



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**PROPUESTA DE UN TALLER PSICOEDUCATIVO PARA
PADRES DE NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS DE EDAD:
PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE BULIMIA NERVIOSA EN
CASA**

T E S I N A

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

**P R E S E N T A:
VIRIDIANA STEPHANIE BAUTISTA MAYA**

**DIRECTORA DE LA TESINA:
DRA. ARACELI LÁMBARRI RODRÍGUEZ**

**COMITÉ DE TESIS:
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS
MTRA. MARGARITA MARÍA MOLINA AVILÉS
MTRA. YOLANDA BERNAL ÁLVAREZ
MTRA. PATRICIA SOLEDAD SÁNCHEZ RAZO**



Ciudad Universitaria, D.F.

Junio, 2014.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

A mis padres,

Por permitirme ser parte de su vida, por sus esfuerzos, por sus cuidados y sus enseñanzas. A mi papá por quererme a su manera y a mi mamá por ser más que eso, por ser mi amiga, mi cómplice, mi apoyo y por darme su amor incondicionalmente; gracias mamá por permitirme tener una carrera; gracias a los dos por haberme permitido recibir la educación que tengo y hecho de mí la persona que soy ahora. ¡Gracias! Los amo demasiado

A mi novio Pepe,

Desde que te conocí llenaste mi vida de luz, siempre has sido mi apoyo incondicional, eres mi inspiración y mi motivo, gracias por estar siempre tomando mi mano en las buenas y en las malas, gracias porque siempre has estado al pendiente, motivándome a seguir adelante y compartiendo mis logros.

¡Te amo con toda mi alma!

A Ara,

Por tus palabras de aliento, apoyo y cariño sincero. ¡Te adoro!

A Ericka, María del Carmen y Carlos,

Por su apreciable apoyo en la realización de mi tesina y todas las veces que lo necesité, ¡Gracias!

Dra. Araceli Lambarri,

Por su valiosa asesoría, apoyo y paciencia, y por compartirme su conocimiento,
¡Gracias!

Al comité de Tesis,

Gracias por regalarme su tiempo para revisar y retroalimentar mi trabajo.

Gracias a todas las personas que me apoyaron y me motivaron de manera directa
e indirecta a obtener mi título profesional.

ÍNDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7

CAPÍTULO 1. BULIMIA

1.1. Definición	10
1.2. Tipos de bulimia	12
1.3. Características de la bulimia	13
1.4. Características de un episodio de alimentación compulsiva	15
1.5. Antecedentes históricos	15
1.6. Situación actual: sociedad y cultura	18
1.7. Factores de riesgo	22
1.7.1. Factores biológicos	22
1.7.2. Factores psicológicos.....	24
1.7.3. Factores socioculturales	25
1.8. Epidemiología y prevalencia.....	27
1.8.1. Países europeos.....	29
1.8.2. Países americanos	30
1.9. Algunos tratamientos	34
1.9.1. Tratamiento cognitivo-conductual.....	37
1.9.2. Tratamiento psicodinámico	39
1.9.3. Psicoterapia familiar y de grupo.....	40
1.9.4. Terapia familiar	41
1.9.5. Terapia de grupo	42
1.9.6. Terapias psicoeducativa y de apoyo.....	42
1.9.7. Técnicas de exposición	43
1.9.8. Otro tipo de tratamientos	43

CAPÍTULO 2. BULIMIA EN NIÑOS EN ETAPA ESCOLAR PRIMARIA

2.1. Infancia.....	46
2.2. Pubertad.....	47
2.3. Consecuencias de la madurez precoz y tardía.....	49
2.4. Obesidad y nutrición en la niñez	50
2.5. Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la niñez.....	51
2.6. Factores de riesgo para los TCA en la niñez.....	52
2.7. Imagen corporal y trastornos alimentarios en la infancia	53
2.7.1. Autoconcepto.....	53
2-7.2. Autoestima	55
PROPUESTA	
1. Justificación	61
2. Objetivo general.....	62
3. Objetivos específicos	62
4. Población	63
5. Materiales	63
6. Escenario.....	64
7. Procedimiento	65
8. Instrumentos	65
9. Carta descriptiva	66
10. Descripción de los ejercicios.....	76
11. Evaluación	78
Conclusiones.....	79
Alcances, limitaciones y sugerencias	82
Referencias	85
Anexos	93

Resumen

Los trastornos de la conducta alimentaria, tales como la bulimia y la anorexia siguen extendiéndose, apuntando a la bulimia nerviosa como el trastorno con mayor prevalencia. Las causas que la originan son multifactoriales, señalando la edad escolar primaria como la población de mayor riesgo debido a los prematuros cambios físicos, psicosociales y cognitivos por los que atraviesan. Por ello, la familia es el medio principal para la prevención, la cual debe enfocarse a reafirmar el autoconcepto y la identidad, potenciar la autoestima, fomentar actitudes y hábitos saludables y orientar el concepto y percepción de belleza desde un cuerpo y mente saludables, lo cual se propone por medio de un taller psicoeducativo para padres, el cual se enfoca en la prevención e intervención en casa, específicamente en edad prepuberal de 9 a 11 años, con el fin de evitar que siga el aumento de la bulimia nerviosa.

Introducción

En los últimos años el trastorno de bulimia nerviosa se ha ido extendiendo de manera alarmante, cada vez presentándose en edades más tempranas, afectando principalmente a niñas de 9 a 11 años de edad. Este trastorno de la conducta alimentaria se destaca por atracones y purgas debido a la obsesión de tener un cuerpo perfecto; su proceso de desarrollo inicia cuando se han tenido fracasos que se atribuyen al peso, al rechazo social y a la insatisfacción corporal. Todo esto se presenta debido a que actualmente tener una figura delgada es una de las principales metas de la sociedad moderna.

Este trastorno es conocido desde la edad media, donde los romanos preparaban enormes banquetes, en los cuales se ingerían grandes cantidades de comida para luego provocarse el vómito y seguir comiendo (Yosifides, 2006), conductas que en la época actual se siguen presentando, sólo que ahora con fines estéticos, ya que los atracones y vómitos son usados para el control de peso y conseguir la imagen deseada.

Los niños están rodeados de medios de comunicación, los cuales los conducen a experimentar e imitar estereotipos de belleza y perfección, llevándolos a padecer algún trastorno de la alimentación como la bulimia.

La bulimia tiene diferentes detonantes, entre los que se encuentran factores biológicos, psicológicos y socioculturales, los cuales serán analizados en el presente trabajo.

En México las niñas de entre 6 y 9 años de edad están incomodas con su cuerpo y tienen el deseo de una figura más delgada. La obsesión de una figura delgada ha aumentado desde hace 10 años, y la edad de iniciación a las dietas de las mujeres es desde los 11 o 12 años.

Esta tesina está compuesta por tres capítulos, el primero de los cuales nos brinda una visión de lo que es la bulimia y sus características, así como sus antecedentes históricos, los factores de riesgo, la epidemiología y algunos tratamientos.

El segundo capítulo permite conocer todo lo relacionado con la bulimia en niños en etapa escolar primaria de 9 a 11 años de edad: infancia, pubertad, consecuencias de la madurez precoz y tardía, nutrición en la niñez, etiología de los trastornos de la conducta alimentaria en la niñez, imagen corporal, autoconcepto y autoestima.

En el capítulo tres se describe una propuesta, que consiste en la creación de un taller titulado: “Taller psicoeducativo para padres de niños de 9 a 11 años de edad: prevención e intervención de bulimia nerviosa en casa”, con la finalidad de prevenir y atacar la bulimia. El taller se desarrollara en tres sesiones, que constan de dos horas cada una, bajo un esquema de trabajo dinámico que promueve de forma general información acerca de la bulimia, a la par de consejos y recomendaciones para mantener saludable el cuerpo y la mente de sus hijos.

CAPÍTULO 1.
BULIMIA

Capítulo 1. Bulimia

1.1. Definición

La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria, que se caracteriza por la presencia de episodios críticos en los que la persona afectada ingiere fuertes cantidades de alimento, mayor a lo que es normal en situaciones similares. Esta ingestión se lleva a cabo experimentando al mismo tiempo la sensación de pérdida de control sobre la misma. En un principio la persona bulímica no desea incurrir al atracón (Toro, 1996).

La persona que padece bulimia realiza todas estas acciones con la finalidad de castigarse por aquello de lo cual se culpan de forma arbitraria.

Los alimentos seleccionados comúnmente para comer en exceso son los que tienen un alto contenido calórico, como por ejemplo: pasteles, galletas, todas las harinas, dulces y chocolates, ya que estos producen una gran satisfacción al comerlos y provocan la sensación de comer más.

Los episodios de bulimia se dan para evitar o dejar salir sentimientos de depresión, decepción y rabia. La infelicidad, la ansiedad y el estrés pueden ser algunos de los detonantes que precipitan los episodios. Menciono la palabra “algunos”, ya que existen otros factores de riesgo para la bulimia, como son:

- 1- Hacer dietas. El bajo consumo calórico provoca que el cuerpo tenga la necesidad de comer; en estos casos las dietas estrictas pueden afectar a neurotransmisores, como la serotonina, lo cual tiene como consecuencia que se tenga más predisposición a la bulimia.

- 2- Influencia social. Los medios de comunicación, como las revistas o la televisión, emiten mensajes en el sentido de que estar delgado es señal de éxito, belleza y felicidad.
- 3- Los ideales culturales. Se refieren a actitudes sociales con respecto al aspecto físico y a la autovaloración basada en el peso y la figura corporal.
- 4- La incorporación de la mujer al mundo laboral. En este caso las mujeres se ven afectadas porque los horarios establecidos para comer ya no son los mismos, aunado a que muchas veces se tiene la necesidad de comer fuera de casa y en diferentes horarios, por lo que se puede afirmar que los hábitos se han modificado bastante.
- 5- Problemas emocionales. Se puede mencionar sobreprotección familiar, baja autoestima, depresión y obsesión compulsiva.
- 6- Los factores familiares y los individuales, los cuales se analizarán más adelante.

Por lo general, las personas con bulimia son conscientes de que sus hábitos de alimentación no son normales, son personas a las que les agradan los temas de comida, les gusta ver libros de recetas de comida, disfrutan las pláticas o temas sobre dietas extraordinarias.

La bulimia es una enfermedad que se manifiesta de diferentes maneras; las formas de purgación varían de acuerdo a la persona; quienes realizan ejercicio excesivo por lo regular hacen rutinas cardiovasculares, como aerobics, con la finalidad de quemar las calorías que ingirieron. Otras personas utilizan el ayuno por varios días después del episodio de atracón e incluso hay quienes llegan a utilizar pastillas para reducir el apetito, con la finalidad de reducir el ansia de comer.

Hay momentos en los que las personas con bulimia pueden presentar periodos de anorexia después de los atracones o de las purgas, lo cual los puede llevar a otro peligro.

1.2 Tipos de bulimia

Existen dos tipos de bulimia: el purgativo y el no purgativo.

Tipo purgativo. Los pacientes buscan deshacerse de todo lo que se comieron por medio de vómito autoinducido, así como mediante el uso de laxantes y diuréticos.

Tipo no purgativo. En este caso los pacientes utilizan el ayuno y el ejercicio excesivo después de los atracones con la finalidad de controlar su peso.

1.3. Características de la bulimia

La bulimia se caracteriza principalmente por los atracones seguidos de las conductas compensatorias seguidas de los atracones para contrarrestar el aumento de peso.

El siguiente cuadro muestra las características físicas, psicológicas y del comportamiento de la bulimia nerviosa, cuyas particularidades son evidenciadas por las personas que padecen este trastorno. Cuando estas singularidades coinciden con otros factores facilitan el progreso o el comienzo de la bulimia. Con frecuencia, las acciones de las personas bulímicas se vuelven rituales, y que conforme pasa el tiempo es imposible ocultarlas, además de que su apariencia cada vez es más evidente.

Cuadro 1.

Características físicas, psicológicas y del comportamiento de la bulimia nerviosa

Características físicas	Características psicológicas	Características del comportamiento
<ol style="list-style-type: none">1. Peso normal o elevado2. Erosión del esmalte dental3. Alteraciones en la menstruación4. Deshidratación5. Fuerte deseo de comer alimentos dulces y ricos en grasa	<ol style="list-style-type: none">1. Preocupación excesiva por el tamaño y la forma del cuerpo2. Baja autoestima3. Perfeccionismo4. Temor a engordar y perturbación en la imagen corporal5. Ansiedad6. Comer	<ol style="list-style-type: none">1. Ingieren grandes cantidades de comida sin motivo aparente2. Usan fármacos para adelgazar3. Repentino cambio de carácter4. Dificultades de control, organización, impulsividad,

	<p>compulsivamente en forma de atracones y a escondidas</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Severas autocríticas respecto a su cuerpo 8. Cansancio, ansiedad, sentimiento de ira, soledad o aburrimiento provocan la aparición de ingesta compulsiva 9. Sentimiento de culpa al comer 10. Excesivo ejercicio físico 	<p>actividad y labilidad afectiva</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Prácticas para controlar el peso 6. Comer compulsivamente, a escondidas y en forma de atracones 7. Ingiere más calorías en un atracón que la gente que no padece este trastorno 8. Conductas compensatorias (por ingesta de alimentos) inapropiadas, como vómito autoprovocado, uso de laxantes y diuréticos 9. Acude al baño después de comer 10. Consumo de alimentos dietéticos (excepto en los atracones) 11. Se aíslan para evitar reuniones o celebraciones por cuestión de la comida 12. Malas actitudes frente a la comida 13. Necesidad de autocontrol
--	---	--

Atracón: El DSM-IV define a los atracones, por un lado, como una ingesta de una cantidad de alimento, en un periodo corto de tiempo, muy superior a lo que ingerirían la mayor parte de las personas en un tiempo similar y en circunstancias similares, y, por otro, la sensación de pérdida de control en relación a la ingesta de alimento.

