



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

UNIDAD ACADÉMICA PROFESIONAL NEZAHUALCÓYOTL.

**“IMPACTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN EL DESARROLLO DE
SÍNTOMAS DE ANOREXIA NERVIOSA”**

TÉSIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.**

PRESENTA

ALINNE JUDITH GODOY TREJO.

ASESOR: DR. EN PSIC. ESTEBAN JAIME CAMACHO RUIZ.

NEZAHUALCÓYOTL, MÉXICO, 2011

INDICE

	Pág.
RESUMEN	11
ABSTRACT	14
Lista de figuras	6
Lista de tablas	10
INTRODUCCIÓN	17

PRIMERA PARTE PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
1.1 Hipótesis	21
1.2 Objetivos	22
1.2.1 General	22
1.2.2 Específico	22
1.3 Justificación	23
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO	24
2.1 Trastornos alimentarios	24
2.1.1 Características diagnósticas	25
2.1.2 Subtipos	27
2.2 Concepto y estudio de la anorexia nerviosa	28
2.2.1 Prevalencia	32
2.2.2 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo de la anorexia nerviosa	33
2.2.3 Consecuencias de la anorexia nerviosa	34

2.3 factores de riesgo para el desarrollo de anorexia	35
2.3.1 Alteraciones biopsicosociales del individuo	35
2.3.2 Desarrollo del sujeto en la adolescencia	45
2.3.3 Patrón familiar	57
2.3.4 Impacto de los medios de comunicación en la insatisfacción corporal de las personas.	57
2.3.5 Factores de riesgo	59
2.3.6 APORTACIONES DE INVESTIGADORES AL CAMPO DEL CONOCIMIENTO	47

SEGUNDA PARTE

DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 3. MARCO MÉTODOLÓGICO	62
3.1 Diseño de investigación	62
3.2 Tipo de estudio	62
3.3 Ubicación Geográfica	63
3.4 Participantes	63
3.5 Instrumentos	64
3.6 Procedimiento	64
CAPÍTULO 4. RESULTADOS	66
4.1 Identificar síntomas de la anorexia nerviosa	66

CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DE RESULTADOS

CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES

175

6.1 Limitaciones y propuestas

188

Referencias

191

Anexos

Cuestionario 1

199

Cuestionario 2

200

Oficio para la aplicación de cuestionarios

208

Fotos de las alumnas en la aplicación de los cuestionarios

209

Tríptico de lo que es la anorexia

216

Cronograma

218

Lista de Figuras

Figura 1. Distribución Total del EAT.	66
Figura 2. Cuando estás viendo una película ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas	67
Figura 3. Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta adelgazante	68
Figura 4. Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas	69
Figura 5. Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica	70
Figura 6. Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas	71
Figura 7. Llamen tu atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes	72
Figura. 8. Entre tus compañeras y amigas Suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo	73
Figura 9. Llamen tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes	74
Figura 10. Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas	75
Figura 11. Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes	76
Figura 12. Te atrae y a la vez te angustia (por verte gorda) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.	77
Figura 13. Cuando vas por la calle te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas	78
Figura 14. Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida	79
Figura 15. Comentas a tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar	80
Figura 16. Llamen tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas	81
Figura 17. Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir	82
Figura 18. Te angustia que te digan que estas “llenita”, “gordita”, “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo	83

Figura 19. Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de su cadera y muslos	84
Figura 20. Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.	85
Figura 21. Te preocupa el excesivo tamaño de tus senos	86
Figura 22. Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar	87
Figura 23. Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada	88
Figura 24. Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncio, etc., que hablan de calorías	89
Figura 25. Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo	90
Figura 26. Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño	91
Figura 27. Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad	92
Figura 28. Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por el peso o por la forma de su cuerpo	93
Figura 29. Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos	94
Figura 30. Te preocupa el excesivo tamaño de tu cadera y muslos	95
Figura 31. Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar	96
Figura 32. Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante	97
Figura 33. Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes	98
Figura 34. Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos	99
Figura 35. Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son mas aceptadas por los demás que las que no lo son	100
Figura 36. Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes	101

Figura 37. Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de sus senos	102
Figura 38. Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior	103
Figura 39. Lllaman tu atención los anuncios de productos laxantes	104
Figura 40. Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son	105
Figura 41. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer	106
Figura 42. Me gusta comer con otras personas.	107
Figura 43. Preparo comida para otros, pero yo no me las cómo.	108
Figura 44. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de la comida.	109
Figura 45. Me da mucho miedo pesar demasiado.	110
Figura 46. Procuro no comer aunque tenga hambre.	111
Figura 47. Me preocupo mucho por la comida.	112
Figura 48. A veces me eh atracado de comida, siento que era incapaz de parar.	113
Figura 49. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	114
Figura 50. Tengo en cuenta las calorinas que tiene los alimentos qué cómo.	115
Figura 51. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej, pan, arroz, patatas, etc.).	116
Figura 52. Me siento llena después de las comidas.	117
Figura 53. Noto que los demás prefieren que yo comiese más.	118
Figura 54. Vomito después de haber comido.	119
Figura 55. Me siento muy culpable después de comer.	120
Figura 56. Me preocupa el deseo de estar más delgada.	121
Figura 57. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	122

Figura 58. Me peso varias veces al día.	123
Figura 59. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	124
Figura 60. Disfruto comiendo carne.	125
Figura 61. Me levanto pronto por las mañanas.	126
Figura 62. Cada día como los mismos alimentos.	127
Figura 63. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	128
Figura 64. Tengo la menstruación regular.	129
Figura 65. Los demás piensan que estoy demasiada delgada.	130
Figura 66. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	131
Figura 67. Tardo en comer más que otras personas.	132
Figura 68. Disfruto comiendo en restaurantes.	133
Figura 69. Tomo laxantes (purgantes).	134
Figura 70. Procuro no comer alimentos con azúcar.	135
Figura 71. Como alimentos de régimen.	136
Figura 72. Siento que los alimentos controlan mi vida.	137
Figura 73. Me controlo en las comidas.	138
Figura 74. Noto que los demás me presionan para que coma.	139
Figura 75. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	140
Figura 76. Tengo estreñimiento	141
Figura 77. Me siento incomoda después de comer dulces.	142
Figura 78. Me comprometo a hacer régimen.	143
Figura 79. Me gusta sentir el estómago vacío.	144
Figura 80. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	145
Figura 81. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	146

Lista de tablas

Tabla 1. Correlación entre escalas del EAT y el CIMEC

Resumen

La adolescencia es un periodo de transición en el desarrollo del individuo, por lo que es necesario el abordaje de los cambios y situaciones que impactan su crecimiento individual, el cambio en relaciones interpersonales y el ámbito social. En México, la investigación en este ámbito ha mostrado que la población adolescente está en riesgo de presentar diversas problemáticas sociales que afectan la salud. Debido a que la conducta alimentaria es básica para la supervivencia y el funcionamiento general de las personas, su estudio adquiere una mayor relevancia desde la perspectiva de educación para la salud.

El abordaje de los trastornos alimentarios es reciente en nuestro país, se ha venido desarrollando de manera sistemática hace aproximadamente 10 años. Ya que hay un incremento en mayor medida e incidencia en los últimos años, hecho que se ve reflejado indirectamente en el número de nuevos casos atendidos en unidades especializadas.

Su estudio va desde la construcción, validación y utilización de instrumentos empleados en algunas investigaciones como las de Vázquez, Alvarez y Mancilla, 2000; García, Vázquez, López-Alvarenga y Arcila, 2003, etc. hasta el trabajo en prevención, tratamientos y apoyos psicosociales que se aportan a través de instituciones de salud, la escuela y por supuesto la familia.

Se ha señalado una mayor predisposición al desarrollo de problemas alimentarios en sujetos que necesitan mantener un cuerpo delgado y se desarrollan en diversas actividades y en las que existe un alto grado de competitividad como son el modelaje, la actuación, actividades deportivas y artísticas como son el ballet, la gimnasia y el patinaje. Sin embargo, se ha visto que los desórdenes alimentarios no son problema exclusivo de las mujeres jóvenes; en los hombres por ejemplo, se destaca la sintomatología característica de la bulimia y esto se asocia principalmente con problemas de tipo emocional.

En algunas ocasiones, los infantes también se ven afectados, si bien no presentan de manera formal un trastorno como tal, sí llevando a cabo conductas que los ponen en riesgo de desarrollar este tipo de trastornos. Al respecto, se han realizado varios estudios con alumnos de diferentes grados de primaria y se ha encontrado que desde la edad de los seis años éstos tienden a asociar estereotipos negativos de personalidad con las personas pasadas de peso, lo que les genera gran preocupación por estar gordos. Asimismo, tienen gran conocimiento de métodos dietéticos y alimentos bajos en calorías mucho antes de llegar a utilizarlos.

Mientras que en las mujeres, estos porcentajes llegan hasta 5.4% en las edades de 13 a 15 años y a 16.1% en las de 16 a 18 años. Con ello y de acuerdo a las evidencias a las que se tiene acceso, las conductas alimentarias de riesgo se encuentran entre los problemas de salud que más se desarrollan en mujeres jóvenes, siendo más recurrente su inicio entre la adolescencia temprana y el final de ésta, provocando desajustes en el sujeto y en las relaciones con su entorno.

Se destaca que los trastornos de la alimentación especialmente la anorexia nerviosa como enfermedad, no se presenta de manera aislada, siendo asociada a diversos factores que incluyen síntomas neuróticos, depresivos y características obsesivas. Incluso el desarrollo de estos trastornos está íntimamente relacionado con pautas anormales de interacción familiar y a la influencia de diversos factores externos, y que un tratamiento de éxito debe comprender la resolución de problemas familiares subyacentes.

Con esto se puede mencionar que existe una amplia variedad de factores asociados con los trastornos alimentarios. Dada esta complejidad y por fines prácticos, en el presente trabajo nos enfocaremos específicamente a la anorexia nerviosa y su relación con los diversos medios masivos de comunicación, ya que los datos reportados hasta el momento se consideran básicos y resulta pertinente actualizar (en lo posible) la información.

Por ello el objetivo de esta investigación es: Analizar el impacto de los medios de comunicación en el desarrollo de síntomas de anorexia nerviosa en mujeres adolescentes. Método: se utilizaron cuestionarios del modelo estético corporal y el Test de Actitudes Alimentarias con 40 preguntas que incluye la interiorización de las influencias culturales, influencia de la publicidad, malestar de la imagen corporal y conductas para la reducción de peso, influencia de las relaciones sociales en la asimilación de los modelos estéticos, motivación para adelgazar, evitación de alimentos engordantes, preocupación por la comida, presión social, obsesiones y compulsiones, patrón y estilos alimentarios y conductas compensatorias fue aplicado a 90 mujeres adolescentes de la escuela secundaria Benjamín Hernández. Se solicitó mediante el consentimiento informado la autorización de las participantes; este documento se entregó impreso. Resultados: se observó que las estudiantes de la Benjamín Hernández tienen un riesgo promedio de 7.8% de síntomas de anorexia nerviosa. Conclusiones: la anorexia nerviosa tiene un lugar relevante dentro del grupo de los diversos trastornos de la conducta alimentaria. Esta ha ido en aumento en los últimos años y de acuerdo con las encuestas realizadas, nos percatamos de que su impacto también causa estragos en zonas de bajo nivel económico, como es el caso del municipio de Nezahualcóyotl.

