



**UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA**

---

**INCORPORADA A LA UNAM, CLAVE 8183-25**

**“EL PAPEL DEL ORIENTADOR EN LA PREVENCIÓN  
DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN JÓVENES  
ESTUDIANTES DE 14 A 16 AÑOS”**

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**

**PRESENTA :**

**KAREN ARLETT BUENDIA ORTEGA**

**ASESOR: LIC. LILIA URIBE OLIVERA**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **AGRADECIMIENTOS**

### **AL SER SUPERIOR:**

*Gracias por cada día que tengo la dicha de existir y de disfrutar tus maravillas, por cada reto que has puesto en mi camino y lo he podido enfrentar, por poner en mí camino a las personas y a las vivencias que han contribuido a mi aprendizaje y crecimiento personal.*

### **A MIS PADRES**

*A quienes agradezco de todo corazón el apoyo, comprensión, sustento y amor que me han brindado, por infundirme los valores que guían mi transitar por la vida. Porque siempre ven por mi bienestar, mi desarrollo profesional y por supuesto, por mi felicidad... esta tesina se las dedico a ustedes con mucho cariño. Estoy muy orgullosa de que sean mis padres, los quiero muchísimo y en todo momento los llevo conmigo.*

*Mamá, a lo largo de mi vida me has demostrado que tus brazos siempre se abren cuando necesito un abrazo. Tu corazón sabe comprender cuándo necesito una amiga. Tus ojos sensibles se endurecen cuando necesito una lección. Tu fuerza y tu amor me han dirigido por la vida y me han dado las alas que necesitaba para volar. ¡Gracias!*

### **LESLIE:**

*Gracias por ser mi hermana, siempre tengo presente los lindos momentos que tenemos juntas. Agradezco tu apoyo, tus consejos y tu cariño. Sé que cuento contigo siempre y no olvides que ¡Te quiero mucho!*

**RODRIGO:**

*Amor, gracias por la comprensión y el apoyo durante la realización de este trabajo y por supuesto en todo lo que hago, ahora ya concluido, se que compartes mi alegría al ver que ¡valió la pena el esfuerzo! Gracias por las palabras de aliento, por todo el amor que me brindas día con día...  
Le agradezco infinitamente al ángel te puso en mi camino ¡TE AMO!*

**NAYA:**

*Amiga, en donde quiera que estemos la amistad perdurara por siempre, festejaremos nuestros logros y nos tendremos muy presentes en el pensamiento y en el corazón. ¡Te quiero!*

**A LILIA URIBE:**

*Lilia, gracias por ser mi asesora, por tu apoyo, paciencia, comprensión y disposición, por guiarme hasta la meta en todo este tiempo, valió la pena el trabajo y el tiempo invertido.*

**A LUCERO, ANGÉLICA Y ERIKA**

*"Mucha gente entra en y sale de su vida a lo largo de los años. Pero solo los verdaderos amigos dejan huellas en nuestro corazón"*

*Matianas!!! . Sé que comparten mi infinita alegría, así como yo compartiré la suya cuando concluyan este ciclo que duro casi cinco años de mucho esfuerzo! Gracias por contribuir a mi conocimiento, ¡las develadas no fueron en vano! Gracias por sus ocurrencias, por su amistad, sus consejos, por su apoyo, sus risas, por el estrés compartido, por todo!!!*

*¡Las llevo siempre en mi corazón amigas! Ahora cada quien tiene sus propias responsabilidades, pero siempre habrá un momento para reunirnos y compartir nuestros logros!!! ¡Las quiero!...*

**A MIS PROFESORES:**

*A todos mis queridos profesores que me brindaron las herramientas necesarias para desarrollarme profesionalmente, a los que compartieron sus conocimientos pero también su amistad. ¡Les agradezco infinitamente su disposición durante estos años de formación!*

**A MI DIRECTORA DE CARRERA MA. EUGENIA NICOLIN:**

*Por todo el apoyo a lo largo de la carrera y por las aportaciones a mi desarrollo profesional. Muchas gracias.*

**A LA LIC. GUILLERMINA MARTÍNEZ REYES:**

*Guille, muchas gracias por compartir conmigo tus experiencias, tus conocimientos y tu amistad aprendí mucho de ti durante mi formación profesional.*

**A MIS COMPAÑEROS:**

*Gracias por estos años en los que compartimos un mismo sueño... ahora se hace realidad para muchos de nosotros... ¡Mucho éxito!*

# Índice

<b>Resumen.....</b>	<b>1</b>
<b>Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Trastornos alimentarios; Anorexia y bulimia nerviosa.....</b>	<b>4</b>
1.1 Definición de Trastornos alimenticios.....	4
1.2 Anorexia Nerviosa.....	6
1.3 Bulimia Nerviosa.....	10
1.4 Factores predisponentes, precipitantes, mantenedores. ....	13
1.5 Consecuencias biológicas, intelectuales y psicosociales de los trastornos alimenticios.....	23
<b>2. Aspectos físicos, intelectuales y afectivos de los adolescentes entre 14 y 16 años.....</b>	<b>30</b>
2.1 Desarrollo biológico.....	30
2.2 Desarrollo intelectual.....	35
2.3 Desarrollo Psicosocial.....	38
<b>3. Prevención.....</b>	<b>46</b>
3.1 Tipos de prevención.....	46
3.1.1 Prevención primaria.....	47
3.1.2 Prevención secundaria.....	53
3.1.3 Prevención terciaria.....	55
<b>4. El papel del psicólogo educativo como orientador y su función preventiva en la escuela.....</b>	<b>58</b>
4.1 El psicólogo como orientador educativo.....	58
4.2 El psicólogo como orientador educativo en la prevención e intervención de la anorexia y la bulimia.....	66
4.3 Visión prospectiva ante la prevención eficaz de la anorexia y la bulimia en los niveles de educación medio básica y superior.....	80
<b>5. Conclusiones.....</b>	<b>83</b>
<b>6. Bibliografía.....</b>	<b>87</b>
<b>7. Anexos.....</b>	<b>93</b>

## RESUMEN

Hoy en día el problema de la nutrición es uno de los más delicados al que se enfrenta la sociedad. Los hábitos alimentarios de una población constituyen un factor determinante de su estado de salud. Cuando estos son inadecuados (por exceso, por defecto o ambos) se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad; dentro de los trastornos alimentarios los más comunes son: la anorexia y la bulimia. En los adolescentes estos inician por factores biológicos, psicológicos y sociales que predisponen a padecerla o la desencadenan directamente.

Nuestra sociedad ha ido adoptando la idea de que la delgadez es sinónimo de belleza, elegancia, prestigio, aceptación social y éxito, en las adolescentes la autoestima está conectada con factores como la apariencia externa, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás. Durante la adolescencia, el desarrollo evolutivo juega un papel fundamental en la formación de la personalidad, la conducta, el carácter, los pensamientos y el desarrollo del autoconcepto de las jóvenes, de esta manera se constituyen la base en la cual se funda la madurez para la edad adulta.

Por lo que es de gran importancia la prevención oportuna que realiza el psicólogo como orientador educativo, quien reeduca con base en la realidad, los patrones de conducta por medio de la prevención primaria, sirviendo como formadores, coordinadores y profesionales que apoyen el asesoramiento y orientación en las adolescentes en cuanto a los aspectos emocionales y éticos para la conformación de su personalidad, del conocimiento de sí mismo, del autoconcepto y de esta manera propiciar un mejor y mayor manejo de su persona.

## INTRODUCCION

El comportamiento alimenticio representa para el ser humano un aspecto importante de su vida cotidiana; ya que en él se depositan atributos que le da la cultura y las experiencias vividas desde la familia, hasta los valores propios que cada sujeto le adjudique.

Estamos rodeados por una sociedad que valora la cultura de la delgadez, día a día se generan nuevas dietas restrictivas para estar más delgadas, los libros, las revistas y los medios de comunicación en general nos bombardean con anuncios sobre alimentos con menos calorías y con muchas formas de bajar de peso. Así es como las mujeres tratan de mejorar su apariencia, sin darle mucha importancia a su salud y al precio que tengan que pagar por evitar la obesidad. Así pues, esto es sólo un paso para el desarrollo de algún trastorno alimenticio.

La adolescencia es la etapa más propensa para adquirir un trastorno alimenticio, debido a la susceptibilidad del momento, en el que existe una lucha intensa por la búsqueda con uno mismo, existen cambios físicos y emocionales, y surgen nuevas exigencias de la madurez. Las adolescentes, están preocupadas por su cuerpo dándole mucha importancia a la distorsión de su imagen corporal y al deseo de adelgazar para destacar y ser valorada de modo particular.

Los trastornos alimenticios han sido ampliamente estudiados en varios países, llegando a la formación de Manuales de Diagnóstico específicos, que permiten la identificación de los síntomas asociados a los diferentes trastornos

de la alimentación. En especial la identificación de la Anorexia y la Bulimia, puntos de partida para el presente trabajo.

La anorexia y la bulimia son trastornos alimenticios que en la sociedad actual se han incrementado, convirtiéndose en un problema grave para la salud. El ideal de belleza ha sido cambiado según las épocas y es diferente en las distintas sociedades. En México ha sido adoptada la idea de que la delgadez es sinónimo de belleza, elegancia, prestigio, aceptación social y éxito. Actualmente esta problemática ha ido cobrando mayor interés por el notable aumento que ha tenido en los últimos años

El papel del orientador educativo como factor principal de prevención ante la anorexia y la bulimia dentro del ámbito escolar, adquiere cada vez mayor importancia ya que hoy en día es muy común encontrarse con adolescentes que por diferentes factores son vulnerables a caer desde temprana edad en alguno de estos trastornos alimenticios.

La importancia fundamental de la presente investigación es poner al alcance de las personas, una descripción de los factores que intervienen en el desarrollo de la anorexia y la bulimia en las jóvenes adolescentes, así como el papel que tiene el psicólogo como orientador educativo en la prevención de las mismas.

## **CAPITULO 1.**

### **TRASTORNOS ALIMENTARIOS; ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSA**

#### **1.1 Definición de Trastornos alimenticios.**

Hoy en día los trastornos alimenticios son algunos de los problemas más graves que sufren las adolescentes. Los hábitos alimenticios de una población constituyen un factor determinante de su estado de salud. Cuando estos son inadecuados (por exceso, por defecto o ambos) se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad. La American Psychiatric Association (1994) define los trastornos alimenticios como aquellos que se caracterizan por alteraciones graves en la conducta alimentaria. Dicha asociación sostiene que un trastorno es una confusión, una perturbación, un enredo. Por lo tanto en los trastornos de la conducta alimenticia hay una perturbación en el modo de alimentarse.

Dichos trastornos representan un serio problema de salud para las jóvenes de México, las cifras estadísticas van en aumento notablemente. En principio, debemos decir que entre el 90% y el 95% de las personas que tiene alguno de estos trastornos alimenticios, o bien, ambos, son mujeres. (Apfeldorfer, 2004). En la mayoría de los casos comienzan en la adolescencia o en los primeros años de la adultez, por lo que hoy en día, estos trastornos se manifiestan en edades cada vez más tempranas, ya que el contexto sociocultural premia la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, en las últimas décadas, la mujer ha visualizado la belleza y la delgadez como sinónimos y la creencia de que el éxito es inversamente proporcional al peso, es decir, cuantos menos kilos, más logros; pero es absurdo establecer una relación entre el éxito y el peso corporal.

Así pues, los trastornos alimenticios son enfermedades crónicas y progresivas que se manifiestan a través de la conducta alimentaria. Consisten en una gama muy compleja de factores entre los que prevalece una alteración o distorsión de la auto-imagen corporal, un gran temor a subir de peso y la adquisición de una serie de valores a través de un cuerpo ideal. De acuerdo a Raich (1994) los trastornos alimenticios, conllevan a graves anormalidades en el comportamiento de la ingesta, donde la base y el fundamento de estos se halla en la alteración psicológica.

Asimismo, pueden desencadenarse por la percepción que tiene la persona sobre su figura y el juicio valorativo que ésta hace acerca del mismo o bien cuando los individuos interfieren en el proceso normal de ingesta y regulación del peso corporal. Salde (1996).

En la adolescencia, el cuerpo cambia y con ello surgen nuevas necesidades fisiológicas, nuevos ritmos de actividad, descanso y nuevas necesidades alimenticias, sin embargo los trastornos alimenticios se desarrollan generalmente en esta etapa de la vida y suelen estar estrechamente vinculados con la dificultad para resolver conflictos ligados al proceso de crecimiento y autonomía. También es verdad que el aumento en la incidencia de los trastornos alimenticios ha ido surgiendo en edades cada vez más tempranas, esto se debe, entre otras causas, al constante bombardeo de los mensajes culturales relacionados con el cuerpo y la alimentación, que conllevan la creación de un culto a la esbeltez y a las dietas sin una adecuada educación al respecto.

Ahora bien, el adolescente, por todos los cambios que atraviesa, es más susceptible a tener una idea distorsionada de su propio cuerpo, la cual puede ser por presiones de tipo familiar y cultural, predisposición genética, desajustes biológicos, trastornos emocionales, etc. Todo esto influye a su vez en la valoración de la misma por lo que altera su alimentación como medida de

control de peso; sin embargo puede llegar a perder el control de la situación desarrollando un trastorno alimenticio, al grado de estar realmente obsesionado con la comida y que esto les impida tener tiempo para pensar en estar bien o mucho menos en tener condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividades escolares.(Crispo & Figueroa, 1996).

## **1.2 ANOREXIA NERVIOSA.**

La anorexia y la bulimia nerviosas representan un serio problema de salud para las jóvenes de México, las cifras estadísticas van en aumento notablemente. En principio, debemos decir que entre el 90% y el 95% de las personas que tiene alguno de estos trastornos alimenticios, o bien, ambos, son mujeres. (Apfeldorfer, 2004). En la mayoría de los casos comienzan en la adolescencia o en los primeros años de la adultez, pero hoy en día, estos trastornos se manifiestan en edades cada vez más tempranas.

Debido a que estos trastornos alimenticios son los de mayor resonancia, gravedad y prevalencia en la población femenina, algunos autores como Crispo, R. & Figueroa E. (1996) los consideran claramente de índole bio-psico-social, esto se refiere a que nos encontramos con conductas que:

- Afectan directamente al cuerpo.
- Reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración.
- Ocurren predominantemente en una sociedad marcada por una determinada estética, donde a la imagen externa se le da mayor prioridad.

En el DSM-IV, se presentan los criterios para que una persona sea diagnosticada con alguno de estos trastornos alimenticios, en primer lugar se darán a conocer las condiciones de la anorexia y posteriormente las de la bulimia. Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Con base en el DSM-IV (1998) para que una persona sea diagnosticada con anorexia debe cumplir con las siguientes condiciones:

A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperado).

B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.

C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

D. En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos.

Así mismo, existen dos formas en las que la anorexia puede presentarse:

- **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes o diuréticos).
- **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes o diuréticos).

La anorexia es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo (CIE 10, 1992). Tratándose de una inanición voluntaria en donde se pierde el 15% en adelante del peso total del cuerpo, lo que en algunos casos puede llevar a la muerte.

La pérdida significativa de peso es superior al 15%, generalmente por la decisión propia de adelgazar, esto se logra suprimiendo o limitando el consumo de alimentos, especialmente aquellos que “engordan”. (Toro, 1996).

El término anorexia nerviosa fue utilizado por primera vez por el médico inglés llamado sir William Gull, entre 1973 y 1974. El afirmaba que los pacientes con anorexia nerviosa no tenían falta de apetito, pero estaba equivocado ya que a menudo estos pacientes si tienen hambre, pero la suprimen y se niegan a comer normalmente a causa de su deseo despiadado de estar delgados. La descripción que realiza Gull destaca su típica aparición en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, su prevalencia en mujeres y la importancia de prevenir oportunamente con atención especializada

De acuerdo con Gull , las características de la anorexia nerviosa son las siguientes:

- La mujer tiene un temor continuo al hecho de estar gorda, a perder el control de la cantidad de comida que consume. Dicho temor le induce a adoptar un comportamiento dirigido a perder peso. La mayoría de las víctimas de la anorexia nerviosa reducen la cantidad de alimentos que comen, especialmente los altos en carbohidratos y en grasas. Sin embargo, el régimen que escogen usualmente reduce el consumo total de la comida.
- Una persona con anorexia nerviosa pierde cantidades considerables de peso, de manera que éste es menor de 45 kg.
- La mujer con anorexia nerviosa deja de menstruar, se vuelve amenorreica. La amenorrea puede aparecer precozmente antes de haber tenido una gran pérdida de peso, la menstruación esta ausente en este tipo de trastorno.( Suzanne & Llewellyn, 1994).