1.4. Características de un episodio de alimentación compulsiva

Se refiere al acto de comer en un periodo muy corto de tiempo, por ejemplo 2 horas, una cantidad de alimento excesiva, mayor a la cantidad que la mayoría de las personas comerían en un periodo de tiempo igual.

Durante un episodio de este tipo existe un sentimiento de falta de control; por ejemplo, las personas que la presentan tienen el sentimiento de no poder dejar de comer, así como la imposibilidad de controlar qué y cuándo comen.

Las conductas compensatorias inadecuadas y el acto de comer compulsivamente ocurrirán al menos 2 veces por semana durante tres meses seguidos.

1.5 Antecedentes históricos

Ziolko y Schrader (1985, en Chinchilla 2003) mencionan que en la antigua Grecia la palabra “hambre” (*limos*) quería decir hambre voraz, y con la adhesión del prefijo *bou* significaba “una gran cantidad de “.

Chinchilla (2003) señala que fue Hipócrates quien reconoció la *boulimus* como un hambre enfermiza; por su parte, Aristófanes y Jenofonte la describieron y definieron como un hambre voraz. Jenofonte la describe como sentimiento de hambre, debilidad y desmayo; le hace referencia en soldados que habían subsistido con pocas cantidades de comida durante las marchas en la campaña contra Artaserses. Este mismo autor señala que en la Grecia antigua las autopurgas eran muy frecuentes por motivos sociales o religiosos, incluso el culto a los dioses incluía conductas anoréxicas y bulímicas, pero fueron las clases media y baja romanas las que instauraron la bulimia como un ritual social y doméstico.

Los romanos preparaban grandes banquetes, los cuales recibían el nombre de “bacanales”, en honor al dios Baco; en estos banquetes se ingerían grandes cantidades de comida para después provocarse el vómito y así seguir con el atracón (Yosifides, 2006).

Yosifides (2006) indica que en 1997 Fendrik mencionó que fue justo en la Edad Media cuando las mujeres comían muy poco, con la finalidad de seguir un modelo de religiosidad; en ese sentido, las mujeres estaban convencidas de que ése era un medio para intensificar su espiritualidad y desprenderse de los lazos terrenales. La restricción de comida era una forma de autosacrificio.

Chinchilla (2003) señala que Giannini, en 1993, mencionó que fue en la Edad Media cuando aparecieron los vómitos y las purgas. Estos métodos fueron usados por penitentes religiosas como rituales para redimir sus pecados, para afilar su ingenio y, para reducir los deseos sexuales.

Anteriormente la belleza estaba representada por la figura redonda, ancha; en épocas pasadas estar gordo era sinónimo de estar sano; la obesidad era símbolo de riqueza. Desde hace mucho tiempo la cantidad de comida que se ofrecía en los banquetes era muy importante para mostrar el estatus social al que se pertenecía, es decir, entre más comida hubiera y se ofreciera era mejor el estatus social.

Fue a partir de 1925 cuando los cánones de belleza femenina dieron un giro con la desaparición del corsé, el cual se usó casi 4 siglos; fue entonces cuando la mujer empezó a mostrar su cuerpo de una manera diferente. En ese año aparecieron los figurines de moda los cuales apuntan a una estilización: se acortan los vestidos, se enseñan las piernas y hay supresión de curvas; la mujer de la alta burguesía se incorpora al deporte y comienza la moda de mujeres delgadas quienes incluso llegaban a vendarse el pecho.

La exhibición del cuerpo es imparabile y hace que las mujeres se preocupen, ya que su cuerpo empieza a ser observado y criticado, muchas veces entre ellas mismas, ya que anhelan la figura delgada de su compañera y critican como feo el cuerpo voluptuoso de las demás.

En la década de 1930 fueron dados a conocer los atracones, los ayunos y el desagrado del cuerpo, se empezó a controlar el peso (Chinchilla, 2003).

Fue a partir de los años 50 cuando la preocupación por los trastornos de la alimentación se empezaron a estudiar desde diferentes líneas, considerando no sólo los factores biológicos y psicológicos, sino también los sociales y educativos que influyen en la nueva cultura de la delgadez.

Holtz y Tena (1992) indican que Stunkard, Grace y Wolf en 1955 fueron los primeros en describir la bulimia en pacientes obesos y la llamaron “síndrome de alimentación nocturna”. La bulimia fue considerada un síndrome aparte cuando se observó su presencia en pacientes anoréxicas, con obesidad y de peso normal.

1.6. Situación actual: sociedad y cultura

La anorexia y la bulimia tienen una historia y una percepción diferente de belleza; la cual es percibida de distintas maneras. La belleza puede ser innata, es decir, no hay otra vía para llegar a ella, o adquirida la cual no es tan bien vista por la sociedad.

La belleza tiene un papel importante en casos de anorexia y bulimia nerviosas, pues está inmersa en la sociedad, en la competencia así como en el comercio. Debido a que la belleza es publicitaria y vende, es anhelada al igual que envidiada; en otras palabras es consumo.

Actualmente la belleza es vista como una meta, un fin, y por ello se realizan actividades conductoras para obtener un cuerpo adecuado para la sociedad, para la publicidad, para alcanzar la meta.

Hoy en día, las personas que logran alcanzar la belleza han comprobado que tienen más éxito tanto laboral como social y sobresalen en muchos aspectos. La belleza es vista como éxito, quien no la posee es marcado como fracasado, lo cual sucede con mayor regularidad en las mujeres, quienes buscan la belleza y trabajan para conseguirla.

Existen dos categorías para la belleza:

1. Belleza innata
2. Belleza adquirida

La belleza ha llegado a convertirse en un objetivo, el cual tiene mayor prioridad en los grupos sociales complejos.

Se ha dicho que la belleza es innata, que es un don de la naturaleza y que las mujeres que la poseen son privilegiadas; en cambio, las mujeres que no son percibidas bellas por ellas mismas buscan acceder a ella mediante la belleza adquirida, pues intentan ocultarse, idealizan algo que no son, no se aceptan tal cual son. Estas mujeres se someten a un proceso de naturalización, también conocido como proceso de ocultamiento.

La belleza adquirida va dirigida al mundo del consumo, y existen tres medios para adquirirla:

1. Medios legítimos: estos son los que no dañan la naturaleza, sólo la acentúan, normalizan la imagen corporal mediante ropa, maquillaje, dietas.
2. Medios ilegítimos: son los que modifican la naturaleza de modo definitivo, el mejor ejemplo son las cirugías plásticas.
3. Medios tolerados: son los que transforman la naturaleza de manera temporal, por ejemplo los tintes de cabello.

Los puntos anteriores se modifican dependiendo de la zona social y el ambiente. El acceso a la belleza es restringido, depende de la zona, del consumo y de la

cultura. Las personas que tienen más acceso a la belleza son las más presionadas para alcanzarla.

López (2001) señala que la actitud hacia la belleza corporal se podría explicar mediante la tipología de Merton, mientras que la tipología se apega a la anorexia y la bulimia es la tipología de Retraído, que describe a la persona que ha interiorizado los fines (patrón estético) y al mismo tiempo sufre por la imposibilidad de alcanzarlos y decide alejarse del mundo adoptando una conducta destructiva.

La publicidad utiliza la belleza como un mecanismo de persuasión, como modalidad para retener la atención del consumidor. La tendencia a la belleza ha sido utilizada para la búsqueda de una respuesta en el mercado.

Actualmente la belleza no se define sobre la base del deleite espontáneo sino en virtud de una norma estética de un criterio ideal. La belleza es un ajuste a patrones abstractos y rígidos.

El contexto que hace posible la aparición de bulimia y/o anorexia es el modelo por la extensión del proceso de racionalización de la cultura a la experimentación y representación del cuerpo en una sociedad de consumo, en la que éste es criticado desde fuertes parámetros estéticos.

El descontento con el cuerpo va de la mano con el mercado, ya que en cualquier lugar se encuentran a la venta productos para adelgazar o para desaparecer arrugas; el cuerpo está totalmente predestinado a la mercadotecnia, existe una

lucha entre lo que realmente es, los ideales y las normas, porque la belleza se ha convertido en una norma.

La obsesión con la cultura de la delgadez es más fuerte entre las mujeres.

Los cánones de belleza y de rechazo social a la obesidad femenina hacen que las niñas y adolescentes sientan el impulso de estar tan delgadas como modelos, con base en las imágenes que la publicidad y los medios de comunicación presentan a diario.

Los mensajes educativos dirigidos a los jóvenes y a los niños estimulan a que hay que ser muy responsables para conseguir éxito en la vida profesional. Uno de los índices para lograr el éxito así como la aceptación social tiene que ver con tener un físico apropiado y ser personas delgadas, dado que la pérdida de peso se logra tanto con voluntad como con esfuerzo, he aquí el reto por el cual se empezará a ser responsable.

Es importante hacer énfasis en los mensajes que los medios de comunicación y la publicidad nos presentan: Las mujeres deben ser bellas y esbeltas, la mujer bella es exitosa y delgada, lo cual constituye un tipo de comunicación muy sutil pero dolorosa.

En la actualidad se ha cambiado el significado social, ahora se rechaza a la gente con sobrepeso y se acepta a las personas delgadas, poniendo en competencia nuestras características étnicas (Stice, Schupak-Neuberg, Shaw y Stein, 1994; Vitousek, Manke, 1994; Rozin y Fallon, 1998).

1.7. Factores de riesgo

Sandoval (2007, citado en Hernández 2010) indica que Steiner define factor de riesgo como “un agente o exposición que lleva a los individuos a incrementar la posibilidad de resultados desfavorables”.

En cada familia, sociedad y en la humanidad en general existen grupos o individuos que presentan más probabilidad que otros de sufrir un accidente, una enfermedad, una muerte prematura o cualquier evento; se dice que estos individuos o comunidades son especialmente vulnerables debido a que presentan características biológicas, ambientales o psicosociales que los sitúan especialmente sensibles ante determinado incidente, por lo que corresponde hablar de “riesgo” como un concepto que aumenta la posibilidad de que ocurra un suceso no deseado (Hernández, 2010).

1.7.1. Factores biológicos

La vulnerabilidad biológica, tanto la adquirida como la heredada, es también aceptada como un factor individual, haciendo más probable el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, tales como la bulimia y la anorexia, en donde el sexo, la edad, el peso, el volumen corporal y las características físicas e individuales facilitan el desencadenamiento de estos trastornos.

Las anormalidades en el hipotálamo, región del cerebro que regula la glándula pituitaria, ocasionan desórdenes hormonales y neurológicos, provocando la elevación de proteínas, llamadas factores de secreción corticotropina, las cuales

se secretan durante periodos de estrés y bloquean los neurotrépidos, que son un estimulante de apetito potente.

Muchos estudios mencionan que la serotonina está implicada en la modulación del apetito, por lo que alteraciones en los niveles de la misma tienen efectos sobre la conducta alimentaria, como la sensación de saciedad.

Hernández (2010) indica que en 1994 Chinchilla hizo estudios acerca de que las personas anoréxicas y bulímicas con bajos niveles de serotonina muestran una disminución del mecanismo de saciedad y, a la vez, una mayor predisposición a los atracones. Hernández señala que Klump, Kaye y Strober en 2001, mencionan que estudios hechos en varias familias evidencian que el riesgo de padecer trastornos en la alimentación como bulimia y anorexia es de 7 a 20 veces mayor si algún familiar femenino ha desarrollado anorexia.

Uno de los factores biológicos más estudiados ha sido el genético. La información genética de una persona hace que ésta tenga cierto tipo de metabolismo y figura, y tendencia a la obesidad o delgadez (Holtz, 1992).

Partiendo de la información antes descrita se concluye que los agentes biológicos, sin ser determinantes, desarrollan una predisposición a padecer algún trastorno de la conducta alimentaria.

1.7.2. Factores psicológicos

También llamados factores individuales, hacen referencia a que las personas que tienen un perfil psicológico en el cual sobresalen los problemas de carencia de identidad, las tendencias a ser perfeccionistas, la baja autoestima, las autoexigencias desmedidas o la preocupación por la aceptación u opinión de lo que piensan los demás de ellos que tienen, poca tolerancia a la frustración, falta de control sobre la vida propia y poca habilidad para relacionarse socialmente, entre otras, están en riesgo de presentar trastornos en la conducta alimentaria, y aunque el factor psicológico por sí solo no es suficiente para provocar la enfermedad, puede desencadenarla, más aún al asociarse con otros factores (Chinchilla, 1995).