Palabras clave: Medios de comunicación, síntomas de anorexia nerviosa, trastornos alimentarios, prototipo.

Abstract

Adolescence is a transitional period in the development of the individual, so it is necessary to approach the changes and situations that impact their individual growth, change in relationships and the social sphere. In Mexico, research in this area has shown that adolescents are at risk for various social problems that affect health. Because eating behavior is basic to survival and overall functioning of individuals, their study becomes more relevant from the perspective of health education.

The approach of eating disorders is new in our country, has been systematically developed about 10 years ago. Since there is a further increase and incidence in recent years, which is reflected indirectly in the number of new cases seen in specialist units.

His study ranges from the construction, validation and use of instruments used in some research as Vazquez, Alvarez and Mancilla, 2000; Garcia Vazquez, Lopez-Alvarenga and Arcila, 2003, etc. to work on prevention, psychosocial treatments and supports that are provided by health institutions, schools and of course the family.

Noted a greater predisposition to the development of eating problems in patients who need to maintain a slim body and develop in various activities and in which there is a high degree of competitiveness such as modeling, acting, sports and artistic activities such as the ballet, gymnastics and skating. However, it has been shown that eating disorders are not a problem unique to young women, in men, for example, highlights the characteristic symptoms of bulimia and this is mainly associated with problems of emotional.

Sometimes infants are also affected, although not formally presented as such a disorder, yes performing behaviors that put them at risk of developing these disorders. In this regard, several studies have been conducted with students from various elementary grades and found that from the age of six years these negative stereotypes tend to associate personality with overweight people, allowing them to

be of great concern fat. They also have great knowledge of dietary methods and low-calorie foods long before using them.

While in women, these percentages go up 5.4% at ages 13-15 years and 16.1% in the 16 to 18 years. This and according to the evidence to which you have access, risk eating behaviors are among the most health problems develop in young women, being more recurrent inception between early adolescence and the end of it, causing mismatches in the subject and in relations with their environment.

It stresses that eating disorders especially anorexia nervosa as a disease, not presented in isolation, being associated with several factors including neurotic symptoms, depressive and obsessive characteristics. Even the development of these disorders is closely related to abnormal patterns of family interaction and the influence of various external factors, and treatment success must understand the underlying family problem solving.

With this I mention that there is a wide variety of factors associated with eating disorders. Given this complexity and for practical purposes, in this paper we focus specifically anorexia nervosa and its relationship with the various mass media, as the data reported so far are considered basic or appropriate update (if possible) information.

Thus, the aim of this research is to analyze the impact of the media in the development of symptoms of anorexia nervosa in adolescent girls. Method: Questionnaires were used corporal aesthetic model and Eating Attitudes Test with 40 questions including the internalization of cultural influences, influence of advertising, body image distress and behaviors to reduce weight, influence of social relationships in the assimilation of aesthetic models, motivation for weight loss, avoidance of fattening foods, preoccupation with food, social pressure, obsessions and compulsions, patterns and styles food and compensatory behaviors was applied to 90 female high school adolescents Benjamin Hernandez. Was requested by the authorization informed consent of participants, this document was delivered printed. Results: We observed that students Benjamin

Hernandez with an average risk of 7.8% of symptoms of anorexia nervosa. Conclusions: anorexia nervosa has an important place within the group of various disorders of eating behavior. This has been increasing in recent years and according to the surveys, we realized that its impact also causes havoc in low income areas, such as the municipality of Netzahualcoyotl.

Keywords: Media, symptoms of anorexia nervosa, eating disorders, prototype.

INTRODUCCIÓN

Hace algunos años se habla de la anorexia nerviosa, sólo en pequeños párrafos de libros de medicina y sin una detección oportuna es tratada por especialistas en la materia; sin embargo últimamente se ha vuelto un problema en el que miles de chicas se obsesionan por lucir un cuerpo delgado, como modelos, se matan haciendo hambre, hacen ejercicio excesivo, hasta llegar al punto de la muerte por desnutrición.

La presente investigación aborda el impacto de los medios de comunicación en el desarrollo de los síntomas de anorexia nerviosa como una enfermedad que afecta a personas de ambos géneros pero principalmente a las mujeres que se encuentran en la etapa de la adolescencia, es así que este trabajo se propone reunir y analizar los elementos necesarios para la comprensión de la evolución de este tipo de problemas en nuestro país y específicamente en el contexto local en el que nos encontramos.

Las acciones de educación para la salud tienen por objeto lograr que las mujeres comprendan la importancia de su bienestar en todos los sentidos, que reconozcan los factores de riesgo asociados a la anorexia y en su caso a qué servicio acudir para recibir atención con expertos en materia de nutrición.

Para abordar esta problemática, en el primer capítulo se presenta la hipótesis, el objetivo general y específico, así mismo la justificación del por qué se eligió el tema. El segundo capítulo describe el marco teórico que da inicio desde la presentación típica de la anorexia, diagnóstico clínico, causas, síntomas y consecuencias, y el impacto de los medios en sociedades. Continuando en el tercer capítulo nos describe el método donde se abordan las variables, diseño de investigación, tipo de estudio, participantes, procesamiento y geografía física. Con esto en el capítulo cuarto se presentan los resultados de la aplicación de los instrumentos. Así en el capítulo quinto se describe el análisis de resultados. Por último en el capítulo sexto se presentan las conclusiones, limitaciones y sugerencias de la investigación, así mismo para aportar conocimientos como educadores para la salud.

PRIMERA PARTE
PLATEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La anorexia nerviosa es un trastorno de la conducta alimentaria que se da en mujeres por diferentes causas como lo son: medios de comunicación, ciertas dietas que se presentan en diversas páginas en internet, y la influencia de diversos grupos sociales. Otros de los riesgos que afecta a la población femenina es que no acuden con expertos en la alimentación (nutriólogos), por lo tanto la anorexia constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres, así como para los sistemas de salubridad social (Brumberg, 1997).

En la actualidad esta enfermedad es un problema de salud pública a nivel mundial. Es considerada como una de las principales causas de fallecimiento en mujeres con una mortalidad de los 20 mil casos anuales en el planeta. En México se estima que entre 0.5 y 1.5% de la población en general padece anorexia y 3% bulimia. Aunque los sujetos femeninos son más afectadas por estas enfermedades al registrar el 95% de los casos. De acuerdo con datos de la Federación Española de Asociaciones de Ayuda y Lucha contra la Anorexia y la Bulimia nerviosas (FEACABE) hay 20, 000 personas afectadas por la anorexia y la bulimia nerviosa (Hidalgo & Güemes 2003).

La Secretaría de Salud (SSA, 2003), menciona que los trastornos alimenticios hacen referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida. Los trastornos alimenticios se presentan cuando una persona no recibe la ingesta calórica que su cuerpo requiere para funcionar de acuerdo con su edad, estatura, ritmo de vida, etcétera.

La anorexia nerviosa representa un desafío en materia de salud pública, a **nivel mundial** se estima que su mortalidad oscila según diferentes estimaciones entre el 4% y el 18 % y con una prevalencia de 0,3% y el 1% de las mujeres afectadas; sin medir clases sociales (alta) o (baja) y países desarrollados (OMS 2006).

A nivel país de cada 100 mujeres en México, diez padecen anorexia nerviosa y cinco de ellas mueren, mientras el resto sufre las consecuencias de la enfermedad durante toda su vida (INEGI, 2010).

En el Estado de México, constituye la tercera enfermedad crónica por trastorno mental después de la obesidad y el asma en la población femenina de 11 y 18 años (Ramírez, 2003). Son varios los determinantes que pueden influir para la presencia de esta enfermedad. En esta investigación específicamente se desea analizar ¿qué tanto influyen los medios de comunicación en el desarrollo de síntomas de la anorexia nerviosa en mujeres jóvenes adolescentes? además de preguntarnos sí ¿la anorexia nerviosa es una etapa más de las adolescentes? Y la importancia de ¿Cuáles son sus verdaderas causas?

HIPÓTESIS

Cuanto mayor sea la exposición de las mujeres adolescentes a los diversos medios de comunicación, habrá una mayor influencia por parte de ellos, para el desarrollo de síntomas de anorexia nerviosa, con consecuencias graves para su salud.

Variables

La presente investigación aborda una variable dependiente y una variable independiente. La variable establecida en el primer rubro es la aparición de síntomas de anorexia nerviosa, y la variable independiente es la influencia de los diversos medios de comunicación y su publicidad en el desarrollo de síntomas de anorexia nerviosa.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el impacto de los medios de comunicación en el desarrollo de síntomas de anorexia nerviosa.

Objetivos específicos

- Identificar síntomas de la anorexia nerviosa.
- Describir el impacto de los medios de comunicación en adolescentes con síntomas de anorexia nerviosa.

JUSTIFICACIÓN

El tema de la anorexia nerviosa es de carácter social y afecta tanto al sujeto que tiene ese tipo de problemas y también a aquellos que no los tienen pero por la exposición los pueden llegar a desarrollar ya que constantemente estamos a merced de los medios de comunicación (radio, televisión, revistas) que continuamente afectan el comportamiento del individuo, sin importar el impacto que tengan sobre la población. Los medios de comunicación bombardean con ideas y consejos para adelgazar, publicidad e imágenes de modelos con atributos específicos que la mayoría de los sujetos no tienen y venden una imagen que ha sido alterada por diferentes técnicas como pueden ser: programas de computadora, maquillaje, etc. con esto se genera puede llegar a generar que las adolescentes tengan un rechazo hacia su cuerpo.

Es así como constantemente cada vez más mujeres jóvenes se suman a la población con trastornos alimentarios debido a que la figura delgada es estética, al menos de acuerdo con lo que marca la sociedad y con los estándares de los medios de comunicación, generando una gran confusión entre el cuerpo sano y el delgado.

Por lo anterior se eligió este tema porque se constató que en la Escuela Secundaria Benjamín Hernández de la colonia Benito Juárez la anorexia nerviosa es un problema de salud pública, ya que se sigue exhibiendo un estereotipo de mujer perfecta, basándose en los diversos medios de comunicación a través de la televisión, donde predomina la imagen de una fémina que desempeña el papel de modelo de pasarela, por su esbeltez y la forma en que luce.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Trastornos de la conducta alimentaria.