La imagen corporal distorsionada, es una característica específica de la anorexia nerviosa; las mujeres con este tipo de trastorno pierden la percepción de su aspecto y niegan su delgadez, teniendo una percepción totalmente distorsionada de su tamaño corporal. La reducción de la ingesta lleva un gran deseo por adelgazar y con un temor patológico al aumento de peso y a la obesidad, inicialmente puede haber un sobrepeso que justifique el deseo del sujeto a ponerse a dieta, pero poco a poco se va restringiendo la ingesta de forma excesiva, los hábitos alimenticios se hacen extravagantes y se convierten en el centro de atención y de la conducta del adolescente.

Ciertamente, la anorexia nerviosa es un trastorno alimenticio que aparece y afecta con mayor frecuencia a las adolescentes que tienen un deseo intenso de perder peso, la angustia por una imagen distorsionada de su propio esquema corporal que las hace verse mas gruesas de lo que son en realidad,

manifestando un miedo obsesivo a la gordura u obesidad. (Turón, 1997) Por lo que rechazan el alimento y disminuyen su ingesta llegando a veces a los límites extremos.

### **1.3 BULIMIA NERVIOSA**

La bulimia se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo.

Con base en el DSM-IV (1998) para que una persona sea diagnosticada con bulimia debe cumplir con las siguientes condiciones:

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

A su vez, existen dos formas en las que la bulimia puede presentarse:

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

La CIE 10 (1992) Menciona que la bulimia nerviosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva a la persona que la padece a tomar medidas extremas para controlar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. El atracón está acompañado de una sensación de falta de control, se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible, donde la ingesta de alimento es más rápida y superior a la que la mayoría de individuos comerían.

Otra característica importante en este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso. Muchos individuos usan diferentes medios para intentar compensar los atracones; por lo común es la provocación del vómito. (Toro, 1996).

Turón (1997) por su parte, considera que la bulimia se caracteriza por la pérdida de control sobre la conducta alimentaria, por lo que los consumos de una gran cantidad de comida en un corto tiempo es seguido por conductas tales como ayuno, vómito autoinducido, abuso de laxantes y excesivo ejercicio físico.

Toro (1996) define a la bulimia nerviosa como un trastorno alimenticio caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que normalmente ingeriría en circunstancias similares. Se trata de un trastorno del comportamiento alimenticio caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo normal, teniendo la sensación de que puede controlarse a si misma generalmente por medio del vómito autoinducido.

Con base en los autores anteriormente mencionados se puede detectar un cambio de comportamiento en cuestiones de episodios o lapsos de tiempo indefinidos, es decir, nunca es un proceso continuo de crisis en el que desarrolla una desfiguración de la conducta alimenticia , seguido de estas crisis existen otras contrastantes como el ayuno, como dice Turón, en esta situación la persona irreflexivamente encuentra un desequilibrio en su conducta alimenticia, la cual determina la cantidad de lo que ingiere, en cambio, Toro nos muestra que estas mismas crisis de la conducta alimenticia son creadas y desarrolladas sin control, mediante el vómito inducido a la cantidad de lo que ingiere su organismo; estas dos suposiciones de la bulimia nerviosa como fin

es el mismo el cambio se genera en la forma de controlar el consumo de alimentos en cuestión, puede deducirse estas alternativas de medios con base en las experiencias que ha tenido cada adolescente.

#### **1.4 FACTORES PREDISPONENTES, PRECIPITANTES, MANTENEDORES.**

Al hablar de los factores involucrados en el desarrollo de los trastornos alimentarios, podemos clasificarlos en predisponentes, precipitantes y mantenedores (Garfinkel & Garner, 1982).

##### **Factores predisponentes.**

En este tipo de factores se encuentran aquellos elementos inmersos en el contexto sociocultural, en las características individuales o de la familia, que influyen en el estado de ánimo de la persona, de tal forma que se vuelven más susceptibles a la adopción de actitudes y conductas inadecuadas hacia el peso y la comida. (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

Se consideró conveniente mostrar una comparación entre cuatro autores; Toro & Viladell (1987), Chinchilla Moreno (2003), Cervera (1996), Slade (1996), donde se mencionan los diferentes factores predisponentes de los trastornos alimenticios; la intención es comparar con la siguiente información los posibles factores que tienen estrecha relación con el desarrollo de la anorexia y la bulimia. (Cuadro 1).



FACTORES DE RIESGO	AUTOR 1 <b>Toro y Vilardell (1987)</b>	AUTOR 2 <b>A. Chinchilla Moreno (2003)</b>	AUTOR 3 <b>Cervera (1996)</b>	AUTOR 4 <b>Slade (1996)</b>
Factores predisponentes	<p>Edad (12 a 20 años)</p> <p>Sexo femenino</p> <p><u>Perfeccionismo</u></p> <p>Obesidad materna</p> <p><u>Conflictos familiares</u></p> <p>Exceso de peso</p> <p><u>Baja autoestima</u></p>	<p>Factores psicoindividuales:</p> <p>Cambios corporales y psicosociales implicados en la pubertad-adolescencia, el sobrepeso.</p> <p><u>Presión social</u></p> <p>Pubertad precoz</p> <p><u>Baja autoestima</u></p> <p>Perfeccionismo</p> <p>Autocontrol</p>	<p>Exceso de peso</p> <p>Prácticas recurrentes al ayuno</p> <p><u>Autoestima baja</u></p> <p><u>Perfeccionismo</u></p> <p>Predisposición biológica</p> <p><u>Conflictos familiares</u></p>	<p>Factores psicológicos:</p> <p><u>Problemas de autoestima</u></p> <p>Sentimientos de inadecuación.</p> <p>Inadaptación e inferioridad.</p> <p><u>Perfeccionismo</u></p> <p><u>Factores familiares</u></p> <p>Problemas familiares y de relación interpersonal</p> <p>Escasez de habilidades sociales</p> <p>Aislamiento social</p> <p><u>Presión social:</u></p> <p>Valores culturales relacionados con la delgadez como sinónimo de belleza.</p> <p>Culto al cuerpo como valor asumido colectivamente como prioritario.</p> <p>Cánones de belleza puestos por los medios de comunicación.</p>

Cuadro 1. Comparación de los factores predisponentes de los trastornos alimenticios.

De acuerdo a los datos observados en el cuadro 1. Podemos inferir que según los cuatro autores revisados concuerdan con que los factores

predisponentes de los trastornos alimentarios tienen como características más importantes las siguientes:

- Baja autoestima.
- Conflictos familiares.
- Perfeccionismo.
- Presión social.

Esto no quiere decir que las demás características no sean relevantes, pero al haber hecho la comparación entre ideas, conocimientos e investigaciones de los cuatro autores, hubo coincidencia en los mencionados aspectos. A continuación se explican los factores mencionados:

#### BAJA AUTOESTIMA.

Las personas con autoestima baja, desconfían de sí mismos, no expresan tan fácilmente su sentir. La inseguridad e inferioridad de este tipo de personas las puede llevar a sentir envidia y celos de los que poseen más, ineptitud, inseguridad, dudas sobre sí mismo y culpas.

Para el Eating Disorder Inventory (Inventario de desórdenes alimenticios, 1983 Ver Anexo 1) hay tres factores que están estrechamente ligados con el factor de la baja autoestima:

- Desconfianza interpersonal. Temor a establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas o expresar emociones a los demás.

- Insatisfacción corporal. Inconformidad con respecto al aspecto físico en general, o de algunas partes del cuerpo.
- Inefectividad. Sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control de la propia vida. Este concepto incluye además una autoevaluación negativa.

Se le otorga un valor a las cualidades personales a partir de categorías absolutas, donde el pensamiento distorsionado y dicotómico todo-nada está presente.

#### FACTORES FAMILIARES.

Los trastornos de la conducta alimentaria se encuentran en modelos familiares patológicos, sobre todo en la cuestión afectiva, antecedentes del trastorno de la alimentación y una elevada preocupación alimentaria en los padres. Generalmente son familias sobreprotectoras y estrictas, donde se dificulta la autonomía de la persona, por lo que se crean relaciones dependientes y enfermizas que puede ser un factor predisponente de este trastorno.

#### PERFECCIONISMO.

Para decirlo de manera más clara, una persona perfeccionista no soporta la idea de cometer errores, cree que todo debe hacerlo a la perfección

y si algo no le sale perfecto, queda sumido en un estado de tensión y de nerviosismo que le lleva a considerarse un fracasado o un inútil. Si comete un error, si cuanto emprende no le sale completamente bien, si no es el mejor en su trabajo, por mencionar algunos ejemplos; se viene abajo, se desmorona y piensa que todo cuanto ha hecho hasta ese momento, por bueno y meritorio que sea, no cuenta, no sirve para nada.

## PRESIÓN SOCIAL.

Las dimensiones corporales de la mujer han sido valoradas de distintas maneras en las distintas épocas de la historia del mundo occidental. La imagen de un modelo ideal de belleza, compartido y reconocido socialmente, supone una presión altamente significativa en todos y cada uno de los miembros de la población. Las mujeres se identifican con el modelo de belleza impuesto por la sociedad y generan condiciones para valorarse positivamente.

Cabe mencionar que dentro de el Eating Disorder Inventory (Inventario de desordenes alimenticios, 1983, Ver anexo 1) el factor de motivación para adelgazar tiene relación con la presión social, como factor predisponente de los trastornos alimenticios.

- Motivación para adelgazar. Existe un gran deseo de perder peso y un desmesurado temor a ganarlo; además de una excesiva preocupación por la dieta y el peso corporal.

Jonson y Connors, en 1987, comentaron que las características más significativas en las personas para desarrollar algún tipo de trastorno alimenticio son: La baja autoestima, las alteraciones de la imagen corporal, los temores de separación e individualidad, las distorsiones cognitivas y una clara

tendencia al perfeccionismo, obediencia, sumisión y desconfianza. Se han identificado ciertas características típicas de personas con algún trastorno alimenticio, tales como: perfeccionismo, obediencia y sumisión, actitudes competitivas y una búsqueda de ideales elevados, aislamiento emocional, labilidad emocional e irritación.

Toro y Villadel (1987) hacen referencia a la ponderación otorgada de los rasgos físicos desde la infancia dependiendo del sexo. Desde muy jóvenes las niñas dedican una atención especial a su cuerpo: peinados, vestidos de moda, maquillaje, crema, etc. Las mujeres en mayor medida que los varones, se identifican con su cuerpo ya desde tempranas edades, de esta manera para la mujer el cuerpo es mucho mas imagen externa que en el varón.

No existe algún evento o factor único que precipite los trastornos alimentarios, lo que se ha encontrado se refiere a que la mayoría de los individuos perciben el dolor como una amenaza de pérdida de autocontrol y como una amenaza de pérdida de autoestima.

Como se mencionó anteriormente, existen otros factores que están relacionados en gran medida con la aparición de los trastornos alimenticios; es así como los factores psicológicos son considerados junto con los factores biológicos, como los principales determinantes individuales de predisposición a padecer un trastorno de la conducta alimenticia.

Otro factor relacionado con el riesgo de desarrollar un trastorno alimenticio es la edad de inicio del cuadro. La adolescencia es un periodo de la vida íntimamente relacionado con la anorexia y/o la bulimia, ya que los cambios físicos que sufre el adolescente van ligados a los cambios psicológicos y en su

forma de vida, sucediendo en un breve tiempo. Es por eso que debemos entender este periodo de la vida como un proceso de adaptación.

Nos encontramos inmersos en una cultura de la comunicación y del consumo. El consumo justifica el hecho de que diariamente los adolescentes y las personas en general son bombardeados por infinidad de mensajes publicitarios. Se encuentra infinidad de publicidad destinada a crear y mostrar un ideal de belleza que debemos compartir, buscar y alcanzar.

Hemos creado un ambiente social en el que de forma constante se es evaluado por el aspecto físico, los portavoces y creadores de los estereotipos corporales transmiten mensajes de la delgadez como símbolo de belleza y éxito, que de alguna forma invita bajo el falso pretexto de la salud, a encontrar la forma más fácil, sin esfuerzo y barata de obtener delgadez. Este tipo de presión se hace más patente en determinados grupos, sobre todo en mujeres adolescentes y jóvenes.

### **Factores precipitantes.**

Se refiere a aquellas situaciones que de alguna manera pueden desencadenar el desarrollo de algún trastorno alimentario, ya sea a través del medio social en el que se encuentra inmersa por cuestiones individuales o familiares (Toro, 1996).

Hacen referencia a aquellas circunstancias estresantes que provocan el miedo a engordar y como consecuencia el sujeto empieza a realizar una dieta

estricta. Estas circunstancias demandan al adolescente una capacidad de respuesta de la que muchas veces carece, creándose un nivel de tensión, que puede conducir al inicio del trastorno

Toro y Vilardell (1987) Mencionan las siguientes situaciones como factores precipitantes:

- Cambios corporales.
- Vivenciar alguna situación estresante o traumática.
- Presión social respecto a la imagen corporal.
- Acontecimientos como divorcio o muerte de personas cercanas.
- Cambio de escuela.

### **Factores mantenedores.**

Chinchilla (2003) Menciona que estos factores, como su nombre lo indica, contribuyen a mantener un trastorno una vez que se ha presentado, existen una serie de factores que intervienen positivamente manteniéndolo:

- La restricción dietética produce a largo plazo la disminución del ritmo metabólico basal, lo que facilita la probabilidad de ganar peso y ayuda a cronificar el cuadro, ya que la paciente piensa que si comiendo tan poco no adelgaza, qué pasaría si comiera normalmente.

- La propia purga: el conocimiento de que tras el episodio de sobreingesta podrán deshacerse de sus efectos engordantes les proporciona la seguridad de que con ello se evitará engordar lo ingerido tras un atracón.
- Actitudes de familiares y amigos; padres muy preocupados que autorizan muchos comportamientos inadecuados (caprichos alimentarios, discusiones en torno a la comida, culpabilizaciones entre los padres y la atención que les prestan). Los amigos pueden ser reforzadores del adelgazamiento al comentar qué logros están consiguiendo con su régimen.
- La reducción progresiva de las relaciones sociales que facilita pensar solamente en la comida, el peso y la belleza

#### **1.4 CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS, INTELLECTUALES Y PSICOSOCIALES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS.**

Tanto en la anorexia como en la bulimia se presentan una serie de consecuencias biológicas, intelectuales y psicosociales que comúnmente se dan en los adolescentes que se describen a continuación: Crispo, R.& Figueroa (1996) Calvo(2001) y Guelar & Crispo (2001).

##### **CONSECUENCIAS BIOLÓGICAS:**

- Ácido clorhídrico en la boca; este ácido se encuentra en el estómago para ayudar a digerir lo que se ingiere, el vómito constante hace que se

pierda el esmalte dentario, en la cara interna de los dientes, facilitando el aumento en la producción de caries. De igual manera daña las encías, el paladar y la garganta, produciendo inflamación y/o sangrado de los mismos.

- Glándulas salivales; suelen aumentar de tamaño, en especial la parótidas como consecuencia de la acción de vomitar. El resultado es un rostro de aspecto regordete.
- Alteraciones hidroelectrolíticas; Hay reducción de potasio en la sangre, la pérdida del mismo se da a través de los vómitos, porque el jugo gástrico que se vomita es muy rico en potasio, al tomar diuréticos ya que hay exceso de eliminación de líquidos, o bien por combinar ambos métodos.
- El sodio se disminuye y produce la disminución de la presión arterial y mareos. La pérdida del magnesio en la sangre ocasiona debilidad muscular, hormigueos y calambres. La pérdida de agua y electrolitos, genera deshidratación.
- Aparato digestivo; El gran esfuerzo realizado para vomitar puede provocar la ruptura esofágica. El reflujo gastro-esofágico provoca el retorno espontáneo del contenido estomacal a la boca.
- En el estómago se puede dar la gastritis y como consecuencia, en ocasiones pueden producirse vómitos de sangre.

- En el aparato respiratorio se producen cuadros de bronquitis o de neumonías espirativas, especialmente si el vómito se provoca en un estado de alteración de la conciencia.
- Aparato urinario; puede producirse una necrosis renal, con la consecuente pérdida del riñón.
- Aparato genital; Es muy frecuente la aparición de irregularidades menstruales, debido a la mala alimentación. La ausencia de menstruación o amenorrea secundaria.
- Manos; suelen aparecer callosidades y erosiones, o lastimaduras en los nudillos de los dedos, o en el sitio de roce contra los dientes.
- Gasto energético; Se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías.
- La temperatura se encuentra disminuida como resultado de la disminución del gasto energético.
- Aparato cardiovascular; como consecuencia de la disminución del gasto energético, es muy frecuente la disminución de: las pulsaciones cardiacas (bradicardia), la presión arterial (baja presión).
- Aparecen arritmias cardiacas provocadas por el déficit de determinados nutrientes, como calcio, potasio y magnesio.
- Piel; se encuentra seca, áspera y quebradiza, también como consecuencia de los déficit nutricionales, y fría por el efecto de la disminución del gasto energético. También puede hallarse un color

amarillento en las palmas de las manos y las plantas de los pies, se denomina hipercarotinemia.