Agentes circunstanciales como fracasos, divorcios, conflictos interpersonales, pérdidas y cambios de residencia de escuela o de trabajo, entre otros, puede ser parte del inicio del trastorno.

Hernández (2010) señala que en 2007 Iñárritu mencionó que una personalidad agresiva-compulsiva se inclina a la bulimia nerviosa, en la cual son comunes los trastornos de ansiedad; el trastorno obsesivo-compulsivo y las fobias pueden dar lugar a los trastornos alimentarios; por ejemplo, la fobia social que es miedo a ser humillado públicamente, está presente en estos pacientes.

El autor señala que la predisposición individual incluye un grupo de factores, entre los que resaltan alteraciones cognitivas tales como: pensamientos rígidos y concretos, razonamiento dicotómico (blanco o negro), autocontrol, obsesión, introversión, perfeccionismo, autoestima baja (quiere decir que la persona no se

agrada a sí misma, tiende a denigrarse a ella misma), inseguridad, miedo a la maduración, problemas de la adolescencia, problemas para ser autónomo (muchas personas no se sienten capaces de funcionar de manera adecuada sin la presencia de sus padres o de una figura que les sirva de modelo), exceso de peso, depresión, baja tolerancia a la ansiedad (dificultad para esperar, es difícil retrasar la gratificación, son desesperadas, quieren las cosas rápido, etc.)

Algunas mujeres jóvenes o las niñas, al llegar a la etapa en donde empieza la menstruación, comienzan a tener inseguridades, las cuales provocan baja autoestima, y si presentan sobrepeso la baja autoestima se agrava, provocando que ellas tomen la decisión de iniciar dietas rigurosas, con la finalidad de encontrar la aceptación.

1.7.3. Factores socioculturales

Los factores sociales son de suma importancia, ya que son una de las causas de la bulimia nerviosa puesto que esta enfermedad es multicausal. El poder que ejerce la publicidad en niñas y adolescentes es muy influyente, ya que los estereotipos de delgadez que se fomentan en los modelos sociales, los prejuicios acerca de la obesidad y la moda parecen estar hechos y dirigidos para cuerpos muy esbeltos, por lo que las adolescentes y las niñas buscan imitar la perfección estética sin importarles arriesgar su vida, ya que usan la frase: “primero muerta que gorda” (Orden, 2005).

Los factores socioculturales son elementos que conocemos como parte de la cultura de un lugar, por ejemplo las relaciones de familia, de amistad, de pareja o de trabajo, la moda, las exigencias de la sociedad, la información y la publicidad.

La familia es considerada como uno de los principales medios en donde interactúan los niños, es donde se aprenden modales, cultura, valores y hábitos; es en casa donde se aprende a comer de ciertas maneras, ya sea mucho o poco.

Taylor (2005) indica que en 1988 Leitenberg, Rosen, Gross, Nudelman y Vera mencionaron que la presión cultural hacia la mujer para ser delgada está entre los factores causales con mayor importancia en la bulimia, los cuales son: el deseo de alcanzar una imagen idealizada del cuerpo perfecto para compensar el temor a ser rechazadas, la baja autoestima, los estados emocionales negativos con presencia de depresión y ansiedad, el estrés interpersonal con desarrollo de pocas habilidades asertivas así como de resolución de problemas, el control de peso y los hábitos de alimentación pobres impulsados por seguir una dieta tanto estricta como restrictiva, así también los pensamientos desadaptados acerca del peso, la apariencia física y la nutrición.

El autor señala que muchas investigaciones han llegado a la conclusión de que las personas que tienen bulimia de tipo compulsivo-purgativo pertenecen a familias con grandes niveles de aislamiento, hostilidad, caos, y padres prejuiciosos, con problemas para verbalizar afectos así como también con madres ambiciosas y protectoras; incluso se han visto relaciones conflictivas de la madre con su madre. Taylor menciona que la relación familiar se presenta en ambientes tensos, agresivos, rígidos y en muchas ocasiones los padres están separados, con antecedentes depresivos.

Se ha observado en las madres de las personas bulímicas un patrón de desagrado de la propia imagen e incluso también con la de sus hijos, por lo que tienen una gran influencia sobre ellos con lo que respecta a comer; esto puede ser porque ellas padecen algún trastorno de la alimentación, se someten a dietas,

constantemente les dicen cosas negativas acerca de la comida chatarra o los limitan en la comida, lo cual puede provocar que los hijos coman a escondidas los alimentos prohibidos.

Por lo general, los padres son controladores y dominantes, también son muy intrusivos en las vidas de sus hijos, les exigen mucho y constantemente hacen comparaciones entre sus hijos. Tanto los padres como los hermanos suelen ser críticos y hacer comentarios como: “Ya comiste mucho, gordo, deberías de ser como tu hermano”, entre otros.

Hernández (2010) indica que en 1986 Root, Fallon y Friedrich pudieron describir tres tipos de características comunes en las familias de pacientes con bulimia: la familia perfecta, la familia sobreprotectora y la familia caótica.

Resumiendo, tanto las personas bulímicas como sus familiares deben ser conscientes de todos estos factores, ya que cada uno de ellos por su cuenta puede ampliar el panorama, puesto que con el análisis de cada factor se puede dar respuesta y lógica a su creencia, por ejemplo en la imagen corporal: si sus familiares son de complexión gruesa es casi nulo que la paciente llegue a estar en su ideal de delgadez.

1.8. Epidemiología y prevalencia

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa han alcanzado proporciones significativas entre la población de países desarrollados, principalmente en mujeres adolescentes y adultas jóvenes (Chinchilla, 2003).

Ressler (1998, citado en Chinchilla, 2003) refiere que es muy difícil especificar los datos epidemiológicos reales, debido a que en una gran cantidad de casos estos trastornos no son diagnosticados, ya que raramente las pacientes revelan sus síntomas a los profesionales de la salud y a sus familiares.

León, Castillo, Caballos, Cobo y Gallo (2005, citado en Caballos, Castillo, León, 2005) mencionan que en los años 80 Hawkins y Halmi hicieron los primeros estudios epidemiológicos, en los que se llegó a la conclusión de que la prevalencia era más alta en mujeres jóvenes. Al principio los resultados de estas investigaciones epidemiológicas acerca de la bulimia eran dispares, dependiendo del país estudiado.

De 1980 a 1990 Soundy y Col (en Rava y Silber, 2004) refieren que la incidencia de la bulimia nerviosa en mujeres por año fue de 26,5/100.000 habitantes, mientras que en hombres fue de 0,8/100.000 personas por año.

Ortiz (2002) indica que en 1995 Holtz y Tena mencionaron que la prevalencia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) surge en mujeres jóvenes en edad adulta o adolescente. Ortiz también señala que Behar, R, Botero, J. Corsi, P. y Muñoz, P, en 1994 mencionan que en su investigación hallaron que las jóvenes adolescentes de edad escolar son consideradas como una población de alto riesgo para desarrollar eventualmente un trastorno del comer.

Martínez, Toro, Blecua y Zaragoza (1993, citado en Ortiz, 2002) mencionan que en una investigación que realizaron en 1988 observaron que los anuncios destinados a la pérdida de peso tenían impacto publicitario en la población femenina de entre 14 y 24 años, de clase social media y media alta que vivían en poblaciones de más de 50,000 habitantes.

Regan y Trent (1998, citado en Ortiz, 2002) mencionan que desafortunadamente las investigaciones en muchas ocasiones han encontrado mayores desórdenes alimentarios en las mujeres blancas a excepción de otras razas o grupos étnicos como las mujeres afroamericanas.

Weitzner (2007) indica que la doctora Mary Pipher afirma que la bulimia constituyó una epidemia en la década de los 80 y los 90, pero su apogeo se encuentra en el nuevo milenio. Entre 8 y 20% de mujeres en edad escolar son bulímicas y entre las universitarias la prevalencia es de una de cada cuatro.

La bulimia nerviosa ocurre con más frecuencia entre los 12 y 40 años (Caballero y Unikel, 2010).

1.8.1. Países europeos

Crisp (1976, citado en Fernández y Turón, 1998) menciona que estudios previos de estudiantes en Inglaterra mostraron una prevalencia del 1.5 al 2.0% en bulimia nerviosa.

En Inglaterra solamente el 1.9% podía ser diagnosticado con bulimia siguiendo los criterios de Russell, quien en 1979 hizo una descripción completa de este trastorno, proponiendo el término de “bulimia nerviosa” (en Castillo, Caballos, León, 2005).

Ledoux y Cols (1991, en Fernández y Turón, 1998) hicieron un estudio epidemiológico con estudiantes franceses y obtuvieron que el 28.2% de las mujeres y el 13.4% de los hombres presentaban episodios bulímicos y que un 0.7% de adolescentes (1.1% mujeres y 0.2% hombres) con edades entre los 12 y los 19 años tenían diagnóstico de bulimia.

Martínez y Cols (1993, citado en Ortiz, 2002) refieren que en un estudio llevando a cabo en Barcelona en una población femenina adolescente y juvenil, se encontró que el 63% había hecho regímenes de adelgazamiento y el 45% practicaba ejercicios físicos.

1.8.2. Países americanos

Gambill (1998, en Chinchilla, 2003) indica que en Estados Unidos de América alrededor de 8 millones de adolescentes y adultos jóvenes presentan síntomas de trastornos alimentarios, de los cuales más del 90% son mujeres y más del 75% son adolescentes, considerándose que la bulimia y la anorexia afectan aproximadamente a 1.2 millones de mujeres de ese país.

Walsh y Devlin (1998, citado en Ortiz, 2002) refieren que en Estados Unidos el 27% de jóvenes adolescentes que quieren estar en el peso correcto se están preocupando por perder peso, comparado a menos del 10% de hombres adolescentes.

Fernández y Turón (1998) indican que Pyle y Cols, 1983, y Pope y Cols, 1984, mencionan que en Estados Unidos hay mayor prevalencia de bulimia, ya que entre

1.9 y 4.5% de mujeres presentaron diagnósticos de bulimia. Así mismo Fernández y Turón mencionan que Katzman y Cols en 1984, realizaron un estudio a 812 estudiantes de Psicología en la Universidad de Arizona. El resultado que obtuvieron fue que el 3.9% de las mujeres cumplían los criterios para la bulimia.

Algunos estudios americanos señalaron que entre 11 y 19 % de mujeres jóvenes y más de un 5% de hombres jóvenes tenían historia de bulimia nerviosa, según criterios del DSM-III (Castillo, Caballos, León, 2005).

En Argentina, Schulenberg, Magss y Hurrelman (1997, en Mancilla, J. y Gómez, 2006) refieren que algunos investigadores señalan que el 50% de las mujeres y el 33% de los hombres de escuelas de nivel primaria (6 a 13 años) admiten desear ser más delgados y han intentado adelgazar. Mancilla, J. y Gómez mencionan que en Brasil ha aumentado la aparición de los TCA, lo cual contradice la creencia de que estos trastornos no ocurrían en países en vías de desarrollo

A través de dos estudios de base poblacional realizados en el sur de Brasil se obtuvieron resultados de la prevalencia de comportamientos alimentarios anormales y de prácticas inadecuadas de control de peso en una muestra significativa de mujeres jóvenes (12 a 29 años), y de insatisfacción con la imagen corporal en una muestra representativa de escolares (7 a 11 años). Los resultados del primer estudio indicaron la prevalencia de 11% de comportamiento alimentario anormales. De los métodos compensatorios de control de peso utilizados, el uso de laxantes ha sido el más prevalente (8%). El segundo estudio arrojó una prevalencia de insatisfacción corporal de 82%, un 55% de las niñas anhelaba pesar menos y un 28% anhelaba pesar más.

Los TCA en Chile han experimentado un aumento progresivo en su prevalencia durante los últimos 20 años. No existen cifras nacionales, pero este incremento ha sido evidenciado por el aumento del número de casos en centros de derivación, tanto en sistemas de salud pública como privada, así como la creación de nuevos centros de atención de TCA formados por equipos multidisciplinarios especializados con la finalidad de satisfacer esta demanda (Mancilla J. y Gómez, 2006).

Respecto de México, Gómez Peresmitré y Avila (1998, citado en Caballero y Unikel, 2010) mencionan que los estudios realizados en población estudiantil de enseñanza básica de la ciudad de México han indicado la práctica de métodos para bajar de peso en niñas y niños de entre 10 y 11 años de edad. También se ha encontrado que niñas de entre 9 y 13 años tienen factores de riesgo para desarrollar trastorno de la alimentación, debido a que casi la mitad de la muestra mostró insatisfacción con su imagen corporal. Las niñas de entre 6 y 9 años de edad comparten con las púberes y adolescentes el deseo de una figura más delgada de su cuerpo, están incómodas con su cuerpo y lo sobreestiman, es decir, que se perciben más gordas de lo que realmente son. Se ha encontrado que todas estas manifestaciones aumentan con la edad, el 50% de las niñas ya se expresan de esta manera.

Ríos (1999, citado en Ortiz, 2002) indica que Ocampo, Álvarez y Vázquez refieren que en México la obsesión por una figura delgada ha aumentado desde hace 10 años, y las mujeres inician las dietas desde los 11 o 12 años.