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. En este capítulo se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. La primera se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales. La bulimia nerviosa se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguida por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. En esta sección se incluye también la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado para codificar los trastornos que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria específico (American, 1997).

Aunque la obesidad simple está incluida en la clasificación internacional de enfermedades (CIE) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo, cuando existen pruebas que los factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso específico de obesidad. Este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

Los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria que se diagnostican con más frecuencia en la infancia y la niñez (p. ej., pica, trastorno de rumiación, y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez).

Las conductas alimentarias en las personas están reguladas por mecanismos automáticos en el sistema nervioso central (SNC). La sensación de hambre procede, tanto de estímulos metabólicos, como de receptores periféricos

situados en la boca o el tubo digestivo. Se induce la sensación del apetito, que desencadena la conducta de alimentación al cesar los estímulos aparece la sensación de saciedad y se detiene el proceso. Las personas normales, en situación de no precariedad presentan unas reacciones adaptadas a los estímulos de hambre y de sed, con respuestas correctas hacia la saciedad (Vandereyken & Castro, 1991).

Desde hace tiempo, el hipotálamo se reconoce como el lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero es a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación (Carney & Louw 2006).

Este proceso puede parecer automático y elemental, sin embargo no sólo son aspectos biológicos los que condicionan la conducta alimentaria sino otros mucho más complejos relacionados con experiencias psicológicas (los sentimientos de seguridad, bienestar y afecto que se experimentan a través del pecho materno en la lactancia). El acto de comer ha sido eminentemente social y cultural, ya que la forma de comer y las características de los alimentos definen a los diferentes grupos culturales, ya sea de una dieta mediterránea, comida americana, italiana, india, platos típicos, menús tradicionales, incluso comida basura (Turón, 1997).

Actualmente el acto de comer es un fenómeno de integración y comunicación social. A través de la comida el grupo se siente unido e identificado, en la mayoría de los actos sociales la comida ocupa un lugar de mayor relevancia debido a que es una forma de acercamiento y agradecimiento por compartir momentos en particular (Raich, 1994).

2.1.1 Características diagnósticas

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquía, sufren amenorrea.

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla (criterio a). Si la anorexia nerviosa se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El criterio A proporciona una guía para determinar cuando el individuo alcanza el valor umbral para ser considerado de peso inferior. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan life insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los criterios de investigación de la CIE-10), en la que especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m. (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura.). Estos valores límite son solo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa.

Generalmente, la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total. A pesar de que los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos. Existen otras formas de perder peso como la utilización de purgas (p. ej., vómitos provocados y uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo.

Las personas con este trastorno tienen miedo intenso a ganar peso o convertirse en obesas (criterio b). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso, y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal (criterio c). Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordos. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas

para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pasarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes de su cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas (obesas). El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves (American, 1997).

En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea (debido a niveles anormales bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes (FSH) y luteinizante (LH) es indicadora de una disfunción biológica (criterio d). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la padece. En las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía (American, 1997).

Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso, (o cuando se observa que no han ganado peso). Si la paciente decide buscar ayuda médica, es debido al malestar somático y psicológico que le ocasiona el comer tan poco. Es raro que una mujer con anorexia nerviosa se queje de pérdida de peso. Normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por esta razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad (American, 1997).

2.1.2 Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

- © Tipo restrictivo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue mediante dieta, ayunando o realizando ejercicio

intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni a purgas.

- © Tipo compulsivo/purgativo. Este subtipo se utiliza cuando recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). Los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o con diuréticos, laxantes, o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece ser que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para poder determinar una frecuencia mínima (American, 1997).

2.2 Concepto y estudio de la anorexia nerviosa

La delgadez se ha convertido en una característica estética social y se ha impuesto en mujeres y hombres durante la adolescencia, una especie de estilo de vida del que no pueden prescindir. Llegando a consumir horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar y llegar al cuerpo estándar que consideran correcto. Se someten a privaciones con dietas rigurosas y desarrollan un estado patológico por estar esbeltos. Eso ocurre con las personas anoréxicas, que acaban deificando la delgadez, haciéndose dependientes del símbolo de ésta, por lo que pueden llegar hasta a morir de hambre (Edelstein, 1999).

La anorexia nerviosa es parte de los denominados comúnmente trastornos de la alimentación; son conductas negativas que se tienen en relación con la alimentación. Existen una diversidad de ellos pero los más importantes, son la anorexia y la bulimia nerviosas (Graneck, 2007).

Este término proviene del vocablo griego anorektous se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque posteriormente se ha demostrado que en la enfermedad conocida como anorexia nerviosa no existe dicha carencia, sino que es una negación a comer con el único objetivo de no

engordar. Por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia médica (Toro & Vilardell, 1989).

Podríamos añadir la trascendencia sociológica tras la alarma social que ha despertado durante la década de los noventa (Crisp, Matthews, Norton & Oakey 1986) que indican que nos encontramos ante conductas que afectan directamente al cuerpo, reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración, y ocurren en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno; aunque para otros autores (Toro & Vilardell 1989); (García, 1993) no siempre es así, sino que suceden predominantemente en una sociedad en particular: la postindustrial de fin de siglo, marcada por una ética y una estética determinadas, enfocada a priorizar la imagen externa por encima de cualquier otro valor.

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15%), habitualmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar (Toro, 1996). (García, 1993) la define como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.

Para (Way, 1996) es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla de modo que, la base de la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima, polémica que gravita en el fondo de muchos problemas psicológicos femeninos.

El estudio de Tschirhart y Donovan (1985) señala que la bulimia, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia describe a los sujetos como comedoras compulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para silenciar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.

Con esto (Garfinkel & Garner 1982); (Garfinkel, Garner, Schwartz & Thompson 1990); consideran que las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, familia y sociedad, no obstante, cada caso debe ser examinado de forma individual. (Way, 1996)

considera que la causa fundamental de la anorexia es la falta de autoestima personal y plantea como condición básica para lograr la recuperación de una anoréxica nerviosa el conseguir desarrollar en ella un saludable sentido de auto apreciación con el que pueda superar el vacío.

Por otro lado, en el terreno de la clínica, una gran mayoría de trastornos simples o complejos conllevan por parte de quienes los padecen, dificultades para interaccionar adecuadamente con otras personas por lo que es frecuente considerar los déficits en habilidades sociales como elemento concurrente, cuando no causal, en problemas tan variados como las fobias, la depresión o los trastornos esquizofrénicos (Carrobles, 1988).

Tras esta serie de definiciones se presenta un recorrido histórico de la anorexia, existen vestigios de este padecimiento desde la Edad Media donde se encuentran relatos que explican una enfermedad caracterizada por una pérdida de peso, a partir de una dieta de hambre auto impuesta. En escritos religiosos del siglo XIV se habla de una Santa europea que ayunó y le rezó a Dios pidiéndole que le arrebatara su belleza para ahuyentar la atención de los hombres. Su cuerpo y su cara, además de la delgadez, se cubrieron de vello (Grosser, 2010).

Autores Herscovici y Bay (1990), elaboraron la primera descripción clínica de la anorexia la cual data del siglo XIX y es de Murton, (1864) habla de su paciente, una joven de 18 años quien se negó a comer hasta convertirse en un esqueleto cubierto solo por la piel. La paciente de Murton se negó a seguir el tratamiento indicado y murió tres meses más tarde. Señala Gull (1874) al describir a una de sus pacientes; le dio el nombre de “anorexia nerviosa” al padecimiento. Gull (1874) destaca entre otras cosas, su típica aparición en la adolescencia, los efectos del agotamiento calórico sobre los signos vitales, mayor incidencia en mujeres y la importancia de intervenir oportunamente con atención especializada.

Con el paso del tiempo Lasegue, (1873) fue quien acuñó el término “Anorexia Histórica” como señala Goldman (2000). De acuerdo con Lasegue cobra importancia en un momento histórico en que la nosografía psiquiátrica se inclinaba hacia un esfuerzo clasificatorio de las enfermedades mentales.

Este tipo de enfermedad dentro del campo de la histeria, le da el protagonismo a la persona que lo sufre, si recordamos que ya Charcot le había otorgado credibilidad al sufrimiento de la histérica a pesar de que no hubiese compromiso orgánico alguno en el padecer; este hecho cambia la situación, porque el saber deja de estar en manos del médico, ya que hay algo que la enferma conoce que escapa al saber médico aún cuando se dirija al médico en busca de un alivio o una forma de externar su queja (Victoria, 1995).

De acuerdo con Lasegue (1873) el médico, desconociendo el peligro, interpreta como fantasía sin importancia ni duración esta obstinación, esperando dominarla con medicamentos, consejos o peor aún por la intimidación.

Con esto podemos señalar que no solamente es la resistencia a no ingerir alimentos, sino también el interés propio, de esta forma la paciente no sólo no se siente enferma sino que, por el contrario dice y manifiesta cierta vitalidad y energía, que se traduce en una aparente fuerza física que la lleva a jornadas largas de actividad física que tal y como lo señala Lasegue no solamente no suspira por la curación sino que se complace de su condición a pesar de todas las contradicciones que suscita; y con ello, tenemos que advertir que en la misma medida el entorno familiar se ve interpelado, son ellos quienes le demandan que coma como prueba de afecto y a quienes ella exhibe su cuerpo (Grosser, 2010).

De manera que es evidente que la anorexia va más allá de un problema de alimentación y al mismo tiempo, tiene que ver con las relaciones que mantienen con sus iguales. Ahora bien, los síntomas histéricos se modifican, por ejemplo, la histeria que Freud analizó, no es la misma histeria de hoy. Como lo menciona Grosser 2010, la histeria de hoy se coloca preferiblemente como desecho del discurso de la ciencia”.

Por lo anterior, se considera que las jóvenes con anorexia expresan y denuncian el malestar de la cultura y la presión social con un síntoma que las consume poco a poco, y en el cual la ciencia desde diversas disciplinas, por ejemplo, la medicina, la nutrición, la psicología, la psiquiatría y otras, no han encontrado una

posibilidad de razonar con esos sujetos, quienes que padecen este problema poniendo en riesgo su vida, porque ellas quieren vivir con la imagen perfecta y consideran que no alimentarse es la opción más viable dentro de las posibles respuestas que se pueden encontrar, ésta principalmente, la biológica.

La razón biológica es simple: el cuerpo para responder de manera positiva debe de ser alimentado. Pero las personas que mantienen esta enfermedad no lo ven así y quieren subsistir sin alimentos, que son los que proporcionan energía; a pesar de ello sostienen su deseo, aun cuando con ello arriesgan su vida (Saukko, 2006).