- El Estrés psicológico permanente que ocasiona el control alimentario riguroso.
- Fertilidad; Disminución en la fertilidad, como consecuencia de una alimentación restrictiva prolongada.
- Sistema óseo; Disminución del calcio en los huesos: generalmente en las caderas y la columna lumbar, con la posibilidad de fracturas espontáneas, esto se llama osteoporosis, porque los huesos se visualizan como agujerados. La osteoporosis es común en las mujeres menopáusicas justamente por la baja producción de estrógenos propia de esa etapa vital y es irreversible. Lo que estamos describiendo significa que una niña de 14 o 15 tendrá un sistema óseo con las características de una mujer de más de 50 años.
- Sangre; se presentan anemias por déficit de hierro, lo cual aumenta la sensación de cansancio y un estado de tipo depresivo por la falta de fuerzas. También es frecuente el aumento de colesterol.

#### CONSECUENCIAS INTELECTUALES:

- Intenso deseo de bajar peso y miedo terrible a volverse obeso. Evitan la comida por un miedo intenso a subir de peso y no poder parar. Se presenta el pensamiento de que tienen una gran facilidad para ganar peso aunque coman muy poco.
- Distorsión de la imagen corporal: sobreestiman su silueta. Distorsionan su cuerpo o partes de éste como las caderas, los muslos, etc.

- No existe conciencia de enfermedad o la niegan, creen que sólo están a dieta y que pueden controlarla.
- Pensamientos obsesivos y repetitivos en torno al peso, la comida y la figura.
- Tendencia al perfeccionismo: aparece la necesidad extrema de controlarlo todo. Se rigen por esquemas de todo o nada.
- Labilidad emocional: cambios frecuentes en el estado de ánimo y también intensas respuestas emocionales, como ansiedad y tristeza.
- Sentimientos de culpa: el sentimiento de culpa puede girar en torno a cualquier tema (comer, estar enfermas, engañar a los padres, etc.), pero es bastante frecuente por haber comido algo indebido o no haber hecho el ejercicio necesario.
- Depresiones profundas como consecuencia del estado de desnutrición.

Presencia de problemas en la escuela; tales como:

- Problemas en el aprendizaje.
- Abandono de amigos y actividades; inmersión inhabitual en una actividad específica, excluyendo otras.
- Preocupación inhabitual por los cambios en la rutina; poca flexibilidad y adaptabilidad.
- Deserción escolar.
- Bajo rendimiento académico.
- El gasto energético; se encuentra disminuido como adaptación a la baja ingesta de calorías.
- Bajo funcionamiento del cuerpo y la mente.
- Dificultad para continuar con el ritmo habitual de las tareas cotidianas.
- Pérdida de motivación ante cosas que en algún momento disfrutaban.
- Conflictos con los compañeros, por baja tolerancia.

- Tendencia al aislamiento.
- Visión pesimista sobre sí mismos.
- Dificultad en la concentración y en la comprensión.

#### A NIVEL CONDUCTUAL:

- Restricción voluntaria de la dieta, bien eliminando alimentos de alto contenido calórico, realizando ayunos o comiendo cantidades inferiores de alimentos que los demás.
- Incremento del gasto calórico: hiperactividad física.
- Rituales en torno a la comida y el peso: cortar la comida en trocitos muy pequeños, comer de pie, contar las calorías, emplear mucho tiempo en comer pequeñas cantidades, pesarse compulsivamente, preparar comidas para otros, esconder la comida en cajones o bolsillos.
- Evitar comer en público y todas aquellas reuniones que implican comer.
- Vestirse con ropa muy holgada, ya que piensan que están muy gordas y tienen que ocultar su figura.
- Conductas de evitación social y aislamiento.
- Conductas autolesivas e intentos de suicidio (más comunes en la bulimia).
- Dedicación obsesiva al estudio (sobre todo en la anorexia nerviosa). Suelen ser estudiantes brillantes que sólo se contentan con el sobresaliente.
- Relaciones familiares conflictivas y hostiles. Se irritan con aquellas personas que le dicen que coma más y controlan su alimentación.

#### A NIVEL PERSONAL:

- Ansiedad y nerviosismo.
- Tristeza.

- Aislamiento social e introversión.
- Decaimiento.
- Irritabilidad
- Negativismo.
- Cambios rápidos de carácter y humor
- Comportamientos autodestructivos
- Estrés
- Privación del sueño.
- Dificultad en el estado de alerta.
- Ideas recurrentes de autoagresión.
- Intentos de suicidio.
- Intolerancia a: los ruidos, las voces de determinadas personas, la luz, la oscuridad, los lugares con gente, etc.

Todas estas consecuencias se deben a los diferentes factores que inciden en el desarrollo de la anorexia y de la bulimia, cabe mencionar que no hay algún evento o factor único suficiente que precipite el desarrollo de dichos trastornos ya que existen elementos biológicos, psicológicos y sociales que predisponen a padecerla o la desencadenan directamente.

Por todo esto, la anorexia y la bulimia son dos de los trastornos alimenticios que en la sociedad actual se han incrementado, convirtiéndose en un problema grave para la salud. El ideal de belleza ha sido cambiado según las épocas y es diferente en las distintas sociedades. En México ha sido adoptada la idea de que la delgadez es sinónimo de belleza, elegancia, prestigio, aceptación social y éxito.

En el siguiente capítulo, se retomarán los trastornos alimenticios y el impacto que tiene en las jóvenes adolescentes. Se sabe que el ser humano a lo largo de su vida experimenta transformaciones que dan lugar a diferentes etapas del desarrollo, las cuales no permanecen estáticas y presentan

características particulares que permiten distinguir unas de otras. Desafortunadamente la anorexia y la bulimia aparecen en una edad en la que la personalidad social está desarrollándose, en plena adolescencia, una etapa de cambios físicos, cognitivos y psicosociales, en la que se le da demasiada importancia a la distorsión de la imagen corporal y al deseo de adelgazar para destacar y ser valorada de modo particular.

## CAPITULO 2.

### ASPECTOS FISICOS, INTELECTUALES Y AFECTIVOS DE LOS ADOLESCENTES ENTRE 14 Y 16 AÑOS.

#### 2.1 Desarrollo biológico.

El presente capítulo, explica el periodo de la adolescencia media desde tres contextos inseparables: biológico, psicológico y social con la finalidad de conocer la importancia del desarrollo evolutivo en la adolescencia, debido a que juega un papel fundamental en la formación de la personalidad y la conducta de las jóvenes, de esta manera constituyen la base en la cual se funda la madurez para la edad adulta; el aumento en la medida y la maduración de las estructuras físicas y el signo más visible de que se ha llegado a la madurez física ya que intervienen en la determinación del carácter, el pensamiento y el desarrollo del autoconcepto.

En el ser humano la maduración física y anatómica requiere de un periodo de varios años, principiando con la pubertad, la cual marca el inicio de la adolescencia que es una etapa de la vida en la que se dan cambios fundamentales en el físico y en la fisiología del individuo.

Resulta difícil establecer con claridad cuando comienza y cuando termina esta etapa por lo que quizá sea más exacto decir que la adolescencia es un tiempo de transición. Dicha definición está incluso en la etimología misma de la palabra *adolescente* que aunque comunmente se dice que proviene de *adolescere*, de falta, en verdad viene del latín, *ad:hacia* y *olescere:forma de oler, crecer*, lo que significa transición o proceso de crecimiento. Guelar & Crispo (2001). Sin embargo, existen diferencias en la edad en que las

adolescentes inician y terminan esta etapa; partiendo de la revisión de diferentes autores se encontró que las niñas comienzan la pubertad antes que los niños y el rango de inicio es de 9 y 11 años y terminan entre 14 y 19 años. (Pérez, 1986).

Los cambios psicológicos que se producen en la adolescencia están íntimamente ligados con los procesos biológicos que a continuación se describirán ya que su conocimiento es esencial para la comprensión de la conducta del adolescente:

En un lapso relativamente breve el cuerpo infantil se transforma en adulto, los cambios exteriores son a menudo tan pronunciados que a primera vista el adolescente puede parecer un desconocido para quienes no lo han visto en dos o tres años. Los cambios que se producen en el interior del cuerpo, es decir, tamaño, forma y funcionamiento de los diferentes órganos y glándulas, que no se ven a simple vista, pero son tan importantes como los exteriores.

La creciente producción de hormonas ocasiona una amplia variedad de cambios fisiológico los cuales son la aparición de las características sexuales secundarias, tales como: cambios en el tamaño, el peso, las proporciones corporales y el desarrollo muscular; cambios relacionados con la fuerza, la coordinación y las habilidades.

El primer cambio importante para Hurlock (1980), es el aumento de tamaño corporal, en cuyo transcurso el cuerpo alcanza proporciones adultas, etapa a la cual se conoce como aceleración del crecimiento. Esta se inicia uno o dos años antes de que los órganos sexuales lleguen a la madurez funcional y persiste de seis meses a un año después de ella.

El tamaño corporal se mide en función de la estatura y del peso, la estatura está regulada por la hormona del crecimiento llamada somatotropina, en cantidad suficiente permite que las jovencitas sanas y bien nutridas alcancen su máximo tamaño normal. La estatura depende de factores hereditarios ya que los niños tienden a alcanzar una estatura semejante a la de los padres y de factores ambientales, principalmente la nutrición.

Por otro lado, el aumento del peso durante la adolescencia se debe en parte al crecimiento de huesos y músculos, ya que se hacen más grandes y pesados, llegando a aumentar a un peso aproximado de 15 kgs. En algunos casos las adolescentes pasan por una etapa de obesidad al comienzo de la pubertad, durando aproximadamente dos años, debido en parte, a la dislocación hormonal y al aumento del apetito que acompaña el rápido crecimiento físico. Esto puede llegar a ser un problema puesto que en esta etapa la apariencia física es de gran importancia (Hurlock, 1980). Es así como entonces, la adolescente con exceso de peso está sujeto a burlas y a sobrenombres desagradables: los efectos emocionales, por lo general, son negativos y su influencia puede prolongarse hasta la edad adulta.

Otra transformación fisiológica importante durante la pubertad es el desarrollo de las características sexuales primarias, que comprenden los órganos sexuales cuya función es la reproducción. En las adolescentes mujeres, los órganos sexuales comprenden los genitales externos e internos, los primeros se refieren a la vulva conformada por: labios mayores y menores, el orificio uretral, vagina y clítoris. Los genitales internos están constituidos por los ovarios, las trompas de Fálpio, el útero y el conducto vaginal, los cuales crecen de forma acelerada alcanzando su tamaño definitivo, a excepción de los ovarios que maduran hasta los 20 o 21 años. (Pérez, 1986).

Un cambio importante dentro de este periodo es la aparición de la menarca, que es comienzo de una serie de descargas periódicas que suceden

con cierta regularidad, generalmente cada 28 días hasta que la mujer llega a la menopausia en su cuarta o quinta década de vida. (Conger, 1984)

Para las jóvenes adolescentes la menstruación significa mucho más que un simple cambio fisiológico, es un signo de madurez sexual y para muchas de ellas, el comienzo de este suceso les genera orgullo, pues lo interpretan como señal de mayor status entre sus compañeras de la misma edad; sin embargo, hay otras que presentan miedo y la odian debido a que generalmente son jóvenes que están más propicias a quedarse estancadas en la niñez por temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica. Ese cuerpo que inevitablemente transmite que ya se ha dejado la infancia, representa para muchas de esas jóvenes una realidad intolerable. (Guelar & Crispo, 2001)

Se dan entonces frecuentemente casos de chicas que por un lado quieren ser mujeres y por otro permanecer niñas cuidadas, protegidas y dependientes. Ese miedo a crecer algunas veces se manifiesta mediante síntomas orgánicos, justamente los que están más ligados con ser mujer como el retraso en la aparición de la primera menstruación, con anorexia y/o bulimia.

Con base en Papalia (1996) la última transformación física que ocurre durante la pubertad es el desarrollo de las características sexuales secundarias que ocurren en forma paralela al desarrollo de las características sexuales primarias y se refieren al aspecto físico que da la apariencia femenina en las adolescentes:

- Ensanchamiento de los hombros e incremento en la amplitud y redondez de la cadera, limitación de la cintura.

- Conformación definida de brazos y piernas, debido principalmente a tejido adiposo.
- Desarrollo del busto.
- Vello púbico.
- Vello axilar.
- Vello facial sobre el labio superior, en la parte inferior de las mejillas y al borde del mentón.
- Pilosidad en los miembros.
- Cambio de voz.
- Cambio de color y textura de la piel.

Así pues, los cambios rápidos y súbitos a nivel físico que experimentan los adolescentes le agregan a este período del desarrollo las características de timidez, sensibilidad y preocupación sobre los propios cambios corporales; a la vez que se presentan comparaciones angustiosas entre sí mismo y los compañeros.

Para Conger (1984) el crecimiento que sufre el adolescente lo hace sentir como un extraño en su propio sí mismo con el cual ha estado familiarizado desde la niñez. El proceso de integrar exitosamente tales cambios físicos dramáticos, en el nuevo sentido de una identidad personal estable y confiada de sí misma, puede ser prolongado y difícil.

De esta manera, los cambios del cuerpo tienen repercusiones psicológicas que provienen principalmente de las expectativas sociales acerca de las actitudes y la conducta propias de la madurez. (Pérez, 1986).

## **2.2 Desarrollo intelectual.**

El desarrollo intelectual del adolescente también se refleja en sus actitudes personales hacia sí mismo, así como las características de su personalidad que pueden destacar durante este periodo.

De acuerdo con López, Fuentes & Ortiz, (1999) en esta etapa se pueden percatar de que otras personas son capaces de desarrollar procesos de pensamiento semejantes a los suyos, pero al principio no diferencian con claridad entre el contenido de sus propios compañeros, están igualmente obsesionadas por su comportamiento y su apariencia. Esta creencia de que los demás se preocupan por su apariencia y su comportamiento es lo que constituye el egocentrismo del adolescente.

El uso frecuente de la ironía, los juegos de palabras, las palabras de doble sentido se pueden entender como un ejercicio de su recién descubierta habilidad para pensar a un nivel simbólico. (Gesell, 1987)

El desarrollo emocional en la etapa adolescente revela gran interés por la aparente contradicción que se observa entre grandes competencias emocionales y una marcada vulnerabilidad emocional. Los adolescentes tienen mayor conciencia de sus estados afectivos, lo que generan estrés, donde la preocupación de la imagen corporal y el desarrollo de la identidad pueden desbordar su capacidad de afrontamiento. (López, Fuentes & Ortiz, 1999)

En la adolescencia, el clima emocional sufre diversos cambios evolutivos, suelen existir cambio en los estímulos que provocan emociones, así como también hay modificaciones en la forma de la respuesta emocional. Sin embargo, hay una similitud entre las emociones de la infancia y la

adolescencia; tanto en uno como en otro periodo las emociones dominantes tienden a ser desagradables, principalmente el temor y la ira en sus diversas formas, el pensar, los celos y la envidia. Las emociones placenteras (alegría, afecto, felicidad o curiosidad) son menos frecuentes y menos intensas, en particular en los primeros años de la adolescencia.(Arriola, 1991).

Por esto, Guelar & Crispo (2001) sostienen que las inseguridades, la inestabilidad, los malestares, las incertidumbres son propios de este tiempo, así como el entusiasmo, la fuerza para vencer desafíos y aventuras en caminos nuevos, el idealismo para forjar proyectos y esa energía que a veces cuesta tanto regular. La transición incluye el cuestionamiento radical de las ideas, los valores, las reglas y cualquier definición existencial que hasta ese momento haya guiado su vida.

La revolución emocional que se produce en esta etapa está íntimamente ligada al desarrollo del trastorno del comer, ya que el dominio del cuerpo es el lugar en donde pueden sentirse “en control” de la situación y se comienza entonces a manipular con el “como” si eso generara tranquilidad y representara estar más en control de las cosas.

Es difícil lidiar con la confusión, la tristeza, el dolor, la desilusión, el miedo a no ser aceptado o el rechazo mismo. Es difícil tolerar la intensidad de todas las emociones. Y en ocasiones el obsesionarse con bajar de peso es una forma de desplazar el foco de atención a un lugar donde las cosas aparecen como manejables.

