesto son importantes, porque satisfacen de manera simultánea muchas de las necesidades sociales de los adolescentes. Para algunos adolescentes conocer y sentirse cómodos con el sexo opuesto resulta un proceso difícil (Miller, 1990, cit., en Rice, 1997).

PARTICIPACIÓN DE GRUPOS.

La necesidad de pertenecer a un grupo.

Obtener la aceptación de los grupos sociales se convierte en una poderosa motivación en la vida del adolescente. Una meta principal del adolescente menciona Rice (1997) es ser aceptado por los miembros de un grupo por el que se sienta atraído. En esta etapa los adolescentes son sensibles a las críticas o a la reacción negativa de los demás. Les preocupa lo que las personas piensan porque desean ser aceptados y admirados por ellas; además el valor que se atribuyen es en parte un reflejo de la opinión de los demás.

Existe considerable evidencia de que los factores más importantes para la aceptación social son las cualidades personales y habilidades sociales como la capacidad para entablar una conversación para mostrar empatía hacia los demás y la serenidad, por lo que de modo que uno de los principales medios por el que los adolescentes obtienen la aceptación del grupo consiste en desarrollar y exhibir cualidades personales que otros admiran y aprender las habilidades sociales que les aseguren la aceptación, sin embargo, otros adolescentes encuentran aceptación en grupos desviados al tener conductas antisociales adoptadas por sus miembros (Downs y Rose, 1991, cit., en Rice, 1997). Aunque la conducta delictiva o antisocial puede ser inaceptable para la sociedad en general, puede ser requerida como condición para pertenecer a una pandilla (Rice, 1997).

2.5 BÚSQUEDA DE LA IDENTIDAD.

Delval (1994) menciona que sin duda la adolescencia es un fenómeno determinado en buena medida por la sociedad en la que se produce, y que por ello puede adoptar diversas formas, según la interacción que se produzca entre cambios físicos y psicológicos y por otro lado las resistencias sociales. Durante la adolescencia se experimentan cambios físicos a los que hay que habituarse, lo que resulta difícil por la rapidez con la que se dan.

También Delval (1994) menciona que los jóvenes tienen que hacerse un hueco en la sociedad adulta, por lo que encuentran resistencias de los adultos que pueden sentirse amenazados por ellos. En su búsqueda de interdependencia se cambian los lazos con la familia y muchas veces se produce un rechazo hacia los padres, pero los jóvenes siguen siendo muy dependientes, no

sólo material, sino también afectivamente. La ruptura de la identificación con los padres se ve compensada por la admiración hacia figuras alejadas que adquieren una dimensión simbólica o incluso mediante la identificación con creencias o ideales de vida más abstractos. Pero esa modificación en los lazos familiares se ve facilitada por el establecimiento de nuevas relaciones afectivas con los amigos y la amistad adquiere una importancia que no tenía antes. Desde el punto de vista psicológico, los rasgos esenciales son que el niño deja de ser niño, porque ya ha crecido y tiene las características físicas de los adultos y tiene que obtener un lugar en el mundo de estos y al mismo tiempo oponerse a ellos tratando de ocupar su puesto. Esta ambivalencia respecto al mundo de los adultos, al que quiere pertenecer y que se niega al mismo tiempo es un rasgo muy importante del comportamiento del adolescente (Delval, 1994).

Hoffman y colaboradores (1996) indican que una de las tareas esenciales de la adolescencia es la formación de la identidad. Y definen el concepto de identidad como un sentido coherente de individualidad formado a raíz de la personalidad y circunstancias del adolescente.

Delval (1994) se refiere a identidad como una posición existencial, a una organización interna de necesidades, capacidades y autopercepciones, así como a una postura sociopolítica, entendida en el sentido amplio. Además de que al ir construyendo cada uno de nosotros una noción de identidad personal que implica una unidad y continuidad del yo frente a los cambios del ambiente y del crecimiento individual. Esa identidad es el resultado de la integración de los distintos aspectos del yo, entre los cuales puede incluirse el autoconcepto.

De acuerdo con Craig (1994) el adolescente deriva de los grupos de referencia muchas de sus ideas referentes a los valores y papeles idóneos. Los **grupos de referencia** están compuestos por individuos que guardan estrecha relación entre sí o que se ven todos los días, aunque también pueden ser grupos más generales cuyos integrantes comparten actitudes, ideas o principios (grupos religiosos, étnicos, nacionalistas, generacionales o de intereses). Las personas se comparan con un grupo de referencia, sin importar si éste amplio o reducido, y confirman en ellos sus valores o los rechazan.

Hay ocasiones en que el adolescente se siente más atraído por los valores y actitudes de un individuo que por los del grupo entero. Esos papeles han de ser integrados en una identidad personal y los papeles antagonicos deben ser conciliados o excluidos (Craig, 1994).

Eric Erickson señala un proceso de establecer un sentido interno de identidad, el cual ha tenido un impacto importante en los psicólogos del desarrollo. Según Erikson, el proceso de autodefinición, denominado **modelamiento de la identidad** es muy extenso y complejo. Da lugar a la continuidad entre el pasado, el presente y el futuro de la persona. Un sentido interno de la identidad que contribuye a conferir dirección propósito y significado a la vida propia en un futuro (cit., en Craig, 1994). Mientras que Papalia (1997) indica que uno de los investigadores en problemas de identidad durante la adolescencia es el psicólogo James E. Marcia. Quién define la identidad como: una organización interna de compromisos, habilidades, creencias e historia individual

Erickson, J. Marcia (1980) han definido cuatro diferentes estatus o modalidades en la formación de la identidad. Las cuatro modalidades o estatus son: **1. exclusión, 2. difusión, 3. aplazamiento y 4. logro de la identidad**. Estos estatus se definen de acuerdo con dos factores, ya sea que el individuo haya pasado lista, o no, a través de un período de toma de decisiones ejemplificando una **crisis de identidad**, o ya sea que el individuo haya hecho, o no, un compromiso para la elección de un conjunto de opciones, tales como un sistema de valores o un plan para una futura ocupación (cit., en Craig, 1984).

Los adolescentes que están en el **estatus de exclusión** han hecho un compromiso sin pasar por un período de toma de decisiones. Han escogido una ocupación, una actitud religiosa, o un punto de vista ideológico, pero la elección se hizo tempranamente y fue determinada por los padres o maestros más que por ellos mismos. La transición a la edad adulta ocurre lentamente y con un poco de conflicto. También menciona Marcia (1980) (cit., en Craig, 1994) que la gente joven que carece de un sentido de dirección y que parece tener escasa la motivación para encontrar tal motivación, está el **estatus de difusión**. No han pasado por una crisis, y no han elegido un papel ocupacional o código moral. Sencillamente están evitando el tema. Los adolescentes o adultos jóvenes en el **estatus de aplazamiento** están a la mitad de una crisis de identidad o del período de toma de decisiones. Las decisiones pueden tratarse de elecciones ocupacionales, valores éticos o religiosos, o filosofías políticas. Los adolescentes que están en tal estatus se encuentran preocupados por encontrarse a ellos mismos (Marcia, 1980; cit., en Craig, 1994). Mientras que en el **logro de identidad** es el estatus que alcanza la gente que ha pasado por una crisis y ha establecido sus compromisos. En consecuencia se dedica al trabajo que ha escogido e intenta vivir su propio código moral formulado en forma personal (Marcia, 1980; cit., en Craig, 1994).

2.6 IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA.

Delval (1994) señala que una de las primeras cosas que tiene que conseguir el adolescente es asimilar los cambios físicos que esta experimentando, es decir, el cuerpo cambia durante esta etapa, su voz también, aparecen los caracteres sexuales secundarios. Todo ello hace que la imagen que tiene el adolescente de sí mismo se modifique. El adolescente presta gran atención a la opinión de los otros y le importa mucho lo que piensen de él y cómo le vean, y además tiende a sentirse el centro de las miradas de todos. El peso también es objeto de preocupación, es muy frecuente que las chicas quieran perder peso. En la adolescencia se observan importantes cambios en el concepto de sí mismo o autoconcepto. Que es el conjunto de representaciones que el individuo elabora sobre sí mismo y que incluyen aspectos corporales, psicológicos, sociales y morales. El autoconcepto de los adolescentes es mucho más complejo y es el producto resultante de las aspiraciones propias y de la imagen que devuelven los demás (Delval, 1994).

En una sociedad que glorifica la belleza, la juventud y la salud no es extraño que aumente la preocupación por la apariencia física. Pero la preocupación exagerada puede llegar a ser altamente perturbadora e incluso incapacitante para mucha gente. Un factor que no se pone en tela de juicio es la influencia de los medios de comunicación y de los agentes de socialización en la propagación de un ideal estético delgado. Pero aún más importante que esto, es la interiorización de este ideal, con base al cual se compara el cuerpo real.

Por lo que menciona Craig (1994) que durante la niñez media los individuos se vuelven más conscientes de los de los diferentes ideales y tipos de cuerpo y obtienen una idea de su propia estructura, proporcionadas y habilidades corporales. La primera preocupación de los hombres es el poder físico que pueden ejercer en el medio. Mientras que las mujeres les inquieta ser demasiado gruesas o altas. Se concentran en el peso, en parte a causa de la incertidumbre de una aceptación social.

De acuerdo con Rice (1997) el atractivo físico es importante de varias maneras. Afecta la autoestima positiva y la aceptación social del adolescente, ya que influye en la personalidad, la atracción interpersonal y las relaciones sociales. Los adolescentes atractivos son considerados en términos positivos, inteligentes, deseables, exitosos, amistosos y cálidos. Debido en parte al tratamiento diferencial que reciben, los adolescentes atractivos parecen poseer una amplia variedad de habilidades interpersonales, tener un mejor ajuste social, autopercepciones más

elevadas y atributos de personalidad saludable. Como resultado, muchos adolescentes se preocupan por su apariencia física (desarrollan ansiedad por la apariencia) especialmente si han tenido experiencias sociales negativas en la niñez y el inicio de la adolescencia. Las evaluaciones que hacen los adolescentes de su atractivo físico están determinadas parcialmente por la comparación que hacen de su persona con quienes lo rodean.

Un estudio mostró que las autoevaluaciones eran más favorables después de ver a una persona objetivo del mismo sexo y no atractiva que después de ver a una persona objetivo del mismo sexo y atractiva. Los adolescentes son influidos por los conceptos de la figura ideal aceptados por la cultura. Por ejemplo si una chica no tiene una figura delgada, está pensando que es menos probable que tenga pretendientes, y es difícil vivir con el rechazo social, esto significa que la autosatisfacción y la autoestima están muy relacionadas con la aceptación del propio físico (Rice, 1997).

La mujer, la adolescente, o aún la niña se ve más afectada que sus congéneres hombres por la presión social y en consecuencia se ha encontrado que las mujeres, más que los hombres se someten a dieta, desarrollan desórdenes del comer y todavía más, las mujeres se someten en gran medida que a diferencia de los hombres a intervenciones quirúrgicas, como cirugías plásticas y liposucciones, entre otras, no sólo dolorosas, sino también altamente riesgosas para la vida misma (Agras, 1988; Orbach, 1993; cit., en Gómez Peres-Mitré, 1999).

La coincidencia en el tiempo entre el surgimiento de una mujer ideal sin curvas con el gran incremento del número de jóvenes, se considera que un cuerpo con curvas refleja femineidad. Por lo que se puede afirmar que la propia *imagen corporal* es algo importante en todas las edades, pero para el adolescente temprano puede llegar a ser crucial.

Para Rosen (1995) (cit., en Raich, 1998) la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo, por lo que se contemplan aspectos perceptivos, aspectos subjetivos como: satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad y aspectos conductuales Thompson (1990) (cit., en Raich, 1998) concibe el constructo de imagen corporal constituido por tres componentes: *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).

COMPONENTE SUBJETIVO (COGNITIVO-AFECTIVO): Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes específicas del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física (ejemplo: satisfacción, preocupación, ansiedad, etc.) Bastantes estudios sobre trastornos alimentarios han hallado insatisfacción corporal, y la mayoría de los instrumentos se han construido para evaluar esta dimensión. *COMPONENTE CONDUCTUAL*: Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (ejemplo: conductas de exhibición, conductas de evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.) (Thompson, 1990; cit., en Raich, 1998).

También Gómez Peres-Mitré (1999) indica que está ampliamente fundamentado en la literatura de la Psicología Social que la percepción de los otros está fuertemente influenciada por estereotipos basados en características y atributos tales como género, color de piel, edad, clase social y atractivo o apariencia física entre otros. Sin embargo, lo más importante es que la propia percepción o autopercepción sufre las mismas influencias, es decir, "pues me veo, percibo mi cuerpo como me perciben los demás, mis pares, los miembros importantes de mi familia, etc." Mientras que los medios influyen sobre mí, en la medida en que difunden, transmiten y refuerzan, la imagen valorada para la sociedad.