Villalobos (2000, citado en Ortiz, 2002) menciona que en una entrevista a Victoria Holtz, ésta refiere que estudios hechos por la fundación internacional CBA demuestran que en los últimos años ha aumentado la prevalencia de trastornos

alimentarios en distintas escuelas secundarias y preparatorias de la ciudad de México, donde el 87% de las adolescentes han realizado dietas para bajar de peso, el 11% de ellas se han provocado el vómito, el 8% ha utilizado laxantes y el 12% diuréticos y el 27% ha usado pastillas para adelgazar.

Medina–Mora y Cols (2003, citado en Caballero y Unikel, 2010) mencionan que en México se ha hecho una sola encuesta a nivel nacional sobre prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria con datos representativos de la población; los resultados indicaron una prevalencia de 1.8% de bulimia nerviosa en mujeres y de 0.8% en hombres de 18 a 65 años.

Por otro lado Barriguete y Cols en prensa (en Caballero y Unikel, 2010) mencionan que la Encuesta Nacional de Nutrición 2006 registró datos a nivel nacional con muestreo probabilístico en adolescentes. Los datos indicaron prevalencia de 0.9% para mujeres y 0.4% para varones. Se menciona que el porcentaje de preocupación por el aumento de peso alcanzó 7% en hombres y hasta 26% en mujeres; la práctica de atracones fue de 9% en varones y hasta un 12% en mujeres; la práctica de ejercicio excesivo en hombres fue de 2.4%, mientras que para mujeres fue hasta del 7% en prácticas de ayuno, 2.5% en dietas y ejercicio excesivo y 1% en el uso de diuréticos, todo esto con la única intención de perder peso. Esta encuesta dio a conocer que la prevalencia es casi del doble en las zonas urbanas, en comparación con las rurales. Las conductas de riesgo con mayor porcentaje se encontraron en las regiones norte y centro-occidente del país, seguido de las regiones centro y sureste.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, encuesta representativa de la población adulta nacional, indica una prevalencia de vida de 2.5% para la bulimia nerviosa (en Benjet, Méndez, Borges, Medina y 2012).

La bulimia es una enfermedad que afecta fundamentalmente a adolescentes del sexo femenino y es más frecuente que la anorexia nerviosa la bulimia se inicia en la adolescencia (Rava y Silber, 2004).

1.9. Algunos tratamientos

La variedad de abordajes terapéuticos incluyen técnicas de corte dinámico, conductual, cognitivo, de apoyo y psicoeducativo; también de aplicación individual, grupal o familiar, así como la aplicación de éstas en un contexto hospitalario o ambulatorio, combinadas o no con tratamientos psicofarmacológicos (Chinchilla, 2003).

Las técnicas para tratar la bulimia nerviosa son múltiples, ya que cada caso necesita una adaptación de dichos procedimientos, teniendo en cuenta la complejidad de las situaciones y de los vínculos interpersonales.

Abraham y Llewelly-Jones (2005) mencionan que la gran variación en el comportamiento alimentario de las bulímicas, los cambios que ocurren en un individuo a lo largo de cierto tiempo, los síntomas asociados con los atracones y las consecuencias que pueden derivarse de ello indican que el tratamiento tiene que ser individualizado y debería centrarse en ayudar a aquellas mujeres en particular a corregir su comportamiento alimentario dañado.

El paciente debe ser correctamente diagnosticado en cuanto al grado de afección que presente, debido a que los trastornos de la conducta alimentaria son multifactoriales y lo más recomendable es la consideración de diferentes disciplinas para tratar todos los aspectos de este problema.

Muchos profesionales se desempeñan en equipos multidisciplinarios con el fin de la recuperación del paciente mediante la reeducación nutricional y el abordaje de los conflictos psicológicos que dieron origen a las alteraciones en la conducta alimentaria (Chinchilla, 2003).

El tratamiento debe ser dirigido a los aspectos conductuales, cognoscitivos y emocionales del trastorno alimentario. Las metas en lo conductual requerirían de una importante reducción en las conductas de excesos en las comidas y en las purgas. También debe incluir la reducción de otras conductas compulsivas relacionadas con el peso y la forma de comer, como el conteo de calorías, pesarse, exceso de ejercicio y hacer dietas.

Sherman y Thompson (1999), indican que el tratamiento también debe incluir el reaprendizaje de las conductas alimentarias normales, la planeación de las comidas y la instrucción dietética para otorgar la estructura y la información necesaria para tener una alimentación normal y para eliminar los mitos respecto a la alimentación.

Es necesario enseñar a la paciente a pensar en su cuerpo con una forma menos crítica. La paciente no puede recuperarse si continua pensando en sí misma como una persona gorda o bulímica. El aspecto cognoscitivo de la bulímica también comprende la necesidad de estándares internos para la toma de decisiones, necesita ayuda para determinar qué es lo que piensa, cree, valora, quiere y no quiere; posteriormente se le debe animar a que siga la información interna para incrementar el control de su vida; se le debe enseñar a tener juicio para tener un control de sí misma (Sherman y Thompson, 1999).

En algunos casos la hospitalización es urgente, ya que la salud del paciente está en peligro debido al estado de desnutrición que presenta; la hospitalización también puede ser debido a que la psicopatología secundaria al trastorno se agravó y el paciente ha intentado quitarse la vida, es por ello que es primordial atender la parte física, tratar complicaciones, alimentar al paciente e iniciar el tratamiento lo más pronto posible (Chinchilla, 2003).

Los tratamientos pueden ser individuales y grupales:

Tratamiento individual:

En lo que respecta al tratamiento individual, el terapeuta únicamente trabaja con el paciente en un esfuerzo por determinar cómo se han desarrollado las dificultades en la forma de comer y cómo podrían modificarse eficazmente y comenzar el proceso de cambio. A pesar de que la mayoría de las bulímicas realizan las mismas conductas, cada persona es única y necesita de una técnica de tratamiento diseñada específicamente para cubrir sus necesidades (Sherman y Thompson, 1999).

Tratamiento grupal:

En el tratamiento grupal, el terapeuta trabaja con dos o más personas, a las pacientes se les proporcionan estrategias adecuadas de afrontamiento, de recursos cognitivos así como emocionales adaptativos para el cambio, se les aumenta la autonomía y el crecimiento personal a nivel individual. La dinámica de grupo les brinda a las pacientes un ambiente seguro.

Etapas del tratamiento

Según Fairburn y Cooper (1989, en Hernández, 2010) existen tres etapas de tratamiento:

1. Introducción y educación: presentación, etiología y objetivos del tratamiento.
2. Reestructuración cognitiva: cambio cognitivo; el terapeuta le explica al paciente la relación entre sentimientos, pensamientos y conductas, también insiste en la importancia de la participación activa; se registran creencias irracionales respecto a la comida, presentando respuestas racionales.
3. Prevención de recaídas: se combinan técnicas conductuales y cognitivas para asegurar que se mantenga lo que se ha ganado con el trabajo.

1.9.1. Tratamiento cognitivo-conductual

Chinchilla (2003), refiere que el primer programa terapéutico con el enfoque cognitivo-conductual aplicado en la bulimia nerviosa fue descrito por Fairburn en 1981. La terapia conductual se basa en la conducta, dando demasiada atención a ésta como medio de tratar el problema.

Por otro lado Kazdin (1974, en Chinchilla, 2003) menciona que el rasgo principal del enfoque conductual es el reconocimiento de la plasticidad de la conducta o la posibilidad de explicar su cambio cuando se otorgan experiencias de aprendizaje. El cambio terapéutico en la modificación de la conducta será determinado a través del aprendizaje de otras conductas más adaptativas.

El tratamiento cognitivo-conductual se aplica en gran parte de los protocolos y programas de tratamiento en combinación con técnicas de otro tipo, como las psicoeducativas, las de apoyo y las nutricionales. Su aplicación es tanto en el ámbito hospitalario como en el ambulatorio, de manera individual o grupal y tanto el paciente como su familia desempeñan un papel activo en el tratamiento. Las técnicas conductuales son complementarias a las intervenciones cognitivas, y están enfocadas a enseñar a los pacientes, de forma progresiva, que reconozcan la conexión entre algunas de sus creencias y conductas inadaptadas y conseguir la modificación progresiva de estas creencias por otras más realistas y adaptativas (Chinchilla, 2003).

Este mismo autor menciona que el tratamiento cognitivo-conductual debe realizarse después de la recuperación del estado nutricional y físico, o aplicarse de forma paralela a ellos. El objetivo de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es la modificación de las conductas alimentarias, entre otras conductas que tienen como objetivo el control del peso. La aplicación de la TCC se lleva a cabo a través de diferentes maneras: caso único, utilización de protocolos, intervenciones individuales o grupales y recientemente en programas de autoayuda. Los programas terapéuticos tienen aproximadamente una duración de 6 a 12 meses.

Así mismo el escritor refiere que dentro de la TCC debe haber una normalización de la conducta que se llevará a cabo, mediante un programa de control de contingencias, utilizando refuerzos positivos, negativos y extinción, lo cual se realizará ya sea en el ámbito hospitalario o en el ambulatorio; en ocasiones es necesario un contrato o compromiso terapéutico, así como la utilización de autorregistros de emociones, pensamientos y conductas que permitan obtener información para establecer una línea base y valorar la evaluación de la paciente.

En cuanto a los aspectos cognitivos, debe haber una reestructuración de las creencias absurdas y las distorsiones cognitivas que faciliten un cambio en respuestas emocionales y conductuales más apropiadas y que fomenten patrones alimentarios más saludables (Chinchilla, 2003).

La evaluación de la imagen corporal será un punto importante para el éxito de la intervención. Calvo Sagardoy (1994, en Chinchilla, 2003) menciona que el tratamiento se dirigirá al desarrollo de la autoconciencia corporal por medio de técnicas cognitivo-conductuales que faciliten un cambio en la interpretación y en el comportamiento con el propio cuerpo, y esto, a la vez, conllevaría a una mejoría en la forma de afrontar las situaciones temidas.

El terapeuta hace hincapié en la importancia de llevar un diario del estado de ánimo y de la comida. El terapeuta le ayuda al paciente a separar el estado de ánimo de la comida, es decir le ayudará a darse cuenta de que sus estados de ánimo y sus sentimientos no dependen de si comerá, de lo que ha comido, de si ha seguido un régimen o de si se siente gorda (Abraham y Llewellyn- Jones, 2005).

1.9.2. Tratamiento psicodinámico

Se trata de buscar un significado de lo que le pasa al paciente, intentando asociar la psicopatología con su correlato interno. Esta técnica intenta hacer ver a la paciente la relación que existe entre su enfermedad, sus temores y sus preocupaciones más ocultas; se le anima a comprender su comportamiento, brindándole la ayuda del terapeuta para sacar a la superficie lo inconsciente. El modelo psicodinámico enlaza el estado físico de las pacientes con la representación de conflictos inconscientes, entonces el cuerpo se vuelve un

campo de representación al que se trasladan energías reprimidas. Esta enfermedad se ve más encarnada debido a la necesidad de tener un control que no es posible en un cuerpo que se desarrolla muy rápido y en un mundo que le arroja el reto de la maduración en todos los sentidos (Chinchilla, 2003).

Por otro lado Wilfley et al., 1993, y Fairburn et al., 1995 (en Chinchilla, 2003) mencionan que la terapia interpersonal de la bulimia es de corte psicodinámico y ha tenido resultados similares a la terapia cognitivo-conductual. Este tipo de abordaje psicoterapéutico se enfoca más en las deficiencias en las relaciones interpersonales y la solución de éstas, que en las manifestaciones clínicas del cuadro (maniobras compensatorias, episodios bulímicos y hábitos alimentarios).

Abraham y Llewelly-Jones (2005) mencionan que la terapia interpersonal fue comparada con la TCC en un estudio de tratamiento realizado en Oxford, Reino Unido. La terapia interpersonal (TI) constaba de sesiones entre el terapeuta y la paciente, en las que hablaban y establecían objetivos para la terapia, como por ejemplo: aumentar la autoestima, pero no deberían hablar de temas de alimentación, del peso o de la forma del cuerpo; el terapeuta seguía siendo un apoyo neutral. Después de 5 años tanto la TCC y como la TI eran igual de efectivas que el grupo que no recibió ninguna de las dos.

1.9.3. Psicoterapia familiar y de grupo

La psicoterapia sistémica consiste en no aislar ningún fenómeno natural, ya que la patología no se presenta de forma aislada, sino en el contexto en que se vive, que en este caso sería la familia. Rodríguez (1994, en Chinchilla, 2003) menciona que

en este sistema familiar se dan alianzas de unos con otros, de dos frente a un tercero y cuando son negados dan lugar a una patología.

El tratamiento sistémico se basa en identificar los patrones de comportamiento y los sentimientos problemáticos entre los miembros de la familia que, por causa de su constante repetición, distorsionan el clima del sistema familiar y abren paso a la enfermedad. Se debe ver a la familia como un sistema en el que tanto los conflictos como los síntomas interactúen entre sí. Todos los miembros de la familia, independientemente de su enojo y desinterés, se ven envueltos en una situación en la que difícilmente se pueden mantener al margen (Chinchilla, 2003).