En esta etapa, las facultades primarias de la mente maduran en diferentes niveles cronológicos, así como también dos de los componentes verbales de la inteligencia humana; la comprensión y la fluidez verbal. Les gusta razonar. Son capaces de pensar con independencia y de experimentar un placer intelectual

en la discusión de un asunto. Su utilización del lenguaje y las inflexiones que efectúan al hablar revelan modos de pensar más maduros (Gesell, 1987)

De acuerdo a Erickson (1972) hay una necesidad de intelectualizar y fantasear, debido a que el adolescente en estos momentos comienza a hacer uso del pensamiento abstracto, entonces tiende a los juegos mentales, el afán de conocer su nueva habilidad, teniendo como finalidad satisfacer lo que en realidad no puede lograr, es decir, sueña con objetos que le quedan distantes en términos reales.

De igual forma, encontramos que el adolescente se enfrenta a una serie de duelos tales como: perder el cuerpo infantil, enfrentarse y aceptar cambios que ocurren en su organismo, la renuncia a la dependencia infantil, aceptar responsabilidades que muchas veces desconoce, la aparición de crisis religiosas y los intentos de pensamientos filosóficos que son dirigidos a criticar el mundo presente y a fantasear como quisieran que fuera.(Monrroy, 1995).

Como se puede ver, los cambios físicos, cognitivos y psicosociales generan que la imagen corporal adquiera una importancia mas critica, la sociedad da más relevancia a la forma femenina que a la masculina, espera que la mujer haga resaltar el atractivo de su cuerpo, por lo que genera mucha preocupación por coincidir con el estereotipo culturalmente establecido.

### **2.3 Desarrollo Psicosocial.**

Es importante tomar en cuenta como la adolescente surge a la vida en sociedad, las adaptaciones y conflictos a los cuales se enfrenta para convertirse en una joven adulta.

Para la adolescente, el grupo de compañeros es su principal fuente de seguridad y de prestigio social, la adaptación a los patrones del grupo adquiere más importancia, no sólo en lo referente al comportamiento social, sino también a la apariencia y las aptitudes físicas.(Pérez, 1986). Mientras que una fuente de mucha intranquilidad es la desviación de las normas idealizadas de su grupo de compañeros en lo referente a la complexión, las características faciales, la capacidad física; preocupaciones que podrían parecer incluso tontas, pero que para la adolescente pueden ser muy importantes.

La relación con compañeros y amigos contribuyen a que la adolescente afronte en compañía las tareas evolutivas propias de esta etapa: acepte los cambios físicos de la pubertad, construya su propia identidad, se adapte a los nuevos contextos, profundice sus relaciones amistosas y establezca relaciones amorosas con el otro sexo. (López, Fuentes & Ortiz , 1999)

Las adolescentes pueden molestarse un poco por el hecho de no coincidir con la imagen estereotipada de la belleza femenina contemporánea. De hecho, sabemos que actualmente las jóvenes han endiosado a las modelos que supuestamente tienen el “cuerpo que hay que tener”. El grave problema es que este cuerpo que se impone a través de publicidad y los medios, es extremadamente delgado, y que muy pocas mujeres pueden alcanzarlo una vez que han superado la pubertad. Aun así la oferta es tan insistente y tiene tanta fuerza que se ha impuesto a nivel sociocultural, generando desesperación en las adolescentes por no poder ajustarse a ese arquetipo. Esta presión del medio, es lo que puede determinar que una chica se vuelva vulnerable a caer en los trastornos alimenticios. Guelar & Cripso (2001)

Para Erikson (1972) la adolescencia es un periodo de crisis de identidad, ya que la percepción de la identidad es más fuerte y clara a medida que pasa esta etapa, cuando el individuo se puede llamar así mismo "Yo". Sin embargo, la identidad no es un todo construido, sino que es un proceso de reformulaciones e integración de todas las identificaciones anteriores y además es cualitativamente diferente a la suma de ellas ya que el individuo aparece libre de aprensiones y prejuicios y a la vez parece estar preocupado por su acelerado crecimiento con el que trata de superar la inferioridad individual.

Por tanto, el riesgo de la adolescencia, sería la difusión de la identidad, manifestada como la huida al mundo en el momento presente a causa de la incompreensión del propio ser y qué hacer. El individuo siente inestabilidad para lograr una identidad de sí mismo, de su ocupación, tiene un sentimiento de soledad, por la cual, para estar unido, se integra a un grupo y los miembros del grupo como tales, se sobre- identifican con el grupo hasta el punto en que parece que han perdido completamente su identidad individual y adoptando una grupal. (Erikson, 1972).

Es decir, en la adolescencia hay una tendencia a formar grupos, debido a que el adolescente ensaya diversos roles, desarrolla habilidades, comparte ideas, intereses, se siente acompañado, etc. Siendo un intento para lograr la unidad en si mismo. El grupo de iguales adquiere gran importancia, ya que le sirve como refugio y apoyo ante la conquista de la autonomía ante las relaciones familiares.

Los miembros del grupo de iguales comparten creencias, actitudes, conductas e ideas sobre la vida y la sociedad. Por tanto unos grupos se diferencian de otros en las ideologías, las creencias, las actividades que se realizan, los gustos sobre la música, los convencionalismos sobre la apariencia

física, la forma de vestir, de peinarse, etc. (Arriola, 1991) Y actualmente constituyen una cultura joven que posee su propio idioma, costumbres, modas y métodos de resolver problemas.

Hurlock (1980) comenta al respecto como los grupos infantiles se dispersan y los preadolescentes pasan una época en la que buscan el aislamiento posiblemente a consecuencia de los cambios fisiológicos que están sufriendo pero al adaptarse a ellos, inician su vida social con el objeto primordial de formar una sociedad para sí mismos que satisfaga sus necesidades e inquietudes. La mayoría de los adolescentes dividen sus amistades en:

- Amigos íntimos, los cuales son compañeros inseparables y confidentes, los mejores amigos. Las jóvenes demuestran una mayor necesidad de este tipo de relaciones, siendo más duraderas que todas las demás amistades, generalmente se dan entre el mismo sexo.

- La camarilla, es un grupo social pequeño, exclusivo, informal, sin parientes, sin reglas de organización, pero existe un conjunto de valores, preferencias y aversiones compartidas. Al inicio está formado por miembros del mismo sexo, a medida que se desarrollan inquietudes heterosexuales se van conformando de la misma forma. Generalmente se ve integrado por tres o cuatro individuos siendo su duración variable.

Este tipo de grupos sociales de los adolescentes pueden aportar aspectos positivos o negativos en la formación de los mismos, por ejemplo:

- Brindan oportunidad de tener compañerismo sincero y amistoso, dando un sentimiento de seguridad y aceptación.

- Proporcionan momentos para liberar tensiones emocionales, intercambiar puntos de vista sobre sus temores, angustias, enojos, logrando nuevas perspectivas de sus problemas.
- Ofrecen apoyo para desarrollar habilidades que les ayudarán a una buena adaptación social. Aclaran su papel sexual actuando y provocando reacciones, aprenden competencia, la cooperación, habilidades sociales, valores y propósitos de una vida comunitaria.

Por otro lado, Mussen (1979) afirma que las expectativas sociales influyen psicológicamente en el adolescente, puesto que tienen que adaptarse a los cambios que acompañan a la pubertad, aceptar su nuevo tamaño y conformación como la figura que tendrá por el resto de su vida. Todos los adolescentes se interesan por sus cuerpos en desarrollo, constantemente se comparan con otras personas, entre ellos sus amigos, preocupándose cuando notan un estancamiento en su crecimiento que puede dar lugar al rechazo social y a sentimientos de insuficiencia para establecer relaciones heterosexuales al no poseer las características corporales del estereotipo culturalmente establecido.

Powell (1975), plantea que todos los seres humanos tienen una imagen de su físico que se modifica paulatinamente, sin embargo, durante la adolescencia tiene lugar un cambio rápido debido a los cambios en las proporciones del cuerpo que provocan una preocupación por llegar al ideal culturalmente determinado. La imagen del físico se basa en normas culturales y particularmente en la interpretación de esas normas aceptadas por el grupo de compañeros de su edad; las niñas, frecuentemente, tienen una imagen de feminidad culturalmente aceptada, que está representada generalmente por alguna persona famosa.

Como ya habíamos mencionado, en las adolescentes hay problemas emocionales por el exceso de grasa, pues la norma cultural exige esbeltez en las mujeres, quien es obesa, generalmente se retira de las situaciones sociales para no ser el blanco de las posibles burlas.

Sin embargo en nuestro país, hay algunos lugares en donde se considera que estar un poco gorditos es signo de salud y bienestar, además es importante mencionar que ser aceptado también depende de la moda, por ejemplo, en años anteriores la mujer gruesa era mejor vista que la delgada y a partir de algunos años hasta la fecha, los cánones de la estética establecen a la mujer delgada como de mejor físico.

Por lo tanto la adolescencia es un periodo importante de la vida humana, ya que se le considera un puente entre la niñez y la adultez caracterizado por cambios físicos, psicológicos y sociales que influyen en el adolescente y en su vida futura. El adolescente deja su niñez y tiene que afrontar una serie de demandas: sexualmente, se espera que inicie relaciones heterosexuales, profesionalmente, que elija una carrera, reflexionando sobre sus propias actitudes, gustos y propósitos para el porvenir, familiarmente, que se comporte con madurez, demostrando independencia, valor para afrontar diferentes situaciones y social e ideológicamente, que acepte poner en duda las certidumbres establecidas por los padres, maestros, y por adultos y así conseguir el status de persona responsable.

Durante la adolescencia se producen cambios físicos, cognitivos y sociales, que pueden deteriorar los pensamientos y sentimientos que las adolescentes hacen de si mismas. Indudablemente todo esto influye en aspectos importantes, entre ellos el proceso educativo de las jóvenes. Donde la instrucción, guía y orientación es de peculiar importancia en esta etapa, ya que la adolescente se muestra ansiosa por adquirir nuevos conocimientos

sobre su propio desarrollo, revelándose en extremo sensible a cualquier sugerencia que arroje luz sobre sus rasgos individuales.

Así mismo, a partir de la adolescencia, la amistad se concibe como un vínculo afectivo estable que mantiene su continuidad en el tiempo a pesar de la distancia y que se caracteriza por la lealtad, confianza e intimidad entre los amigos, la mutua comprensión y descubrimiento de la personalidad del otro, las conductas psicosociales y el deseo de compartir intereses y proyectos. (Arriola, 1991). La dependencia afectiva con los amigos puede llevarles a hacer caso de comentarios e influir en sus decisiones con respecto a su aspecto personal.

Es de suma importancia tomar en cuenta el punto de vista sociocultural que sostienen Guelar & Crispo (2001) acerca de los trastornos alimenticios y su desarrollo por lo general en este periodo de la adolescencia. Para las mujeres, la situación personal de inestabilidad y cambio se ve agravada por estar inmersas en una sociedad que comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente. Los medios perpetúan y refuerzan el hecho de que ser atractivas casi únicamente es a través de la imagen corporal. Si a esto le agregamos que el modelo de mujer que se propone es el de una adolescente apenas púber, cuyas formas están muy poco pronunciadas, podemos entender la perturbación que puede sufrir una chica que está en un momento en que justamente un aumento del peso corporal es lo natural para que su cuerpo adquiriera finalmente forma de mujer. Cuando los cambios corporales no son aceptados, o no se tolera estar en un tiempo de transición con la inestabilidad propia del proceso adolescente, la persona se vuelve muy vulnerable a desarrollar un trastorno alimenticio.

En resumen, en este capítulo se abordó el tema de la adolescencia como un tiempo de intensas transformaciones, que llevará al adolescente a reafirmar

sus valores, a elegir su forma de tomar su identidad, objetivo fundamental de este momento vital. Pero la realidad es que los trastornos alimenticios tienen un gran impacto en las adolescentes. Durante la adolescencia la personalidad, los aspectos físicos, cognitivos y psicosociales están en pleno desarrollo, por lo que la falta de un desarrollo óptimo tiene múltiples causas, tal como la interrupción del proceso normal de maduración en la adolescencia, los problemas orgánicos producidos por la desnutrición, que llegan a afectar las funciones físicas e intelectuales de la persona. En el siguiente capítulo se hará mayor énfasis en las acciones de prevención que pueden llevarse a cabo en las Instituciones educativas a efecto de evitar el aumento de los índices de estos trastornos.



## CAPITULO 3

### PREVENCION

#### 3.1 Tipos de prevención.

La palabra prevención es la disposición que se toma para evitar algún peligro o bien, preparar con anticipación la intervención en determinada situación. Este capítulo, tiene como propósito el identificar los diferentes tipos de prevención con las que se pueden bajar las incidencias de los trastornos alimenticios en las adolescentes, tal como es el caso de la anorexia y la bulimia, que se ha hecho presente cada vez más en un buen número de la población femenina, Dan cuenta de ello Crispo, R., & Figueroa, (1996) con las estadísticas siguientes: Un 10% de las mujeres desarrollan en forma transitoria o permanente anorexia y/o bulimia. El 5% de la población femenina padece de bulimia nerviosa mientras que el 2% de las estudiantes, anorexia nerviosa. La incidencia por muerte en la anorexia nerviosa ha crecido del 5% al 7% en los últimos 10 años. Por esto mismo, la mayoría de los tratamientos requieren de una intervención, pero al hablar de prevención estamos hablando de tomar una acción anticipatoria.

Así pues, otro propósito del presente capítulo es el de mostrar la importancia de fomentar la prevención a nivel social, con el fin de bajar la proporción de ocurrencia de nuevos casos de anorexia y bulimia dentro de la población estudiantil, contra actuando las circunstancias dañinas antes de que se tenga el trastorno.

Caplan (1964) distinguió dentro del campo teórico-práctico de la ciencia de la prevención, la terminología de prevención primaria, secundaria y terciaria. Esta división ha sido y todavía es algo asumido por muchos profesionales en la prevención en salud pública.

Hoy por hoy, el propósito de la prevención primaria es el de reducir o eliminar los factores que incrementan la probabilidad de que se produzca un trastorno, al tiempo que aumentan las “capacidades” personales y el apoyo del entorno, lo que a su vez disminuye las posibilidades de que ocurra dicho trastorno (Albee y Gullotta, 1986).

### **3.1.1 Prevención primaria**

La prevención primaria comprende aquellas estrategias que se utilizan antes de que el trastorno aparezca. Su objetivo es reducir la incidencia de los problemas en la población “normal”. Se considera que ésta es la forma de prevención por excelencia. De aquí que la prevención primaria se conciba la mayoría de las veces extendida a toda la población más que a los individuos. Para Bower (1969), la prevención primaria consiste en cualquier intervención social o psicológica que promueva el funcionamiento emocional o reduzca la incidencia de la mala adaptación emocional en la población en general.

La prevención primaria abarca aquellas actuaciones dirigidas a reducir la incidencia de una determinada patología. Su objetivo es intervenir en poblaciones asintomáticas, independientemente de que se hallen en situación de riesgo o no. La prevención primaria es, estrictamente hablando, la única y verdadera estrategia preventiva.(Albee & Gulota, 1986).

Dentro de ella, dependiendo del objetivo de la intervención y de la población a la cual van dirigidas las actuaciones se podría distinguir entre:

a. Prevención primaria proactiva (universal) centrada en el sujeto. Abarcaría aquellas intervenciones preventivas orientadas a que los individuos no lleguen a padecer los efectos negativos derivados de la exposición a factores de riesgo. Por definición, este tipo de prevención se realiza sobre los individuos antes de que manifiesten la patología que se pretende evitar y sin que estos presenten características específicas que los hagan especialmente vulnerables a padecerla.

b. Prevención primaria proactiva (universal) centrada en el contexto. Presenta como objetivo la acción preventiva sobre diversos aspectos del ambiente o contexto sociomaterial en el cual viven y trabajan los sujetos. Con este tipo de intervención se pretende evitar la exposición de los individuos a los factores de riesgo ambientales relacionados con una problemática determinada.

El objetivo es reducir al mínimo los riesgos. Se busca fomentar las condiciones que puedan redundar en la mejora de la calidad de vida de los habitantes.

c. Prevención primaria reactiva (selectiva) centrada en el sujeto. Su objetivo es intervenir sobre individuos que presentan alto riesgo de llegar a padecer una patología concreta. Es por ello por lo que también se habla de prevención selectiva para los sujetos en cuestión. El objetivo de estas intervenciones es anticiparse a la aparición de los problemas para que, si llegan a producirse, los individuos estén preparados. Lo que se pretende es construir individuos competentes para afrontar situaciones de riesgo que puedan presentarse.