En general Gómez-Peresmitré, Saucedo & Unikel (2001) indican que las mujeres mexicanas también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, por lo que no sólo en los países desarrollados existe en la población problemas asociados con la imagen corporal y los trastornos de la alimentación, sino que se extiende rápidamente e interculturalmente y producen en menor o mayor medida en toda sociedad sin importar clases sociales, razas y/o nivel de desarrollo.

CAPITULO 3

TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

3.1 TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

De acuerdo con García-Camba (2002) la comida ha adquirido un significado emocional a lo largo del tiempo por lo que pasa a ocupar un lugar central en la vida del individuo y se convierte en un auténtico modulador de las emociones, bien para compensar la frustración de atracones, como sucede en la Bulimia Nervosa (BN), o para conseguir un sentimiento de satisfacción y autocontrol absteniéndose de comer, como sucede en la Anorexia Nervosa (AN).

Mientras que Gómez-Peresmitré, Unikel, & Saucedo (2001) señalan que la conducta alimentaria es una conducta psicosocial. En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por la interacción diádica madre-hijo. La conducta alimentaria puede resultar influida posteriormente por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores, por lo que en el estudio de los trastornos de la alimentación implica una relación entre los factores psicosociales y el estado de salud-enfermedad del sujeto individual o colectivo. Esta relación comprende factores individuales, grupales o comunitarios, sociales y culturales. Las conductas psicosociales pueden encontrarse en la etiología, en el mantenimiento de tales trastornos, en la patología o presentarse como conductas de riesgo. La conducta psicosocial implica contextos (por ejemplo, económicos, políticos, de clase social, ambientales, ecológicos, entre otros).

En Gómez-Peresmitré (2001a) menciona que los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) responden a una etiología multifactorial esto es, obedecen a múltiples causas o determinantes y aunque el rastreo de uno de ellos, el de la anorexia, muestra su presencia entre las mujeres religiosas desde la Edad Media (1200 a 1500) y en el siglo XIX ya se le había dado el nombre de Anorexia Nervosa, el avance en el conocimiento de esta ocurre hasta mediados del siglo XX en países desarrollados.

El estudio de los TCA se inicia en los EUA, ya que menciona Gómez-Peresmitré (2001a) que es supuestamente una problemática sólo de los países del primer mundo, de la raza blanca y de las clases altas de las sociedades occidentales. Aunque actualmente persisten todavía algunas de estas concepciones erróneas.

Los TCA señala Gómez-Peresmitré (2001a) se han incrementado de manera alarmante, no sólo en los países como EUA, Inglaterra y Canadá, sino también en los países que están en vías de desarrollo, tal es el caso de México: En nuestro país comienza a hablarse de esta problemática a partir de la década de los 90s y también, se inicia en las universidades mexicanas, el estudio sistemático de los mismos.

Gómez-Peresmitré (2001a) afirma que entre los factores de los TCA, se encuentra la influencia de valores sociales y transculturales reforzados y difundidos por los medios globalizados de comunicación social, por lo que puede decirse que los TCA independientemente del desarrollo del país, de la raza y del nivel socioeconómico, son característicos de nuestros tiempos. Un ejemplo claro y de origen netamente nacional es el bombardeo de los mensajes publicitarios por ejemplo (de una importante firma comercial, del Palacio de Hierro) en la que una chica afirma que prefiere "decir su edad que su talla" el cual el contenido es inaudito y lo hace una mujer, por lo que es literalmente sintomático, sino para los trastornos alimentarios de nuestros tiempos, sí de los factores de riesgo que conducen a ellos.

A lo largo de las últimas décadas, enfermedades como la anorexia y la bulimia nervosas, consideradas como propias de los últimos años de la adolescencia y primeros de la juventud afirma García-Camba (2002) han descendido en la edad de comienzo y afectan a personas cada vez más jóvenes. Por lo que se ha producido un incremento de conductas patológicas en relación con la alimentación en los niños y en los adolescentes, que pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo posterior de un trastorno. Por lo que implica factores sociales y culturales, estilos de vida y valores del mundo actual, junto a factores genéticos, neuroquímicos y neuroendocrinos aún pendientes de estudio.

3.2 ANOREXIA

El problema de la anorexia se está haciendo cada día más importante y urgente, los medios de comunicación masivos le dedican espacios cada vez más amplios, mientras que terapeutas y hospitales tienen que vérselas con un número de casos en continuo incremento.

ANOREXIA

La sensación de inapetencia es un síntoma poco característico que acompaña generalmente a muchas enfermedades. Es corriente en la indigestión, gastritis, úlceras gastroduodenales, cáncer de estómago, tuberculosis, enfermedades febriles, y también, a menudo, en algunos procesos psíquicos. También es importante distinguir entre el hambre (necesidad imperiosa de alimentarse) y el apetito (apetencia de comer). Cuando disminuye el hambre o se extingue el instinto natural de nutrición, disminuye el aporte normal de alimentos. La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. Una característica esencial de la anorexia nervosa y de la bulimia nervosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporal (Fernández, 1998).

El DSM-IV (APA, 1995) establece los siguientes criterios para diagnosticar la anorexia nervosa (AN) : esta consiste en el rechazo a mantener su peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las personas que tienen este trastorno, mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (Criterio A). Esta medida de peso es generalmente por la disminución de la ingesta total. A pesar de que empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaban con una dieta muy restringida, limitada a muy pocos alimentos. Estas personas tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas, este miedo no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo (Criterio B). Hay una alteración en la percepción del peso y de la silueta corporal (Criterio C). El nivel de autoestima depende de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de autodisciplina; en cambio ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. La amenorrea es consecuencia de la pérdida de peso, y en su minoría de casos la precede. En las niñas prepuberales la anorexia puede retrasar la aparición de la menarquía (Criterio D) DSM-IV (APA, 1995).

El DSM-IV (APA, 1995) especifica la presencia y ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nervosa, en subtipos: el primero es el tipo restrictivo, este consigue la pérdida de peso haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. El otro es el de tipo compulsivo/ purgativo es cuando el individuo recurre a atracones o purgas, provocándose vómito o utilizando diuréticos, laxantes, o enemas de una manera excesiva.

3.3 BULIMIA.

La bulimia nervosa, es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga (Sherman y Thompson, 1999).

Los criterios del DSM-IV (APA,1995) para diagnosticar la bulimia nervosa (BN) :

Criterio A es la presencia de atracones recurrentes. Criterio A1 es el atracón inferior a dos horas. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud. Lo podría desencadenar un estado de ánimo disfórico, una situación estresante, hambre intensa, una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso. Los atracones pueden reducir la disforia de una manera transitoria, pero después pueden provocar sentimientos de autodesprecio y un estado de ánimo depresivo.

Los criterios del DSM-IV (APA, 1995) para diagnosticar la bulimia nervosa:

El criterio A, se refiere cuando un atracón va acompañado de la sensación de falta de control, manifestado por el estado de excitación que el individuo presenta cuando se atraca de comida. El Criterio B, son las conductas compensatorias inadecuadas para evitar ganar peso. Como es el vómito autoprovocado este disminuye el malestar físico y el miedo a engordar. Otras conductas son por ejemplo el uso excesivo de laxantes y diuréticos. El ejercicio exagerado se usa para compensar los atracones. Criterio C, se refiere a los atracones y a las conductas compensatorias se presentan por lo menos dos veces durante la semana en un período de tres meses. Para el Criterio D, la persona le da demasiada importancia en la forma y peso corporal al momento de autoevaluarse representando los factores más importantes al determinar su autoestima. Criterio E, se refiere al miedo a engordar, deseo de adelgazar e insatisfacción corporal DSM- IV (APA, 1995).

La bulimia nervosa a su vez también se divide en dos tipos: un primer tipo es aquel donde se centran las medidas de compensación más extremas, más drásticas, representadas por vómitos, laxantes, diuréticos o enemas, y la bulimia nervosa tipo 2 que no presenta conductas de purga, que compensa a través de actividad física desmedida o a partir de ayunos o dietas sumamente restrictivas (Brecker, A., Bruwell, A., 2003).

Sin embargo, la queja principal de las pacientes bulímicas es su pérdida de control sobre su comportamiento alimentario, sintiéndose impotentes ante ese impulso irrefrenable a comer. Por

lo general, se ingieren esos alimentos en secreto y generalmente de forma rápida, muchas veces tragado y no masticado. Durante el atracón la paciente actúa mecánicamente y puede que sea imposible que pare de comer; los sentimientos de culpa, reproches, el malestar digestivo y la vergüenza de no haber podido controlar la ingesta generan el vómito reflejo que más tarde se hará provocado manualmente, también puede incluir abuso de laxantes, diuréticos (píldora de agua), ayuno y ejercicio excesivo aliviándose todo ese tipo de molestias y culpas (Brecker, A., Bruwell, A., 2003).

Cuando los atracones ya están establecidos, éstos suelen precipitarse por distintas circunstancias, siendo los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) los desencadenantes usuales. Aunque, también lo son las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que previamente han quedado asociadas a los atracones (Toro, 1996).

Un miedo atroz a la gordura, insatisfacción por su peso e imagen corporal y la inexorable convicción de que es necesario un control estricto del peso corporal o de la delgadez para ser feliz o para lograr bienestar, ha llevado a las jóvenes a tomar actitudes inadecuadas con respecto a los alimentos, la comida, el peso y el cuerpo.

Antecedentes comunes en el desarrollo de la bulimia.

Las mujeres con bulimia, presentan dos rasgos de carácter predisponente: baja autoestima e inestabilidad afectiva que incluye tendencia a la depresión y a la impulsividad con déficit yoico, como poca tolerancia a la ansiedad y la frustración (Brecker, A., Bruwell, A., 2003).

Así, como también presentan necesidad de aprobación/dependencia, creen que las cosas verdaderamente importantes, como seguridad y felicidad, provienen de otras personas en lugar de estar bajo su control. Por esta razón tienden a tomar decisiones basadas en lo que creen que los demás quieren de ellas, en un esfuerzo de complacerlos y ganar su aprobación. La bulímica no es una persona que dependa de otros para que hagan algo para ella. Por el contrario, es más factible que los demás tiendan a depender de ella. No obstante, depende de otros en cuanto a su sentido de estima temporal el cual se deriva de dar gusto. Desafortunadamente su necesidad de aprobación le ayuda a volverse más pasiva, carente de asertividad y demasiado sumisa como resultado del temor a desagradar a su única fuente de buenas sensaciones (Sherman y Thompson, 1999).

Factores biopsicosociales como desencadenadores.

Un cierto porcentaje de pacientes inician los atracones por haber sufrido agresiones sexuales en su infancia o adolescencia que les deja estigmas emocionales y cognitivos importantes. o bien cuando a la paciente se le presenta la toma de responsabilidades o de decisiones importantes, es decir, al final de la enseñanza secundaria, tales como: estudiar, trabajar, independizarse de los padres (Chinchilla, 2003).

Las alteraciones del comportamiento: Suelen darse en jóvenes de alrededor de 20 años, con frecuencia tras haber padecido una anorexia nervosa, aunque no necesariamente. En ocasiones han sido anteriormente algo obesas o han hecho regímenes de adelgazamiento. La enfermedad suele pasar desapercibida durante mucho tiempo, ya que la persona enferma trata de ocultarla por todos los medios a su alcance (Brecker y Bruwell, 2003).

Complicaciones Psicológicas y médicas.

Una vez que una persona comienza con el vómito, uso de laxantes, abuso de la píldora de dieta o del diurético, ejercicio excesivo y ayuno puede tener como consecuencia, glándulas inflamadas, vasos sanguíneos rotos, desequilibrio de humor, depresión, autocrítica severa, autovaloración determinada por el peso, miedo de no poder dejar de comer voluntariamente, fatiga, debilidad muscular, caries, irregularidad del sistema cardiaco, respiratorio, digestivo, ciclo menstrual alterado, vértigo, dolores de cabeza, deshidratación, pérdida de cabello, corrosión de esmalte de los dientes, riñón y lesión hepática, desequilibrios del electrolito, edema (manos y pies hinchados), dolores del pecho, desarrollo de úlceras pépticas y pancreatitis (la inflamación del páncreas), dilatación gástrica y ruptura, anemias, privación de comidas planeadas o eventos sociales, quejas de dolor de garganta, necesidad para la aprobación de otros (Perez-Poza y Corbera, 2003).

3.4 FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

3.4.1 Factores de riesgo asociados con la imagen corporal.

A partir de (1995) Gómez Pérez-Mitré inicia en México los estudios sistemáticos en el campo de los trastornos alimentarios. El proceso de investigación mostró que en muestras de estudiantes de quinto y sexto grados de primaria, en los tres años de secundaria, de preparatoria y de

licenciatura, no se presentaban trastornos de la alimentación tales como AN o BN, que se definían en el DSMIII Y DSM III-R, American Psychiatric Association, 1980 y 1990, respectivamente) y lo que los datos mostraban podrían denominarse **factores de riesgo asociados con la imagen corporal y con conducta alimentaria**; además, de que la frecuencia con que se presentaban era menor que la prevalencia reportada para los preadolescentes y adolescentes norteamericanos.