1.9.4. Terapia familiar

La terapia familiar no sólo es para la paciente, sino también para su familia, debido a que la bulimia por lo regular comienza en casa y normalmente dentro de la familia opera dinámicas que la mantienen. La terapia familiar se enfoca más en la familia como una unidad y menos en la paciente, y su objetivo es modificar las interacciones o dinámicas disfuncionales familiares mediante cooperación y asistencia de los integrantes de la familia. Si las modificaciones se llevan a cabo correctamente, disminuye la necesidad de la bulimia para la persona y la familia (Sherman y Thompson, 1999).

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (1993, en Chinchilla, 2003) señala que la terapia familiar tiene mayor utilidad en el caso de pacientes más jóvenes, por lo que muchos especialistas la consideran importante en niños y adolescentes. Por su parte, Mateos y Solano (1997, en Chinchilla, 2003) mencionan que en lo que respecta a los pacientes de mayor edad parece que puede ser más eficaz

dirigir el tratamiento hacia la vida personal progresivamente más independiente del medio familiar.

1.9.5. Terapia de grupo

La terapia de grupo se basa en reunir a personas con trastornos alimentarios, la mayoría bulímicas. El tratamiento en grupo es bueno, ya que permite que cada persona reconozca que no es la única con ese problema, pues en el grupo hay varias personas que entienden cómo se siente la bulímica, el grupo le brinda un ambiente seguro en el cual aprenderá nuevas aptitudes que son necesarias para superar sus síntomas bulímicos; la terapia de grupo le da a la bulímica una oportunidad para aprender de otros integrantes del grupo y del terapeuta, y le proporciona a cada participante la oportunidad de establecer lazos significativos y separaciones terapéuticas al finalizar (Sherman y Thompson, 1999).

1.9.6. Terapias psicoeducativa y de apoyo

Las terapias psicoeducativa y de apoyo, así como la educación nutricional, deben ir dirigidas a facilitar el apoyo emocional que necesita el paciente, a informar y educar acerca de la naturaleza de la enfermedad, la relación entre síntomas actuales y nutrición, riesgos, curso y evolución de la enfermedad, a fomentar la normalización de patrones alimentarios más saludables y a corregir conceptos erróneos con lo que respecta a la nutrición (Chinchilla, 2003).

1.9.7. Técnicas de exposición

Las técnicas de exposición con prevención de respuesta direccionan sus objetivos al tratamiento del vómito y los episodios bulímicos por medio de la exposición progresiva del paciente a determinados estímulos (en este caso alimentarios) y la prevención de la conducta compensatoria (vómito) o de ingesta compulsiva del alimento (atracción), (Chinchilla, 2003).

1.9.8. Otro tipo de tratamientos

Otros estudios han sugerido que los enfoques psicoterapéuticos que se centran en los problemas interpersonales de los pacientes pueden ser tan buenos como los tratamientos cognitivos-conductuales, que acentúan los cambios en las conductas y en las actitudes relativas al comer y al peso-imagen corporal, pero pueden necesitar más tiempo (Caballo, 1998).

Con el afán de controlar el conflicto de los trastornos de la conducta alimentaria en México y ofrecer soluciones a los pacientes que no responden a psicofármacos, existen métodos retrógrados, como la leucotomía límbica, llamada también electroshock moderno o psicocirugía (actualmente practicada en el Hospital “20 de Noviembre”. Este procedimiento consiste en anestesiarse al paciente de manera general, perforar el hueso e introducir un par de electrodos profundos al cerebro, los cuales aplican una serie de impulsos calóricos (radiofrecuencias) a los puntos encefálicos seleccionados y así provocar daños (quemaduras) con los que es posible eliminar la raíz del trastorno mental, sin asegurar que no se presenten daños en cuestiones de inteligencia y personalidad; asimismo, la presente alternativa pretende evadir cualquier responsabilidad moral y sentimental,

describiendo a la enfermedad como algo únicamente neurológico, por lo que el alma del problema no desaparece (Weitzner, 2008).

Este mismo autor indica que muchos estudios mencionan que la bulimia está relacionada con la imposibilidad del sistema nervioso de regular la serotonina, por lo que, conscientes de que el motor de la conducta que lleva al atracón-purga nace en el cerebro por una fuerte caída en los niveles de serotonina en el sistema nervioso central como deficiencia del triptófano, se empiezan a establecer dietas de alimentos con alto contenido de sustancias químicas (serotonina), calmando así el problema de la insuficiencia, combinándolo con el uso de fármacos.

Los trastornos alimentarios son del área contemporánea, en donde el tratamiento con enfoque humanista brinda un panorama alentador en cuanto a lo que el ser humano es, se enfatizan y enfocan en la búsqueda de sentidos por medio de la trascendencia, otorgando herramientas clave no sólo para entender la enfermedad sino para llegar a comprender el “para qué” de la vida misma (Weitzner, 2008).

CAPÍTULO 2.

BULIMIA EN NIÑOS EN ETAPA ESCOLAR PRIMARIA

Capítulo 2. Bulimia en niños en etapa escolar primaria

2.1. Infancia

Es el lapso del desarrollo humano que inicia en el nacimiento y finaliza en la adolescencia; su estudio debe tener un especial cuidado y una especial atención en los tres puntos consiguientes: diferencia entre el niño y el adulto, características de la infancia, importancia de esta edad para el desarrollo (Lefrancois, 2001).

La niñez comienza a los 2 años de edad y concluye a los 11 años y medio (a los 12 se alcanza la pre-adolescencia o pubertad y a los 13 se alcanza la adolescencia plena). Niñez es un término amplio aplicado a los seres humanos que se encuentran en fases de desarrollo comprendidas entre el nacimiento y la adolescencia o pubertad (Lefrancois, 2001). Así mismo Lefrancois refiere que la niñez es el periodo en donde se crece más, se constituye y caracteriza por 3 etapas, que son: lactancia (bebé), primera infancia (infante) y segunda infancia o niñez en sí (niño)

La edad entre los tres y los seis años es conocida como primera infancia, entre los seis y los 12 años se sitúa la infancia intermedia, son los años de la escuela elemental y el desarrollo de los niños es rápido, en esta edad los niños son influenciados por sus padres y profesores del colegio, esta influencia puede ser positiva o negativa (Papalia y Wendkos, 1997).

Índice de crecimiento durante la infancia intermedia:

Durante esta etapa los niños tienen buen apetito, necesitan comer bien ya que el cuerpo demanda energía y su cuerpo duplicará su peso durante este periodo para soportar el constante ejercicio y crecimiento continuo (Papalia y Wendkos, 1997); para mantenerse activos y crecer normalmente los niños necesitan fuentes ricas en proteínas y en energía.

Papalia y Wendkos (1997) mencionan que los niños de esta edad ganan un promedio de siete libras y de cinco a ocho centímetros por año hasta llegar a la adolescencia, la cual en algunas niñas inicia de manera prematura alrededor de los 10 años; por consiguiente las niñas son más altas y pesadas que los niños. Papalia y Wendkos refieren que dada la gran variación en la talla durante la infancia intermedia, se debe ser muy cuidadoso al evaluar la salud de los niños o identificar posibles anomalías en su crecimiento físico.

2.2. Pubertad

El inicio de la pubertad es aproximadamente a los 12 años en las niñas y a los 14 en los niños. Malina (1990, en Lefrancois, 2001) dice que este estadio puede iniciar a los 8 años en las niñas.

La pubertad inicia con el aumento de hormonas sexuales, entre los cinco y los nueve años las glándulas suprarrenales empiezan a secretar cantidades grandes de andrógenos, los cuales provocan el crecimiento del vello púbico, axilar y facial (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

La pubescencia son los cambios que llevan a la madurez sexual, los cuales son desencadenados por hormonas secretadas por las glándulas endócrinas, como lo son las gónadas. Estos cambios ocurren al final de la niñez y el inicio de la adolescencia.

Los cambios antes mencionados incluyen la aparición del vello púbico, el crecimiento de los pechos de las niñas y el periodo menstrual, entre otros. Las niñas experimentan un rápido crecimiento físico (Lefrancois, 2001).

Las niñas comienzan a mostrar cambios de la pubertad entre los 8 y los 10 años. Algunas niñas empiezan a mostrar crecimiento de los senos y vello púbico desde los seis o siete años. El sobrepeso es asociado con la pubertad temprana, alrededor de los 9 y los 14 años hay un aumento en la estatura y el peso de las niñas. La pelvis de las chicas se empieza a ampliar y se depositan capas de grasa bajo la piel, dándoles una apariencia redonda. A esta edad las niñas están muy preocupadas por su apariencia física y a muchas no les gusta lo que ven en el espejo (Papalia et al, 2005).

Las niñas que están avanzadas en el desarrollo por lo general piensan que son muy gordas y esta imagen las puede llevar a problemas relacionados con la alimentación.

Ellis y Garber, 2000; Grber, Brooks-Gunn y Warren, 1995; Moffitt, Caspi, Belsky y Silvia, 1992; Steinberg, 1988 (en Papalia et al, 2005) mencionan que las niñas con una menarquia temprana tienden a ser agresivas o depresivas o a tener malas relaciones con sus familiares.

D. P. Orr e Ingersoll (1995, en Papalia et al, 2005) indica que tanto los niños como las niñas que entran temprano a la pubertad o su maduración cognoscitiva se presenta tarde están predispuestos a conductas de riesgo.

2.3. Consecuencias de la madurez precoz y tardía

Dubas y Petersen (1993, en Lefrancois, 2001) mencionan que es más probable que las niñas precoces tengan un autoconcepto más pobre, se sientan deprimidas, comiencen a tener citas y que se entreguen a conductas desapropiadas, tales como faltar a clases, emborracharse y comenzar a preocuparse por su peso. Brooks-Gunn (1988, en Lefrancois, 2001) menciona que las niñas que son precoces tienen un peso mayor que las que maduran después y están más predispuestas a padecer problemas alimentarios.

Mantener el peso adecuado es una constante preocupación para algunos; muchas veces la inquietud por el peso se convierte en obsesión, sobre todo entre las niñas. Muchas niñas de seis años de edad no quieren estar gordas y un 40% de las niñas de nueve y 10 años intentan perder peso (Feldman, 2007).

La maduración precoz es una desventaja en los grados de quinto a sexto de primaria, ya que la mayoría de las niñas todavía no empiezan a madurar y las niñas maduras tienen más probabilidades de ser excluidas del grupo de amigas (Lefrancois, 2001).

2.4. Obesidad y nutrición en la niñez

Las primeras experiencias del niño con la comida y las prácticas de alimentación con los padres tienen una gran importancia ya que una buena nutrición es esencial para la salud y el crecimiento normal; por otro lado, la desnutrición puede desequilibrar la actividad, la sociabilidad y el funcionamiento cognitivo de los niños (Papalia y Wendkos, 1997).

Los antecedentes nutricionales de los niños se relacionan con muchas dimensiones del funcionamiento social y emocional en la edad escolar (Feldman, 2007).

La alimentación adecuada no sólo depende de las capacidades motrices y digestivas del niño, sino de su relación con otros miembros de la familia, así como de las respuestas de los cuidadores a las indicaciones del niño en relación con el hambre, la saciedad y la preferencia a ciertos alimentos (Ruiz y Sánchez, S/F).

Los mismos autores señalan que el comer se da en un contexto social y desde los primeros años de vida una gran mayoría de los encuentros de padres e hijos se dan en este contexto, por lo que los niños aprenden a asociar comidas con contextos y consecuencias. Ruiz y Sánchez indican que la familia es la principal influencia en el desarrollo de los hábitos de alimentación, tanto los padres como los hermanos de mayor edad son modelos para los niños en su aprendizaje e imitación.

Johnson y Birch, 1994; Faith, Johnson y Allison, 1997; Wardle, Guthrie y Sanderson, 2001 (en Feldman, 2007) mencionan que los niños deben aprender a controlar por sí solos su alimentación. Los padres que son muy controladores y autoritarios respecto a la alimentación de sus hijos los privan de controles internos para regular su propio consumo de comida.

Si el adulto tiene grandes expectativas respecto al comportamiento del niño en las comidas y lo amenaza con castigos, el niño sentirá miedo a la hora de comer. Las discusiones entre otras tensiones emocionales ejercen un efecto negativo. Las comidas que son consumidas con prisa crean un ambiente de agitación y fortalecen la tendencia a comer con mucha rapidez; por el contrario, se debe comer en un ambiente positivo, dedicar el tiempo necesario a las comidas, aguantar derrames ocasionales y fomentar la conversación que integre a todos los miembros de la familia (Ruiz y Sánchez, S/F).

2.5. Etiología de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en la niñez

Según Chinchilla (2003), los TCA que inician en edad prepuberal son multifactoriales y responden a un modelo biopsicosocial según la edad (pubertad y prepubertad).

Chinchilla (2003) indica que Stice et al. 1999, y Hill y Franklin, 1998, mencionan que algunos autores han destacado la relevancia de las actitudes alimentarias y la propia insatisfacción corporal de las madres de las pacientes, así como el nivel de cohesión y organización familiar. También se relaciona la previa obesidad de la niña, la anorexia, las madres excesivamente preocupadas por su delgadez y la de sus hijas.