En estos casos se trata de intervenir específicamente sobre aquel grupo de personas que presentan un mayor riesgo de llegar a manifestar el problema en el futuro, aunque la intervención se lleva a cabo antes de que en los sujetos aparezca ningún indicio del mismo. Es por ello que este tipo de intervenciones deben ser conceptuadas dentro de la prevención primaria. Los individuos, pese a su situación de riesgo, todavía no presentan ningún síntoma del problema.

d. Prevención primaria reactiva (selectiva) centrada en el contexto. Agruparía aquellas estrategias de intervención preventiva que se llevan a cabo no sobre individuos, sino sobre los sistemas o contextos sociomateriales en los cuales se encuentran viviendo y trabajando. Es decir, en vez de intervenir específicamente sobre ciertos individuos, lo que se hace es actuar de una forma selectiva sobre las variables ambientales que se relacionan con un incremento del riesgo.

Es por esto que el psicólogo como orientador educativo, debe implicarse en la asistencia de distintas maneras de los trastornos alimenticios, como la anorexia y la bulimia, posibilitando su función como formadores, coordinadores y profesionales que apoyen el asesoramiento y orientación en las jóvenes.

Desde una perspectiva de prevención primaria, es posible que solicite a los profesionales de la salud información y formación sobre los trastornos del comportamiento alimenticio en clases, programas deportivos y otras actividades extracurriculares.

Mediante su colaboración en intervenciones tempranas, pueden introducir en poblaciones determinadas en discusiones informadas y sensibles

en cuanto a sus luchas y experiencias personales. Así mismo, teniendo en cuenta los síntomas de los trastornos, puede detectar, diagnosticar y contribuir al tratamiento de los jóvenes con distintos grados de trastornos del comportamiento alimentario. De esta forma, debe mostrar sensibilidad y averiguar cómo experimentan las adolescentes las preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal. (Toro, 2001).

A continuación se mencionan algunos puntos importantes con los cuales el orientador educativo puede iniciar el proceso de prevención primaria de los trastornos alimenticios con adolescentes:

- Guiar el desarrollo de intereses y habilidades tendientes al éxito sin basarse en su imagen corporal.
- Enseñar alimentación saludable y hábitos de ejercicio, enfatizando los efectos negativos de las dietas y proporcionar información comprensible sobre alimentación saludable y ejercicio físico, efectos de las restricciones y dietas crónicas, y peligros físicos y psicológicos de las pérdidas drásticas de peso.
- Enseñar asertividad ante bromas sobre su peso o las presiones para ponerse a dieta.
- Informar sobre los distintos aspectos del desarrollo, para aliviar ansiedades sobre la pubertad y enfatizando que la ganancia de peso es normal y necesaria en el desarrollo.
- Talleres de autoestima y autoaceptación.

- Talleres de asertividad. Relajación para regular emociones.
- Educar sobre conductas inadecuadas para afrontar las emociones.
- Entrenar en habilidades de manejo del tiempo, para resistir presiones académicas.
- Seleccionar a la población de mayor riesgo. Debido a que son importantes los déficits de autoestima, los problemas de autocontrol y la regulación emocional.
- Las estrategias preventivas deben atender a la alimentación, la autorregulación y las relaciones con los iguales.
- Cuestionar y discutir los valores personales, con ejercicios que faciliten una autovaloración diferente al éxito académico o profesional.
- Las imágenes de mujeres en medios de comunicación pueden usarse como punto de partida para discutir el papel femenino. Se pueden usar ejercicios, fotos, dibujos o simular pasarelas, para mejorar la imagen corporal.
- Discusión y confrontación con habilidades de resolución de problemas para conseguir soluciones constructivas frente a las dificultades de relación entre padres e hijos.

- Facilitar el conocimiento de su propia realidad biológica y psíquica, sus capacidades y sus limitaciones, infundiéndoles [seguridad](#) en sus propios valores de forma que puedan sentirse a gusto consigo mismos y se acepten como realmente son. Pero para ello, el orientador debe primero aceptarse a sí mismo y dar el ejemplo.
- Se debe hacer lo posible por detectar las épocas de [crisis](#) en sus vidas (situaciones de aislamiento, soledad, estrés escolar o profesional, etc.), en las que frecuentemente se inician estos trastornos, para proporcionarles apoyo y ayuda.

Para poder llevar a cabo la prevención primaria de los trastornos alimenticios (es decir, para impedir su inicio) se deben conocer tanto los factores que contribuyen a su desarrollo como los que podrían evitarlo, así entonces, se podrán modificar los factores perjudiciales. La propuesta de intervención primaria se desarrollará con mayor amplitud en el capítulo 4.

### **3.1.2 Prevención secundaria**

En la prevención secundaria el trastorno ya está presente (o hay algunos síntomas) pero se aborda de inmediato para que las consecuencias no sean mayores.

La prevención secundaria se refiere a la identificación temprana y al tratamiento de los problemas existentes, y se diseña para reducir la intensidad y la duración de los problemas. El foco de la prevención terciaria es

incrementar la probabilidad de que el funcionamiento normal sea restaurado y que la repetición de los problemas se minimice. Por tanto, la prevención primaria se diferencia de los otros dos niveles de prevención, en términos del foco, y es a menudo caracterizada por un cuidado proactivo de la salud mental y física.

Prevención secundaria (indicada). Bajo esta denominación se agruparían aquellas actuaciones dirigidas a reducir la prevalencia de una determinada enfermedad o cualquier problema social. La prevalencia se refiere al número de casos de una enfermedad existentes en un período de tiempo determinado. Se diferencia del concepto de incidencia en que en la prevalencia se tienen en cuenta tanto los nuevos casos diagnosticados durante ese período de tiempo como los que ya existían previamente y se mantienen. (Vandereycken & Noordenbas, 2000)

En la práctica, la prevención secundaria se basa en detectar de forma temprana los primeros síntomas de una determinada patología. El objetivo es ofrecer una respuesta rápida y evitar que ese problema llegue a desarrollarse en toda su intensidad.

El paso siguiente sería establecer intervenciones dirigidas a fomentar el autocontrol y la adquisición de habilidades de resolución de conflictos con respecto a los trastornos alimenticios más adecuadas para evitar que esas conductas violentas vayan a más. Su meta es intervenir sobre individuos que empiezan a manifestar ciertos síntomas, pero que todavía no presentan un problema determinado y evitar con ello que lleguen a desarrollarlo.

Prevención secundaria reactiva centrada en el contexto. En este caso, la meta es intervenir en el contexto donde se desarrollan los individuos, la escuela, el trabajo, la zona en donde viven, los lugares que frecuenta, etc.

Para la prevención secundaria podemos ejemplificar el caso de que el orientador educativo sospeche de que alguna alumna pudiera padecer un trastorno alimenticio, u observe anomalías importantes en su comportamiento, debe ponerlo en conocimiento de la familia con la finalidad de que la persona pronto sea evaluada y atendida por especialistas.

### **3.1.3 Prevención terciaria**

La prevención terciaria se refiere a todas aquellas intervenciones racionales dirigidas a mejorar las capacidades físicas, psicológicas y sociales de las personas que sufren o han sufrido un determinado trastorno para lograr que puedan desarrollar una vida lo más normalizada posible. Se ha propuesto sustituir la denominación de prevención terciaria por otro concepto como el de rehabilitación. Ésta no tiene nada que ver con la prevención. Se trata de otra cosa. Es rehabilitación o recuperación de la enfermedad. Consiste en minimizar los efectos de trastorno ya desarrollado e intentar que desaparezca o evitar su remisión.

En forma de ejemplo; en el caso de la prevención terciaria si hubiera entre la población estudiantil, una alumna con un trastorno alimenticio, como puede ser la anorexia o la bulimia, lo más importante es crear un clima de normalidad y aceptación.” Esto es importante, pues hablamos de que son

adolescentes con baja autoestima, alta inseguridad, insatisfacción, carencia de habilidades sociales”. (Saldaña, 2001) Se ha de presentar, mucha atención a la interacción con sus compañeros dentro y fuera del aula, ya que es tremendamente susceptible a cualquier comentario, tanto negativo, como halagador. Por lo tanto, lo más indicado es conducirse con normalidad, intentando que se sienta a gusto, que no se le presione, dándole confianza para hablar o resolver los problemas de estudio, de exámenes o de interacción con profesores o compañeros.

La prevención primaria tiene carácter proactivo, mientras que la terciaria es sólo reactiva y la secundaria proactiva o reactiva, dirigiéndose respectivamente a la población normal, a esta población en situación de crisis o a sujetos con graves alteraciones.

El cuadro mostrado a continuación presenta los niveles de prevención, así como sus objetivos. Cabe mencionar que se pretende hacer mayor énfasis es el primario, debido a que este trabajo se enfoca en la prevención de la aparición de nuevos casos de trastornos alimenticios. (Cuadro 2).

<b>Nivel de prevención</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Método</b>
Primario	<i>Reducir la incidencia del trastorno; es decir, prevenir la aparición de nuevos casos.</i>	<i>Actuar sobre la vulnerabilidad y los factores de riesgo.</i>
Secundario	Reducir la prevalencia de los trastornos alimenticios	Detección y tratamiento precoz.
Terciario	Reducir las consecuencias del trastorno.	Evitar la aparición y dar tratamiento de las complicaciones.

*Cuadro 2. Niveles de prevención, objetivos y métodos.*

A su vez, el programa preventivo puede estar:

- Centrado en el individuo, en la reestructuración cognitiva para aumentar la habilidad para reducir los niveles leves de cogniciones negativas antes de que adquieran proporciones clínicas.
- Centrado en el ambiente; cuando se intenta promover indirectamente el cambio en los individuos modificando el ambiente

Así pues, la prevención de la anorexia y la bulimia es necesaria y dificultosa por tratarse de adolescentes en los que es fácil crear necesidades e inducir al consumo. Es difícil diferenciar entre información preventiva y propagación de conductas.

Desafortunadamente, las intervenciones preventivas que tienen como base el sistema escolar podrían incrementar los riesgos y producir más daños que beneficios. Por lo que dichas intervenciones deben ser cuidadosamente diseñadas, realizados por profesionales adecuados y coordinados por las instituciones con el fin de unificar criterios.

La prevención de los TCA es necesaria y dificultosa por tratarse de adolescentes en los que es fácil crear necesidades e inducir al consumo. Es difícil diferenciar entre información preventiva y propagación de conductas. Las intervenciones preventivas que tienen como base el sistema escolar podrían incrementar los riesgos y producir más daños que beneficios. Dichas intervenciones deben ser cuidadosamente diseñadas, realizados por profesionales adecuados y coordinados por las instituciones con el fin de unificar criterios.

Como anteriormente se había mencionado, en el capítulo 4 se desarrollará con mayor amplitud el papel del psicólogo como orientador educativo y la manera en que debe implicarse, desde una perspectiva de prevención primaria, en la asistencia de los trastornos alimentarios, de esta manera mediante su colaboración en intervenciones tempranas, los psicólogos pueden servir como formadores, coordinadores y profesionales que apoyen el asesoramiento y orientación en los jóvenes.

## **CAPITULO 4.**

### **EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EDUCATIVO COMO ORIENTADOR Y SU FUNCIÓN PREVENTIVA EN LA ESCUELA.**

#### **4.1 El psicólogo como orientador educativo.**

La inserción del psicólogo en el ámbito educativo es cada vez más frecuente en nuestros días. Existe mayor interés por parte de las autoridades del ramo por solicitar los servicios del psicólogo, para que este contribuya junto con los docentes al logro de un óptimo desarrollo académico y personal de los adolescentes.

Venegas (1980) considera que en los últimos años se ha definido el rol del psicólogo como un agente promotor del cambio.(Venegas, 1988). Mientras que para Rueda, Quiroz & Hernandez (1980), el psicólogo dentro del ámbito educativo, “es un profesionalista adiestrado para el análisis del comportamiento, capacitado con un marco teórico y un conjunto de técnicas para afrontar los problemas conductuales, propios de dicho ambiente. Con estos elementos básicos de su profesión se proyecta al ámbito de los problemas concretos que afronta el hombre en su devenir diario, así el psicólogo incide en el campo educativo y justifica su actuar en el mismo”.

Ahora bien, el psicólogo educativo, según Araujo (1994), es quien evalúa el aprendizaje para determinar el grado en que los alumnos alcanzan los objetivos del programa, estimula el aprendizaje y el desarrollo integral de cada educando, detecta las deficiencias de aprendizaje para corregirlas y adecuarlas a los procedimientos educativos, promueve las actitudes positivas y

de trabajo, replanteándose los objetivos del proceso de enseñanza-aprendizaje y de esta manera responder de la mejor manera a las exigencias del medio.

A continuación se presentan las funciones básicas del psicólogo dentro del ámbito educativo según Rueda, Quiroz & Hernández, (1980):

- Detectar problemas, con base en la observación y medición de las carencias o excesos de un repertorio conductual.
- La realización y el desarrollo de programas preventivos, de instrucción o de modificación, destinados a producir los cambios conductuales necesarios.
- La rehabilitación, que se refiere a la superación de las deficiencias en repertorios conductuales.
- La investigación que está encaminada a evaluar los factores que determinan algún comportamiento.
- La investigación de los diferentes instrumentos de medición.
- La investigación de las aportaciones por parte de otras disciplinas al campo de la psicología.
- La planeación y prevención relacionados con el diseño de ambientes y con difusión de la tecnología entrenando ayudantes y profesionales.

De igual manera, mencionan las actividades específicas que el psicólogo desarrolla dentro del ámbito escolar:

- La detección de problemas a través de la observación, de registros específicos, entrevistas dirigidas y no dirigidas, encuestas y círculos de discusión.

- La elaboración de diseños curriculares a través de procedimientos como la especificación de objetos, la identificación de repertorios recurrentes, la formación de sistemas de evaluación y el diseño de situaciones correctivas.
- El diseño de programas de contenidos académicos en los cuales puede trabajar conjuntamente con los especialistas en la materia.

Así pues, también es importante conocer el papel que tiene el psicólogo como orientador educativo. El orientador educativo se ha convertido en una figura indispensable para el impulso del aprovechamiento escolar, la atención psicológica y social, así como la orientación vocacional.

Los primeros orientadores de escuela secundaria eran profesores de primaria habilitados. Actualmente el personal que funge como orientador está formado académicamente para ello, su contratación obedece a fines inespecíficos. Se encuentran realizando funciones de orientadores una gran cantidad de profesores normalistas, médicos, economistas, odontólogos, sociólogos, abogados, biólogos, entre otros.

Ser orientador significa favorecer las relaciones éticas que lleven al sujeto a tomar decisiones en torno a su vida escolar, personal, profesional y laboral y el psicólogo tiene las habilidades para realizarlo a partir de diversas actividades, las cuales están encaminadas a contribuir a la mejor adaptación de los adolescentes a su medio, asistiéndole a lo largo de su proceso educativo.(Bonifacio, 1994) .

Es en el ámbito escolar, en donde se le ha asignado al psicólogo como orientador el trabajar junto con el alumno, los aspectos emocionales y éticos para la conformación de la personalidad del adolescente.

Hay que destacar, que el objetivo fundamental del psicólogo en el campo educativo es detectar en las diferentes áreas de atención (área escolar, social, vocacional y de la educación para la salud) las características personales del adolescente en cuanto a sus intereses, necesidades, potencialidades, inquietudes y experiencias en su proceso educativo, para encausar adecuadamente al adolescente y conducirlo al bienestar en su ambiente de aprendizaje. (Araujo, 1994).

A continuación se presentan los objetivos, según Flores & García (1995), en los cuales se basa el psicólogo para llevar a cabo su función de orientador:

- Propiciar una mayor comunicación entre los adolescentes, docentes, y padres de familia, para una vinculación más comprometida, logrando así la superación personal y educativa.
- De igual manera, la comunicación con los adolescentes debe contener todos aquellos elementos que propicien el entendimiento de éstos con su familia y escuela.
- El psicólogo como orientador educativo debe estar abierto al cambio, para progresar en su contenido teórico-cultural y así trascender en su práctica.
- El psicólogo, como parte fundamental de la educación, también debe participar en la implantación de nuevas propuestas para la mejora del sistema educativo y de la calidad de vida de las adolescentes.
- La prevención, evaluación psicopedagógica y orientación del alumnado.

- Colaborar en la prevención y en la pronta detección de problemas que puedan presentar las adolescentes.
- Las funciones estarán determinadas por los siguientes aspectos: evaluación, planificación, intervención para modificar un problema, investigación y prevención.
- Debe contar con tiempo para la interacción con los alumnos en las horas de clase, además de disponer de un espacio físico para atender, de manera individual, a quienes requieran de atención cercana.

Es importante que la orientación esté dirigida a todas las personas y no solo a los casos problemáticos ni a los que piden ayuda. Esto implica que debe incluir a todo el alumnado y abarcar la dimensión personal, profesional, familiar, social, educativa, procurando atender a la diversidad individual.