El estudio de los **factores de riesgo** de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, de acuerdo con García-Camba (2002) es fundamental no sólo para conocer los mecanismos implicados en la etiopatogenia, sino también para poner en marcha medidas y programas de prevención, sobre todo importantes en la infancia y adolescencia. En el caso de la anorexia y la bulimia nervosa parece evidente que los cambios experimentados durante el siglo xx en el modo de comer, en los valores estéticos relacionados con el cuerpo y la imagen corporal, en los estilos de vida y en el proceso de búsqueda de las mujeres de una identidad personal y profesional propia han sido factores determinantes.

El objetivo del conocimiento de la problemática debe ser, no sólo para la detección y el tratamiento; sino también para su predicción y prevención, ya que forma parte del esclarecimiento de los facilitadores (de riesgo) y protectores de la enfermedad. Gómez-Peresmitré (2001a) define a los factores de riesgo como aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o al desequilibrio del mismo y en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementando la probabilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma. Mientras Lemos (1996) (cit., en Gómez-Peresmitré, 2001a) define riesgo como la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado. Es importante señalar que los factores de riesgo guardan relaciones complejas con los trastornos clínicos, por lo que están relacionados con diferentes factores de riesgo y no con uno sólo. Así el riesgo de desarrollar alguna alteración es el resultado de la interacción de disposiciones personales y de factores de riesgo.

3.4.2 Clasificación de los factores de riesgo.

En el trabajo de Gómez-Peresmitré (2001a) ha clasificado diferentes perspectivas de los factores de riesgo (FR) en el campo de los Trastornos Alimentarios, en donde se dividen cuatro grandes

grupos tomando en cuenta la naturaleza de las variables que empíricamente se han agrupado en función de resultados, entre ellos de sus correlaciones y/o de sus contenidos: 1) FR asociados con la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción); alteración sobrestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida, actitud hacia la obesidad/delgadez. Para valorar la insatisfacción con la imagen corporal se han hecho uso de figuras desde muy delgadas hasta muy gruesas y al presentárselas a los individuos estos tienen que escoger aquella que se le parezca (figura actual) y la que le gustaría tener (figura ideal). Y lo que se ha encontrado es que las mujeres, de población normal con patrones anormales del comer (comedoras restrictivas) y con desórdenes del comer (bulimia nervosa) califican su figura ideal más delgada que su figura actual. Las investigaciones muestran que muchas mujeres están insatisfechas con sus cuerpos. 2) Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria, siendo el más importante el seguimiento de dieta restrictiva; atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos considerados de alto contenido calórico (engordadores) y consumo de productos "light". 3) Aquellos relacionados con el cuerpo biológico, peso corporal, a los alimentos, las comidas, el peso y el cuerpo, talla o estatura, madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea y 4) Aquellas prácticas compensatorias tales como: ejercicio excesivo (10 hrs. o más a la semana) y uso de productos para el control de peso tales como: inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos y consumo excesivo de agua y de fibra. Entre los factores de riesgo asociados con la imagen corporal, el de los trastornos de la autopercepción del tamaño corporal, era considerado hasta hace poco como no demostrable (debido a la carencia de estudios en adolescentes normales). Se ha demostrado que es una predisposición, más que una secuela de la patología de los TCA, se ha encontrado frecuentemente entre los adolescentes y aún en preadolescentes de poblaciones abiertas (Gómez-Peresmitré, Alvarado G., H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S., y Pineda, G. G., 2001).

El estar insatisfecho con la propia imagen corporal actúa como un factor de inadaptación social (influye en la autoestima, puede llevar al aislamiento social, la preocupación que conlleva, puede limitar los intereses y desde luego conducir a conductas que de otra manera no se llevarían a cabo. por ejemplo. hacer dietas restrictivas, ejercicio excesivo, o recurrir a cualquiera de las conductas compensatorias como son: uso de diuréticos, de laxantes, vómito auto-inducido, etc.) Mientras que la alteración de la imagen corporal como FR no implica una ruptura con la realidad, sino un efecto de sobreestimar o subestimar el tamaño corporal. La respuesta patológica en la AN se expresa como una verdadera distorsión de la imagen corporal (ruptura de la realidad) en

la que el paciente encontrándose ya en estado de emaciación (delgadez extrema) se percibe con sobrepeso lo que lo lleva a proseguir con su dieta restrictiva y a mantener o agravar su estado de inanición (Gómez-Peresmitré, 2001a).

La proporción de mujeres con el deseo de una figura ideal delgada se incrementa con la edad, de tal manera hay más adolescentes, que púberes y pre-púberes. Aunque debe notarse que en los tres grupos existe el deseo de tener una figura más delgada, podemos ver que el estereotipo del culto a la delgadez, ya existe desde las niñas más jóvenes (6 a 9 años de edad). Además de sostener una actitud negativa hacia la obesidad, la preocupación por el peso corporal, el estar insatisfechos con la imagen corporal que se asocia con seguimiento de dietas restrictivas los cuales son factores de alto riesgo los que pueden conducir al desarrollo de trastornos alimentarios (Gómez-Peresmitré, Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. y Pineda, G. G., 2001).

Los TCA afectan con mayor frecuencia a determinados grupos profesionales como modelos, bailarinas y atletas. En este sentido García-Camba (2002) señala que el ejercicio podría precipitar la aparición de un TCA, ya que se requiere un cuerpo delgado, por lo que de acuerdo con Gómez Pérez-Mitré, Unikel y Saucedo (2001) es probable que para estos grupos profesionales el tener una figura esbelta sea un factor de éxito profesional y grandes expectativas de logro y perfeccionismo.

A partir de estas investigaciones, se ha encontrado que las estudiantes de danza y las bailarinas profesionales constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar desórdenes alimentarios (Gómez-Peresmitré, 2001a). Sin embargo existen otras poblaciones en las cuales es necesaria una tarea preventiva, ya que como se ha mencionado las conductas características de los desórdenes alimentarios se presentan de manera generalizada en mujeres pre-púberes, púberes, adolescentes y adultas mexicanas, sin importar su actividad vocacional o profesional.

Por ejemplo, de acuerdo con Gómez-Peresmitré (2001a) las consecuencias de los trastornos alimentarios son devastadoras y desafortunadamente actúan preferentemente en una etapa de vida clave que es la adolescencia. Desde esta perspectiva queda clara la importancia en el campo de la salud, la necesidad de la prevención primaria. En este último caso han reportado Kirkpatrick y Sanders (1998) que niños tan pequeños con edad de 6 años atribuyen características negativas (perezoso, sucio, y otras similares) a figuras endomorfas (gruesas)

contrario a los adjetivos positivos que atribuyen a figuras más delgadas, mostrando con esto la existencia de una clara actitud negativa hacia la obesidad y reflejando así, una realidad en la que cada vez es más temprana la aparición del riesgo a desarrollar trastornos alimentarios. Además de considerar los valores, creencias y actitudes (en pro del culto hacia la delgadez) que no dejara a la niñez libre de dichas influencias que son prácticamente ineludibles si se toma en cuenta la todavía total dependencia niño-adulto y se considera, en el caso del púber, el estado normal de preocupación o de atención focalizada en el cuerpo, dados los cambios físicos (cit., en Gómez-Peresmitré, Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S., y Pineda, G. G., 2001)

3.5 TEORÍAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

3.5.1 Teoría de la Patología Familiar.

Los primeros investigadores enfatizaron la patología familiar en la anorexia nervosa, por ejemplo, Rivera (1997) se abocó al estudio de la separación entre los pacientes y su familia como parte del tratamiento, encontró que los familiares eran los peores en el cuidado de los páctenes, describió notablemente a la enredada familia e incitó a los clínicos a no mirar superficialmente la patología familiar.

Más recientemente, distintos autores describieron una familia típica de interacción patológica. Rivera (1997) hizo hincapié en los aspectos de la inestabilidad y estabilidad que escondían una profunda desilusión y competencia secreta entre los padres. También encontró que los padres estaban muy preocupados por la apariencia externa y el éxito personal. Además enfocó su atención en las relaciones objetales, para ella la ausencia de una madre sensible que consistente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijas, especialmente la de alimentación, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido de identidad del cuerpo. Como resultado, al crecer las niñas distorsionan las percepciones de sus funciones fisiológicas. No aprenden a diferenciar los disturbios biológicos de los interpersonales y emocionales. Tales niñas por lo general no son alentadas por sus padres a ser autónomas, la excesiva obediencia y conformidad caracterizan su personalidad. Más tarde con la llegada de la pubertad experimentan una sensación de impotencia (desamparo) con respecto al incremento de impulso biológicos (incluyendo el hambre) y las nuevas demandas sociales y emocionales. Probablemente, como respuesta reactiva, ellas tratan de sobrecontrolar sus necesidades. Mientras que Bruchon-

Schweitzer (1992) añade que las obsesiones y compulsiones relacionadas con el peso, la comida y la imagen corporal pueden dirigir su propia inanición.

Palazzoli (1974) estudió 12 familias anoréxicas y encontró que había rechazo para la comunicación, pobre resolución de conflictos, alianzas encubiertas entre los miembros de la familia y se señalaban culpables los unos a los otros, estas eran las características de la familia anoréxica. Ella también señaló la rigidez con que trataban de preservar valores patriarcales-agroculturales sobre todo en un contexto industrial-urbano. Ambas Palazzoli y Bruchon, hallaron que los padres eran sobreprotectores, pero también se involucraban con la enfermedad de sus hijos, de manera cubierta estaban presentes la competencia y sus conflictos. Parecía que usaban a sus hijos para depositar algunos de sus propios deseos insatisfechos.

Minuchin (1990) escribió extensamente sobre la familia psicósomática, que explica la enfermedad incluyendo la anorexia nervosa. Este sistema incluyó partes como: estrés, extrafamiliar, organización y funcionamiento familiar, la vulnerabilidad del hijo, mecanismos fisiológicos y bioquímicos y el hijo sintomático. El sistema podía ser activado en cualquier punto y las partes afectar a cualquier otra.

No obstante, estos autores mostraron casi exclusivamente la patología familiar en este sistema y declararon que: con los cambios de interacción familiar significativos, ocurren cambios significativos en los síntomas de la enfermedad psicósomática. Minuchin (1990) sugieren las siguientes hipótesis: a) Ciertas características familiares están relacionadas con el desarrollo y mantenimiento del síntoma psicósomático en los nidos. b) Los síntomas psicósomáticos de los hijos juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

El síntoma es una solución protectora: el portador de él se sacrifica por defender la homeostasis de la familia, así lo describe en otro documento, Minuchin (1990) y agrega que cuando la queja que motiva la demanda de la terapia es un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de esta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar conflictos y una rigidez externa.

3.5.2 Teoría Sociocultural.

De acuerdo con el modelo sociocultural, se menciona que los trastornos alimentarios, podrían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgada, es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

Según Rivera (1997) los modernos medios de publicidad visuales enfatizan la preocupación de la mujer por conservarse delgada y sirve como estímulo primario para los trastornos alimentarios. Shorter (1994) agrega que los trastornos alimentarios tienen el reconocimiento de expresiones legítimas de ansiedad y especialmente los clínicos lo han publicado de manera prolifera esto ha alterado los patrones de edad y la expresión de la enfermedad en las sociedades occidentales. La cultura matiza nuestras percepciones sobre el ideal del peso, la apariencia del cuerpo. La prevalencia del ideal de ser muy delgada es particularmente real para la mujer en E. U., desde 1960, el ideal estético ha ido creciendo constantemente, está esbeltez supera hoy el peso recomendado como saludable.

Yates, Shisslak, Allender, Crago y Leeney (1992) han señalado que las dietas y el ejercicio son actividades que van de la mano con relación a la etiología de los trastornos alimentarios y que la inversión de tiempo considerable, en una de ellas suele acompañarse de la preocupación de la otra. Se ha encontrado que cuando se toma al ejercicio y al deporte como un compromiso serio, no sólo se puede crear una predisposición psicológica para un trastorno alimentario, sino que, además puede contribuir como factor en su progresión.

El ideal de delgadez se acompaña en nuestros días de una voluntad de seguir siendo joven, la glorificación de la juventud es tal que no importan los medios para preservar el mayor tiempo posible, la apariencia de una tierna edad. Actualmente la meta parece ser: detener el tiempo pues, engordar y dejar aparecer las arrugas y las deformaciones corporales reflejan una agresión implícita contra el grupo social (Guillemot y Laxenaire, 1994).

La alta frecuencia de mujeres en programas de reducción de peso, las creencias irracionales de las mujeres que teniendo tallas normales consideran que tienen sobrepeso, el infligirse a sí mismas estados de inanición como en el caso de la anorexia, o autotorturarse como lo hacen las bulímicas, son conductas que tienen un elemento en común para ser delgadas.

Se han sugerido otras explicaciones que han surgido de otros trabajos de investigación social y experiencia clínica que también tienen un lugar importante, y que podrían resumirse según Rivera (1997) como contexto social:

- Sobrevaloración de la esbeltez como un ideal cultural de belleza femenino.
- Cambios sociales rápidos de la occidentalización urbanización o inmigración.
- El papel de la publicidad definiendo los trastornos alimentarios como condiciones médicas legítimas.
- El ejemplo de los pares y los modelos.
- Trastornos en la dinámica familiar y lucha por el control.
- La presión para el rendimiento en la danza y el deporte.