Algunas etiologías potenciales de los trastornos de la alimentación en la infancia (Ruiz y Sánchez, S/F):

1. Ambientales: dar de comer siguiendo un horario fijo en lugar de a demanda, varios cuidadores con diferentes criterios, ambiente inapropiado a la hora de comer, muchas distracciones.
2. Transaccionales: no reconocimiento por parte de los cuidadores de los signos de hambre o saciedad del niño, forzarlo a comer cuando no quiere, no permitirle que toque la comida o que coma solo, controlarle demasiado el orden de las comidas.

2.6. Factores de riesgo para los TCA en la niñez

Estos factores incluyen las características de la alimentación de los niños que pueden relacionarse posteriormente con la aparición de bulimia u otro TCA, actitudes familiares y sociales frente al peso y la imagen corporal, características temperamentales y de interacción familiar (García, 2001).

García (2001) menciona que tanto la vulnerabilidad para sufrir TCA y la característica temperamental del perfeccionismo son heredadas, mientras que los modos de comer, la relación con la comida, las estrategias de control personal y las pautas de interacción social son aprendidas, y todo esto ocurre durante los primeros años de vida en el medio familiar.

Koff y Rierdan (1993, en Chinchilla, 2003) indican que otro factor de riesgo es el desarrollo puberal precoz.

2.7. Imagen corporal y trastornos alimentarios en la infancia

2.7.1. Auto-concepto

Kahne (1996, en Lefrancois, 2001) menciona que el auto-concepto es un término que se refiere a las descripciones a la que llegaríamos si nos pidieran que explicáramos nuestros roles y características de personalidad.

Aquí es donde surge la pregunta “¿Quién soy en el mundo?”

El autoconcepto es el sentido de nosotros mismos, incluidos la autocomprensión y la autorregulación. Papalia y Wendkos (1997), indican que los autoconceptos que se crean en la infancia media con frecuencia son fuertes y duraderos; los positivos, como por ejemplo “soy un buen deportista”, “soy popular”, “soy bonita, delgada y exitosa” permiten a los niños verse como personas exitosas y eleva su autoestima; por el contrario, el autoconcepto negativo “soy débil, feo, gordo” crea en el niño baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

El autoconcepto refleja creencias y cogniciones acerca del yo.

El autoconcepto de los niños se divide en las esferas académica y personal. Los niños se evalúan a sí mismos en cuatro áreas. El autoconcepto no académico incluye apariencia física, destreza física y relaciones con los compañeros. El autoconcepto académico se divide de una manera parecida (Feldman, 2007).

Los niños en edad escolar se encuentran en busca de sí mismos, ven lo que la sociedad espera de ellos y mezclan estas expectativas con la imagen que se han

creado de ellos mismos. Markus y Nurius (1984, en Papalia y Wendkos, 1997) indican que en la medida en que los niños luchan por ser parte de la sociedad deben cumplir tareas importantes para desarrollar el autoconcepto.

El uso de rasgos internos para determinar el autoconcepto viene del aumento de habilidades cognoscitivas. La visión de los niños acerca de quiénes son se hace menos simplista y adquiere más complejidad (Feldman, 2007).

A esta edad los niños empiezan a adquirir más responsabilidades, como las tareas escolares, ayudar en las labores de la casa, obedecer las normas del hogar y de la escuela (Papalia y Wendkos, 1997). Empiezan a regular su comportamiento no sólo para obtener lo que desean, sino también para satisfacer las necesidades y deseos de otras personas. Así mismo Papalia y Wendkos, refieren que a partir de que comienzan a adoptar los valores y patrones de comportamiento de la sociedad, coordinan tanto las exigencias personales como las sociales, también realizan actividades de manera voluntaria.

Los niños buscan actividades y tareas que puedan realizar con éxito, conforme van creciendo se van dando cuenta de que son buenos para algunas cosas pero no tan buenos para otras (Feldman, 2007).

Block y Robins (1993, en Lefrancois, 2001) indican que hay pruebas de que el autoconcepto es relativamente estable, aunque la autoestima disminuye o aumenta sobre todo dependiendo de las experiencias del niño.

Según Erik Erikson (en Papalia y Wendkos, 1997) la opinión que los niños tengan de su competencia es importante para lograr una autoimagen positiva, esto es lo que él hace llamar la crisis más importante de la infancia. Los esfuerzos por dominar las habilidades pueden contribuir a que los niños formen un autoconcepto positivo, ya que la virtud que se crea de la solución exitosa de las crisis es la competencia. Según algunas investigaciones, la contribución más importante al autoconcepto es el respeto que los niños sienten que les tienen las personas importantes en su vida, tales como amigos, profesores y padres. Papalia y Wendkos dicen que los niños consideran que la apariencia física es muy importante y se califican a ellos mismos por la buena apariencia que creen tener y por la aceptación social.

2.7.2. Autoestima

La autoestima es la autoevaluación general y específica, positiva o negativa de una persona; la autoestima tiene una orientación emocional (Feldman, 2007).

La autoestima se desarrolla de manera significativa durante la infancia intermedia, que es una etapa importante para el desarrollo de la autoestima, lo que es lo mismo que autoimagen positiva. El niño compara su yo real con su yo ideal y se juzga a sí mismo por la forma como alcanza los patrones sociales y las expectativas que se ha creado de su autoconcepto y en relación con qué tan bien se desempeña (Papalia y Wendkos, 1997). También pueden ser juzgados por sus compañeros; en ese sentido, en un estudio acerca de la tolerancia y el rechazo, Crystal, Watanabe y Chin (1997, en Lefrancois, 2001) descubrieron que los niños que eran diferentes de sus compañeros eran más propensos a ser rechazados.

La comparación social es la evaluación de nuestra propia conducta, pericia, habilidades y opiniones, comparándolas con las de los demás.

Los niños se empiezan a comparar cada vez más con otros, y al hacerlo califican qué tanto están a la altura de los estándares de la sociedad. Ellos van desarrollando sus propios estándares internos de éxito (Feldman, 2007). Los niños generalmente se comparan con otros, parecidos a ellos; cuando su autoestima está en juego eligen hacer comparaciones sociales descendentes con otros que son menos competentes o exitosos. Feldman menciona que la comparación social descendente cuida la autoestima de los niños, ya que al compararse con otros que son menos competentes se aseguran de ser superiores y, por lo tanto, conservan una imagen exitosa de ellos mismos.

La autoestima se vuelve cada día más diferenciada, a los siete años la mayoría de los niños tiene una autoestima que refleja una visión global y muy simple de ellos mismos. A medida que van pasando los años de la niñez intermedia, su autoestima se enfoca en unas áreas y disminuye en otras, la autoestima global aumenta durante la niñez intermedia y disminuye alrededor de los 12 años (Feldman, 2007).

Eccles et al., 1989; Twenge y Campbell, 2001 (en Feldman, 2007) mencionan que los estudiantes que dejan la primaria e ingresan a la secundaria muestran una disminución de la autoestima, que posteriormente vuelve a subir progresivamente. Según Feldman los niños que tienen una autoestima crónicamente baja se enfrentan a una dura prueba, porque se enredan en un ciclo de fracasos que cada día es más complicado romper.

Susan Harter (1990, en Papalia y Wendkos, 1997) sugiere que la autoestima viene de dos fuentes: qué tan competentes se sienten los niños en diferentes aspectos de la vida y cuánto apoyo reciben de las demás personas.

Lefrancois (2001) indica que la diferencia entre aspiraciones, competencias y deseos del niño se presenta en las estimaciones de su valía, al mismo tiempo que la consideración de los demás tiene una influencia muy importante en la autoestima. Así mismo Lefrancois menciona que la apariencia física es el área más importante en la determinación de la autovaloración, tanto en los niños menores de tercer grado a sexto de primaria, como en los mayores de segundo de secundaria. El atractivo es importante en ambos sexos.

Hartup (1983, en Lefrancois, 2001) menciona que para las niñas son más importantes las destrezas sociales y la madurez, en especial cuando se acercan a la adolescencia.

Las fuentes de apoyo de mayor importancia para determinar la autovaloración, tanto de niños pequeños como de mayores, son los padres y compañeros (Lefrancois, 2001).

Los padres pueden romper el ciclo fomentando la autoestima positiva de sus hijos. La forma más adecuada de emplear el estilo de crianza es con autoridad, ya que los padres con autoridad son cariñosos y brindan apoyo emocional, pero al mismo tiempo establecen límites definidos a la conducta de sus hijos. Los padres que son muy controladores les demuestran a sus hijos que no confían mucho en ellos y que no saben tomar buenas decisiones, lo que deteriora el sentido de aceptación de los niños (Feldman, 2007).

La percepción que se tiene de la propia apariencia física por lo general inicia en la infancia intermedia o antes y se acentúa en la adolescencia (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

De acuerdo con un estudio prospectivo de cohorte, las actitudes de los padres y los medios de comunicación tienen un papel importante y mayor que las influencias de los pares en alentar las preocupaciones por el peso (Papalia et al, 2005).

Field et al (2001, en Papalia et al, 2005) mencionan que tanto los niños como las niñas que creen que la delgadez es importante para sus progenitores, suelen ponerse a dieta muy seguido.

Martínez-González et al. (2003, en Papalia et al, 2005) indican que las niñas con padres solteros o divorciados y las que con frecuencia comen solas están en constante riesgo de desencadenar algún trastorno alimentario.

La bulimia debuta generalmente en la adolescencia, pero su edad de aparición se está adelantando con el paso del tiempo (Ruiz y Sánchez, S/F).

Según estudios realizados por la Universidad Nacional Autónoma de México, presentados por el Dr. Armando Barriguet Meléndez, en la ciudad de México el 75% de las niñas y el 65% de los niños de entre 9 y 13 años están muy preocupados por no engordar (Galarza, S/F).

El Dr. Barriguet Meléndez señala que se ha demostrado que niños y niñas con edad aproximada de 10 años ya tienen conocimiento del yo ideal, y que 3 de cada 7 niños presentan bulimia nerviosa (Galarza, S/F).

La interacción de los niños con sus padres, así como la responsabilidad de aportarles la satisfacción del apetito mediante dietas balanceadas y cariño constituyen la parentalidad, en tanto que la deficiencia en su manejo puede traer trastornos de conducta alimentaria y adictiva (Galarza, S/F).

CAPÍTULO 3.
PROPUESTA

1. Justificación

La propuesta del presente taller surge debido a que actualmente la bulimia se ha presentado en edades tempranas teniendo como resultado que los prepúberes y púberes son la población de mayor riesgo debido a los prematuros cambios físicos, psicosociales y cognitivos a los que se enfrentan. Feldman (2007) menciona que algunas veces la preocupación por el peso se convierte en obsesión, especialmente en las niñas; tal es el caso de que muchas pequeñas de seis años de edad no quieren estar gordas y un 40% de niñas de entre nueve y 10 años intentan perder peso.

La expansión de la bulimia es alarmante, y las causas que la originan son multifactoriales; al respecto, Ruiz y Sánchez (S/F) indican que la familia es la principal influencia en el desarrollo de los hábitos de alimentación, tanto los padres como los hermanos mayores son modelos para los niños. Por lo tanto, la familia es el núcleo principal para la prevención y por ello los padres deben enfocarse en consolidar la identidad, incrementar la autoestima, fomentar hábitos y actividades saludables de sus hijos, así como orientar el concepto de belleza desde un cuerpo sano.

Por todo lo anterior surgió la idea de crear un taller para padres de niños de 9 a 11 años de edad, ya que durante esta edad se presentan cambios prematuros. El taller tendrá la finalidad de brindar a los padres las herramientas y la información necesaria para prevenir la bulimia.

2. Objetivo general

El objetivo general de la presente tesina consiste en aplicar un taller dirigido a padres de niños de 9 a 11 años de edad, con el propósito de informarlos acerca del trastorno de bulimia nerviosa, prevenirla y brindarles estrategias de intervención en el hogar.

3. Objetivos específicos

1. Integrar a los participantes, desarrollando un ambiente de confianza para iniciar el tema de trastornos de la conducta alimentaria.
2. Definir el concepto y las características de la bulimia nerviosa.
3. Conocer las principales consecuencias de la bulimia nerviosa y reconocerla como progresiva y devastadora.
4. Mostrar cómo es una autoestima saludable y elevada en los niños, basada en características internas de aceptación y amor propio a su físico.
5. Señalar los cambios prematuros de los niños y lo que éstos pueden provocar en ellos, resaltando que son positivos y necesarios para un buen desarrollo.
6. Brindar técnicas sobre cómo enfrentar estos cambios con sus hijos.
7. Proporcionar estrategias para que puedan ayudar a sus hijos a identificar que la belleza se encuentra en diferentes tipos de cuerpos y pesos.
8. Otorgar técnicas para mantener saludable el cuerpo y la mente de sus hijos.
9. Facilitar estrategias de intervención en el hogar en casos de bulimia.

4. Población

El taller está enfocado a padres y madres de familia, con edad, sexo y estado civil indistinto, que cuenten con hijos de edades entre 9 y 11 años. El grado de escolaridad mínimo que tendrán los padres es de primaria.