Además, la práctica profesional del psicólogo tiene como fin promover el cambio pero no en abstracto sino en una realidad concreta que es el ámbito educativo, que atañe por igual a todos los que conforman la totalidad de la institución.

La figura del psicólogo como orientador educativo, no está presente en todas las escuelas del país, por lo tanto es necesario precisar sus funciones para los casos en que cuenta con este personal. Por otra parte la descripción de sus funciones contribuirá a que en las escuelas donde no hay orientador educativo los directivos, trabajadores sociales, psicólogos escolares y consejo de tutores determinen las acciones que pueden desarrollarse con las instituciones locales que ofrecen apoyo a los adolescentes. .(Albee & Gulota, 1986).

Ahora bien, debemos tener muy en cuenta el objetivo fundamental de la orientación, que es “la de intervenir con otros elementos para contribuir al desarrollo total de los estudiantes; es un elemento muy importante y necesario dentro del proceso educativo en general; a la vez de ser un proceso individual”; (Knapp, 1990) ya que se va superando y dando nuevo significado en su proceso teórico-metodológico, a partir de las necesidades surgidas de los adolescentes.

“ La Orientación Educativa es una disciplina joven cuyos fundamentos teóricos y metodológicos surgen del conjunto de disciplinas de orden social, donde el sujeto de estudio es el adolescente que dada sus características es considerado un sujeto biopsicosocial”. (Flores, O. &Palacios, P., 1996).

“ La Orientación se concibe como un proceso educativo que propicia en el individuo la adquisición de conocimientos y experiencias que le permiten tomar conciencia de si mismo y de su realidad, de tal manera que cuente con los elementos necesarios para la toma de decisiones para su desarrollo personal y su compromiso social”. (Soria, 1995).

A continuación se enlistan las principales funciones del orientador educativo, según la Asociación Mexicana de Profesionales de la Orientación (2001):

- Proporcionar un trato afable, equitativo y neutral que favorezcan los procesos de autoafirmación y de maduración de los alumnos en su esfera personal y en la adaptación al ambiente escolar y social.

- Promover acciones que coadyuven a la preservación de la salud física y mental de los educandos.
- Coadyuvar al mejoramiento constante de las relaciones interpersonales al interior de la comunidad escolar.
- Coordinar la realización de sus actividades con las del resto del colectivo escolar, especialmente con los profesores y tutores del plantel.
- Presentar iniciativas que contribuyan al logro de los propósitos educativos.
- Realizar entrevistas a los alumnos que son canalizados por profesores para recabar información que sustente estrategias de intervención que plantee.
- Impulsar procesos y estrategias que contribuyan a la consolidación de una sana autoestima en los alumnos.
- Atender con oportunidad las necesidades de los alumnos a través de la vinculación con instituciones que ofrecen atención a los adolescentes.
- Colaborar con el personal directivo y docente para la realización de los proyectos de la escuela.
- Actualizar la información sobre los alumnos y reportar oportunamente cambios cualitativos y cuantitativos.
- Evaluar los resultados de sus actividades en forma organizada, continua y objetiva.

- Sostener una permanente comunicación con los tutores a fin de analizar conjuntamente las necesidades individuales y grupales de los alumnos.
- Orientar individualmente a los alumnos en asuntos que afectan su desarrollo y bienestar como integrantes de la comunidad escolar.
- Convocar a los docentes del grupo cuyos alumnos requieren apoyos específicos, para proponerles acciones que favorezcan su desarrollo integral.
- Acudir a instancias institucionales extraescolares que coadyuven a la permanencia de los alumnos en la educación básica y a que concluyan con éxito la misma.

La Orientación educativa debe ir encaminada a crear entre el personal que labora en él y en las adolescentes principalmente, la crítica y la reflexión de su propio sentir del mundo, de su forma de ver la realidad. El psicólogo como orientador, debe permitir explorar en su interior para encontrar la verdadera causa de lo que para él entender a la adolescente, después de un encuentro con sus valores, con sus inquietudes, aptitudes y temores, el orientador podrá adquirir un sentido de responsabilidad, de superación, de respeto y de paciencia con los que se involucra.

#### **4.2 El psicólogo como orientador educativo en la prevención e intervención de la anorexia y la bulimia.**

Dentro del proceso educativo durante la adolescencia, las capacidades, los intereses y las necesidades de las jóvenes pueden ser reflexionadas conjuntamente con el orientador, de esta manera, asistirle en la formulación de planes para aprovechar al máximo sus facultades, ayudarle a tomar decisiones

y realizar las adaptaciones que sirvan para promover y orientar su bienestar en la escuela y en general, en la vida.

La población de mayor riesgo ante un trastorno alimenticio, se encuentra en la etapa escolar de manera que los orientadores educativos actúan como formadores, coordinadores y profesionales de apoyo en el asesoramiento y orientación en los jóvenes, a la promoción del desarrollo como seres humanos, a través de reeducar, con base en la realidad, los patrones de conducta por medio de la prevención, teniendo en cuenta los síntomas de los trastornos, puede detectar, diagnosticar y contribuir al tratamiento con distintos grados de trastornos del comportamiento alimentario, mostrando sensibilidad y averiguando como experimentan sus pacientes las preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal. (Toro, 2001)

Es por esto que es tan importante el papel del orientador educativo ante la prevención de los trastornos alimenticios, generalmente hacia una perspectiva de prevención primaria. (Vandereycken, W. & Noordenbos, 2000). Siendo el objetivo de la orientación el potenciar la prevención y el desarrollo íntegro del individuo.

El término “prevención” se utiliza en un sentido amplio, que se puede expresar como personal y social. El significado etimológico de prevenir es “antes de venir”, es decir, intervenir “antes del hecho”. La prevención se ocupa, por lo tanto, de actuar para evitar un problema o para reducir sus efectos, cobrando fuerza principalmente en el campo de la salud a partir de la década de 1960, y muchos autores se han manifestado sobre la importancia y la necesidad de realizar programas preventivos en orientación.

De acuerdo a G. Caplan (en AMPO, 2001) “La prevención primaria es un concepto comunitario. Consiste en reducir el índice de nuevos casos en una

población a lo largo de un periodo de tiempo, actuando en contra de las circunstancias negativas antes de que tengan oportunidad de reproducir la enfermedad. No se intenta impedir que una persona específica enferme, sino que se pretende reducir el riesgo para una población entera de modo que, aunque algunos puedan enfermar, su número se vea reducido”.

Queda claro que al utilizar el término de prevención, nos referimos a una acción de carácter anticipatorio. El propósito de prevención primaria es el de reducir y/o eliminar los factores que incrementan la probabilidad de que se produzca un trastorno, al tiempo que aumentan las capacidades personales y el apoyo del entorno, lo que a su vez disminuye las posibilidades de que ocurra dicho trastorno. (Albee & Gullota, 1986).

Entonces, en la prevención primaria, el objetivo consiste en evitar la aparición de un problema o reducir la frecuencia de nuevos casos problemáticos. En orientación, la prevención puede ir dirigida a padres, docentes, alumnos y a toda la comunidad.

En el capítulo 1. Se realizó una comparación entre cuatro autores; Toro & Viladell (1987), Chinchilla Moreno (2003), Cervera (1996), Slade (1996), donde se mencionan los diferentes factores predisponentes que pueden desencadenar algún trastorno alimenticio en los adolescentes, tales como la anorexia y la bulimia.

Estos factores predisponentes, también son conocidos como factores de riesgo, los cuales son un conjunto de características que aumentan el peligro en las adolescentes de sufrir anorexia y/o bulimia, A continuación se presenta un cuadro, en donde se muestran las principales características que conforman cada uno de los factores de riesgo (Cuadro 2):

<b>FACTORES DE RIESGO</b>			
<b>Genéticos</b>	<b>Psicológicos</b>	<b>Familiares</b>	<b>Culturales</b>
Obesidad maternal	Perfeccionismo	Conflictos familiares	Presión social
Exceso de peso	Problemas de autoestima :  Facilita la preocupación, la insatisfacción y la distorsión de la imagen corporal	El hecho que uno de los progenitores esté en constante dieta.  Comentarios críticos sobre el cuerpo de la hija.  Se refieren a su hija a partir de alguna característica referente a su físico.	Valores culturales relacionados con la delgadez como sinónimo de belleza.  El ideal de belleza actual  Realización de alguna actividad física.
Predisposición biológica	Inadaptación e inferioridad.	Escasez de habilidades sociales  Aislamiento social	Cánones de belleza puestos por los medios de comunicación.

*Cuadro 2. Las principales características que conforman cada uno de los factores de riesgo.*

Dicho de otra manera, la suma de muchos de estos factores de riesgo, características que presenta la persona y su entorno, pueden conducirla finalmente a sufrir anorexia o bulimia.

La prevención primaria que se propone consiste en reconvertir estos factores de riesgo, en factores de protección. Esta estrategia de intervención preventiva tiene como objetivo favorecer el desarrollo de habilidades y de recursos que permitan el crecimiento integral de las adolescentes y al mismo tiempo que puedan ser aplicadas a muchas situaciones de sus vidas. (Albee & Gulota, 1986).

Ayudar en la construcción de estos factores de protección resulta efectivo para hacer más resistentes a las chicas que acabar sufriendo anorexia y/o bulimia. Recordemos que cuando nos referimos al término Trastorno Alimenticios, hemos de tener en cuenta que nos encontramos delante de enfermedades psicológicas y por lo tanto, no disponemos de una “vacuna” física que inmunice a nuestras jóvenes; no obstante, si les podemos enseñar a crear sus propios anticuerpos psicológicos.

Para llevar a cabo un Programa de Prevención Primaria eficaz es necesario involucrar a las adolescentes, pero también considerar la necesidad de convertirse en receptores de las sesiones preventivas y formativas de los profesores, a la familia así como también médicos de familia y a las personas que se relacionan de forma más intensa y estrecha con ellas.

En el siguiente cuadro, se presentan las estrategias de prevención de los trastornos alimenticios en jóvenes adolescentes, que tienen como objetivo principal favorecer el desarrollo de las habilidades dentro del área física, psicológica, cognitiva y social, (Cuadro 3):

## **PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS**

Las jóvenes adolescentes necesitan información clara, orientación y apoyo sin reservas, aunque de baja intensidad, para que sean capaces de desarrollar un concepto positivo de sí mismas, adaptarse a profundos cambios de orden personal y adquirir la formación adecuada que les permita afrontar la cuestión de la independencia y el juicio crítico necesarios para asumir el lugar que vayan a ocupar en el conjunto de la comunidad.

Durante la adolescencia, existe la probabilidad de que las jóvenes atraviesen por periodos de dificultad con su cuerpo y esto se manifieste en problemas con la alimentación. Se interesan por sus proporciones físicas y se sienten intranquilas por los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Es por esto, que el conocimiento preciso y fácilmente posible del desarrollo normal, así como de sus muchas variaciones posibles, puede ayudarlas a desvanecer muchas angustias innecesarias. El orientador educativo debe de identificar el problema antes de que se vaya haciendo más complicado, porque voluntariamente oculta o minimiza la sintomatología.

### **Actividades sugeridas para la prevención primaria de orden psico-evolutivo:**

- Ofrecer pláticas, conferencias y talleres sobre la adolescencia, los cambios a nivel físico, cognitivos y psicosociales por las que atraviesan, así como temas de interés durante esta etapa.
- Promoción de actividades como campañas, cursos, talleres, cine debate y otras que sean de interés para la comunidad estudiantil, con el fin de incidir en el desarrollo personal del alumno.
- Estar muy pendientes, desde los centros educativos, ante unos comportamientos anómalos de algunos alumnos, que puedan derivar en un trastorno de alimentación.

Dentro de las necesidades psicológicas básicas que el adolescente debe entender para conformar su personalidad son las siguientes:

- Aceptación de los cambios corporales y su sexualidad.
- Conformación del sentido de identidad.
- Independencia en relación con el grupo de familia y social.
- Desarrollo de habilidades vocacionales y proyectos de vida.
- Conformación de un mundo moral y de valores propios.
- Tener congruencia entre lo que quiere, lo que dice y lo que hace.
- Introducir en poblaciones determinadas en discusiones informadas y sensibles en cuanto a sus luchas y experiencias personales.
- Desarrollar habilidades personales y sociales y potenciar hábitos y actitudes saludables.

El fortalecimiento del autoconcepto. Para Yagosesky (1998) el grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como "autoestima". En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la apariencia externa, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás.

Por tal razón, se considera que el papel del conocimiento de sí mismo y el autoconcepto, es fundamental, ya que es una característica inherente al ser humano que implica la percepción de sí mismo, las actitudes, los sentimientos, los juicios que permiten al individuo conocerse, reconocerse y definirse en función de sus propias habilidades, capacidades y apariencia, formando su conciencia de ser. Fortalecer el autoconcepto, propicia un mejor y mayor manejo de su persona, de tal forma que pueda.

**Actividades sugeridas para la prevención primaria de orden afectivo:**

- El objetivo es desarrollar la autoestima de una forma activa a través de ejercicios donde se reconozcan a sí mismos, se acepten y se distingan como únicos, diferentes y especiales.

- La identificación y mejora de las emociones a través de la reducción de la ansiedad y el estrés.
- Identificación de reacciones cognitivas, emocionales y conductuales ante los problemas particulares que enfrenten.
- Asertividad.
- Habilidades comunicativas.

**Actividades sugeridas para la prevención primaria de orden biológico:**

- Fomentar un estilo de vida que conlleve a la ingesta de alimentos más sanos y la realización de actividad física moderada.
- Invitar a profesionales de la salud a ofrecer pláticas con respecto a la nutrición para identificar los alimentos que ayudan al rendimiento físico e intelectual de la adolescente.
- Utilizar materiales didácticos donde se ponga de relieve el cuerpo humano tal como es, sin los modelos estilizados que nos presentan los medios de comunicación.
- Testimonios de personas que hayan padecido algún trastorno

alimenticio.

**Actividades sugeridas para la prevención primaria de orden social:**

- El objetivo es que las jóvenes adolescentes aprenden a interpretar y entender de forma crítica los mensajes que ofrecen los medios de comunicación: la construcción de los ideales de belleza, las estrategias de manipulación de imágenes mediante el uso del photo shop, la selección de mujeres extremadamente delgadas y jóvenes para las campañas publicitarias, etc.
- Identificar la importancia de la socialización, los diferentes grupos que se forman en la adolescencia y el tipo de influencia que genera el grupo de iguales.

*Cuadro 3. Estrategias de prevención de los trastornos alimenticios.*

Así pues, el orientador educativo posibilita la prevención primaria, a través de diversas acciones como: solicitar a los profesionales de la salud información y formación sobre los trastornos del comportamiento alimentario en clases, programas deportivos, actividades extracurriculares, consultar con especialistas para la programación de la alimentación de los alumnos, enseñar a los estudiantes que existen distintos tipos de cuerpos y el papel que la genética juega en el desarrollo de estos, explicar a los estudiantes el peligro de las dietas incontroladas, mostrarles mediante diversas actividades la cultura socialmente aceptada que promueve los trastornos alimenticios ( es decir , la pérdida de salud a cambio de belleza y el ridículo ante la obesidad), hacer hincapié en la comunicación, la autoestima y la confianza en si mismos, desarrollo de programas que permita a los educadores ayudar a los alumnos cuando presenten inquietudes o problemas con respecto a la comida, etc.

De acuerdo a Sanpascual, G., Navas, L. & Castejón, J. (1999 ) Para realizar prevención primaria es necesario llevar a cabo diversas estrategias que impliquen diferentes niveles de actuación. La prevención debería incluir los siguientes aspectos:

- La educación preventiva en los propios centros educativos.
- La información sobre prevención de los trastornos alimentarios orientada a profesores y directores de los propios centros.
- La información sobre prevención de estos trastornos orientada a los médicos de los centros educativos y a los médicos de atención primaria.
- Proporcionar a los padres de familia boletines informativos sobre la prevención y a la realización de tareas conjuntas con las propias adolescentes.

En cuanto a las tareas de la orientación educativa en la intervención de los trastornos alimenticios corresponden a diferentes ámbitos en los que se desarrollaran acciones específicas de acuerdo con las necesidades de las alumnas y las características de las escuelas. Estos ámbitos son:

#### Atención individual a las alumnas.

- Se refiere a la necesidad de conocer las condiciones individuales de las alumnas que tienen un problema de anorexia y/o bulimia, buscando información relacionada con los antecedentes, familiares, sociales y culturales, así como identificar sus capacidades y aptitudes para el estudio.
- El conocimiento, que el orientador educativo logre acerca de los alumnos como personas singulares, contribuirá a tomar decisiones que permitan

potenciar sus capacidades y emprender acciones individuales oportunas.