Contexto psicológico:

- Falla al establecer un sentido de identidad y autonomía.
- El impedimento de madurez sexual y adultez.
- Momento en el que se lleva a cabo un motivo a pesar de sus consecuencias (Rivera, 1997).

La práctica de dietas en algunos individuos susceptibles puede conducirlos al desarrollo de anorexia nervosa, es decir, una mayor exposición a una situación potencialmente dañina que trae como consecuencia que más personas resulten afectadas.

La anorexia y bulimia nervosas son un desorden multicausal, ya que no hay una sola causa que explique todos los casos. Más bien existen factores culturales, sociales, individuales y familiares, que pueden actuar exclusivamente o pueden combinar entre sí, maneras diferentes que lleven a un desorden del comer.

Polivy y Herman (1985) no creen que el atracón cause la conducta dietaria, ellos sostienen que se presenta una relación inversa el seguimiento de dieta y la ruptura de la misma, causa el atracón o sobreingesta. Es muy alarmante la alta incidencia del seguimiento de dietas entre niñas de 6 a 9 años y las preadolescentes de 11 a 12 años de edad, ya que estos patrones conductuales los aprenden de las personas con las que interactúan, como por ejemplo la madre o las amigas (Hill, 1993) .

Las dietas en adolescentes están relacionadas con la insatisfacción con la figura corporal o con la preocupación de la misma (Gómez-Péresmitré, 1995). La satisfacción corporal influye en la

adaptación individual y social, y está ligada con la autoestima favorable; así como el equilibrio emocional (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Martínez-Fornés (1994) menciona que el 70% de los adolescentes mujeres occidentales están muy insatisfechas con sus cuerpos, estas cifras resultan alarmantes, si se toma en cuenta, está variable como factor de riesgo para que se desarrollen desórdenes alimentarios. Por lo que Nutbeam (1986) señala que para prevenir la enfermedad se requiere de estrategias que traten de reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas y reforzar factores personales que disminuya la susceptibilidad a la enfermedad.

Actualmente hemos observado un gran incremento en los trastornos de la conducta alimentaria y junto con los altos costos de la enfermedad, por lo que se ha creado la gran necesidad de los programas de prevención.

3.6 PREVALENCIA E INCIDENCIA.

La incidencia de los trastornos alimentarios se ha incrementado alarmantemente en los últimos años y lo más preocupante es su aumento en la población adolescente e infantil, sobre todo en las grandes ciudades occidentales (Shisslak & Crago, 1987).

Sin embargo, la obtención de datos exactos sobre la prevalencia de desórdenes del comer, en especial de anorexia nervosa se dificultó a causa de los requerimientos propuestos por los métodos epidemiológicos, éstos se basan en datos proporcionados por la investigación de poblaciones específicas. La mayoría de los datos provienen de casos que han requerido tratamiento especial e ingreso a hospitales (Tolstrup, 1990) y se olvida de la investigación de poblaciones generales o aquellos casos que no solicitan ayuda médica o no son diagnosticados adecuadamente.

Aunque es un hecho que los TCA afectan mucho más a la mujer que al varón menciona García-Camba (2002). Se ha señalado proporciones para el conjunto de todos los trastornos entre 6/1 y 10/1. En el caso de la anorexia el desequilibrio es aún mayor, siendo el porcentaje de mujeres alrededor del 95%. Sin embargo, hay que señalar que en las poblaciones de pacientes infantiles la prevalencia entre los sexos se iguala más, alcanzando los varones casi la tercera parte del total de pacientes. En cuanto a la bulimia nervosa también señala que en E. U.; probablemente

hay más varones bulímicos que mujeres anoréxicas. En el caso del trastorno por atracón las diferencias por sexos son también menos llamativas que en el caso de la anorexia y así se aproximadamente el 40% de los casos ocurren en varones.

En una interesante investigación sobre una muestra de 135 pacientes varones, los síntomas de los TCA eran muy similares en ambos sexos, la homosexualidad y la bisexualidad podrían constituir un factor de riesgo específico en los varones, especialmente en el caso de la bulimia (García-Camba, 2002).

Mientras que también García-Camba (2002) indica que la edad de comienzo es una constante epidemiológica de la mayoría de los estudios. Los TCA se desarrollan fundamentalmente en la adolescencia o juventud, aunque algunos casos excepcionales aparecen después de los 40 años. La anorexia nervosa aparece en torno a la pubertad, que incluso puede ser antes de los 9 años de edad y después de los 25 años. En casos muy precoces entre los 7 y 12 años, el cuadro muestra características peculiares, como una particular tendencia a la depresión y las conductas obsesivas, mayor presencia de síntomas digestivos al comienzo (náuseas, plenitud y dolor abdominal, dificultad para tragar) y una osteoporosis más intensa. Mientras que la bulimia tiene un comienzo algo más tardío, alrededor de los 18 a 20 años, a lo cual contribuye el hecho de que un buen número de casos de bulimia se dan en pacientes que han tenido anorexia previamente.

En México no se cuenta con cifras exactas de prevalencia e incidencia de TCA. Sin embargo, los estudios que se han realizado indican la presencia de conductas alimentarias anormales, las cuales representan factores de riesgo de desórdenes del comer.

Holtz (1992) realizó un estudio exploratorio con 90 estudiantes de preparatoria privada de la ciudad de México, los resultados indicaron la presencia de seguimiento de dietas (59%), atracones (51.8%), consumo de anfetaminas (27.7%), diuréticos (12%), laxantes (6%), así como alta preocupación por el peso corporal (81%).

También en (1992) Escobar llevó a cabo un estudio con el propósito de detectar desórdenes alimentarios. Comparó estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas. Además estudiantes de licenciatura (N=929) del sexo femenino de la ciudad de México, a pesar de que Escobar (1992) no reporta casos de anorexia o bulimia nervosa, los

datos obtenidos indican seguimiento de dietas (66%) en escuelas privadas y el (37%) en escuelas públicas; (48%) en estudiantes de nutriología y el (64%) en otras licenciaturas.

En (1993) Gómez Pérez-Mitré, realizó un estudio exploratorio en donde detectó conductas alimentarias anómalas entre estudiantes universitarios de ambos sexos (N=197). Se observó que la frecuencia con que los estudiantes respondieron seguir prácticas o hábitos relacionados con conductas alimentarias normales, no resultó tan alto como sería lo esperado, dado que los datos se obtuvieron de una población considerada "normal".

Un estudio comparativo entre estudiantes de danza de Bellas Artes (n=43) y estudiantes de secundaria y preparatoria (n=49) indicó la presencia de atracones en 36.7 % de la muestra total, mientras que fueron las bailarinas quienes respondieron hacer dietas y tener sentimientos de culpa relacionados con la forma de comer (Unikel y Gómez Peresmitré, 1996).

Según Unikel (1998) en nuestro país, la anorexia y la bulimia nervosa, no representan aún, problema de salud pública, sin embargo, en años recientes la demanda de tratamiento se ha incrementado en centros especializados como en el Instituto Nacional de Nutrición, donde se diagnostican, por mes un promedio de 4 casos de bulimia y anorexia.

Desde los primeros trabajos publicados se han venido afirmando que en particular la anorexia, es más frecuente en estratos socioculturales medio altos y altos y en la raza blanca. Sin embargo, en estudios más recientes se ha encontrado representación en todas las clases sociales (García-Camba, 2002). Este cambio hacia una mayor uniformidad entre las clases sociales no puede sorprendernos tratándose de enfermedades con un gran componente patogénico sociocultural. En efecto, el desarrollo de las sociedades occidentales ha hecho que en la actualidad exista una radical homogeneidad en los programas educativos y en el acceso a los medios y así la población joven, aún perteneciendo a diferentes estratos sociales, adopta los mismos estereotipos culturales que incluyen el culto a la delgadez y el éxito a través de la figura socialmente atractiva.

CAPITULO 4

PLAN DE INVESTIGACIÓN.

4 PLAN DE INVESTIGACIÓN.

4.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

OBJETIVO GENERAL:

Esta investigación tuvo como propósito, comparar la eficacia de dos programas de prevención de factores de riesgo en trastornos alimentarios en una muestra de mujeres adolescentes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Identificar la presencia y proporción de factores de riesgo (seguimiento de dieta restrictiva, insatisfacción con la imagen corporal y preocupación por el peso y la comida) de trastornos alimentarios en una muestra de mujeres adolescentes.
2. Comparar la efectividad de los dos programas de prevención (uno basado en la teoría de la disonancia cognoscitiva y el otro programa psicoeducativo) de trastornos alimentarios en la disminución de factores de riesgo.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN:

1. ¿Cuál es la proporción de factores de riesgo en una muestra de estudiantes mujeres de escuela secundaria pública?
2. ¿Cuál de los dos programas de intervención es más eficaz en la reducción de factores de riesgo:
 - 2.1 Seguimiento de dieta restrictiva
 - 2.2 Insatisfacción con la imagen corporal
 - 2.3 Preocupación por el peso y la comida

4.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO:

Se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Las adolescentes del programa basado en la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva (T.D.C) reducirán el seguimiento de dieta restrictiva.
2. Las adolescentes del programa basado en la T.D.C reducirán la insatisfacción con la imagen corporal.
3. Las adolescentes del programa basado en la T.D.C reducirán la preocupación por el peso y la comida.

4.3 IDENTIFICACION Y DEFINICIÓN DE VARIABLES.

*** VARIABLE INDEPENDIENTE:**

El programa de prevención, basado en:

1. Teoría de disonancia cognoscitiva
2. Psicoeducativo

*** VARIABLE DEPENDIENTE:**

1. Seguimiento de dieta restrictiva
2. Insatisfacción con la imagen corporal
3. Preocupación por peso y comida

*** DEFINICIÓN CONCEPTUAL:**

VARIABLE INDEPENDIENTE.

Programa de prevención: Programa de prevención, en términos de prevención de la enfermedad se refiere a la actuación planificada dirigida por lo general a un grupo específico o población

determinados en situación de riesgo debido a un desorden o enfermedad identificables, con miras a reducir el nivel de riesgo existente (OPS, 1996, p.400).

* DEFINICIÓN OPERACIONAL:

En esta investigación, se usaron dos tipos de estrategias planificadas con la idea de reducir el riesgo en los trastornos alimentarios.

* DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

VARIABLE DEPENDIENTE.

1. Dieta restrictiva.

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

* DEFINICIÓN OPERACIONAL:

Esta variable se midió a través del reactivo: ¿en los últimos meses has hecho dieta para subir o bajar de peso? (a. Sí, b. No), y a través del factor no. 6 de la escala de factores de riesgo asociado con trastornos alimentarios EFRATA (Gómez Pérez-Mitré, 1998) que mide seguimiento de dieta crónica y restrictiva (ver anexo 1)

* DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

VARIABLE DEPENDIENTE.

2. Insatisfacción corporal

Insatisfacción corporal, la satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal se refiere a la percepción favorable o desfavorable con respecto al propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992, p164).

Tucker menciona (1984) que una de las formas para estimar las variables de satisfacción/insatisfacción es por medio de la distancia que existe entre la realidad e idealidad.

Por lo tanto la satisfacción/insatisfacción se manifiesta con relación a grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal.

* DEFINICIÓN OPERACIONAL:

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

La insatisfacción se presenta cuando existe una diferencia, ya sea positiva o negativa entre la figura actual y la figura ideal.

Figura actual (-) figura ideal= una diferencia igual a cero significa satisfacción con la imagen corporal.

Figura actual (-) figura ideal= (+) o (-) una diferencia positiva o negativa significa insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1998)

* DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

VARIABLE DEPENDIENTE.

3. Preocupación por el peso y la comida.

Preocupación por el peso y comida, se definen como un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, miedo a subir de peso y a comer, interés por el control de peso a través de la ingesta alimentaria restrictiva y ejercicio ocupando esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su objetivo.

* DEFINICION OPERACIONAL:

Se midió a través del reactivo: en los últimos quince días te sentiste preocupado por tu peso (a= nunca, b= a veces, c= frecuentemente, d= muy frecuentemente, y e= siempre) y con el factor 2 de la EFRATA (Gómez Pérez-Mitré, 1998) que mide preocupación por el peso y la comida (ver anexo 1).

4.4 METODO

MUESTRA Y SUJETOS:

Se trabajó con una muestra intencional, no probabilística extraída de la población de secundaria de escuelas públicas en el Distrito Federal, que respondieron estar insatisfechas con la imagen corporal y/o tenían una dieta restrictiva.

La muestra total estuvo formada por una N= 233 mujeres adolescentes de primer y segundo grado de secundaria de una escuela pública, cuya media de edad fue de $X= 12.62$ y $S= .77$

La muestra se seleccionó de acuerdo a los indicadores arriba señalados.

Se incluyeron a las estudiantes de primero y segundo grado de secundaria pública del D.F.; de sexo femenino que manifestaron insatisfacción corporal, y/o seguimiento de dieta restrictiva.

TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO.

Fue una investigación de campo, experimental y longitudinal con un diseño pretest-postest de dos grupos (grupo control y grupo experimental).

R	G1	01	X1 Disonancia Cognoscitiva	02
R	G2	03	X2 Psicoeducativo	04

INSTRUMENTOS Y MEDIDAS:

1. Cuestionario de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

El cuestionario de Alimentación y Salud tiene un alpha general .9017. Se aplica grupalmente y la duración de está es de una hora aproximadamente. En todas las escalas los reactivos se calificaron de acuerdo al siguiente criterio: El valor más alto se asigna a la respuesta que implica mayor problema.

El cuestionario consta de cinco secciones. La sección A comprende 13 preguntas cerradas de opción múltiple que indagán datos socioeconómicos.

La sección B se compone de 8 reactivos con opciones de respuesta (de "nunca" =0 hasta "siempre" =4) que mide conducta alimentaria y estrés.

La sección C contiene una escala visual que está compuesta por 9 siluetas que cubren un continuo peso. Las figuras colocadas al azar y las escalas aparecen en lugares diferentes del cuestionario, esto con el objetivo de la elección de la figura actual.

La sección D se divide en dos partes: La primer parte consta de 7 preguntas con opción múltiple. Mientras que la segunda parte se compone de 43 preguntas con opción múltiple (las respuestas son desde "nunca" hasta "siempre") la cual mide factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios.

La sección E contiene una escala visual que está compuesta por 9 siluetas que cubren un continuo peso asignadas al azar, la cual mide imagen corporal y actitud hacia la obesidad, es decir, la elección de la figura ideal.

2. Aparatos:

Se utilizó una báscula pesa-personas eléctrica, portátil marcExcell, 150/300 kilogramos y estadiometro para medir la talla.

PROCEDIMIENTO:

a. Se acudió a las autoridades correspondientes de la escuela, para solicitar su colaboración en la realización de una investigación relacionada con hábitos alimentarios.

b. Se aplicó el instrumento EFRATA (ver anexo 1) a nivel grupal en el horario de clases, a todas las adolescentes de primero y segundo grado de secundaria de la escuela secundaria pública, que se encuentra ubicada en Coyoacan.

c. Para seleccionar a la muestra con la que se trabajó, se les dijo que la información del cuestionario sería confidencial.

d. Al seleccionar a las adolescentes que manifestaron insatisfacción con su imagen corporal, y/o hacían dieta restrictiva, y/o manifestarán preocupación por el peso corporal, se pidió la autorización por escrito a los padres. Se convocó a una junta a los padres de familia para que estuvieran enterados que la participación en la investigación era voluntaria, que tenían la libertad

de abandonar el programa si así lo deseaban. Además de que se trató el tema de la "conducta y hábitos alimentarios" los riesgos y la importancia de la prevención (ver anexo 2).

e. Se asignó a las participantes a las condiciones (experimental y control) al azar.

f. A las adolescentes asignadas al azar del grupo experimental (T.D.C.) se les produjo disonancia a través de diferentes técnicas como role playing o juego de roles, modelamiento, grupos focales y desarrollo de actividades en casa. Las sesiones se realizaron una vez por semana durante 8 semanas (ver anexo 2).

g. A las adolescentes del grupo control (psicoeducativo) se les proporcionó información sobre los trastornos alimentarios, las consecuencias de estas conductas, factores de riesgo y técnicas de control saludable a través del método tradicional de enseñanza (ver anexo 2).

h. Al finalizar ambas intervenciones se aplicó el posttest.

CAPITULO 5
RESULTADOS.

RESULTADOS

5.1 MUESTRAS EXPERIMENTALES

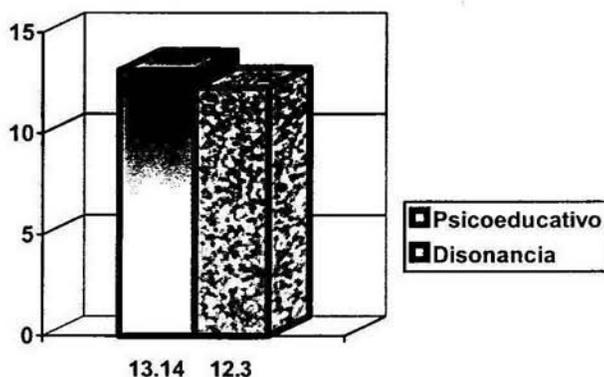
Las adolescentes de la muestra de riesgo (n= 48) se asignaron al azar en dos condiciones: grupo experimental (Disonancia Cognoscitiva) y grupo control (Psicoeducativo). El grupo experimental quedó formado por (n= 26) y el grupo control (n=22).

DESCRIPCIÓN DE LAS MUESTRAS EXPERIMENTALES

- **Edad**

El promedio de edad para las adolescentes del grupo control (psicoeducativo) fue de $X= 13.14$ años ($s=.64$) mientras que para las adolescentes del grupo experimental (disonancia cognoscitiva) la media fue de $X=12.30$ años ($s=.60$).

FIGURA 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD POR GRUPO



MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LA VARIABLE EDAD POR GRUPO

Gpo. Control Psicoeducativo	$X=13.14.$	$s=.64$
Gpo.Experimental Disonancia Cognoscitiva	$X=12.30.$	$s=.60$

- **Situación Laboral**

Como se puede observar en la tabla 1, la mayoría de las adolescentes de ambos tipos de intervención reportó no trabajar; sin embargo, un 8% del grupo experimental disonancia cognoscitiva, si trabaja así como también un 7% del grupo psicoeducativo.

TABLA 1
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ¿TRABAJAS? POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL

		Intervención	Intervención	Total
		Psicoeducativa	Disonancia Cognoscitiva	
Trabajas	sí	6.7%	7.7%	3.6%
	no	93.3%	92.3%	92.9%
Total		100%	100%	100%

- **¿Con quién vives?**

Como se observa en la tabla 2, la mayoría de las adolescentes de ambos grupos, vive con su familia completa, sin embargo, las adolescentes del grupo psicoeducativo viven sólo con su papá o mamá.

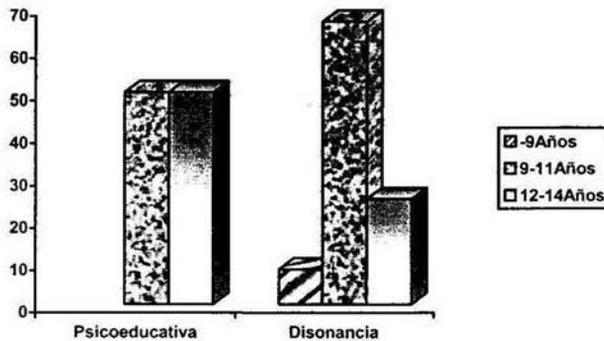
TABLA 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ¿CON QUIEN VIVE? POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL

		Intervención	Intervención	Total
		Psicoeducativa	Disonancia Cognoscitiva	
Familia		80%	84.6%	82.1%
	Padre/Madre	20.0%	15.4%	17.9%
		100%	100%	100%

- **Maduración sexual**

Cuando se preguntó a las adolescentes a qué edad habían presentado su primera menstruación, la mayoría de las adolescentes del grupo experimental (disonancia cognoscitiva) la presentó de los 9 a los 11 años (67%). Mientras que en el grupo control (psicoeducativo) reportan haberla presentado también de 9 a 11 años (50%) y el resto de los 12 a 14 años (50%). Es importante hacer notar que hubo un pequeño porcentaje de las adolescentes en el grupo experimental que presentó su menstruación antes de los 9 años (8.3%).

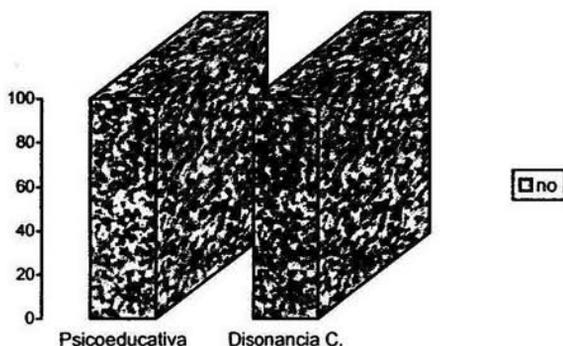
FIGURA 2
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD DE LA PRIMERA
MENSTRUACIÓN POR CONDICIÓN
EXPERIMENTAL



- **Inicio de la vida sexual**

Como se observa en la figura 3, la totalidad de las adolescentes de ambos grupos reportó no haber iniciado su vida sexual (100% y 100%).

FIGURA 3
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE INICIO DE LA VIDA SEXUAL POR
CONDICIÓN EXPERIMENTAL



- **Lugar entre hermanos**

La siguiente tabla nos muestra que la mayoría de las adolescentes de ambos grupos ocupan el lugar de la hija menor (47%) psicoeducativo y disonancia cognoscitiva (54%). Es importante hacer notar que (27%) de las chicas del grupo psicoeducativo es la hija mayor, mientras que en el grupo experimental (23%) reportó ser hija única.

TABLA 3
LUGAR QUE OCUPA EN LA FAMILIA

Lugar que ocupa en la familia	Psicoeducativo	Disonancia Cognoscitiva	Total
Hijo único	13.3	23.1	17.9
Mayor	26.7	15.4	21.4
Intermedio	13.3	7.7	10.7
Menor	46.7	53.8	50.0
Total	100	100	100

5.2 RESULTADOS DE LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Muerte experimental

Es importante mencionar que al finalizar la intervención sólo se trabajó con una $n1=16$ (intervención psicoeducativa), y $n2=15$ (intervención disonancia cognoscitiva), es decir, se presentó una muerte experimental de 6 sujetos para el primer grupo y 11 sujetos para el segundo grupo.

- **Elección de la figura ideal / antes**

La figura 4, contiene los porcentajes de elecciones de figura ideal de los grupos antes de la intervención, en ésta se puede observar que: las adolescentes del grupo psicoeducativo, las siluetas más elegidas como la figura ideal fueron la emaciada (figura D, 26.7%), (figura F, 26.7%) y (figura H, 26.7%), para las adolescentes del grupo de disonancia cognoscitiva la más elegida fue muy delgada (figura C, 38.5%), y (figura F, 38.5%) se observa que sólo un 13% del grupo psicoeducativo eligió la figura B (pesonormal).

LA FIGURA 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL POR
CONDICIÓN EXPERIMENTAL (ANTES DE LA INTERVENCIÓN)



(A)

P.E=0%
D.C=0%



(B)

P.E=13%
D.C=0%



(C)

P.E=6.7%
D.C=38.5%



(D)

P.E=26.7%
D.C=0%



(E)

P.E=0%
D.C=0%



(F)

P.E=26.7%
D.C=38.5%



(G)

P.E=0%
D.C=0%



(H)

P.E=26.7%
D.C=23.1%



(I)

P.E=0%
D.C=0%

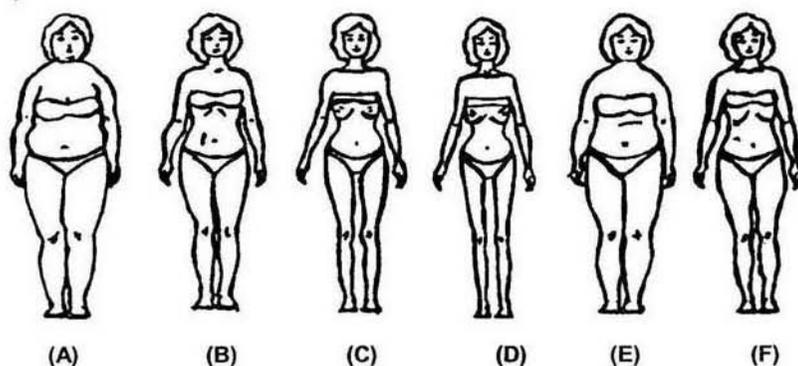
Elección de la figura ideal /después

La figura 5, contiene los porcentajes de elección de la figura ideal de los grupos después de la intervención, donde se puede observar que: 1) En ambos grupos las adolescentes eligieron la silueta muy delgada, en el grupo de psicoeducativo hubo un 18.8%, que es menor al que se obtuvo antes de la intervención y en el de disonancia cognoscitiva un 7.7%, que es mayor al de antes de la intervención. 2) Las adolescentes del grupo de disonancia cognoscitiva eligieron la figura C, con un 23.1%.

3) Entre las adolescentes de intervención psicoeducativa, la silueta más elegida fue la figura H, la silueta mas seleccionada como la figura ideal por las adolescentes de disonancia cognoscitiva fue la silueta F (delgada). 4) También es importante mencionar que en ambos grupos, los porcentajes de elección de las siluetas muy delgada (C y D) como figura ideal disminuyeron después del programa psicoeducativo (34% vs 18%), disonancia cognoscitiva (38% vs 30%).

FIGURA 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL POR CONDICIÓN EXPERIMENTAL (DESPUES DE LA INTERVENCIÓN).