Para determinar el tamaño del grupo se definió que el número mínimo de integrantes será de 10 y el máximo de 20.

Se invitará a los padres a acudir al taller por medio de una fuente indirecta, la cual se hará mediante un cartel que aparecerá en la puerta del Grupo Pediátrico de Neurociencias.¹

5. Materiales

Para la realización del taller será necesario contar con lo siguiente:

- Carteles de publicidad del taller
- Cinta adhesiva
- Hojas blancas tamaño carta
- Plumas

¹ El Grupo Pediátrico de Neurociencias es el lugar en el cual se me ha brindado la oportunidad de desarrollarme en el área de Psicología Clínica.

- 1 videoprojector
- Lap top
- Diapositivas
- 20 bancas con respaldo y paleta
- 1 mesa para instalar el equipo
- 1 pantalla de proyección
- 1 mesa para café
- Videos e imágenes de referencia a la bulimia
- 1 pizarrón

6. Escenario

El taller se llevará a cabo en el Grupo Pediátrico de Neurociencias, el cual se encuentra en las instalaciones de una Clínica Multidisciplinaria, en un área aproximada de 200 m. Las sillas serán colocadas en semicírculo, de manera que el expositor pueda estar al frente con una mesa que parta la circunferencia. La iluminación será por medio de lámparas propias del grupo, y deberá haber un pizarrón al frente a la derecha y una pantalla para proyectar. A la entrada se instalará la mesa para café. En cuanto a la ventilación, el lugar cuenta con aire acondicionado.

7. Procedimiento

El taller tendrá una duración de 10 horas, divididas en 5 sesiones de 2 horas cada una. Se presentará en 5 días, el lunes, martes, miércoles, jueves y viernes de 16:00 a 18:00 horas. |

La inscripción se efectuará hasta una semana antes de iniciar el taller, en las instalaciones del Grupo Pediátrico de Neurociencias. Al momento de la inscripción los padres deberán llenar la hoja de registro y se les otorgará su gafete, se les indicará que deberán llegar 15 minutos antes de cada sesión.

8. Instrumentos

- Hoja de registro
- Cuestionario “¿Cuánto sabes de la bulimia?”
- Cuestionario de bulimia y sus tipos
- Cuestionario de factores de riesgo

9. Carta descriptiva

A continuación se desarrollarán las actividades y sus objetivos, que se presentarán en las tres sesiones.

Sesión 1. Actividad 1		
Objetivo específico: Los participantes se integrarán al grupo		
Técnica de instrucción: Expositiva		
Duración: 30 minutos. Horario: 16:00 a 16:30 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Presentación y bienvenida	<ul style="list-style-type: none">➤ El instructor se presentará mencionando su nombre y dará la bienvenida al taller➤ El instructor pedirá a los participantes que se coloquen sus gafetes➤ El instructor leerá el objetivo del taller y las reglas➤ El instructor dará las instrucciones	Sillas en forma de semicírculo

Sesión 1. Actividad 2		
Objetivo específico: Los participantes contestarán la evaluación		
Técnica de instrucción: Expositiva		
Duración: 10 minutos. Horario: 16:30 a 16:40 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Contestar la evaluación “¿Cuánto sabes de la bulimia?”	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor entregará el cuestionario de evaluación ➤ El instructor dará las instrucciones para contestar el cuestionario 	Cuestionario (ver anexo), plumas, sillas en semicírculo

Sesión 1. Actividad 3		
Objetivo específico: Los participantes conocerán el trastorno de la bulimia nerviosa y sus tipos		
Técnica de instrucción: Expositiva		
Duración: 40. minutos Horario: 16:40 a 17:20 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Conociendo la bulimia y sus tipos Dinámica de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor expondrá la definición y los tipos de bulimia ➤ El instructor comentará la finalidad de la evaluación ➤ El instructor les entregará la evaluación 	Videoprojector, diapositivas, cuestionario, plumas, sillas en semicírculo

Sesión 1. Actividad 4		
Objetivo específico: Los participantes realizarán preguntas de los temas expuestos en la sesión		
Técnica: Recapitulación		
Duración: 30 minutos. Horario: 17:20 a 17:50 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Resolviendo dudas	El instructor invitará a los participantes a preguntar sus dudas	Sillas en semicírculo

Sesión 2. Actividad 1		
Objetivo específico: Los participantes conocerán las características de la bulimia		
Técnica de instrucción: Expositiva y dinámica de grupo		
Duración: 60. minutos Horario: 16:00 a 17:00 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Conociendo las causas de la bulimia Dinámica de lluvia de ideas	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor expondrá las características de la bulimia nerviosa ➤ El instructor hará preguntas acerca de cada una de las características de la bulimia y los participantes aportaran ideas ➤ El instructor agregara todas las ideas en el mapa mental electrónico 	Videoprojector, diapositivas, mapa mental en Word, sillas en semicírculo

Sesión 2. Actividad 2		
Objetivo específico: Los participantes conocerán los factores de riesgo de la bulimia		
Técnica de instrucción: Expositiva		
Duración: 40 minutos. Horario: 17:00 a 17:40 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Conociendo los factores de riesgo Dinámica de evaluación	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor expondrá los factores de riesgo para padecer bulimia nerviosa. ➤ El instructor entregará la evaluación 	Videoprojector, diapositivas, cuestionario, plumas, sillas en semicírculo

Sesión 2. Actividad 3		
Objetivo específico: Los participantes realizarán preguntas de los temas expuestos en la sesión		
Técnica: Recapitulación		
Duración: 20 minutos. Horario: 17:40 a 18:00		
Actividad	Procedimiento	Material
Aclarando dudas	El instructor invitará a los participantes a preguntar sus dudas	Sillas en semicírculo

.Sesión 3. Actividad 1		
Objetivo específico: Los participantes conocerán la importancia de actuar en casa frente a la bulimia, así como las estrategias de intervención en el hogar		
Técnica de instrucción: Expositiva y dinámica de grupo		
Duración: 40 minutos. Horario: 16:00 a 16:40 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
<p>¿Por qué actuar en casa y cómo lo hago?</p> <p>Dinámica de lluvia de ideas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor expondrá las razones por las cuales es importante trabajar en el hogar en caso de bulimia y les dará estrategias de intervención en casa ➤ El instructor preguntará ¿qué se tiene que hacer para controlar el atracón? y los participantes darán ideas ➤ El instructor agregará cada una de las ideas al mapa mental electrónico 	<p>Videoprojector, diapositivas, mapa mental en Word, sillas en semicírculo</p>

Sesión 3. Actividad 2		
Objetivo específico: Los participantes conocerán las características de la edad de 9 a 11 años y por qué es considerada edad de riesgo		
Técnica de instrucción: Expositiva y dinámica de grupo		
Duración: 60 minutos. Horario: 16:40 a 17:40 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
<p>Conociendo a mi hijo</p> <p>¿Por qué se considera edad de riesgo?</p> <p>Dinámica de lluvia de ideas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor explicará las características de niños de 9 a 11 años de edad ➤ El instructor expondrá el por qué se considera riesgosa la edad de 9 a 11 años para el padecimiento de bulimia ➤ El instructor iniciará la dinámica con la pregunta: ¿Qué es lo que pone en riesgo a nuestros hijos? ➤ El instructor agregará todas las ideas en el mapa mental electrónico 	<p>Videoprojector, diapositivas, mapa mental en Word, sillas en semicírculo</p>

Sesión 3. Actividad 3		
Objetivo específico: Los participantes realizarán preguntas de los temas expuestos en la sesión		
Técnica: Recapitulación		
Duración: 20 minutos. Horario: 17.40 a 18:00		
Actividad	Procedimiento	Material
Resolviendo dudas	El instructor invitará a los participantes a preguntar sus dudas	Sillas en semicírculo

Sesión 4. Actividad 1		
Objetivo específico: Se proporcionarán consejos a los participantes para prevenir la bulimia desde la familia		
Técnica de instrucción: Expositiva		
Duración: 30 minutos. Horario: 16:00 a 16:30 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Prevención en casa	➤ El instructor expondrá los consejos para la prevención de la bulimia desde la familia	Videoprojector, diapositivas, sillas en semicírculo

Sesión 4. Actividad 2		
Objetivo específico: Los participantes recibirán consejos en relación con el cuerpo de sus hijos		
Técnica de instrucción: Expositiva		
Duración: 30 minutos. Horario: 16:30 a 17:00 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Cuidando el cuerpo de mi hijo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor expondrá los consejos para mantener sano el cuerpo de los niños 	Videoprojector, diapositivas, sillas en semicírculo

Sesión 4. Actividad 3		
Objetivo específico: Los participantes recibirán consejos relacionados con la higiene mental de sus hijos		
Técnica de instrucción: Expositiva		
Duración: 30 minutos. Horario: 17:00 a 17:30 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Cuidando la mente de mi hijo	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor expondrá los consejos para mantener sana la mente de los niños 	Videoprojector, diapositivas, sillas en semicírculo

Sesión 4. Actividad 4		
Objetivo específico: Los participantes realizarán preguntas de los temas expuestos en la sesión		
Técnica: Recapitulación		
Duración: 30 minutos. Horario: 17:30 a 18:00		
Actividad	Procedimiento	Material
Aclarando dudas	El instructor invitará a los participantes a preguntar sus dudas	Sillas en semicírculo

Sesión 5. Actividad 1		
Objetivo específico: Los participantes comentarán cómo llevan la alimentación de sus hijos y cómo es la dinámica y el ambiente familiar		
Técnica de instrucción: Participativa		
Duración: 60 minutos. Horario: 16.00 a 17:00 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Los hábitos alimentarios y el ambiente que empleo con mis hijos son... Reflexionando lo que mejoraría o cambiaría para mantener el cuerpo y la mente de mis hijos en óptimas condiciones	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cada participante expondrá los hábitos alimentarios y el ambiente familiar que emplean en casa con sus hijos ➤ Cada participante comentará lo que reflexionó 	Sillas en semicírculo

Sesión 5. Actividad 2		
Objetivo específico: Los participantes expresarán sus conclusiones sobre el taller		
Técnica de instrucción: Participativa		
Duración: 50 minutos. Horario: 17:00 a 17:50 horas		
Actividad	Procedimiento	Material
Dinámica de cierre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ El instructor pedirá a los participantes que compartan con el grupo su experiencia en el taller y si se cubrieron sus expectativas ➤ El instructor invitará a todos a darse un aplauso por su participación 	Sillas en semicírculo.

Descripción de los ejercicios

Reglas para el taller (sesión 1)

Se leerán en voz alta las reglas: “Es necesario contar con tu ayuda para mantener el orden el respeto para todos, por lo que te solicitamos:

- a) Llegar 15 minutos antes de iniciar el taller para registrar tu asistencia.
- b) Todas las participaciones se manejan con estricta confidencialidad.
- c) Respetar las opiniones vertidas y a los participantes del taller.
- d) Mantener el celular apagado desde que ingreses a las sesiones.
- e) Debido a lo corto de las sesiones, te sugerimos ir al baño antes de entrar al auditorio; si fuese necesario salir, hacerlo en silencio y regresar de la misma forma.
- f) Sería importante escuchar tu experiencia para enriquecernos todos y/o resolver tus dudas, pero no es obligatorio.

Dinámica de presentación (sesión 1)

Se solicita a cada participante que diga su nombre, cuántos hijos tiene y sus edades.

Dinámica de lluvia de ideas (sesiones 2 y 3)

El instructor mencionará que la finalidad de este ejercicio es poner en común el conjunto de ideas y conocimientos que cada uno de los participantes tiene sobre un tema, y colectivamente llegar a una síntesis, conclusiones o acuerdos comunes, buscando la participación de todos los integrantes del grupo.

Para esta actividad el moderador será el instructor, quien estará atento para tomar en cuenta todas las opiniones y evitar que se repitan o que se critiquen las propuestas por los demás.

Para iniciar la actividad el instructor hará una pregunta abierta respecto del tema antes visto.

Cada participante aportará una sola idea por ronda, de esa manera todos tendrán las mismas oportunidades de participar.

El instructor ya tendrá lista la base de un mapa mental en Word y le irá agregando las ideas que los participantes aporten. De esta manera la dinámica será más gráfica y podrán llevarse el cuadro elaborado, ya que al finalizar el taller se entregará una copia a cada uno.

Dinámica de cierre (sesión 5)

Se formarán las sillas en semicírculo para que todos los participantes expresen qué les pareció el taller. No es obligatorio que todos participen en el ejercicio, pero sí enriquecedor para todos. Se preguntará por ejemplo: ¿Se cumplieron las expectativas? y se solicitarán sugerencias.

10. Evaluación

Se llevarán a cabo 3 evaluaciones a los participantes. La primera consiste en una serie de afirmaciones, llamada “¿Qué tanto sabes sobre bulimia?” la cual se compone de 16 oraciones (ver anexo 3).

La segunda evaluación será sobre la bulimia y sus tipos, la cual se hará por medio de las opciones “Falso” y “Verdadero” (ver anexo 4).

La tercera evaluación será sobre factores de riesgo y contará con tres preguntas abiertas (ver anexo 5).