Si bien es cierto, en el momento histórico que nos encontramos en el cual pre denominan la postmodernidad algunos teóricos lo relacionan con la gran expresión globalizada de la economía y su propia lógica cultural, siempre moderna ahora también globalizada; así nos deslumbra con el poder de la imagen, atrapando a los sujetos en un mundo digital. En este sentido, recordemos que en los medios de comunicación nos son impuestos modelos a seguir, ideales de cualquier índole, que no posibilitan la construcción de un propio camino, que por el contrario imponen un deber ser y una forma de estar en el mundo (Lyotard, 1986).

Como lo señala (Bercovich, 2004) Las pantallas esculpen realidades y moldean nuestros gustos los dispositivos de poder rigen nuestro modo de estar en el mundo y nuestro modo de vivir los cuerpos, el sexo y la vida (Bercovich, 2004, 90), no obstante lo anterior, esta imposición de la imagen no es suficiente para explicar por qué algunas jóvenes hacen el síntoma anoréxico es claro que influye en la representación del síntoma, pero no explica la aparición del mismo.

2.2.1 Prevalencia

La prevalencia de la anorexia nerviosa durante la vida es, en las mujeres, de aproximadamente un 0.5%. Predominan los individuo que se encuentran por debajo del umbral para el trastorno (es decir, con un trastorno de la conducta alimentaria no es especificado). La prevalencia de la anorexia nerviosa entre

hombres es aproximadamente una décima parte de la mujeres. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).

2.2.2 Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industrializadas, en las que abunda la comida y en las que estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica; de la prevalencia de este trastorno en otras culturas se posee muy poca información. Las personas que padecen de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentarse la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)

Los factores culturales influyen también en la manifestación de la enfermedad, por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo o el miedo de engordar puede ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).

La anorexia nerviosa rara vez se inicia antes de la pubertad; sin embargo, al mayor de los casos prepuberales. En cambio, otros datos mentales asociados puede ser mayor en el caso prepuberal. En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90% de los casos de anorexia nerviosa se observa en mujeres Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).

2.2.3 Consecuencias de la anorexia nerviosa

La anorexia nerviosa es un trastorno de la alimentación que si no es tratado a tiempo puede acarrear múltiples efectos sobre la salud. En algunos casos pueden ser muy graves, llevando incluso a la muerte de quien la padece (Cancela, 2011).

- Descenso del esófago al nivel del estómago.
- Absorbe las grasas acumuladas y adelgaza.
- Problemas de crecimiento.
- Desequilibrio hormonal.
- Desequilibrio electrolítico y mineral.
- Interrupción de la menstruación.
- Bradicardia (bajo ritmo cardíaco).
- Estreñimiento.
- Caries.
- Piel seca.
- Calambres.
- Labios secos.
- Hinchazón de ojos.
- Anemia.
- Pérdida de cabello.
- Uñas quebradizas.
- Dolores de cabeza.

Estas consecuencias o efectos de la anorexia nerviosa pueden ser graves y como se mencionó anteriormente pueden llevar a la muerte. Lamentablemente millones de adolescentes persiguen este ideal y caen en esta enfermedad.

2.3 Factores de riesgo para el desarrollo de anorexia

Con relación a la anorexia nerviosa podemos citar como factores de riesgo el que la adolescente experimenta el hecho de no poder controlar su miedo exterior como por ejemplo los problemas familiares, la ruptura que se da entre la relación madre-hija, padres autoritarios, entre otros. Así mismo el hecho de no poder controlar cambios físicos que se producen en el periodo de la adolescencia. Esta situación produce una falta de confianza en sí misma y la creencia errónea de no tener la capacidad para poder resolver correctamente los problemas que se le presenten.

Una baja autoestima y la influencia publicitaria de que una mujer delgada es exitosa, feliz y atractiva, lleva a las adolescentes a sentir temor al considerar la posibilidad de no alcanzar ese tipo cuerpo. La anorexia no se puede detectar en el momento preciso en que se inicia, sino cuando ya la paciente afectada se encuentra en un determinado grado de delgadez (Attie, 1989).

2.3.1 Alteraciones biopsicosociales del individuo

El estudio de las personas anoréxicas, cuando ya han desarrollado la enfermedad no permite construir un perfil previo del sujeto con riesgo sin embargo, apoyándonos en los análisis realizados por especialistas en la materia Crisp, Matthews, Norton & Oakey (1986), Toro & Vilardell (1989), Polivy & Herman (1999). Garfinkel & Garner (1982) se puede conocer los siguiente. En base a los comentarios de los padres extraídos de los estudios de Guelar, Crispo & Figueroa (1996) se muestran algunas características, unas de ellas parecían no corresponder al perfil de una persona con trastornos alimenticios:

- a) Alumnas ejemplares
- b) La hija que cualquier padre hubiera querido tener
- c) Excelente deportista; exageradas para todo

- d) Independiente y madura
- e) Joven perfecta y muy inteligente
- f) Ayuda en casa y es obediente
- g) Deseos de agradar
- h) Nunca ha dado problemas

Otros factores desencadenantes son los trastornos de autopercepción del tamaño corporal, estados afectivos y emocionales y factores socioculturales (estereotipos y valores estético-culturales relativos al cuerpo femenino, influidos por la cultura de la delgadez). Por último y aunque hay que considerar todos los factores expuestos, juntos o por separado, en todos los casos se da un determinante interno, la decisión de dejar de comer por la no aceptación de su imagen corporal (Zagalaz, 2003).

La enfermedad comienza a manifestarse con las cogniciones distorsionadas que ocupa la mente del sujeto y principalmente de la comida, todo ello relacionado al peso y al aspecto corporal. (Garner & Bemis 1982) Así se sistematizan las irregularidades del pensamiento de la anoréxica en cuanto a la comida, una vez instaurado el trastorno. Así han puesto de manifiesto la existencia de las siguientes alteraciones: abstracciones selectivas, generalizaciones excesivas, magnificaciones de posibles consecuencias negativas, pensamiento dicotómico. Estas son Ideas de autor de referencia y Pensamiento Supersticioso. Garner & Bemis (1982), establecen otra clasificación diferente de distorsiones cognitivas en cuanto a la alimentación: inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, uso selectivo de la información, hipergeneralización y magnificación de lo negativo. Estos procesos cognitivos facilitan la precipitación de la enfermedad a la decisión inicial de la práctica de una dieta restrictiva.

A lo largo del proceso anoréxico sin duda se constituye un poderoso factor de mantenimiento resistente a la crítica racional. Se trata de cogniciones desadaptativas, generando una importante conflictividad entre el sujeto anoréxico

y las personas de su entorno. En cuanto al peso y la figura, muchas de las cogniciones que presentan quedan reflejadas en la clasificación de Cash, (1987) en su descripción de los pensamientos automáticos más frecuentes que presentan las anoréxicas:

- ⊙ Belleza o fealdad: es un pensamiento dicotómico; no se aceptan aspectos parciales positivos y se establecen regímenes drásticos para lograr el ideal internalizado, aquí no se presenta una edad exacta, pero suele darse en la adolescencia a los 9 u 11 años de edad.
- ⊙ Ideal Irreal: se refiere al uso del ideal social como un estándar de apariencia aceptable, esta visión comienza a darse desde que los seres humanos son pequeño hablamos de una edad aproximada de los 5 o 6 años de edad.
- ⊙ Los sentimientos de fealdad aparecen al compararse con los ideales que la sociedad imponen en ese momento histórico desde los 5 años de edad.
- ⊙ Comparación injusta: se asemeja a la anterior, sólo que se refiere a que la persona enferma se compara con personas de su entorno que considera que representan el ideal social; los sentimientos de insatisfacción se incrementan con la comparación injusta y se presentan en la edad de los 11 años de edad a los 18.
- ⊙ Observación detallada: se observan únicamente, y de forma muy detallada, sólo las partes que se consideran más negativas de la propia apariencia y se da a los 14 a los 18 años de edad.
- ⊙ Mente ciega: pensamiento que minimiza o descuida cualquier parte del cuerpo que pueda considerarse atractiva y frecuentemente se da a de los 19 a 25 años de edad.

- ⊙ Fealdad radiante: consiste en comenzar a criticar una parte del cuerpo y hacerlo extensivo a la totalidad corporal hasta destruir toda la figura y concurrentemente se da a los 11 años de edad.
- ⊙ Juego de la culpa: consistente en pensamientos que hacen posible que la apariencia sea la culpable de cualquier fallo, insatisfacción o desengaño y frecuentemente ocurre de los 11 a 28 años de edad.
- ⊙ Mente que lee mal: pensamiento que interpreta algunas conductas de los demás en función de algún fallo en el aspecto corporal propio, suele ocurrir a partir de los 11 a los 20 de edad.
- ⊙ Desgracia reveladora: predicción calamitosa de acontecimientos futuros que sucederán por culpa de la apariencia física se comienza a dar a los 17 y 25 años de edad.
- ⊙ Belleza limitadora: consiste en poner condiciones a lo que se intenta realizar, lo que, en realidad, lo hace imposible.
- ⊙ Sentimiento de fealdad: convierte un sentimiento personal en una verdad universal.
- ⊙ Reflejo del malhumor: traspaso del malhumor o preocupación causada por cualquier acontecimiento al propio cuerpo.

Aunque estos pensamientos no son exclusivos de la anorexia nerviosa, la persistencia y credibilidad que se les atribuye puede considerarse etiológica y mantenedora. Las expectativas de obtener el reconocimiento de los demás pueden mover a realizar dietas drásticas. Las atribuciones de valor sobre sí mismas se hacen en función del peso y la figura. Las creencias irracionales se mantienen sin llevar a cabo ninguna verificación (Raich, 1994).

En el marco de los trastornos alimentarios, la imagen corporal es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, y su alteración el desequilibrio o perturbación de ella (Thompson, 1990). Para este

autor existen tres componentes en la construcción de la imagen corporal: Un componente perceptivo: precisión con que se percibe o estima el tamaño de diferentes segmentos corporales o del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a una sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o a una subestimación (percepción de un tamaño corporal, inferior al real).

- ⊙ Un componente cognitivo-afectivo: sentimientos, actitudes, cogniciones y valoraciones que despierta el propio cuerpo como objeto de percepción (insatisfacción, preocupación, ansiedad, etcétera.)
- ⊙ Un componente conductual: consistente en conductas que la percepción del propio cuerpo y sentimientos asociados que se evocan.
- ⊙ La distorsión de la autoimagen corporal que se presenta en la anorexia nerviosa según postulan diversos autores y entre ellos (Gardner & Moncrief 1986) radica no en lo que se percibe sino en cómo se interpreta lo que se percibe. En este sentido, no se trataría de una distorsión perceptiva, sino de una interpretación idiosincrática de los datos sensoriales.