P.E=0%	P.E=12.5%	P.E=0%	P.E=18.8%	P.E=0%	P.E=12.5%
D.C=0%	D.C=0%	D.C=23.1%	D.C=7.7%	D.C=0%	D.C=61.5%

(A) (B) (C) (D) (E) (F)



(G)

P.E=0%
D.C=0%



(H)

P.E=50.0%
D.C=7.7%



(I)

P.E=0%
D.C=0%

• **Evaluación estadística de la variable figura ideal**

Se aplicó una prueba t de Student para muestras relacionadas con el propósito de investigar diferencias significativas intragrupo en la selección de la figura ideal antes y después de la intervención, en la tabla 4 puede observarse, que en el grupo de la intervención psicoeducativa no se produjeron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención ($t(13) 1.472, p=.165$). Sin embargo, puede observarse una dirección a elegir una silueta más gruesa después de la intervención.

TABLA 4
PRUEBA t (MUESTRAS RELACIONADAS), MEDIA Y DESVIACION ESTÁNDAR, DE LA
VARIABLE ELECCION DE LA FIGURA IDEAL (ANTES-DESPUES) PARA EL
TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO

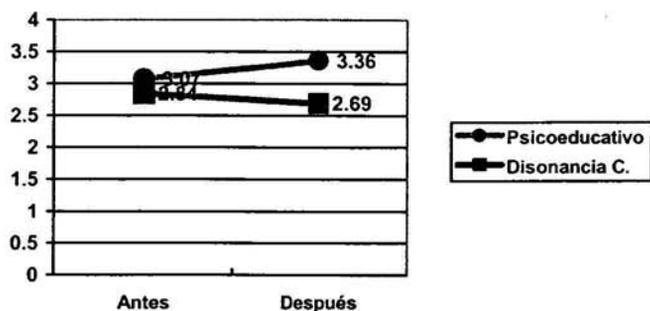
Intervención Psicoeducativa	X	S
Antes	3.0714	1.38
Después	3.3571	1.39
$t(13) = -1.472, p = .165$		

La prueba t para muestras relacionadas en la intervención de disonancia cognoscitiva, indicó que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable antes y después de la intervención ($t(12) = .519, p = .613$).

TABLA 5
PRUEBA t (MUESTRAS RELACIONADAS), MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR, DE LA
VARIABLE ELECCION DE LA FIGURA IDEAL (ANTES-DESPUES) PARA INTERVENCION
DISONANCIA COGNOSCITIVA.

Intervención Disonancia Cognoscitiva	X	S
Antes	2.8462	.8006
Después	2.6923	.7511
$t(12) = .519, p = .613$		

FIGURA 6
MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE FIGURA IDEAL POR TIPO DE INTERVENCIÓN (ANTES Y DESPUÉS)

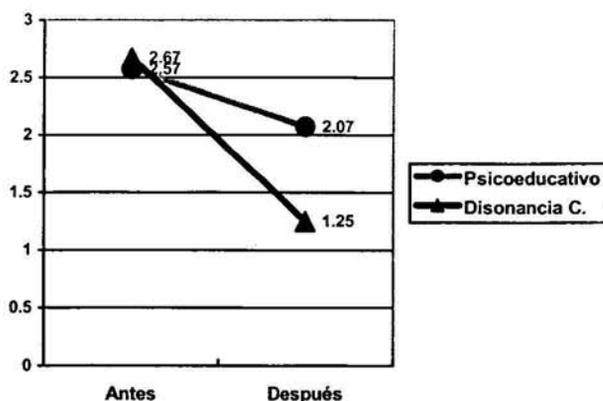


- **Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal**

La prueba t de Student para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención psicoeducativa ($t(13)=1.242, p=.236$) sin embargo, las medias incluidas en la figura 7 indican que después de la intervención, las adolescentes presentaron menor grado de insatisfacción.

En la intervención de disonancia cognoscitiva, la prueba t para muestras relacionadas indicó que sí se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención ($t(11)=2.754, p=0.019$) por lo tanto, se confirma la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes del programa basado en la T.D.C reducirán significativamente la insatisfacción con la imagen corporal". Las medias indican que las chicas redujeron su insatisfacción corporal después de la intervención (ver figura, 7).

FIGURA 7
MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN /
INSATISFACCIÓN POR TIPO DE INTERVENCIÓN
(ANTES Y DESPUÉS)

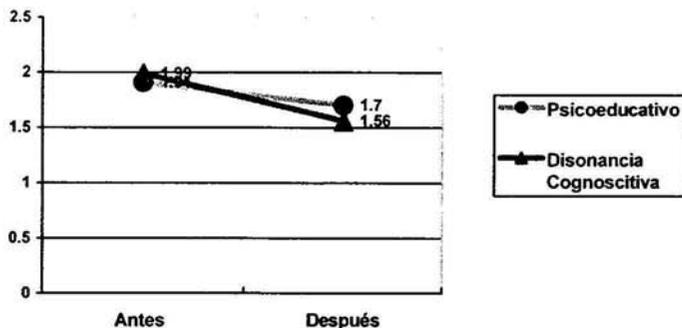


		Antes		Después	
Psicoeducativa	X= 2.5714	S= 1.60		X= 2.0714	S= 1.90
Disonancia Cognoscitiva	X= 2.6667	S= 1.66		X= 1.2500	S= 1.42

- Preocupación por el peso y la comida.**

La prueba t de Student para muestras relacionadas indicó que no se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención psicoeducativa ($t(13)=1.276, p=.224$). Sin embargo, la figura 8 muestra que sí presentaron menor preocupación por el peso y la comida. Mientras que en la intervención de disonancia cognoscitiva, sí se produjeron diferencias significativas ($t(11)=3.175, p=.009$), por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes del programa basado en la T.D.C. reducirán la preocupación por el peso y la comida". La dirección de los valores de las medias (incluidas en la figura 8) indican que las adolescentes del grupo de disonancia cognoscitiva, presentaron menor preocupación por el peso y la comida después de la intervención.

FIGURA 8
MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR TIPO DE INTERVENCIÓN (ANTES Y DESPUÉS)



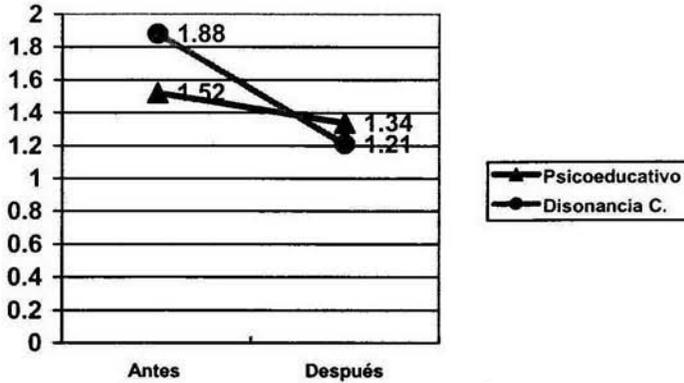
		Antes		Después
Psicoeducativa	X= 1.9127	S= .6810	X= 1.7063	S= .4239
Disonancia Cognoscitiva	X= 1.9907	S= .6240	X= 1.5556	S= .5233

• **Dieta Restrictiva**

Los resultados de la prueba t para muestras relacionadas, indicaron que si se produjeron diferencias significativas antes y después de la intervención psicoeducativa ($t(10)=2.334$, $p=.042$), pero no antes y después de la intervención de disonancia cognoscitiva ($t(12)=1.599$, $p=.136$). Por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes del programa basado en la T.D.C. reducirán el seguimiento de dieta restrictiva". Sin embargo, el estadístico $d\left(\sqrt{\frac{2t}{gl}}\right)$ indicó que el tamaño del efecto de la intervención fue bastante alto (.87) aunque las medias indicaron que después de la intervención de disonancia cognoscitiva, las adolescentes redujeron la realización de dieta crónica restrictiva X antes= 1.88, X después= 1.21 (ver figura 9). Pero no significativamente, esta disminución fue incluso mayor que la del grupo psicoeducativo de X antes= 1.52, X después= 1.34.

FIGURA 9

MEDIAS Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LA VARIABLE DIETA CRONICA RESTRICTIVA
POR TIPO DE INTERVENCIÓN
(ANTES Y DESPUÉS)



		Antes		Después	
Psicoeducativa	X= 1.5227	S= .5831	X= 1.3409	S= .3836	
Disonancia	X= 1.8846	S= 1.7074	X= 1.2115	S= .2992	
Cognoscitiva					

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO 6

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.

6.1 DISCUSIONES Y CONCLUSIONES.

El objeto de la presente investigación fue desarrollar y comparar la efectividad de dos programas de prevención (Disonancia Cognoscitiva y Psicoeducativo) en cuanto a los factores de riesgo que conllevan a los trastornos de la conducta alimentaria dirigidos a la población de mujeres adolescentes de secundaria.

La muestra con la que se trabajó fue de n=48 mujeres adolescentes de secundaria, las cuales presentaron seguimiento de dieta restrictiva y/o, insatisfacción con la imagen corporal. Se asignaron las participantes al azar, en dos condiciones: El grupo experimental (Disonancia Cognoscitiva) quedó formado por n=26 y el grupo control (Psicoeducativo) quedó formado por una n=22.

Los resultados en la encuesta inicial (pre-test que se utilizó para selección de la muestra con la que se trabajaría en las intervenciones) indican que los grupos quedaron igualados al azar, en las variables de edad, escolaridad, sexo, maduración sexual, inicio de la vida sexual, familiares con los que viven, lugar que ocupa entre hermanos y situación laboral.

Además de que en esta encuesta inicial se señala que las chicas estaban insatisfechas con su imagen corporal, por lo que estos datos coinciden con los reportados en investigaciones hechas en México, en los cuales también han encontrado altos porcentajes de insatisfacción corporal en pre-púberes, púberes y adolescentes (Gómez-Peresmitré, Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. y Pineda, G. G., 2001) que se asocia con seguimiento de dietas restrictivas, los cuales son factores de alto riesgo que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la alimentación.

Los resultados de la prueba t de Student, señalan que no se produjeron diferencias significativas antes-después en los dos programas de intervención, en cuanto a la elección de figura ideal. Sin embargo, se observó cierta dirección a elegir una silueta más gruesa después de la intervención psicoeducativa.

En cuanto a la variable de insatisfacción corporal; si se produjeron diferencias significativas. es decir. disminuyó la insatisfacción corporal en las adolescentes, por lo que se confirma la

hipótesis de trabajo: "Las adolescentes del programa basado en la Teoría de Disonancia Cognoscitiva (TDC) reducirán la insatisfacción corporal". En cuanto a la variable preocupación por el peso y la comida, también se produjeron diferencias significativas, por lo que se confirma la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes expuestas al programa de TDC reducirán la preocupación por el peso y la comida".

Las adolescentes redujeron estos factores de riesgo, lo cual indica que tuvo un gran efecto la intervención del programa basado en la TDC. Mientras que en la variable de dieta restrictiva no se produjeron diferencias estadísticas significativas, por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo: "Las adolescentes expuestas al programa de TDC reducirán el seguimiento de dieta restrictiva", sin embargo, el estadístico $d\left(\frac{z}{n}\right)$ indicó que el tamaño del efecto de la investigación fue bastante alto (.87). Las medias indican, que después de la intervención de disonancia las adolescentes disminuyeron el seguimiento de dieta restrictiva,

Por lo que estos resultados sustentan lo que encontró Stice y colaboradores (2001) al aplicar un programa basado en la TDC, en donde la población designada disminuyó la insatisfacción con la imagen corporal, redujo dieta restrictiva y síntomas bulímicos. Sin embargo, el programa psicoeducativo proporcionó conocimiento sobre el tema y debe hacerse mención que hubo una tendencia a elegir una silueta más gruesa después de la intervención y se presentó menos grado de insatisfacción corporal y reducción de dieta restrictiva, al igual que en el estudio de Stice y colaboradores (2001) quienes también redujeron factores de riesgo en el programa psicoeducativo.

Al producirse diferencias significativas en las variables dependientes (insatisfacción corporal y preocupación por el peso y la comida) por tipo de intervención, se observó una mejoría mayor en las adolescentes expuestas al programa basado en la TDC, por que se puede concluir que este tipo de programa es más eficaz en la reducción de factores de riesgo en comparación con el programa psicoeducativo.

Aunque debe recalarse que en la variable de dieta restrictiva se tuvo una mejor respuesta en las adolescentes que se encontraban en el programa psicoeducativo, encontrándose diferencias significativas en esta variable, por lo que se puede suponer que al proporcionales información sobre una alimentación adecuada y su salud; pudo haber producido un cambio respecto a su dieta.

El ideal de la figura delgada y sus trastornos, no sólo es problemática como podemos observar de países desarrollados, sino que se ha interiorizado también en mujeres mexicanas, por lo que de acuerdo con Stice y col. (2000) existe una presión sociocultural (medios de comunicación, familia, amigos, etc.) para lucir una figura delgada que promueve la internalización del ideal delgado, insatisfacción corporal y dieta restrictiva.