- El orientador educativo desarrolla una importante labor relacionada con el diagnóstico de situaciones que representan riesgos para el desempeño escolar y que pueden favorecer la reprobación y la deserción. Además, contribuye a la identificación de recursos y apoyos institucionales que fortalecen o complementan la atención de las alumnas con alguno de estos trastornos.

#### Trabajo con los padres de familia.

- Una de las tareas del orientador educativo es la comunicación constante con los padres de familia para concertar formas de colaboración en conjunto que redunden positivamente en el desarrollo de las adolescentes, así como sus habilidades sociales y su desempeño académico.
- El acopio de información sobre los antecedentes personales de los estudiantes a través de sus padres y familiares es una tarea necesaria para responder a las exigencias del trabajo escolar y a las dificultades que en el mismo pueden presentar.
- Establecer una comunicación periódica con los padres de familia para informarles sobre las acciones que se llevarán a cabo a fin de impulsar el desarrollo integral de sus hijas.

#### Vinculación con instituciones que brindan atención a los adolescentes.

- El orientador educativo tiene una función de enlace con instituciones que brindan atención a los adolescentes. Su conocimiento de las necesidades y los intereses de los alumnos le permitirá identificar los servicios institucionales que puedan apoyarles en ámbitos como salud, prevención e intervención.
- Como parte de una estrategia general de prevención, el orientador educativo puede considerar la participación de especialistas de las instituciones de la localidad con charlas a maestros, alumnos y padres de familia con respecto al tema de los trastornos alimenticios que se puedan presentar.
- De igual manera es conveniente que el orientador educativo difunda información entre las alumnas sobre los servicios de diagnóstico y atención que ofrezcan instituciones especializadas en trastornos alimenticios.
- El orientador educativo podrá canalizar a los alumnos o a sus padres a instituciones que los apoyen en la solución de problemas que demanden atención especializada en anorexia y/o bulimia.

#### Apoyo y orientación a los tutores.

- El orientador educativo tiene una gran responsabilidad en el apoyo que brinde a profesores y tutores, ante situaciones que pongan en riesgo la permanencia y el buen desempeño académico de los alumnos.
- Debido a la gravedad en el futuro de los alumnos, de sus familias y de la sociedad, es importante ofrecer a profesores y alumnos la información

necesaria sobre trastornos alimenticios, para identificar a tiempo las condiciones que pueden influir para que un estudiante sea propenso a desencadenar anorexia y/o bulimia, con el fin de unir esfuerzos para superar los factores que afectan en su desarrollo físico, académico y social.

- Organización de redes de acción para garantizar el bienestar de los alumnos en el espacio escolar.
- La escuela es un espacio donde deben de prevalecer condiciones que garanticen el bienestar de todos sus integrantes. Estas condiciones abarcan desde la existencia de instalaciones seguras e higiénicas hasta la convivencia respetuosa, solidaria y justa.
- Para lograr que la escuela sea un lugar apropiado para el desarrollo intelectual, emocional y social de los alumnos se requiere que entre sus miembros prevalezca una cultura de la prevención que permita identificar oportunamente situaciones que afecten su salud o disminuyan el interés por emprender tareas de estudio y convivir armónicamente con los demás.
- El orientador educativo tiene ante sí la tarea de organizar redes de acción tendientes a favorecer el bienestar físico, psicológico, cognitivo y social para el desempeño académico de los alumnos. A través de estas redes se promoverán acciones en torno a un propósito definido: enfrentar situaciones que demanden la participación de diversos actores de la comunidad escolar, la prevención de los trastornos alimenticios, la construcción de entornos saludables desde la escuela, por ejemplo.

- Estas redes constituyen una vía para abordar, de manera informada y responsable, situaciones que la escuela tiene en sus manos prevenir, y para realizar actividades en el que participen los alumnos, los padres de familia, profesores y autoridades escolares y se ponga en marcha a lo largo del ciclo escolar.
- La labor del orientador educativo es fundamental para promover dicha cultura de la prevención de los trastornos alimenticios.
- Así mismo, teniendo en cuenta los síntomas de los trastornos, puede detectar, diagnosticar y contribuir al tratamiento de los jóvenes con distintos grados de trastornos del comportamiento alimentario. Así mismo Debe mostrar sensibilidad y averiguar cómo experimentan sus pacientes las preocupaciones sobre el peso y la imagen corporal. (Toro, 2001).

Cabe mencionar, la importancia de que los padres participen en el fortalecimiento de la autoestima de sus hijas tratando de magnificar el alcance de pequeñas o grandes metas, y de minimizar los errores o fracasos. Asimismo es recomendable efectuar al menos una comida al día en familia intentando que la experiencia sea agradablemente percibida por los hijos, mediante la creación de un clima distendido y cordial. (Flores, O. &Palacios, P., 1996).

Todas las personas relacionadas con la educación tenemos un papel importante en la detección precoz, observando los comportamientos, cambios emocionales y de aspecto físico que puedan hacernos pensar en este tipo de trastornos. Debemos ser conscientes de que la anorexia y la bulimia no sólo afectan a adolescentes, si no que la odisea para adelgazar está comenzando

a edades cada vez más tempranas. Desde los centros de enseñanza, se han de promover aficiones culturales y lúdicas que permitan el aprendizaje de habilidades sociales suficientes. De esta manera se lograría que las adolescentes consideren otros aspectos distintos a la imagen o la belleza como fuente de prestigio o reconocimiento social.

Ciertamente, prevenir los trastornos alimenticios implica, limitar el refuerzo positivo de la delgadez en la sociedad y el castigo por no cumplir con las restricciones de las dietas o los patrones de peso, así como acciones generales para cambiar las actitudes, enseñarles a los jóvenes a decodificar los mensajes culturales negativos y promover la salud mental en general.

Finalmente, es importante retomar es lo que sostiene Knapp (1983) “el uso de principios y prácticas de orientación en la escolaridad primaria evitaría que muchos problemas aparecieran en la adolescencia, mas sin embargo, dentro de nuestro sistema educativo se inicia esta práctica hasta la secundaria, provocando con todo esto que muchos de los problemas de tipo cognoscitivo, de conducta, de adaptación al medio escolar, que se presentan en la adolescencia sean subsanados en la medida de los posible, no obstante que el personal que canaliza a las adolescentes que presentan algún tipo de problema con el orientador escolar, perciba y exprese que el problema no fue solucionado, nos lleva a pensar que quizás esto se deba a su ignorancia acerca del trabajo que realiza el orientador”

#### **4.3 Visión prospectiva ante la prevención eficaz de la anorexia y la bulimia en los niveles de educación medio básica y superior.**

Los beneficios a nivel bio- psico- social que se generan con una prevención primaria eficaz de los trastornos alimenticios impactaran en una mayor aceptación de las adolescentes ante su imagen corporal, lo cual

redituara en una confianza mayor en sus capacidades y en general en su personalidad.

Como ya se vió durante la adolescencia, las jóvenes tienen el reto de conformar una identidad armónica, acorde a sus necesidades e inquietudes para integrar su personalidad. Al hablar de personalidad se hace referencia a la estructura psicológica total del individuo, tal y como se revela en la forma de pensar y de expresarse, en sus actitudes e intereses, en sus acciones y en su visión ante la vida.

Erikson destacó, que este esfuerzo por darle sentido al yo, es un proceso sano y vital que contribuye a reforzar el yo adulto (Erikson, 1972). Por tanto, la manera en que se experimenta a sí mismo un adolescente se relaciona con los pensamientos, sentimientos y actos que lleva a cabo. Al estructurar la identidad de una manera positiva se experimenta un nivel adecuado de autoestima sintiéndose confiado y apto para la vida, sin embargo, si tiene una imagen negativa de si mismo reflejara una inseguridad ante la vida.

Así es como la competencia del psicólogo como orientador educativo, se considera encaminada hacia la promoción del desarrollo de los seres humanos, a través de reeducar, con base a la realidad, sus patrones de conducta, que impacten en la prevalencia de los trastornos alimenticios de las adolescentes, a continuación se mencionan algunas formas en las que a través de la prevención primaria eficaz se fortalezcan por medio de contenidos sobre nutrición-alimentación, imagen corporal, crítica del modelo estético, autoconcepto, autoestima, asertividad y habilidades sociales, de esta manera se disminuirá el índice de adolescentes con anorexia y/o bulimia.

- Disminución de jóvenes adolescentes que sufren de problemas emocionales y de adaptación con respecto a su cuerpo. Ya que el fortalecimiento de la autoestima, el autoconcepto, el conocimiento de sí mismas y la asertividad, las adolescentes aprenderán más eficazmente, podrán tomar por sí mismas decisiones importantes a lo largo de su vida, desarrollará relaciones mucho más gratas, estarán más capacitadas para aprovechar las oportunidades que se les presenten, para trabajar productivamente y ser autosuficientes, poseerán una mayor conciencia del rumbo que sigue. Y lo que es más, podrá entrar en la vida adulta con buena parte de los cimientos necesarios para llevar una existencia productiva y satisfactoria.
- Habrá un descenso de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal, ya que al fortalecer la autoestima las adolescentes tendrán mayor capacidad de adaptación a un ambiente nocivo, donde las presiones sociales que promueven la delgadez no influirán en la adquisición de un trastorno alimenticio.
- Las adolescentes conocerán sus posibilidades, su talento y aprenderán a sentirse valiosas como personas que avanzan hacia un futuro.
- Las adolescentes contarán con hábitos alimenticios saludables, basados en la “anti-dieta”, de tal manera que reduzcan la dieta restrictiva y la actitud negativa hacia su figura y peso.
- Las adolescentes formaran una imagen ajustada de sí mismas, de sus características y posibilidades, y desarrollar actividades de forma autónoma y equilibrada, valorando el esfuerzo y la superación de las dificultades. Así mismo podrán relacionarse con otras personas y participar en actividades de grupo con actitudes solidarias y tolerantes, superando inhibiciones y prejuicios, reconociendo y valorando las

diferencias de tipo social y rechazando cualquier discriminación basada en el físico, creencias y otras características individuales o sociales.

- El psicólogo como orientador educativo habrá facilitado los procesos de aprendizaje, y los factores emocionales que se involucran en el desarrollo del individuo dentro la escuela.
- El psicólogo contribuirá a la sociedad en la constante creación de programas de formación y/o entrenamiento acordes con los recursos humanos, la realidad nutricional, social y cultural del país.
- El psicólogo trabajara de manera continua, en la clasificación y análisis de problemas encaminados a la prevención y solución de nuevos problemas optando por alternativas adecuadas a la realidad nacional.

## CONCLUSIONES

- Los trastornos alimenticios, como la anorexia y la bulimia, son uno de los problemas más serios de salud para las jóvenes de México. En la mayoría de los casos comienzan en la adolescencia o en los primeros años de la adultez, pero hoy en día, estos trastornos se manifiestan en edades cada vez más tempranas.
- No hay algún evento o factor único suficiente que precipite el desarrollo de la anorexia y de la bulimia, ya que existen elementos biológicos, psicológicos y sociales que predisponen a padecerla o la desencadenan directamente.
- La anorexia y la bulimia son dos de los trastornos alimenticios que en la sociedad actual se han incrementado, convirtiéndose en un problema grave para la [salud](#). El ideal de belleza ha cambiado según las épocas y es diferente en las distintas sociedades. En México ha sido adoptada la idea de que la delgadez es sinónimo de belleza, elegancia, prestigio, aceptación social y éxito, es decir, entre menos kilos, más logros; pero es absurdo establecer una relación entre el éxito y el peso corporal.
- La anorexia y la bulimia aparecen en una edad en la que la personalidad social está desarrollándose, en plena adolescencia, una etapa de cambios físicos, cognitivos y psicosociales, en la que se le da demasiada importancia a la distorsión de la imagen corporal y al deseo de adelgazar para destacar y ser valorada de modo particular.

- La anorexia y la bulimia presentan una serie de consecuencias biológicas, desde alteraciones en las funciones orgánicas donde existe dificultad para continuar con el ritmo habitual de las tareas cotidianas hasta la internación hospitalaria llegando a la misma muerte.
- Las consecuencias intelectuales van desde la inasistencia hasta los problemas de aprendizaje, el bajo rendimiento académico, la dificultad en la concentración y en la comprensión que pueden terminar en deserción escolar.
- Las consecuencias psicosociales se presentan con el abandono de amigos, la desmotivación ante actividades que en algún momento disfrutaban, la preocupación inhabitual por los cambios en la rutina y conflictos con los compañeros, por baja tolerancia, entre otras.
- La adolescencia es una etapa en la que los trastornos alimenticios tienen un gran impacto en las jóvenes, debido a que apenas están adaptándose a intensas transformaciones de índole bio-psico-social.
- Durante la adolescencia la personalidad, los aspectos físicos, cognitivos y psicosociales están en pleno desarrollo, por lo que la falta de un desarrollo óptimo tiene múltiples causas, tales como la interrupción del proceso normal de maduración en la adolescencia, los problemas orgánicos producidos por la desnutrición, que llegan a afectar las funciones físicas e intelectuales de la persona.

- La prevención de los trastornos alimenticios se hace con la intención de evitar algún peligro o bien, preparar con anticipación la intervención en determinada situación. El psicólogo educativo como orientador interviene a través de la prevención primaria para bajar las incidencias de los trastornos alimenticios en las adolescentes, tal como es el caso de la anorexia y la bulimia.
- Debido a que la población de mayor riesgo se encuentra en la etapa escolar, los orientadores educativos pueden servir como formadores, coordinadores y profesionales de apoyo en el asesoramiento y orientación en los jóvenes, así como la promoción del desarrollo como seres humanos, a través de reeducar, con base en la realidad, los patrones de conducta por medio de la prevención.
- Es muy importante el papel del psicólogo como orientador educativo y la manera en que debe implicarse, desde una perspectiva de prevención primaria, en la asistencia de los trastornos alimentarios, de esta manera mediante su colaboración en intervenciones tempranas, los psicólogos pueden servir como formadores, coordinadores y profesionales de apoyen el asesoramiento y orientación en las adolescentes en cuanto a los aspectos emocionales y éticos para la conformación de su personalidad.
- La salud es un problema de carácter social y que por ende las alternativas de solución deben ser encaminadas bajo lineamientos sociales, culturales y económicos, sin olvidar, claro, la responsabilidad personal de cada uno de ellos sobre el cuidado de la salud e integridad física.

- Debido a que las intervenciones preventivas que tienen como base el sistema escolar podrían incrementar los riesgos y producir más daños que beneficios. Dichas intervenciones deben ser cuidadosamente diseñadas, realizados por profesionales adecuados y coordinados por las instituciones con el fin de unificar criterios.
  
- La Orientación debe ser considerada no solo en el ámbito escolar, sino también en la vida familiar, fomentar en los padres la necesidad de ser guías de sus propios hijos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albee, G.& Gullota,T.(1986) Facts and fallacies about primary prevention. Journal of Primary prevention.
- Apfeldorfer, G. (2004).Anorexia, Bulimia, Obesidad. Buenos Aires: Siglo xxi editores.
- American Psychiatric Association (1998). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Ardila, R. (1978) La profesión de psicólogo. México: Trillas.
- Bower, G.(1983). Teorías del aprendizaje. México:Trillas.
- Burns, R. (1990). "El autoconcepto: teoría, medición, desarrollo y comportamiento. Bilbao: EGA.
- Branden, N. (1995). Los seis pilares de la autoestima. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (1996) Como mejorar la autoestima. Buenos Aires: Paidós.
- Braunwald, Fauci,Kasper,Hauser. (2001). Principios de Medicina Interna Harrison (15ª edición). España McGrawHill.
- Calvo, R. (2001). Anorexia y Bulimia. Guía para padres, educadores y terapeutas. Barcelona: Planeta.
- Cervera, M. (1996). Riesgo y prevención de la anorexia y la bulimia. Barcelona: Martínez Roca.
- Chinchilla,A. (2003). Trastornos de la Conducta Alimentaria. España: Masson.
- Colomer,C.,& Alvarez,C. (2001).Promoción de la salud y cambio social. España:Masson.