No existe un déficit sensorial que dé lugar a una representación magnificada del cuerpo. Es probable que los criterios empleados por las anoréxicas para definir obesidad o delgadez sean atípicos, de manera que el peso normal será interpretado como obesidad y sólo la emancipación como delgadez. Consideran que las mujeres con trastorno alimentario tienen tendencia a distorsionar las experiencias, utilizan patrones de interpretación sesgados y tienden a maximizar los cambios y emplean criterios idiosincráticos para definir la obesidad y la delgadez (Crisp, Matthews, Norton & Oakey, 1986). Esto las hace especialmente propensas a distorsiones en el plano perceptivo.

Por otro lado, no existe un déficit sensorial que sea responsable de las alteraciones perceptivas de la imagen corporal. Esto excluye que la distorsión perceptiva exista previamente y conduzca a insatisfacción corporal. Según estas

conclusiones es más plausible que la insatisfacción y preocupación por el propio cuerpo conduzcan a la distorsión perceptiva del mismo, que el proceso inverso. Toro, (1996), y también Rosen, (1990), defienden esta segunda opción. La preocupación ansiosa explicaría la relación entre insatisfacción corporal y distorsión perceptiva. Sostienen que cuando algo preocupa es atendido y observado con ansiedad, facilitándose la distorsión de lo percibido.

La observación reiterada y ansiosa conduciría a distorsiones, dándose una retroalimentación positiva entre preocupación corporal y sobrestimación. Sería la insatisfacción corporal la variable que iniciaría la cadena causal: una preocupación e insatisfacción corporal previas fomentarían la distorsión del tamaño, lo cual, a su vez, incrementaría la insatisfacción corporal y la preocupación, que potenciarían la sobrestimación, creándose un círculo vicioso (Rosen, 1990).

En base a lo anterior Mora & Raich (1993), sostienen que la percepción corporal depende menos de los datos sensoriales y más de la participación de otro tipo de variables: estándares cognitivos asociados a cada sector corporal, experiencias interpersonales y feed-back social, presencia de un auto esquema imbuido por las preocupaciones del peso, grado de utilización de cada segmento corporal, nivel intelectual, sexo, práctica de determinados tipos de actividad física, variables etnoculturales, significado simbólico, prominencia experiencia, connotaciones psicológicas o valores adscritos a una región corporal determinada, variables clínicas y baja autoestima. En consecuencia, no son las variables sensoriales las que conducen a insatisfacción corporal, desde un punto de vista secuencial, sino que es ésta última, en conjunción con otras variables, como las citadas, las que afectan a la percepción corporal, conduciendo a la distorsión.

La persona anoréxica actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad, y otras sensaciones corporales no fueran percibidas o lo fueran de forma anómala. La falta de respuesta al frío experimental, la aparente inagotable resistencia a la fatiga e incluso la ausencia de apetencias sexuales, son datos a favor de la existencia de alteraciones interoceptivas (Pilgrim & Garner 2005).

Es muy notable la aparente dificultad de las anoréxicas para abordar e informar correctamente acerca de sus estados físicos y emocionales. Para Garfinkel & Garner (1982) las pacientes con anorexia nerviosa tienen unas experiencias interoceptivas alteradas y específicamente perciben de modo distorsionado los estímulos que en los sujetos normales se asocian a la saciedad. Su percepción de la saciedad parece estar menos influida por su estado interno que por sus expectativas cognitivas relacionadas con la ingestión de alimentos. Por lo tanto, pueden sufrir un déficit en los mecanismos reguladores de la ingestión de carbohidratos, o pueden contar con unos factores cognitivos mediadores de la ingesta suficientemente prominentes para prevalecer sobre los mecanismos reguladores internos.

Las primeras alteraciones a considerar son las que guardan relación con la ingesta alimentaria. Las pacientes suelen iniciar dietas selectivas y después restrictivas pudiendo llegar en último extremo a negar el agua. Aproximadamente la mitad de las anoréxicas pasan por episodios de bulimia, ingestas desmesuradas con periodicidad irregular que ocasionan en la enferma intensos sentimientos de culpa, auto desprecio que en ocasiones desemboca en ideas auto líticas Ayuso, (1993). Es muy frecuente que los episodios bulímicos desemboquen en vómitos inducidos. Que ocultan puesto que los percibe como un acto vergonzoso e intenta con la inducción del vómito purificar o reparar parcialmente la pérdida de control.

El vómito puede atenuar la ansiedad por lo que puede practicarse en ausencia del episodio bulímico. La restricción alimentaria conduce a estreñimiento pertinaz. Para corregirlo la anoréxica suele utilizar laxantes de todo tipo y en ocasiones, el uso de laxantes no está en relación con el estreñimiento sino con el intento de hacer desaparecer de su cuerpo todo lo ingerido. Puede utilizar, así mismo, diuréticos para eliminar la mayor cantidad de líquidos de su cuerpo. Las anoréxicas suelen interesarse por el contenido calórico de los alimentos, por todas las dietas encaminadas a la disminución de peso, incluso por dietas sintéticas, tratamientos y por el ejercicio físico facilitador de la pérdida de peso.

Se preocupan por la alimentación de las personas con las que conviven e incluso cocinan para éstas, mientras que se ocultan para alimentarse ellas. Aumentan la actividad física, llegando algunas, a evitar el sentarse. Aumenta asimismo la dedicación al estudio con la finalidad posiblemente de lograr éxitos, el perfeccionismo en lo que realiza, la demostración de autocontrol, el evadir la ansiedad, como forma de hiperactividad física, la justificación para el aislamiento social (Brucker, 1987)

Es frecuente la aparición de insomnio por dos motivos: la inanición conduce al insomnio y la sintomatología depresiva, también frecuentemente presente en la anorexia (Hauri & Linde 1990); otra razón es reducir las horas de sueño de forma autoimpuesta con la finalidad de gastar energía mientras se está en vigilia. La sexualidad de las anoréxicas se ve alterada en forma de disminución del interés, de la práctica y del placer sexual. En esta enfermedad no puede separarse la actividad sexual de la imagen y evaluación del propio cuerpo, del estado de ánimo, de las relaciones sociales en general y de las experiencias sexuales previas.

La ansiedad es un síntoma siempre presente en la anorexia nerviosa. A lo largo de la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos. Según Toro, (1996) estos agentes serían: el sobrepeso, la autoimagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor de enfermar, la percepción de “ser diferente”, el convencimiento de que eso es lo que perciben los demás, las ambigüedades e incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural en favor del adelgazamiento temido/deseado, las intervenciones médicas acertadas o y iatrogénicas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social por lo menos subjetivo, las molestias físicas y el deterioro físico progresivo. Todo ese conjunto de hechos, acciones, reacciones, interpretaciones y anticipaciones tienen un resultado común: mantener y aumentar la ansiedad (Allen & Current 2008).

Fenómenos obsesivos y compulsivos: Los pensamientos que tiene la anoréxica acerca de su cuerpo, el peso, la necesidad de autocontrol, las comidas etcétera,

suelen tener un auténtico carácter intrusivo (Williamson, Duchmann, Mckenzie & Watkins 1990). Dichos pensamientos compulsivos que provocan ansiedad, que con frecuencia desearía suprimir, que en ocasiones acepta que son absurdos; sin embargo es cierto que no los ve como ajenos a sí misma (Kaye, Weltzin, Hsu & Bulik, 1991).

Por otro lado, las conductas extravagantes relacionadas con la comida y el peso se asemejan a auténticas compulsiones. El continuo cálculo de calorías, verificación repetida del peso, los rituales en la preparación, ingestión e incluso rechazo de ciertos alimentos, si se produjera al margen de la condición de anorexia nerviosa, harían pensar, en primera instancia, en un cuadro obsesivo-compulsivo (Giordano, 2005).

En otro orden de ideas autores como Holden (1990), Quintanilla, Gual & Cervera, (1995) entre otros sugieren que, aunque las conductas extravagantes relacionadas con la comida semejan auténticas compulsiones y rituales parte de esta sintomatología podría estar determinada biológicamente a través del estado de inanición.

Trastornos afectivos: Son muchos y variados los hechos y los datos que han llevado a poner en relación la anorexia nerviosa y los trastornos afectivos. Manifestaciones como tristeza, reducción de intereses, baja autoestima, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, ideas auto líticas, etc., son constantes manifestaciones en las anoréxicas. Se discute si esta sintomatología puede ser consecuencia de la pérdida de peso, y hay acuerdo en que gran parte sí lo es; pero también parecen existir síntomas y casos concretos que escapan a esta explicación (Morales, 1997).

En estudios de seguimiento se ha objetivado que pacientes ex anoréxicas presentan sintomatología depresiva (Nagel & Jones 1992). Así mismo existen hallazgos biológicos que ponen en evidencia alteraciones funcionales del eje neuroendocrino en la anorexia nerviosa, alteraciones semejantes a las observadas en los trastornos afectivos. Los beneficios obtenidos cuando se someten a las

pacientes a tratamiento con fármacos antidepresivos y mejoran, es lo que mantiene la hipótesis de algunos autores que interpretan a la anorexia nerviosa como una variante de los trastornos afectivos (Hudson & Pope 1990).

Con respecto a la relación anorexia nerviosa y trastornos afectivos, Toro (1996) concluye:

- a) Prácticamente la totalidad de las anoréxicas experimentan algún tipo de sintomatología depresiva
- b) Alrededor de un tercio de las anoréxicas sufren o han sufrido un trastorno depresivo mayor (en el caso de las bulímicas la frecuencia parece ser más alta)
- c) Aproximadamente la mitad de las anoréxicas afectadas de trastorno afectivo mayor, experimentan su depresión poco antes de iniciarse el episodio anoréxico
- d) La mayoría de las anoréxicas depresivas y un porcentaje importante de las que no lo son dan resultados positivos en las pruebas de marcadores biológicos propios de los trastornos afectivos (aunque parece probado que en la mayor parte de los casos la causa de tal fenómeno es la desnutrición)
- e) El porcentaje de familiares en primer y segundo grado de las anoréxicas afectas de trastornos afectivos o de dependencia a tóxicos es superponible al que se halla en los familiares de pacientes con trastornos afectivos
- f) Los fármacos antidepresivos son de eficacia muy relativa en la anorexia, aunque suficientemente comprobada en la bulimia.

Por lo tanto, la anorexia nerviosa y la depresión están directa y sobre todo indirectamente vinculadas a través de diversas vías y mecanismos. Situar esta vinculación en relación con otras patologías (ansiedad, depresión, obsesión-compulsión, etc.) no es más que abordar el creciente papel de los trastornos afectivos como facilitador de otras patologías, favoreciéndolas, superponiéndose a

ellas, quizás identificándose, o constituyéndose en fruto de las mismas (Gull, 1874).