Por lo que los resultados permiten concluir que el conocimiento de la problemática debe ser, no sólo para la detección y tratamiento, sino también para su predicción y prevención, ya que de acuerdo con Fernández (1998) es indispensable un programa de prevención primaria, debido a que tiene una acción más directa y eficaz en la reducción de la incidencia en este caso de los trastornos alimentarios; y así reducir factores de riesgo que conllevan a la susceptibilidad de la enfermedad, para así evitar los costos de esta en todos sus aspectos.

6.2 SUGERENCIAS Y LIMITACIONES:

Debido a que se les informa a las participantes que es un programa con permanencia voluntaria existe un alto porcentaje de muerte experimental, lo cual es una limitante para fomentar la prevención en la adolescencia. Se sugiere realizar un programa en donde se profundice y se involucre más a los profesores y a los padres, para hacer de su conocimiento la gravedad de los trastornos alimentarios y a su vez la importancia de la prevención de estos. Se recomienda impartir un taller para padres, ya que estos interactúan e influyen de una forma más directa con la población en riesgo (con las adolescentes en este caso). Y fomentar así la salud haciendo programas de prevención primaria.

También se requiere reforzar más la autoestima, ya que la etapa de la adolescencia es muy susceptible a la influencia del medio en el que se desarrolla el ser humano.

REFERENCIAS.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. y Knobel, M. (1992). *La adolescencia normal: Un enfoque psicoanalítico*. México: Paidós.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. España: Masson.
- Austin, B. (2000). Prevention research in eating disorders; theory and new directions. *Psychological Medicine*, 30 (6), 1249-1262.
- Baranowski, M. J. y Hetherington, M. M. (2001). Testing the efficacy of an eating disorder prevention program. *International Journal of eating disorders*, 29 (2), 119-124.
- Bengoa, J. M. (1996). Nutrición Internacional. *Cuadernos de Nutrición*, 19 (5).
- Berk Laura, E. (1999). *Desarrollo del niño y el adolescente*. España: Prentice Hall.
- Brecker, A. E. y Bruwell, R. A. (2003). Atracones y trastorno alimentario por sobre ingesta de alimentos en una pequeña escala de una sociedad indígena. <http://www.Psiquiatria.com/articulos/alimentación/bulimia15122/>.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del cuerpo*. Barcelona: Herder.
- Casillas Ledesma (2000). <http://www.unam.mx/gaceta2000/PDF/09oct03.pdf>.
- Carneiro, A. (1979). *Momento en que se inicia la pubertad en: Adolescencia, sus problemas y su educación*. México: Hispanoamericana.
- Conger, J. (1980). *La psicología y tu adolescencia*. México: Harper y Row Latinoamericano.
- Craig Grace, J. (1994). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Cravioto, J. y Arrieta, R. (1975). *Nutrición desarrollo mental, conducta y aprendizaje*. México: DIF.
- Chinchilla, M. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones*. Barcelona: Masson.
- Delval Juan. (1994). *El desarrollo humano*. México: Siglo XXI.
- Deutsch, M. y Krauss, R. M. (1992). *Teorías en psicología social*. México: Paidós.
- Escobar, G. M. I. (1992). *Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen anorexia nerviosa, bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad en la ciudad de México*. Tesis de licenciatura no publicada. Facultad de Psicología. Universidad Iberoamericana, México.
- Espejo Sola, J. (1984). *Manual de dietoterapia de las enfermedades del adulto*. Buenos Aires: El ateneo.

- Farré, M. J. y Lasheras, P. G. (1998). *Enciclopedia de psicología*. España: Océano.
- Fernández Aranda, F. (1998). *Trastornos de la alimentación: Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Barcelona: Masson.
- Field, E. A., Wolf, M. A., Herzog, B. D., Cheung, L. y Colditz, A. G. (1993). The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. *Journal American Academic. Child and Adolescent psychiatric*, 22(2), 1246-1252.
- García-Camba. (2002). *Trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia*. España: Masson.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). *Cuestionario de Alimentación y Salud*.
- Gómez Peres-Mitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: Figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 16(1), 153-165.
- Gómez Peresmitré, G. (2001a). *Prevención primaria: Autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición*. Informe proyecto IN305599 (PAPIIT) y 34507-H (CONACYT).
- Gómez-Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S., y Pineda, G. G. (2001). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.
- Gómez Peresmitré, G., Saucedo M. T., Unikel, S. C., y Saucedo, M. T. (2001). La psicología social en el campo de la salud: Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación. En G. Gómez Peresmitré y N. Calleja(comp), *La Psicología social en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nervosa y bulimia: El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.
- Hill, A. J. (1993). Preadolescent dieting: Implications for eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 87-100.
- Hoffman, L., Paris Scott, Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo hoy*. España: McGraw-Hill.
- Holtz, V. (1992). *Factores psicobiosociales de los desórdenes de la alimentación: Estudio piloto en una preparatoria*. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Iberoamericana, México.

Martínez-Fornés, S. (1994). *La obsesión por adelgazar. Bulimia y anorexia*. México: Espasa calpe mexicana.

Mc Kary, L. J. (1983). *Sexualidad humana*. México: Manual Moderno.

Minuchin, S. (1990). *Families and family therapy*. Harvard University Press: Cambridge Mass. Barcelona: Granica.

Monterrosa, C. (2000). Causas e implicaciones médico-sociales del embarazo en la adolescencia. http://www.encolombia.com/go_causasei.htm.

Nutbeam, D. (1986). Glosario de Promoción de la Salud. En organización Panamericana de la salud (1996) (comp.), *Promoción de la salud: Una antología*. Washington, D. C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud. (1986). 1ª Conferencia internacional sobre la promoción de la salud. *Iniciativa en pro de una nueva acción de salud pública*. Ottawa: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genova: OMS.

Organización Panamericana de la Salud. (1996). *Promoción de la salud: Una antología*. Washington, D. C.: OPS.

Palazzoli, M. S. (1974). Self-stavation, Jason Sroon. En Hsu, G. L. K. (1983). *The aetiology of anorexia nervosa y bulimia nervosa*. Barcelona: Masson.

Papalia, D. (1997). *Desarrollo humano*. Barcelona: Mc Graw Hill.

Perez-Poza, A. y Corbera, M. (2003). Abordaje cognitivo conductual y familiar de los trastornos de la alimentación. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentación>.

Polivy, J. y Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal análisis. *American Psychologist*, 40 (2), 193-201.

Raich Escursell Rosa. (1998). Definición, evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. *Revista de Psicología y Ciencia Social*, (2) 1, 18-25.

Rice Philip. (1997). *Desarrollo humano : Estudio del ciclo vital*. México: Prentice-Hall.

Rivera, M. (1997). *Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años*. Tesis de Licenciatura, Facultad Psicología, UNAM, México.

Rodríguez, M. J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Saldaña, T. (1993). *Auto-imagen o proyecto original: Posibilidades o limitaciones del cambio en terapia vivencial. Un abordaje existencial en psicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.

Sherman, R. y Thompson, R. (1999). *Bulimia: Guía para familiares y amigos*. México: Trillas.

Shisslak, C. M. y Crago, M. (1987). Primary prevention of eating disorders. *Journal of consultanting and clinical psychology*, 55 (5) , 660-667.

Shorter, E. (1994). From the mind into the body. The cultural origins of the psychosomatics sintoms. New York Free Press. En Weiss, M. G. (1995). Eating disorders an disodered eating in different cultures. *The Psichiatria clinics of north America*, 18 (3), 537-553.

Spranger, E. (1985). *La psicología de la edad juvenil*. España: Progreso.

Stewart, A., Carter, J., Drinkwater, J., Hainsworth, J. y Fairburn, Ch. (2001). Modification of eating attitudes and behavior in adolescent girls: A controlled study. *International Journal of eating disorders*, 29 (2), 107-117.

Stice, E. Mazotti, I., Weibel, D., y Agras, S. W. (2000). Dissonance prevention program decreases thinideal internalitation body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a prelinary experiment. *International journal of eating disorders*, 27 (2), 206-217.

Stice, Chase A., Stormer, S., Appel, A. (2001) . A randomized trial of a dissonance-based eating disorder prevention program. *International Journal of eating disorders*, 29 (3), 247-262.

Tavares, B., Inés, V. (2000). *Adolescencia, mitos y sexualidad*. Tesis de Licenciatura, FES Iztacala, UNAM, México.

Tolstrup, K. (1990). Incidence and casuality of anorexia nervosa seen in a historical perspective. *Acta psychitr. Scand Suppl*, 361, 1-6.

Toro J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel.

Tucker, L. A. (1984). Physical attractiveness, somatotype and the personality: A dynamic international perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1226-1234.

Unikel, S.C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet*. Tesis de maestría, Facultad de Psicología, UNAM, México.

Unikel, S. C. y Gómez Peresmitré, G. (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: Estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. *Psicopatología*, 16 (4), 121-126.

Yates, A., Shisslak, C. M., Allender, J., Crago, M. & Leeney, K. (1992). Comparing obligatory and nonobligatory runners. *Psychosomaticas*, 33, 180-189.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1

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

ANEXO 2

- TALLER PARA PADRES
- TALLER PARA MAESTROS

ANEXO 3

- MANUAL INTERVENCIÓN BASADO EN LA TDC

ANEXO 4

- MANUAL INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

ANEXO 1

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

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

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

GRACIAS

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

SECCIÓN A - 2

SECCIÓN
A

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

1. ¿Qué estás estudiando?

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

2. ¿Trabajas?

- A) Sí.
- B) No

3. Actualmente vives con:

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

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

5. Edad de tu primera menstruación

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

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

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

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

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

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

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

SECCIÓN A - 4

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

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

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

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

**SECCIÓN
B**

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

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

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

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

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

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

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

SECCIÓN B - 5

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

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

5. Llegar a estar gorda :

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

6. Como me ven los demás :

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

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

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

8. Me gusta la forma de mi cuerpo :

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

SECCIÓN C - 6

SECCIÓN
C

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

Mi cuerpo se parece más a :



(A)



(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN D - 7

**SECCIÓN
D**

1. En el último año :

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

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

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

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

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

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

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

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

- A) No
- B) Sí

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

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

7. El problema consiste en que:

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

SECCIÓN D - 8

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

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

constantemente por la comida (porque siento que como mucho ; porque temo engordar).

22.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN D - 9

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

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

SECCIÓN
E

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

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



(A)



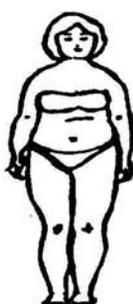
(B)



(C)



(D)



(E)



(F)



(G)



(H)



(I)

**HOJA DE RESPUESTA
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
2002**

EDAD: _____ Años y _____ Meses.
PESO _____ Kg.

TALLA _____ metros.

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuestas.

A					
1. A B C D E F					
2. A B					
3. A B C D E F					
4. A B C D					
5. A B C D E F					
6. A B					
7. A B					
8. A B C D E F					
9. A B C D E F					
10. A B C D E F					
11. A B C D E F					
12. A B C D E					
13. A B C D E					
B					
1. A B C D E					
2. A B C D E					
3. A B C D E					
4. A B C D E					
5. A B C D E					
6. A B C D E					
7. A B C D E					
8. A B C D E					
C					
1. A B C D E F G H I					
D					
<i>Primera Parte</i>					
1. A B C D					
2. A B C D					
3. A B					

4. A B C D E F					
5. A B					
6. A B					
7. A B C D E					
D					
<i>Segunda Parte</i>					
1. A B C D E					
2. A B C D E					
3. A B C D E					
4. A B C D E					
5. A B C D E					
6. A B C D E					
7. A B C D E					
8. A B C D E					
9. A B C D E					
10. A B C D E					
11. A B C D E					
12. A B C D E					
13. A B C D E					
14. A B C D E					
15. A B C D E					
16. A B C D E					
17. A B C D E					
18. A B C D E					
19. A B C D E					
20. A B C D E					
21. A B C D E					
22. A B C D E					
23. A B C D E					
24. A B C D E					

25. A B C D E					
26. A B C D E					
27. A B C D E					
28. A B C D E					
29. A B C D E					
30. A B C D E					
31. A B C D E					
32. A B C D E					
33. A B C D E					
34. A B C D E					
35. A B C D E					
36. A B C D E					
37. A B C D E					
38. A B C D E					
39. A B C D E					
40. A B C D E					
41. A B C D E					
42. A B C D E					
43. A B C D E					
E					
1. A B C D E F G H I					

ANEXO 1.1 Factores EFRATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios)

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

Factor 1 Conducta Alimentaria Compulsiva	
Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
No soy consciente de cuanto como.	.66033
Siento que no puedo parar de comer.	.80983
Como sin medida.	.79753
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
Soy de los que se hartan(se llenan) de comida.	.52215
Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587

Eigen value =12.4 Varianza explicada=16.5% alpha=.9051

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

Factor 2 Preocupación por el peso y la comida	
Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484
Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64573
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	.68226
Como despacio y /o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
Soy de los que se preocupan contantemente por la comida.	.55815
Me deprimo cuando como de mas.	.48531

Eigen value =5.52 Varianza explicada=7.4% alpha=.8242

DIETA RESTRICTIVA

Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva	
Reactivo	Carga Factorial
Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.48691
Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.46423
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.62004
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Eigen value =1.93 Varianza explicada=2.6% alpha=.8136

MANUALES DE PREVENCIÓN

TALLER PARA PADRES

Objetivos:

- Informar a los padres de las adolescentes con problemas de imagen corporal sobre el riesgo que tienen sus hijas de padecer un trastorno alimentario.
- Obtener el apoyo de los padres para la aplicación del programa.