- Conger, J.J., (1984) Adolescencia, generación presionada, México:Harla.
- Cooper PJ. (1995).Bulimia Nervosa and Binge Eating. Robinson. London.
- Caplan G.(1964). Principles of preventive psychiatry. New York: Basic Books.
- Crispo, R., Figueroa E., Guelar, D. (1996). Anorexia y Bulimia: lo que hay que saber. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Epstein,S. (1973). The self-concept revisited or a they. American Psychologist.
- Erikson, E. (1972). Sociedad y adolescencia, Buenos Aires:Paídos)
- Feldman, R. (2008). Desarrollo en la infancia (4ª Edición). México: Pearson Prentice Hall.
- Flores, O. & García, V. (1995) La orientación Educativa. Tomo 1. México: COBAEM. M
- García. (2001). Trastorno de la conducta alimenticia en el momento actual. (1ª edición).Barcelona: Masson.
- García, F. (1993). Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa. Madrid: Díaz de Santos.
- Garfinkel, P. . & Garner, D. (1982). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. New York: Bruner-Mazel.
- Gesell. (1987). El adolescente de diez a dieciséis años. Barcelona: Paidos.
- Goldman, B. (2005). Anorexia y Bulimia, un nuevo padecer. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Guelar, D. & Crispo, R. (2001). Adolescencia y trastornos del comer.Barcelona: Gedisa.

- Harrsch, C. (1983). El psicólogo ¿Qué hace?. México: Alambra Mexicana.
- Herman, M. (1992). Tratado general de la salud en las sociedades humanas. México: Las prensa Medica Mexicana.
- Heber G. (1991). Como ayudar a los adolescentes aceptarse a sí mismo y a los demás. México: Paidós.
- Hurlock, (1980) Psicología de la adolescencia. Madrid: Paidós.
- Kendler, K.S., MacLean, C., Neale, M. et al. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry.
- Knapp R. H. (1990) Orientación escolar. Madrid: Ediciones Morata.
- López, F. Fuentes, M. (1999) Desarrollo afectivo y social. Madrid: Ediciones pirámide.
- Nylander, I. (1971). The feeling of being fat and dieting in a school population. Scandinavia: Acta Sociomedica.
- Nardote, G. (2002). Las prisiones de la comida. Barcelona: Herder.
- Mantonavi, J. (1950) Adolescencia, formación y cultura. México: Colección austral.
- Monroy, A. (1995). La salud del adolescente y del joven. Washington: Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana.
- Mussen, P. (1979). Desarrollo de la personalidad en el niño. México: Trillas.
- Ogden, J. (2005). Psicología de la alimentación .Madrid: Morata.
- Papalia, D. (1996). Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia. Mexico: Mc Graw Hill.
- Pérez, I. (1986). Características del periodo de la adolescencia en México. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM

- Piran, N. (1992) Evaluation of a day hospital programme for eating disorders. International Journal of Eating Disorders.
- Powell, M. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de cultura económica.
- Raich, R.M.(1994). Anorexia y bulimia: Trastornos alimentarios. Madrid: Pirámide.
- Rueda, M., Quiroz, A. & Hernández, G. (1980) El psicólogo en la educación en Enseñanza Ejercicio e Investigación de la Psicología. México: Trillas.
- Sanpascual, G., Navas, L. & Castejón, J. (1999). Funciones del orientador en primaria y en secundaria. Madrid :Alianza Editorial.
- Satir, V.. (1981) En contacto íntimo. Cómo relacionarse con uno mismo y con los demás. México: Concepto S.A. Uzcátegui.
- Sevilla,G.(1991) Relaciones entre la autoeficacia y el autoconcepto.España: Tórculo Ediciones.
- Smolak, L., Levine, M.P. y Striegel–Moore (1996). The developmental psychopathology of eating disorders. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Slade P.D. (1996). Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales. Madrid: Pirámide.
- Suzanne, A. & Llewellyn. D. (1994) Anorexia y bulimia: Desordenes alimentarios.Madrid: Alianza.
- Toro, J. (1996) El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel.
- Toro, J. (2001). Guía clínica para el tratamiento de los Trastornos del comportamiento alimentario (2ª edición). España:Ars Medica
- Turón, V.J. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia, bulimia y obesidad. España: Masson.
- Vandereycken, W. & Noordenbos, G. (2000). La prevención de los Trastornos Alimentarios. Barcelona: Granica.
- Villa, A. , Auzmendi, E. (1997) Medición del autoconcepto en la edad infantil. Bilbao: De Desuto.
- Yagosesky, R. (1998). Autoestima en palabras sencillas. Caracas: Impresiones San Pablo.

## **TESIS**

- Arriola, S. (1991) Adolescencia ante la búsqueda de su identidad. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Dorantes, A. & Ramos, R. (1997). Los trastornos alimenticios y su vínculo con la dinámica familiar. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, México.
- Flores, O. &Palacios, P., (1996) El perfil del Orientador Educativo. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, México.
- Sánchez, F. (2001). Aspectos cognitivos y conductuales relacionados con trastornos alimentarios en una población de danza. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, México.
- Soria, M. (1995). La labor del Psicólogo en la Orientación Educativa. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, México.
- Martínez, M., Medina, A. & Quiroz, A. (1997). Identificación de trastornos alimentarios en una población de alto riesgo. Tesis de licenciatura, FES Iztacala, México.

## **REVISTA**

- Álvarez, T., Franco, P., Mancilla, D., Álvarez, R. & López, A. (2000).Factores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. Revista de Psicología contemporánea.

- Hoek HW.(1991,enero). The distribution of eating disorders. En Brownell KD:Fair Clin Psychiatry.56.
- Holz,V.(2006,octubre)México: Trastornos alimentarios y moda. Selecciones.24, 25.
- Venegas, G. (1988) El psicólogo en los departamentos psicopedagógicos en Revista de Orientación Educativa. México: DGOV.

## REVISTA ELECTRÓNICA

- Mendoza, P.& Posada (2001) E. Trastornos alimenticios/.Extraído el 18 de septiembre del 2007 desde <http://aupec.univalle.edu.co/piah/prevalencia.html>
- Sernac (2007). Tablas de peso en adolescentes/ Extraído el 17 de septiembre del 2008 desde [www.sernac.cl/downloadotros.php?a=Recomendaciones\\_nutricionales\\_adolescentes.pdf&s=sernaceduca/folleto](http://www.sernac.cl/downloadotros.php?a=Recomendaciones_nutricionales_adolescentes.pdf&s=sernaceduca/folleto).

# **ANEXO 1**

## **INVENTARIO DE DESORDENES ALIMENTICIOS (EATING DISORDER INVENTORY, EDI)**

# INVENTARIO DE TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Adaptada a la población mexicana por el Proyecto de Investigación en  
Nutrición de la UNAM

## Instrucciones:

- Lee cuidadosamente las preguntas antes de contestarlas.
- Contéstalas de manera individual sin consultar a nadie.
- Intenta ser sincera en tus respuestas.
- Especifica tu respuesta anotando una X en el círculo que contenga la opción que más se adecúe a lo que piensas.
- No existen respuestas correctas ni incorrectas.
- Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

## PREGUNTAS:

1. Como dulces y carbohidratos (pan, papitas;etc.) sin sentirme nerviosa.
2. Pienso que mi estómago es demasiado grande.
3. Me gustaría poder regresar a la seguridad de la infancia.
4. Como cuando estoy disgustada.
5. Me atraco de comida.
6. Me gustaría tener menos edad.
7. Pienso en seguir una dieta.
8. Me asusto cuando mis sensaciones/ sentimientos son demasiado intensos.
9. Pienso que mis piernas son demasiado anchas
10. Me siento inútil como persona.
11. Me siento extremadamente culpable después de haber comido en exceso.
12. Pienso que mi estómago tiene el tamaño adecuado.
13. Mi familia solo valora como buenos los logros o resultados que están por encima de lo habitual.
14. El tiempo más feliz de la vida es cuando se es niño.
15. Soy una persona que demuestra abiertamente sus sentimientos.
16. Me aterroriza ganar peso.
17. Confío en los demás.
18. Me siento sola en el mundo.
19. Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo.
20. Generalmente siento que las cosas de mi vida están bajo mi control.
21. Me siento confundida ante las emociones que siento.
22. Prefiero ser adulto que niña.
23. Me comunico fácilmente con los demás.
24. Me gustaría ser otra persona.
25. Exagero a menudo la importancia del peso.
26. Puedo identificar claramente las emociones que siento.
27. Me siento inadaptada.
28. Cuando estoy comiendo demasiado siento que no puedo parar de hacerlo.
29. Cuando era niña intentaba por todos los medios evitar estar en desacuerdo con mis padres y maestros.
30. Tengo amistades íntimas.
31. Me gusta la forma de mis glúteos.
32. Me preocupa el deseo de estar más delgada.
33. No sé lo que está pasando dentro de mí.
34. Tengo dificultad de expresar mis emociones a los demás.
35. Las exigencias del adulto son demasiado grandes.
36. Me molesta sentirme menos en las actividades que hago en relación con la persona que lo hace mejor.
37. Me siento segura de mi misma.
38. Pienso en comer en exceso.

39. Me siento feliz de ya no ser una niña.
40. No me doy cuenta de si hago hambre o no.
41. Tengo una pobre opinión de mi misma.
42. Pienso que puedo alcanzar mis metas.
43. Mis padres han esperado cosas excelentes de mí.
44. Estoy preocupada de que mis sentimientos se escapen de mi control.
45. Pienso que mis caderas son demasiado anchas.
46. Como moderadamente cuando estoy con gente, y como demasiado cuando estoy sola.
47. Después de haber comido poco, me siento excesivamente llena.
48. Pienso que las personas son más felices cuando son niñas.
49. Si subo un poco de peso, me preocupa el que se pueda seguir aumentando.
50. Pienso que soy una persona útil.
51. Cuando estoy disgustada no sé si estoy triste, atemorizada o enojada.
52. Pienso que las cosas las debo de hacer perfectamente o sino no hacerlas.
53. Pienso en intentar vomitar con el fin de perder peso.
54. Necesito mantener a las personas a cierta distancia pues me siento incomoda si alguien intenta acercárseme o establecer amistad.
55. Pienso que mis muslos tienen el tamaño adecuado.
56. Me siento interiormente vacía.
57. Puedo hablar sobre mis sentimientos y pensamientos personales.
58. El convertirme en adulto ha sido lo mejor de mi vida.
59. Creo que mis glúteos son demasiado anchos.
60. Tengo sentimientos/sensaciones que no puedo identificar claramente.
61. Como o bebo a escondidas.
62. Pienso que mis caderas tienen el tamaño adecuado.
63. Mis metas son excesivamente altas.
64. Cuando estoy disgustada me preocupa el que pueda empezar a comer.

GRACIAS POR TU COOPERACION

## **Historia y validación del instrumento.**

En el proceso de diagnosticar los trastornos alimentarios se ha intentado sistematizar los signos, síntomas y conductas de las pacientes para que el diagnóstico sea más preciso. Ante la falta de marcadores bioquímicos patognomónicos el diagnóstico sigue descansando en la habilidad clínica y en el conocimiento del médico, psicólogo o nutriólogo que se encuentra frente al paciente.

Se han propuesto distintos criterios para el diagnóstico de los trastornos alimentarios. Pero el incremento sostenido en el número de casos diagnosticados con dichos trastornos ha creado la necesidad de usar instrumentos que permitan evaluar las conductas de riesgo y hacer el seguimiento de estos pacientes. Uno de estos instrumentos es el Eating Disorder Inventory (EDI-2) de Garner, Olmsted y Polivy.

El inventario para trastornos de la alimentación, desarrollado en el año de 1983 por Garner y colaboradores, fue diseñado para evaluar distintas áreas cognitivas y conductuales de la Anorexia la bulimia nerviosa

El EDI no permite establecer un diagnóstico específico de anorexia nervosa, ni de bulimia nervosa. Sólo está dirigido a la descripción y medición precisas de ciertas características psicológicas, así como de la severidad de la sintomatología de relevancia clínica.

Fue adaptado para población española por Guimerá y Torrubia (1987), en tanto que para población mexicana fue validado por Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez, y López (2000). Consta de 64 preguntas con seis opciones de respuestas, de las que se desprenden ocho subescalas.

Las escalas que se han propuesto en la investigación, se refieren a la medición de pensamientos, comportamientos, y fundamentalmente, actitudes referentes al propio cuerpo. El nivel de estudios requerido para contestarlo es de quinto año de primaria.

### **Factores que mide el inventario de desórdenes alimenticios.**

- Motivación para adelgazar (MA). Existe un gran deseo de perder peso y un desmesurado temor a ganarlo; además de una excesiva preocupación por la dieta y el peso corporal.  
Agrupa los reactivos: 7, 11, 16, 25, 32, 49.
- Identificación de la interocepción (II). Refleja la incapacidad para reconocer e identificar las sensaciones internas de hambre y saciedad.  
Pertenece a este factor los reactivos 8, 21, 26, 33, 40, 44, 47, 51, 60 y 64.
- Bulimia (B). Evalúa síntomas de la bulimia, como son los episodios de sobreingesta, la pérdida de control sobre la ingesta y las conductas compensatorias.  
Conformada por los reactivos: 4, 5, 28, 38, 46, 53, 61.

- Insatisfacción corporal (IC). Inconformidad con respecto al aspecto físico en general, o de algunas partes del cuerpo.  
Agrupa los reactivos: 2, 9, 2, 17, 25, 32, 49.
- Inefectividad (IN). Sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad y falta de control de la propia vida. Este concepto incluye además una autoevaluación negativa.  
Conformada por los reactivos: 10, 18, 20, 24, 27, 37, 41, 42, 50, 56.
- Miedo a madurar (MM). Deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta.  
Integra los reactivos: 1, 3, 6, 14, 22, 35, 39, 48 y 58.
- Perfeccionismo (P). Expectativas exageradas sobre los posibles logros personales y énfasis excesivo sobre el éxito.  
Constituido por los reactivos: 13, 29, 36, 43, 52 y 63.
- Desconfianza interpersonal (DI). Temor a establecer y mantener relaciones interpersonales duraderas o expresar emociones a los demás.

Las tres primeras subescalas miden comportamientos y actitudes hacia la comida, el peso y la imagen corporal; los desajustes expresados en estas áreas no son específicos de la anorexia, ya que aparecen respuestas similares en grupos de personas preocupadas por su dieta. Mientras que las otras cinco subescalas evalúan características psicológicas generales asociadas con

trastornos alimentarios, que son aspectos fundamentales de la anorexia. Posteriormente se desarrolló el EDI-2, (13) que consiste en los mismos 64 reactivos del EDI original, pero además introduce 27 reactivos adicionales clasificados en otras tres subescalas:

- Ascetismo.
- Regulación de los impulsos.
- Inseguridad social.

Evaluación. Cada reactivo se evalúa de acuerdo a una escala de seis puntos, se pueden sumar todas las subescalas para un puntaje global o utilizar cada subescala por separado; clínicamente posee mayor relevancia el valor cuantitativo de cada una de las ocho subescalas que la puntuación global. La puntuación total máxima de este cuestionario es de 192, el punto de corte es arriba de 42 puntos en las ocho subescalas originales para diagnosticar un TCA. Algunos autores argumentan que la especificidad del EDI es baja, ya que no se puede diferenciar adecuadamente a los individuos con TCA de aquellos que tienen otros trastornos psicológicos.

## **ANEXO 2**

# **TABLAS DE PESO E ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN MUJERES ADOLESCENTES**

**TABLA DE PESO EN MUJERES DE 11-18 AÑOS**

EDAD (años)	PESO (Kg)	ALTURA (cm)
11-14	46 kg	1.57 cm
15-19	55 kg	1.63 cm

**TABLA DE INDICE DE MASA CORPORAL :**

El Índice de Masa Corporal (I.M.C.) es una manera sencilla y universalmente acordada para determinar si una persona tiene un peso adecuado. Usted mismo puede calcularlo mediante la siguiente tabla:

$$\text{I.M.C.} = \text{PESO} / (\text{ESTATURA})^2$$

Por ejemplo, una mujer de 18 años, que pesa 52 kilos y mide 1.62 mt.

I.M.C.: 52k. / 1.62 x 1.62

IM.: 52k x 2.62

IM.: 19.84

Al revisar la tabla para mujeres, es posible ver que esta persona esté dentro del rango normal.

Edad	Déficit	Normal	Sobrepeso	Riesgo	Obesidad
<b>10</b>	<15.5	15.5 -	>18.7 >19.5	>19.9 >20.8	>22.9 >24.1
<b>11</b>	<16.0	18.7 16.0 -	>20.2 >21.0	>21.8 >22.5	>25.2 >26.3
<b>12</b>	<16.5	19.5 16.5 -	>21.7 >22.3	>23.3 >24.0	>27.3 >28.1
<b>13</b>	<17.1	20.2 17.1 -	>22.9 >23.4	>24.7 >25.2	>28.9 >29.6
<b>14</b>	<17.6	21.0 17.6 -	>23.8	>25.6	>30.3
<b>15</b>	<18.2	21.7 18.2 -			
<b>16</b>	<18.7	22.3 18.7 -			
<b>17</b>	<19.1	22.9 19.1 -			
<b>18</b>	<19.4	23.4 19.4 -			