Al margen de coincidencias, secuencias y asociaciones parece bien establecido que la anorexia nerviosa es una cosa, un síndrome y el trastorno afectivo, otra. Los estudios epidemiológicos nos dicen que los trastornos afectivos se dan con similares tasas de incidencia o prevalencia en prácticamente todas las sociedades. La anorexia nerviosa, no. Es desconocida por completo en otras culturas (Grosser, 2010).

2.3.2 Desarrollo del sujeto en la adolescencia

El término adolescencia corresponde al período de crecimiento y desarrollo que transcurre entre la pubertad y la adultez. Su aparición está caracterizada por el inicio de la pubertad, la aparición de este fenómeno biológico es el comienzo de un proceso continuo, tanto sobre el plano biológico como el psíquico, y que se prosigue por varios años hasta la formación completa del adulto” (Merani, 1979).

Para Crisp, Matthews, Norton & Oakey, (1986) la adolescencia es un tiempo de transición. Etimológicamente la palabra “adolescente” proviene de *adolescere*: de falta y en latín, *ad*: hacia y *olescere*: forma de *oleré*; de crecer, que en conjunto significa transición o proceso de crecimiento. Se puede decir que no existe una edad determinada de cuando inicia esta etapa, se calcula que empieza a los once o doce años.

De acuerdo con Serrato (2000) la adolescencia se prolonga desde que comienza a producirse la madurez sexual, hasta que la persona alcanza la condición social de adulto independiente, finalizando hacia los dieciocho años de edad. Se le llama pubertad al desarrollo biológico y adolescencia al período que continua para encontrar la madurez emocional y social.

Para Dulanto, (2000) este proceso se determina por varios elementos que son: la vida en familia, la experiencia escolar, el marco cultural que ha estructurado el mundo social para la puesta en práctica de normas y límites que forman la base educativa y explican la experiencia de vida comunitaria, y las condiciones económicas y políticas que imperan en la generación que pasa por la experiencia de ser adolescente.

A continuación revisaremos algunos aspectos que enmarcan y caracterizan dicho período.

El primer aspecto que se debe considerar es que la maduración física es un proceso continuo que acompaña al ser humano en cada una de las etapas de la vida y que tiene distintas implicaciones en cada una de ellas. Debido a que no existe un acuerdo universal y estricto para situar cronológicamente a la adolescencia, se hace una separación de lo que es el proceso fisiológico y aquel en el que intervienen las emociones, recursos personales, familiares y sociales, denominando al primero como pubertad y al segundo como adolescencia. Cabe mencionar que esta separación tiene que ver más con fines didácticos y prácticos, que con una separación tajante y excluyente en el plano real (Dulanto, 2000).

Para comprender mejor dicho proceso hemos de tener en cuenta que la maduración orgánica en general permite lograr ajustes bioquímicos del organismo y su composición corporal. Gracias a esto es que se da la producción de hormonas procedentes de la adenohipófisis que facilitan la maduración de las gónadas en los y las adolescentes.

A grandes rasgos en este proceso se dan los siguientes cambios físicos:

1. Crecimiento y maduración del aparato genital se da precozmente a los 9 años y 12 años de edad o tardíamente a los 17.
2. Aparición de los caracteres sexuales secundarios comienzan a los 11 años de edad y tardíamente a los 14.

3. Crecimiento acelerado del sistema musculo esquelético comienza normalmente a los 5 años de edad, aunque generalmente es de los 10 a 15 años de edad.
4. Adquisición de la capacidad de procreación generalmente comienza a los 12 años de edad.

Al respecto (Dulanto, 2000) proponen 5 etapas para describir la maduración de los adolescentes:

Etapa I.

- ⊗ Corresponde a la pre pubertad se da en los 9 y 11 años de edad.
- ⊗ Sexo femenino: hay elevación de la papila mamaria y la aréola es rosada comienza desde los 9 y 12 años de edad.
- ⊗ Sexo masculino: los testículos, el escroto y el pene poseen casi las mismas dimensiones que en la infancia; precozmente comienzan a crecer desde los 9 años de edad hasta los 18 años de edad; el volumen testicular medio es de 3cm medido por el orquidómetro de Prader.
- ⊗ Ambos sexos: no existe vello púbico; el vello encontrado es semejante al que cubre la pared abdominal pero comienza a evidenciarse el crecimiento a los 10 años de edad hasta los 11 o 12 años.

Etapa II.

- ⊗ Sexo femenino: hay protrusión del pezón; surge el primer crecimiento del botón mamario y de la aréola del pezón. Puede iniciarse la pigmentación todo este proceso comienza desde los 13 a los 18 años de edad.

- ⊙ Sexo masculino: crecen los testículos y el escroto; este se arruga, cambia de aspecto y empieza a pigmentarse. Hay poco impulso del crecimiento del pene. Los testículos registran un volumen de 3 a 5 cm en la evaluación hecha mediante el orquidómetro todo este proceso ya mencionado anteriormente comienza a los 10 años de edad.
- ⊙ Ambos sexos: el vello púbico inicia su crecimiento en la raíz del pene en varones y en la parte superior de los labios mayores en mujeres. Es fino, largo y ligeramente pigmentado precozmente comienza a aparecer a los 9 y 12 años de edad.

Etapa III.

- ⊙ Sexo femenino: la glándula mamaria crece de manera acelerada. El pezón crece al igual que la aréola, pero no se eleva sobre la mama. En la región pectoral hay acumulación de tejido adiposo y también incremento del parénquima glandular regularmente se da a los 14 y 18 años de edad.
- ⊙ Sexo masculino: el pene se desarrolla en sentido longitudinal. El crecimiento del escroto y testículos continúa de manera acelerada; el tamaño de estos últimos es de 5 a 8 cm en la valoración con el orquidómetro de Prader esto ocurre después de la infancia, y se da a los 18 años de edad.
- ⊙ Ambos sexos: el vello púbico aumenta de cantidad, se hace fuerte, rizado y pigmentado. También se extiende sobre la superficie púbica notoriamente comienza a apreciarse a los 14 años de edad.

⊙

Etapa IV.

- ⊙ Sexo femenino: el pezón y la aréola se levantan sobre la superficie de la glándula mamaria para ampliar su diámetro y formar un segmento diferente a la glándula mamaria. Aumenta el tejido adiposo como base de los lóbulos

mamarios que son turgentes y casi como en las adultas todo este proceso a la edad ya mencionado anteriormente se da a los 18 años de edad y se extiende a los 20.

- ⊙ Sexo masculino: el pene continúa en crecimiento longitudinal y de manera acelerada, en grosor. El glande se desarrolla, y continúan agrandándose los testículos y el escroto; este también se pigmenta cada vez más. El orquidómetro registra entre 8 y 15 cm de volumen testicular comienza a partir desde los 15 hasta los 19 años de edad.
- ⊙ Ambos sexos: el vello púbico adopta características propias del sexo y de la edad adulta, pero en extensión cubre un área inferior a la del adulto. No se extiende hacia regiones colindantes se desarrolla plenamente hasta llegar a la edad adulta desde los 18 hasta los 28 años de edad.

Etapa V.

- ⊙ Sexo femenino: el pezón se proyecta y pigmenta, y la aréola retrocede respecto de la glándula mamaria. Los elementos glandulares se desarrollan por completo. Los genitales externos son casi como en el adulto y esto ocurre desde los 18 años de edad hasta los 20.
- ⊙ Sexo masculino: los genitales adquieren forma y tamaño de tipo adulto. El pene deja de crecer. La evaluación del desarrollo del testículo con el orquidómetro de Prader muestra variaciones entre 15 y 25 cm esto ocurre a los 20 años de edad.
- ⊙ Ambos sexos: en varones el vello púbico tiende a cubrir la cara interna de muslos, región perineal y abdominal. En mujeres deja de extenderse esto se da a partir de los 18 años de edad.

Así es como los factores biológicos permiten el inicio y la rapidez de las transformaciones que dan como resultado un funcionamiento hormonal diferente al de la infancia, provocando la aparición de dos hechos significativos: la menarquía (o primera menstruación) en las mujeres y la espermaquía (producción una mayor

cantidad de espermatozoides) en los hombres, y con ello la posibilidad reproductiva (Hewitt & Terilee 1993).

Sin embargo estos factores no son los únicos que se involucran, también se considera a la alimentación como primordial para lograr un equilibrio que permite a los tejidos crecer en armonía acorde a esta etapa del desarrollo. Se sabe que una alimentación deficiente ocasiona alteraciones en el crecimiento del niño y del preadolescente. Específicamente en la relación de los huesos que conforman el esqueleto, ocasionando imágenes corporales carentes de armonía (Dulanto, 2000).

Pero durante la adolescencia es necesario hacer una reestructuración consciente y global de la imagen corporal a fin de asumir los cambios drásticos que tienen lugar en el tamaño, en las proporciones del cuerpo, en las características sexuales primarias y secundarias y en la apariencia facial. Otro de los aspectos a contemplar con cuidado en el desarrollo de los adolescentes es la presencia de enfermedades crónicas de cualquier índole (por ejemplo, problemas cardiovasculares, diarrea crónica, anorexia entre otros que conducen a la desnutrición) ya que pueden interferir con el adecuado desarrollo del adolescente. De la misma manera, las alteraciones en el proceso del preadolescente o adolescente producidas por auto exigencia en el deporte y otras actividades que requieren de un gran desgaste físico como practicar ballet pues éstas modifican la composición corporal, disminuyendo la proporción del tejido graso y la masa corporal (Dulanto, 2000).

Es precisamente en esta etapa en donde la conciencia del cuerpo y la metamorfosis que sufre el individuo habrán de repercutir en distintos grados, en cada una de las áreas de la vida Craig, (1997), señala que el adolescente experimenta el placer y el dolor de observar el proceso; con sentimientos alternos de fascinación, deleite y horror el crecimiento de su cuerpo. Porque tanto los hombres como las mujeres vigilan con ansiedad su desarrollo y basan sus juicios lo mismo en conocimientos que en información errónea, se comparan con los ideales predominantes de su sexo y tratan de conciliar las diferencias entre lo real y lo ideal.

Como se ha visto la duración del desarrollo pubescente no elimina las condiciones personales, familiares, psicológicas, económicas y sociales de los jóvenes. De acuerdo con Craig, (1997) los adolescentes interactúan principalmente con otros adolescentes y muy poco con sujetos más pequeños o con adultos, esto puede tener efectos negativos, pues por un lado se cancela la oportunidad de guiar a los menores y, por otro lado, la separación del mundo adulto.