1. Se citará en la escuela a los padres o madres de las alumnas con problemas de imagen corporal.
2. Se les informará que las adolescentes están en riesgo de sufrir un trastorno alimentario.
3. Se expondrán en diapositivas qué son los trastornos alimentarios y sus consecuencias.
4. Se hará una sesión de preguntas.
5. Se pedirá el permiso para que sus hijas participen en el programa de intervención.

Tiempo: 30 minutos.

TALLER PARA MAESTROS

Objetivos:

- Informar a los maestros sobre el riesgo que tienen sus alumnas de padecer un trastorno alimentario.
- Obtener el apoyo de los maestros para la aplicación del programa.

1. Se solicitará una plática con los maestros de las alumnas.
2. Se les informará que las adolescentes están en riesgo de sufrir un trastorno alimentario.
3. Se expondrán en diapositivas qué son los trastornos alimentarios y sus consecuencias.
4. Se hará una sesión de preguntas.
5. Se pedirá el apoyo para que las alumnas participen en el programa de intervención

Tiempo: 45 minutos.

PROGRAMA DISONANCIA

PRIMERA SESIÓN (30 a 40 minutos)

Actividad 1. PRESENTACIÓN E INVITACIÓN. Te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito mejorar la imagen corporal . ¿CÓMO SE LOGRA ESTO? Existe la idea que ayudando a otros se ayuda uno mismo. Se ha encontrado que si uno propone cómo y qué hacer para evitar que otras niñas tengan problemas con su cuerpo, esto ayuda a mejorar la propia imagen corporal.

¿Estás dispuesta a ayudarnos a crear UN PROGRAMA DE ACEPTACIÓN CORPORAL dirigido a chicas más jóvenes y EVITAR así que la juventud tenga problemas con su imagen corporal?

Tiempo: 5 minutos

Actividad 2. Ejercicio de la telaraña

Objetivos:

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

Descripción de la actividad:

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

Duración: 25 minutos.

Materiales:

- Una bola de estambre

SEGUNDA SESIÓN (30 a 40 minutos)

Actividad 2. Una mirada en el espejo

Objetivos:

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

Descripción de la actividad:

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

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

Notas:

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

Discusión:

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

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

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

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

Materiales:

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

Un lápiz y una goma

Tiempo:

30 minutos

2. Una mirada en el espejo: listado de adjetivos

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

Hoja de respuesta. Una mirada en el espejo.
¿Cómo me ven?

Madre	Padre	Amigo	Yo mismo

TERCERA SESIÓN FIGURA IDEAL (30 a 40 minutos).

1) Se hace un resumen de la sesión anterior
Tiempo: 5 minutos

2) Actividad . Figura ideal

Objetivos:

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

Procedimiento :

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

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

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

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

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

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

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

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

El facilitador interviene con el siguiente comentario:

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

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

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

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

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

Tiempo. 25 - 30 minutos

CUARTA SESIÓN. PRESIÓN HACIA LA DELGADEZ

- 1) Se hace un resumen de lo visto la sesión pasada
Tiempo: 5 minutos
- 2) Ejercicio de comunicación y toma de decisiones.

OBJETIVOS

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

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD:

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

TEMAS:

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

DISCUSIÓN:

- Cuántas y cuáles son las respuestas que ha tenido cada equipo en las que no se pudo llegar a consenso y por qué?
- Escuchábamos cuando los compañeros daban los argumentos para sus respuestas
- Cuáles serían las formas más eficaces y creativas a la situación problema que hemos trabajado?
- Tiempo 30 minutos.
- Materiales hojas y lápices y pizarrón .

- 3) TAREA. A) Escribir dos recomendaciones específicas que podrían ayudar a que las niñas más jóvenes acepten sus cuerpos. Traer su escrito en la siguiente sesión para discutirlo en grupo. B) Se les pide que hagan un ejercicio de aceptación corporal en casa: pararse frente a un espejo y registrar sus aspectos o características positivas

(físicas, sociales, emocionales, psicológicas). Registrar sólo ideas y pensamientos positivos. Traer esta lista para la siguiente sesión.

QUINTA SESIÓN. DISONANCIA FIGURA DELGADA COMO IDEAL

1. Discutir los contenidos del trabajo realizado en casa.

Tiempo: 15 minutos

2. Actividad: Seleccionar los empaques, recortes de productos "light" que anuncian en los medios de comunicación, para tener una figura delgada. B) Realizar una representación de un comercial de estos productos (en equipos).

Objetivo: Analizar la influencia de los medios de comunicación en el ideal de la figura delgada y que las empresas solo se benefician del dinero de la venta de estos productos, los cuales no son efectivos ni seguros, por lo que repercuten en nuestra salud.

Tiempo: 30 minutos.

SEXTA SESIÓN. AUTOESTIMA Y AUTOCONCEPTO

1. Se pide a cada equipo que discuta:

los sentimientos y pensamientos que tuvo durante la realización de la tarea (frente al espejo) de aceptación corporal.

Tiempo: 10 minutos

2. EJERCICIO DEL ESPEJO MÁGICO

Objetivos

-Reforzar la actividad (realizada en casa) de aceptación corporal;

-Identificar virtudes o cualidades personales con el propósito de mejorar la autoestima y la auto confianza.

-Facilitar la expresión emocional de sentimientos positivos hacia uno mismo

Descripción de la Actividad

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

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

Tiempo: 20 minutos.

Materiales : hojas de papel y lápices.

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

SÉPTIMA SESIÓN. ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

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

Tiempo: 5 minutos

2. Consejo de Redacción

Objetivos:

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

Descripción de la actividad:

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

CARTA:

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

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

Nota:

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

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

Discusión:

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

Materiales:

Folios y bolígrafos

Tiempo: 25 minutos

OCTAVA SESIÓN.

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

Tiempo: 5 minutos.

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

Tiempo: 20 minutos

3. Aplicar el cuestionario

INTERVENCION / PSICOEDUCATIVA**PRIMERA SESIÓN (30 a 40 minutos)**

1. **Presentación e invitación.** En México al igual que en otras partes del mundo las adolescentes se encuentran insatisfechas con su imagen corporal, rechazan su propio cuerpo, y esto les provoca muchos otros problemas. Por tal motivo te estamos invitando a participar en una investigación que tiene como propósito conocer la imagen corporal que tienen las chicas de tu edad. Tu colaboración será de gran ayuda para desarrollar programas tendientes a mejorar y a aceptar la propia imagen corporal.

Tiempo: 5 minutos

2. Ejercicio de la telaraña

Objetivos:

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

Descripción de la actividad:

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

Duración: 25 minutos.

Materiales:

- Una bola de estambre

SEGUNDA SESIÓN (30 – 40 minutos).**1. AUTOCONCEPTO**

Objetivo:

- Que las adolescentes conozcan la opinión que tienen sobre ellas mismas.

1. En grupos formados se define qué es autoconcepto se nombra un secretario.
2. En gran grupo se leen los comentarios de cada subgrupo, y el facilitador hace una conclusión sobre la definición de autoconcepto.

Tiempo: 15 minutos

2. Pedir que las niñas escriban en una hoja, atributos que las describan, sólo se escriben características positivas, pedir que traigan la hoja para la siguiente sesión.

TERCERA SESIÓN . FIGURA IDEAL

Objetivos

- Que las adolescentes identifiquen los intereses económicos que se encuentran detrás de la silueta delgada como ideal corporal.
 - Que la adolescente conozca e identifique las consecuencias de perseguir el ideal corporal delgado y las consecuencias del seguimiento de dieta.
1. El conductor reparte el material de trabajo (temas de discusión)
 2. Se forman grupos (8 a 10 sujetos) y se define en cada grupo que es internalización del ideal de delgadez.
 3. Se lee en los grupos tema por tema y se discute sus contenidos: A) el origen del ideal de delgadez; B) como se perpetua; y C) principales consecuencias (seguimiento de dietas restrictivas)
 4. Después de que conductor y participantes discuten entre todos la importancia de los temas se sacan conclusiones (el observador registra las conclusiones de cada grupo).
 5. Pedir a cada uno de los participantes que escriban (media pagina) las consecuencias que la salud y bienestar de uno puede sufrir por el hecho de querer a toda costa estar delgada. Pedirles que traigan ese escrito a la siguiente sesión para discutirlo en grupo.

Tiempo: 25 minutos

CUARTA SESIÓN. PRESIÓN SOCIAL HACIA LA DELGADEZ

Objetivos

- Que las adolescentes detecten la presión que ejercen "otros" por lucir una silueta delgada.

1. Se forman 3 grupos, pidiendo que nombren a un secretario para que registre sus conclusiones, se entrega y discute un tema por grupo.
Presión para lograr la delgadez por parte de:
 - I. los medios (TV, revistas, eventos de belleza, moda, etc.)
 - II. Por los padres.
 - III Por los pares o amigas.

En cada uno de los grupos se discutirá:

Cuáles pueden ser las dificultades que se pueden encontrar al tratar de resistir el ideal delgado y qué hay que hacer para superarlas

Tiempo: 15 minutos

2. Cada secretario de grupo expone sus conclusiones.

3. El facilitador hace una conclusión general para cada uno de los temas.

Tiempo 15 minutos.

QUINTA SESIÓN. PIRÁMIDE NUTRICIONAL Y TIPOS DE ALIMENTACIÓN.

1. Se describen las experiencias de la sesión anterior.

Tiempo: 10 minutos

Objetivo:

- Que las adolescentes conozcan mejor los alimentos y su importancia nutricional dentro del proceso de crecimiento y desarrollo en la adolescencia.

A manera de introducción se les habla a las alumnas acerca de las características hereditarias y aquellas relacionadas con la alimentación de cada persona.

En equipos se discute sobre ¿Qué es nutrición? ¿Qué tipos de alimento conocen? ¿Qué importancia le otorga la familia a las comidas en casa? ¿Qué mitos han escuchado respecto a la gente con sobrepeso, si se lleva una dieta por tiempo prolongado, como sería nuestro cuerpo?.

Se define el concepto de nutrición, dieta y se menciona la pirámide nutricional. Se señalan algunos alimentos y el tipo de función que cumplen dentro del organismo.

Se construye una pirámide nutricional.

Material: Recortes, empaques (alimentos y bebidas) colores, cartulinas.

Tiempo: 30 minutos

TAREA. Pedir a cada uno de los participantes que escriban (media pagina) posibles soluciones para evitar el impacto de los medios. Pedirles que traigan su escrito a la siguiente sesión para discutirlo en grupo.

SEXTA SESIÓN. IMAGEN CORPORAL Y AUTOESTIMA

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

Tiempo: 5 minutos

Objetivo:

- Que las adolescentes identifiquen el impacto que ejerce la búsqueda del ideal delgado sobre la imagen corporal y la autoestima.

2. Se distribuyen los temas de trabajo y los participantes de cada grupo los leen y los discuten

- a) El concepto de imagen corporal
- b) El concepto de autoestima

- c) El impacto que ejerce la búsqueda del ideal corporal delgado en la imagen corporal y la autoestima.

Tiempo: 20 minutos

1. El facilitador hace un resumen de los temas y concluye.

Tiempo: 10 minutos

SÉPTIMA SESIÓN. ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

1. Se distribuyen los temas de trabajo y los participantes de cada grupo los leen y los discuten :

- a) El concepto de obesidad
- b) La actitud que tienen las personas normopeso y delgadas hacia las que tienen sobrepeso y obesidad

Objetivo: Que el alumno detecte la actitud (prejuicios) que las personas tienen ante las personas obesas

Tiempo: 20 minutos

2. El facilitador hace un resumen de los temas y concluye.

3. Se pide a los grupos que escriban sugerencias para que una persona con sobrepeso y obesidad no se dejen presionar por: los amigos, los familiares y los medios (se reparte un tema por grupo). Se pide que lleven sus escritos para la próxima sesión.

Tiempo: 10 minutos

OCTAVA SESIÓN

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

Duración: 5 minutos.

2. Si no queremos que las chicas acepten la idea de una figura ideal delgada, que hay que hacer para que ellas no se dejen presionar por:

- los padres y los amigos? Pedir a cada grupo que desarrollen sugerencias y posibles soluciones.

Objetivo: Que las alumnas detecten estrategias que les ayuden a resistir la presión para lucir delgada.

Duración: 15 minutos

3. Se pide al observador que entregue a cada grupo las conclusiones durante las sesiones pasadas y se les pide a los participantes sacar sus conclusiones finales tomando en cuenta todas las sesiones.

Duración: 10 minutos

4. Aplicar el cuestionario (postest).