Estos instrumentos fueron elaborados específicamente para este taller.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Desde el nacimiento de un niño este comienza una interacción con sus padres. Las primeras experiencias del niño con la comida y las prácticas de alimentación con los padres tienen una gran importancia en los hábitos de alimentación desarrollados posteriormente.

Ruiz y Sánchez (S/F) mencionan que la familia es la principal influencia en el desarrollo de los hábitos de alimentación, y que tanto los padres como los hermanos mayores son modelos en aprendizaje e imitación.

La etapa escolar primaria implica una transición en diferentes aspectos, tanto biológica y física como cognoscitiva y social.

Muchas niñas empiezan a presentar características de la pubertad a edades tempranas; entre los 8 y 10 años de edad las niñas ya comienzan a tener cambios físicos, como el aumento de peso.

Papalia, Wendkod y Duskin (2005) indican que a esta edad las niñas están muy preocupadas por su apariencia física y a muchas de ellas no les agrada lo que ven en el espejo, lo que las puede llevar a presentar problemas de la alimentación.

Los padres juegan un papel fundamental en esta edad, ya que es cuando se forma la autoestima y el autoconcepto. Es importante que en esta edad de grandes cambios los padres ayuden a fortalecer la autoestima de sus hijos y la formación del autoconcepto ya que los auto conceptos que se crean a esta edad con frecuencia son fuertes y duraderos, aparte de que estos permiten a los niños verse como personas exitosas. Si se crea un autoconcepto negativo se forma a una chica con sentimientos de inferioridad y susceptible.

Si los padres están presentes y saben cómo apoyar a sus hijas durante esta etapa de cambios las niñas estarán menos predispuestas a padecer un trastorno de la alimentación como la bulimia nerviosa.

La psicoeducación para padres sobre bulimia nerviosa es de gran utilidad ya que ayuda a la prevención, puesto que la familia es la principal institución para los niños de esta edad. También abre el panorama para los que tienen una hija bulímica, debido a que se le proporcionan estrategias de intervención en casa.

Por todo lo anterior, la importancia de esta tesina al proponer un taller psicoeducativo para padres de niños de 9 a 11 años de edad para prevención e intervención de bulimia nerviosa en casa, es crear conciencia de la etapa por la que atraviesan sus hijos, que guíen y apoyen en la formación de autoestima así como del autoconcepto para que sus hijos libren esta etapa de cambios que es la pubertad o en su caso pubertad temprana, sin ningún riesgo.

Que los padres sepan cómo mantener sanos el cuerpo y la mente de sus hijos para reducir el riesgo de padecer bulimia. Todo esto podría lograrse si fomentan hábitos saludables de alimentación, deporte y valores, y les enseñen a valorar su cuerpo, a amarse como son, para que los niños se mantengan sanos y exitosos.

Con la aportación de este tipo de taller centrado a los padres de familia se logrará reflejar la conciencia de lo que es el trastorno de bulimia nerviosa; los participantes con todas las herramientas y estrategias que se les brindan podrán prevenir la existencia de este problema alimentario en sus hijos y estarán preparados para intervenir desde sus hogares.

ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Alcances, limitaciones y sugerencias

Se estima que esta propuesta puede tener efectos positivos si se logra despertar preocupación e interés en los padres, debido a que:

- El aumento de casos de bulimia en niños de 9 a 11 años de edad, el cual representa un grave problema para la salud de los menores.
- Identificando las características presentes en el comportamiento de sus hijos, que pueden dar inicio a la bulimia, estén en posibilidades de evitar su desarrollo.
- Tendrían mayor información para establecer un buen desarrollo mental, físico y nutricional de sus hijos.
- Vigilarían que el ambiente familiar sea el correcto o harían las correcciones necesarias a tiempo.
- Permitirá que se percaten de las consecuencias que conlleva no otorgarles el apoyo y las herramientas suficientes a sus hijos para atravesar sin riesgos la prepubertad y la pubertad.

Sería recomendable tener en cuenta:

- Que ambos padres asistan al taller, si la estructura familiar lo permite.
- Difundir la conciencia a toda la población de una comunidad e ir abordando a más padres con niños de 9 a 11 años de edad.

Puede que existan situaciones limitantes que pudieran impedir que el taller se realice, como:

- Que no haya la suficiente difusión por parte del Grupo Pediátrico en Neurociencias.
- Que no exista el aforo necesario para llevarlo a cabo.
- Que haya resistencia a participar por falta de interés.
- Que exista negación al cambio.

- Que no se cumplan las expectativas del participante.

Es evidente la urgencia de educación para padres en temas relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, ya que aunque actualmente hay información acerca de éstos, los padres de familia no están familiarizados con el tema y su importancia.

Por lo anterior, de primera instancia sería importante brindar platicas informativas sobre bulimia y anorexia, estableciendo claramente sus consecuencias.

REFERENCIAS

Referencias

- 2012, 04). Características de la bulimia. *BuenasTareas.com*. Recuperado el 29 de enero de 2014 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Caracteristicas-De-La-Bulimia/3817407.html>
- 2012, 06). Factores familiares en adolescentes con anorexia y bulimia. *BuenasTareas.com*. Recuperado el 8 de enero de 2014 de <http://www.buenastareas.com/ensayos/Factores-Familiares-En-Adolescentes-Con-Anorexia/4442210.html>
- Abraham, S. y Llewellyn-Jones, D. (2005). *Anorexia y bulimia*. España: Alianza editorial.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- American Psychological Association (2010). *Manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (2a. ed.)* (Adaptada para el español por la editorial El Manual Moerno). México: El Manual Moderno.
- APA Diccionario conciso de Psicología (2010) México: El Manual Moderno.

Benjet, C, Méndez, E. Borges, G. Medina, M. E. (2012). Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria en una muestra representativa de adolescentes. *Salud mental*, vol. 35, (6), 483-490. Recuperado de la base de datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Bulimia y anorexia, aspectos socioculturales (s.f). Recuperado el 5 de diciembre de 2013 de http://www.geosalud.com/Nutrición/anorexia_bulimia_pg3.htm

Bulimia: tipos, causas y consecuencias (s.f). Recuperado el 2 de enero de 2014, de <http://salud.doctissimo.es/enfermedades/bulimia/bulimia-tipos-causas-y-consecuencias.html>

Bulimiapsicología (s.f). Recuperado el 28 de enero de 2014 de <http://bulimiapsicologia.wordpress.com/caracteristicas-de-la-bulimia/>

Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (vols. 1-3). (2a. ed; 2008) España: Siglo XXI.

Caballos, R, Castillo, M. D, León, M. T. (2005). *Prevención de la anorexia y la bulimia desde educación*. España: Formación Alcalá.

Características de la bulimia. (s.f). Recuperado el 25 de enero de 2014 de <http://trasalim.galeon.com/CARACTERISTICAS.HTML>

Causas socioculturales e individuales. (s.f). Recuperado el 12 de enero de 2014 de <http://www.acab.org/es/documentacion/que-son-los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria/anorexia/causas-socioculturales-e-individuales>

Chinchilla, A. (1995). *Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa.* Barcelona: Masson.

Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa, obesidad y atracones.* España: Elsevier.

Cruz, A. (2004). *Anorexia.* México: Selector.

Factores de riesgo de la bulimia. (s.f). Recuperado el 5 de enero de 2014 de <http://www.webconsultas.com/bulimia/factores-de-riesgo-de-la-bulimia-280>

Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida.* (4a. ed; 2007). México: Pearson Educación. Traducido por María Elena Ortiz Salinas.

Fernández, F. y Turón, V. (1998). *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia.* Barcelona: Masson.

Galarza, K. (s.f). *Anorexia y bulimia en niños*. Recuperado el 12 de febrero de 2014 de <http://www.saludymedicinas.com.mx/?q=centros-de-salud/salud-infantil/articulos/anorexia-bulimia-niños.html>.

García, E. (2001). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Elsevier.

Gómez, M., Castro, U., Dúo, I., Yela, J. (2003) *¿Qué es la bulimia? Un problema con solución*. España: Ediciones Pirámide.

Guía de recursos para el tratamiento de los trastornos del comportamiento alimentario anorexia y bulimia. (s.f). Inutcam Instituto de Nutrición y Trastornos Alimentarios. Recuperado de http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename=Anorexia-guia-padres_rev.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220697559886&ssbinary=true

Hernández, V. (2010). *Taller para prevenir anorexia y bulimia en adolescentes de educación básica*. Tesina licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Holtz, V. y Tena (1992). *Trastornos de la alimentación*. Universidad Iberoamericana.

Lefrancois, G. (2001). *El ciclo de la vida*. International: Thomson Editores.

López, A. D. (2001). Aproximaciones teóricas al estudio sociológico de la anorexia y la bulimia nerviosas. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 96, 185-199.

Mancilla, J.M. y Gómez, G. (2006). *Trastornos alimentarios en hispanoamérica*. México: Manual Moderno.

Orden, J. (2005). *Psicología de la alimentación: comportamientos saludables y trastornos alimentarios*. Madrid: Morata.

Ortiz, G. (2002). *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.

Papalia, D. y Wendkos, S. (1997). *Desarrollo Humano*. (6a. ed; 1997). México: McGraw Hill. Traducido por Germán Alberto Villamizar.

Papalia, D., Wendkos, S. y Feldman, R. (2005). *Desarrollo humano*. (9a. ed; 2005). México: McGraw Hill. Traducido por María Elena Ortiz Salinas.

Rava, F. y Silver T. J. (2004). Bulimia nerviosa (parte 1) Historia. Definición, epidemiología, cuadro clínico y complicaciones (versión On-line ISSN 1668-3501), *Arch. Argent. Pediatr.* vol. 102 (5) sept.-oct. 2004, 353-363.

Ruiz, P. y Sánchez, P. (s/f). *Trastornos del comportamiento alimentario*. Recuperado el 13 de febrero de 2014 de http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ps_inf_trastornos_comportamiento_alimentario.pdf.

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

Sierra, M. (2005). La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 1 (1), 79-87.

Taylor, J., y Gregory, S. (2005). *Applying Sport Psychology: four perspectives*. Canada: Human Kinetics.

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

Trastornos de la salud mental. (s.f). Recuperado el 2 de diciembre de 2013 de <http://nyp.org/espanol/library/mentalhealth/edbulim.html>.

Unikel C., Caballero A. (2010). *Guía clínica para trastornos de la conducta Alimentaria*. ed. S. Berenzon., J. Del Bosque., J. Alfaro., M. E Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Website on eating disorders. (s.f). Recuperado el 10 de noviembre de 2013 de <http://www.something-fishy.org/whatarethey/bulimia-s.php>.

Weitzner, A. (2007). *El camino hacia la recuperación de anorexia nerviosa y bulimia*. México: Pax.

Weitzner, A. (2008). *Ayudando a personas con anorexia, bulimia y comer compulsivo: guía práctica para maestros, terapeutas y médicos*. México: Pax.

Yosifides, A. (2006). *Bulimia y anorexia*. España: Brujas.

ANEXOS

Bulimia Infantil

En niñas y niños de 9 a 11 años

Taller impartido por:
Psic. Viridiana Bautista Maya

del 2 al 6 de junio de 2014
de 16:00 a 18:00 horas

Auditorio del Grupo Pediátrico de Neurociencias
Herschel núm. 48, col. Anzures,
Del. Miguel Hidalgo,
C. P. 11590, México, D. F.

Informes: 56 62 82 82 y 56 63 10 96
Inscripciones en la Sede

Anexo 2. Inscripción

Formato de registro para el participante

Fecha:

DATOS GENERALES

Nombre: _____

Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: _____

Estado civil: _____ Núm. de hijos: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

¿Por qué decidió inscribirse a este taller?: _____

¿Qué expectativas tiene del taller?: _____

¡Gracias!

¿Cuánto sabes sobre bulimia?

Marca con una **X** las afirmaciones que creas correctas.

1. La bulimia es una enfermedad
2. La bulimia es curable
3. Las personas que tienen bulimia no comen
4. Se caracteriza por atracones
5. Se caracteriza por ayunos prolongados
6. No hay conductas compensatorias
7. Se pierde peso de manera rápida
8. Les gusta comer en público
9. Sienten sentimientos de culpa después de un atracón
10. Sus alimentos preferidos son de baja carga calórica
11. Presentan cambios bruscos en su peso
12. Tienen problemas dentales
13. Se caracteriza por vómitos autoinducidos
14. Tienen preferencia por alimentos dulces, como pasteles, etc.
15. Realizan actos compulsivos compensatorios, como comer y comprar
16. La familia es un factor causal para el padecimiento de la bulimia

Anexo 4. Sesión 1

La bulimia y sus tipos

Marca con una **X** la opción correcta

1. La bulimia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria	V	F
2. La bulimia se caracteriza por ingerir grandes cantidades de alimento y sentimientos de culpabilidad	V	F
3. Los alimentos seleccionados en los atracones son de bajo contenido calórico	V	F
4. Las bulímicas no son conscientes de que sus hábitos de alimentación no son normales	V	F
5. El vómito auto inducido, el uso de laxantes y diuréticos son características del tipo purgativo	V	F
6. Los ayunos y el ejercicio excesivo son seguidos de un atracón	V	F