Los cambios psicológicos que se producen en esta etapa constituyen un equivalente a los cambios que experimenta físicamente, dirigiéndolo a establecer una nueva percepción de su propia persona y del mundo. Esto se debe a que simultáneamente se integran aspectos emocionales, la sexualidad, cambios en el pensamiento y procesamiento de información, exposición a riesgos, etc. En este camino hacia la madurez psicológica o emocional el adolescente suele enfrentar este paso como un reto que en ocasiones resulta ser más brusco que el cambio físico, pues deberá adaptarse y entender las nuevas formas de relación y comportamiento que se plantean de manera particular, conectando su historia personal con el futuro (Detail & Ferris 2003).

Se produce la expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia, juicio e intuición. Su desarrollo cognoscitivo se caracteriza por el pensamiento abstracto, lo que quiere decir que el joven tiene la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis, requiriendo no sólo manipular lo conocido y verificable, sino las cosas contrarias a los hechos, perfecciona la capacidad de reflexionar, formular estrategias y planear (Craig, 1997).

Por su parte (Sternberg, Forsythe, Hedlund, Horvath, Snook, Williams, Wagner & Grigorenko 2000). Propone que el desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente:

- © Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención, y la transferencia de información esta etapa sabemos que comienza desde la niñez pero en

punto de partida se encuentra a los 10 años de edad donde comienzan a asemejar y comprender mas lo que existe a su alrededor.

- ⊙ Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas este tipo de enfrentamiento hacia soluciones alternas se comienza a asemejar a los 14 o 15 años de edad.
- ⊙ Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en forma simbólica, esta etapa se da desde los 12 años de edad hasta la edad adulta y longeva.
- ⊙ Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones, en todo este proceso es donde se comienza la maduración y se da a partir desde la infancia hasta la edad adulta (Sternberg, Forsythe, Hedlund, Horvath, Snook, Williams, Wagner & Grigorenko 2000).

Este cambio en la cognición del adolescente representa el crecimiento de su inteligencia Craig 1997. Por lo que en algún momento el joven se involucrará o interesará por los problemas sociales, políticos y morales. Para ilustrar otro aspecto particular del desarrollo cognoscitivo, Córtese (2000). Señala la descripción de los estadios del desarrollo moral descritos por Kohlberg, que son los siguientes:

Pre-convencional.

- ⊙ Estadio 1: “Orientación castigo-obediencia”. Los comportamientos que son castigados son considerados malos generalmente existe culpabilidad a los 14 años de edad.
- ⊙ Estadio 2: “Hedonismo instrumental”. Aquí el niño se porta bien a fin de obtener recompensas, para que le devuelvan los favores que hace, etcétera, esta etapa se da desde los 5 años de edad hasta una edad de conciencia racional comenzando por los 29 años de edad.

Convencional.

- ⊙ Estadio 3: “Orientación hacia las relaciones interpersonales”. La buena conducta es aquella que gusta a los demás o les ayuda y que es aprobada por ellos. Con el propio deber, mostrar respeto a la autoridad y mantener el orden social por el propio bien, generalmente comienza a los 18 años de edad.
- ⊙ Estadio 4: “Mantenimiento del orden social”. La buena conducta consiste en cumplir con el propio deber, mostrar respeto a la autoridad y mantener el orden social por el propio bien, estas inquietudes comienzan a los 14 años de edad hasta una edad de consciencia adulta.

Post-convencional.

- ⊙ Estadio 5: “Contrato social y/o orientación de la conciencia”. Al comienzo de este estadio, el comportamiento moral tiende a concebirse según derechos y niveles generales establecidos por la sociedad, considerada ésta como un todo, pero más tarde existe una creciente orientación hacia las decisiones íntimas de conciencia, ya mencionada la edad anterior que comienza desde los 14 años de edad, esta se extiende a la edad adulta madura.
- ⊙ Estadio 6: “Orientación según principios éticos universales”. En este estadio existe una tendencia a formular principios éticos abstractos y a guiarse por ellos sus comienzos se dan a partir de los 18 años de edad

Entonces el sujeto presenta simultáneamente aspectos de infantiles y de adultez, y esta combinación puede provocar inestabilidad y confusión emocional, reflejada en sí mismo y sus relaciones con sus congéneres. Aunque no todo es confusión en el adolescente, por ejemplo, Macías, 2000 dice que la autoafirmación y la fortaleza del yo empiezan a solidificarse, se asienta la autoestima, la imaginación sufre el empuje del pensamiento y las fantasías se vuelven cada vez más elaboradas. Éstas últimas se alimentan de los símbolos de la comunidad, aunque el joven en ocasiones actúe fuera de la lógica.

Así también se coincide en que el adolescente tiene dos grandes desafíos que encarar; el primero es la autonomía e independencia de sus padres, y el segundo formar su identidad, en algunos casos para alcanzar estos dos procesos el adolescente se sirve del conflicto y la rebeldía. No obstante, se sabe que en distintas naciones, la gran mayoría de adolescentes se lleva bien con sus padres y tienen una actitud positiva hacia su familia. En este sentido es importante mencionar que el proceso de interdependencia que existe entre el joven y su familia y especialmente con sus padres no es del todo negativo, pues de esta manera se hacen compromisos recíprocos y se da el apego emocional entre ellos (Craig, 1997).

Para García, 1993 la afectividad y la búsqueda de identidad se desarrollan en la medida en que el sujeto cambia, se integra al grupo al que pertenece y asimila los valores del mismo. Al adolescente se le hace imposible vivir sin depender de otros, en especial del grupo de iguales en el que supera su desconcierto personal, intimando sus experiencias en terrenos como la sexualidad y la moralidad por ejemplo.

Para autores como Craig, 1997 la formación de la identidad es el primer obstáculo que los adolescentes han de superar para realizar una transición exitosa a la adultez. De manera ideal, ingresan a la vida adulta con un sentido estable y coherente de lo que son y cómo encajan en la sociedad. El adolescente recibe una gran cantidad de actitudes y roles representado a través de distintos grupos de referencia, a los cuales tendrá que copiar, desechar o integrar a lo que terminará siendo su identidad personal.

Harter, 1997 define cuatro estados o modos de formación de la identidad:

- © Exclusión: se hacen compromisos sin tomar muchas decisiones. Se manifiesta un mínimo de ansiedad; valores más autoritarios y vínculos positivos y sólidos con los otros significativos comenzando a los 11 años de edad.

- ⊙ Difusión: Todavía no se hacen compromisos; se tiene poco sentido de dirección; se rehúye del asunto. A veces se abandona la escuela o se recurre al alcohol u otras sustancias para evadir la propia responsabilidad y generalmente se da a los 12 años de edad.
- ⊙ Moratoria: se pasa por una crisis de identidad o por un período de toma de decisiones. Se sufre ansiedad ante las decisiones; se lucha con opciones y decisiones antagónicas generalmente ocurre entre los 14 y 15 años de edad.
- ⊙ Consecución de la Identidad: se hacen compromisos después de superar una crisis de identidad. Se tienen sentimientos equilibrados por los padres y la familia; es menos difícil alcanzar la independencia. Y se da a partir de los 16 a los 18 años de edad (Harter, 1997).

Los cuatro estados forman parte del proceso de desarrollo, por lo menos en culturas en las que la adolescencia se caracteriza como un largo período, y estos tienen un impacto profundo en la imagen personal del adolescente y sus reacciones ante el estrés.

En otro orden de ideas, la familia sigue considerándose como “el centro de socialización infantil y juvenil” Dulanto, 2000. Se propone que a través de ella se transmiten valores, se da sostén emocional y afectivo, promueve el desarrollo adecuado de sus miembros, los prepara y entrena para la convivencia, enseñando la tolerancia a la frustración, el reconocimiento y disfrute de procesos en general (Guelar, Crispo, Figueroa 1996).

En base a esto las alianzas entre los miembros de una familia son naturales y sanas; pero es importante que los padres hagan un frente común y establezcan límites sus hijos. También deben colaborar para criarlos y educarlos, ya que un vínculo que excluye a alguno de los progenitores resulta dañino, pues el que es excluido pierde influencia como agente socializador y figura de autoridad. Además se resalta que las alianzas familiares desempeñan un rol decisivo en el proceso de comunicación.

También están las familias ensambladas o reconstituidas: caracterizadas por padres que se vuelven a casar, con hijos que conviven con otros de matrimonios anteriores de la nueva pareja de sus padres, y a las que a veces se incorporan medios hermanos o hijos del actual matrimonio. Otro tipo de familia en el que se puede desarrollar el adolescente, es aquella en la que viven con abuelos u otros adultos por fallecimiento de los progenitores o por traslado a otra ciudad (Guelar, Crispo, Figueroa 1996).

Esto no significa que cierta composición familiar sea condición necesaria y estricta para determinar funcionalidad o disfuncionalidad, puesto que la adaptación y funcionamiento que se tenga al interior y al exterior de la familia, se complementará con el contexto psicosociocultural particular en que se viva. Así, durante el período adolescente, el joven necesita modificar sus hábitos infantiles y adoptar conductas para autoafirmarse, conocerse y reconocerse ante sí mismo y ante el ambiente que lo introduce en cierta medida al mundo de los adultos.

Los padres deberán desprenderse del hijo(a) niño(a), para enfrentar al adolescente quien en algunos casos se opone y rebela, teniendo que llegar a negociaciones y acuerdos, antes innecesarios. De ahí que la flexibilidad o rigidez con que se resuelvan las dificultades, obstruirán o facilitarán el proceso. Cuando los sentimientos de angustia y temor por el crecimiento de un hijo son difíciles de superar, pueden dar lugar a situaciones conflictivas complejas. Lo mejor para los padres es aceptar las ambivalencias, perseverando en la necesidad de comunicación (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

El adolescente actual aprende cada vez más a desenvolverse solo, sin embargo esto no excluye la necesidad de la presencia, el tiempo, cuidado y atención de los padres. El apoyo que reciba de la familia será fundamental para lograr una expansión y fortalecimiento de la confianza en sí mismo y su núcleo.

2.3.3 Patrón Familiar.

Existe un riesgo mayor de padecer este trastorno entre los pacientes de primer grado. Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos del tipo compulsivo/purgativo. Los estudios que se han realizado en gemelos han revelado un mayor índice de concordancia en los gemelos mono cigotos que en los dicigotos Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).

La fobia a la obesidad con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social (García, 1993).

2.3.4 Impacto de los medios de comunicación en la insatisfacción corporal de las personas

Los medios masivos de comunicación proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables (Myers & Biocca 1992).

El concepto de imagen corporal en tanto representación física y cognitiva del cuerpo que implica e incluye actitudes de aceptación y rechazo ha sido clave para comprender la influencia de los medios masivos de comunicación en las personas. Diversos estudios señalan que la imagen corporal está íntimamente relacionada con cuestiones de autoestima y una imagen corporal "negativa" se puede vincular con los trastornos alimentarios. Se ha incluso asegurado que las imágenes mediáticas pueden ser particularmente importantes en la producción de cambios en la manera de percibir y evaluar el cuerpo (Scime & Cottone 2006).

De acuerdo con Virginia Woolf es más difícil asesinar a un fantasma que una realidad y eso puede aplicarse a los medios, ya que manejan realidades virtuales que no son fácilmente detectables. La dificultad estriba en descifrar aquellos mensajes mediáticos que vinculan la belleza con la aceptación social, el prestigio, el éxito al utilizar palabras e imágenes cuyos significados están ocultos o son contradictorios o confusos (Attie, 1989).

Algunas reflexiones sobre influencia de los medios masivos de comunicación en trastornos alimentarios utilizan el concepto de "imagen corporal elástica" para explicar que los medios contribuyen a la representación social del "cuerpo ideal" ofreciendo ejemplos de "mujeres atractivas"- modelos, actrices, cantantes- que proporcionan un referente con el cual las mujeres establecen comparaciones (Huerta, 2011).

Sugieren que éstas configuran un "cuerpo ideal internalizado" al comparar su propia figura con el cuerpo ideal socialmente representado y avalado como modelo a seguir. Lo anterior resulta en una imagen corporal elástica en el sentido de que a diferentes momentos y bajo diversas situaciones de estrés las mujeres pueden comparar sus propios cuerpos con diversos puntos de referencia. El problema surge cuando el "cuerpo ideal" se vuelve cada vez más homogéneo en su delgadez induciendo mayor presión en las mujeres que perciben sus cuerpos comparativamente como "más gordos" y "más pesados", "menos atractivos", "menos sensuales" con relación a las imágenes mediáticas que se ofrecen diariamente. El discurso de opciones que nos ofrecen las imágenes globalizadas, es cada vez más homogéneo no sólo en tanto propuesta de belleza física, sino de etnia, raza, clase social que vehiculan definiciones culturales de "belleza" y "atractivo físico" vinculadas con ideas de éxito (Stice & Shaw 1994).

Bajo la creencia generalizada de que "la belleza cuesta", el estereotipo de la mujer occidental se articula con la obtención de la belleza ideal mientras que para los

hombres se relaciona con la habilidad para poseer a la mujer que la encarna (Unikel, 2000).

2.3.5 Factores de riesgo

En la actualidad las conductas de riesgo que se viven en los países desarrollados y en vías de desarrollo han cobrado mayor relevancia, incrementando la demanda no sólo del número de personas que enferman su salud, cuerpo y organismo (Saucedo, 2010).

Los factores predisponentes son aquellos que son visibles, como la obesidad, la mala información nutrimental, los valores en la familia. Además de otros factores silenciosos como la anorexia nerviosa, su vertiente es muy poderosa y dañina para la salud; hay que agregar la presión de los diversos medios masivos de comunicación, al incitar a las mujeres adolescentes y (hombres) a tener el "cuerpo ideal" ofreciendo ejemplos de "mujeres atractivas"- modelos, actrices, cantantes (Chernin, 1981).

Sus alteraciones son perceptuales, cognitivo-afectivas o conductuales, ya que éstas pueden ser causa de problemas importantes y que podrían actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, la figura y las conductas anómalas asociadas con la imagen corporal. Todos estos factores se presentan con mayor frecuencia en las mujeres y van aumentando conforme se transita en el continuo de los trastornos de la conducta alimentaria (Mejía, Bautista & Cervantes, 2012).

- ⊙ Las principales causas de estos factores de riesgo son:
- ⊙ La adaptación socioemocional.
- ⊙ Radio, internet, televisión.
- ⊙ Regreso de las modas de las décadas anteriores.
- ⊙ La imposición de un estereotipo de mujer con medidas perfectas.

- ⊙ La influencia de diversos grupos socioculturales.
- ⊙ La deliberación de modas pasajeras de cada año.
- ⊙ Presión social percibida.
- ⊙ Unirse a páginas de internet de cómo ser una anoréxica.
- ⊙ La falta de valores cimentados en la familia.
- ⊙ La falta de hábitos positivos de vida.
- ⊙ Factores predisponentes atentando hacia la salud en conjunto de la presión de diversos medios masivos y sociales.

SEGUNDA PARTE
DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Diseño de investigación

El diseño utilizado en esta investigación es de tipo no experimental. En ellos el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

Este tipo de estudio como lo menciona Hernández (2006) es una investigación naturalista porque básicamente consiste en recopilar información de eventos según estos ocurren en su ambiente “natural”, y fenomenológica por el interés de conocer cómo las personas experimentan e interpretan el mundo social que construyen en interacción, interpretativa porque representa una de las tendencias más reveladoras para el entendimiento del significado de los hechos sociales y culturales o etnográfica donde identifica problemas múltiples de la educación. En ella se evalúa el estado del desarrollo natural de los sucesos, es decir, no hay manipulación ni estimulación con respecto a la realidad.

3.2 Tipo de estudio

ANALÍTICO

La metodología a emplear en el siguiente proyecto de investigación, fue el Hipotético-Deductivo, este es el procedimiento o camino que sigue el investigador para hacer observaciones del fenómeno a estudiar, creación de una hipótesis para explicar dicho fenómeno, deducción de consecuencias o proposiciones más elementales que la propia hipótesis, y verificación o comprobación de la verdad de los enunciados deducidos comparándolos con la experiencia.

En las hipótesis que se plantearon se señala lo siguiente, la intervención del educador para la salud es poder analizar cómo influyen los diversos medios de comunicación en el desarrollo de síntomas de la anorexia nerviosa.

3.3 Ubicación Geografía.

La escuela secundaria Benjamín Hernández se localiza en Nezahualcóyotl en el Estado de México, al Oriente del Distrito Federal. Sus límites territoriales con otras demarcaciones son: al norte con el municipio de Ecatepec; norponiente con la Delegación Gustavo A. Madero del Distrito Federal; nororiente con el municipio de Texcoco; al sur con las delegaciones Iztacalco e Iztapalapa del Distrito Federal; al oriente con los municipios de La Paz y Chimalhuacán y al poniente con la delegación Venustiano Carranza del Distrito Federal.

3.4 Participantes

Participaron 90 mujeres adolescentes en un rango que oscila entre los 11 y los 16 años de edad. La investigación se realizó para medir el fenómeno por medio de la observación, por lo que se visitó la escuela secundaria Benjamín Hernández, en donde se observó a las adolescentes elegidas, así mismo contestaron un cuestionario, con el que se hizo el sondeo, y a través de él se detectó la problemática.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Mujeres adolescentes encuestadas dentro de la escuela secundaria Benjamín Hernández.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Mujeres adolescentes que se encuentran fuera de la escuela secundaria Benjamín Hernández.

3.5 instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario Del Modelo Estético Corporal (CIMEC) Creado y validado en la población española por Castro, Toro, Salomero, Martínez y Guimera (1991) para descubrir la interiorización de las influencias culturales sobre el modelo estético corporal. Su punto de corte es de 23-24. En la población mexicana fue validado en mujeres por Vázquez y cols. (2000), quienes proponen cuatro factores para la población mexicana: 1) Influencia de la publicidad, 2) Malestar por la imagen corporal y conductas para reducción de peso, 3) Influencia de los modelos estéticos corporales y 4) Influencia de las relaciones sociales en la asimilación de modelos estéticos. No se ha explorado su punto de corte en esta población. (Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000).

Otro instrumento es el Test de Actitudes Alimentarias (EAT). Elaborado y validado en la población norteamericana por Garner y Garfinkel (1979) para evaluar la presencia de síntomas y características de los trastornos alimentarios, señalando como punto de corte ≥ 30 . Fue adaptado y validado en mujeres mexicanas por Álvarez, Vázquez, Mancilla y Gómez- Peresmitré (2002), quienes sugieren para México un punto de corte ≥ 28 y una estructura de siete factores: 1) Motivación para adelgazar, 2) Evitación de alimentos engordantes, 3) Preocupación por la comida, 4) Presión social, 5) Obsesiones y compulsiones, 6) Patrones y estilos alimentarios y 7) Conductas compensatorias. En el caso de varones mexicanos, Saucedo (2004) evaluó sus propiedades psicométricas (Vázquez, Álvarez y Mancilla 2006).

3.6 Procedimiento

Se realizó una gestión dirigida a la directora de la escuela secundaria Benjamín Hernández, donde se le informó el procedimiento que se llevó a cabo con motivo de analizar el impacto de los medios de comunicación en el desarrollo de síntomas de anorexia nerviosa.

Posteriormente se informó a las participantes de la escuela secundaria Benjamín Hernández para poder llevar a cabo la aplicación de los cuestionarios, ellas fueron seleccionadas aleatoriamente formando una muestra de 90 mujeres adolescentes que asistieron el día en que se les aplicó, y posteriormente se les explicó que el cuestionario abarcaba preguntas sobre influencias culturales, sobre el modelo estético corporal y el Test De Actitudes Alimentarios para evaluar la presencia de síntomas y características de los trastornos alimenticios.

Una vez hecho lo anterior se procedió a la aplicación de los cuestionarios de 40 preguntas, posteriormente se recopilaron datos, se graficaron y se evaluaron los resultados.

Para Identificar los síntomas de la anorexia nerviosa, y cómo se desarrolla en mujeres adolescentes se hizo la aplicación de dos instrumentos como ya se menciono anteriormente.

Para describir el impacto de los medios de comunicación en los adolescentes con síntomas de anorexia nerviosa se hizo una revisión de la Internet, la Televisión y la radio en donde se identificaron la programación, la marca de los productos que se anuncian casos que reportan así como la difusión de la muerte de modelos. Posteriormente se considero el cuestionario EAT creado y validado por castro, Toro, Salomero, Martínez y Guimera con el primer instrumento se conocieron los modelos estéticos corporales, y con el segundo se midió las Actitudes Alimentarios. Estos instrumentos se aplicaron sin realizarles ninguna adecuación a las adolescentes que aceptaron participar.

Finalmente para *recabar* se procedió a aplicar los instrumentos referidos, se procesó la información utilizando el programa SPSS versión 19 procediendo a hacer el análisis correspondiente.

Los resultados se presentan en el siguiente capítulo a través de gráficas de segmentos y en tercera dimensión.

CAPITULO 4. RESULTADOS

En este capítulo se presenta primero los datos generales y posteriormente el que corresponde a las entrevistas.

Los resultados obtenidos se presentan a continuación de manera organizada en torno a cada uno de los objetivos específicos planteados en la presente investigación.

4.1 Identificar síntomas de la anorexia nerviosa.

Los resultados se obtuvieron a través de dos cuestionarios en los cuales se identificaron síntomas de anorexia nerviosa.

Los resultados revelan que siete niñas adolescentes rebasan el punto de corte (7.8 %) del EAT Figura 1.

Figura 1 para la Distribucion Total del EAT.

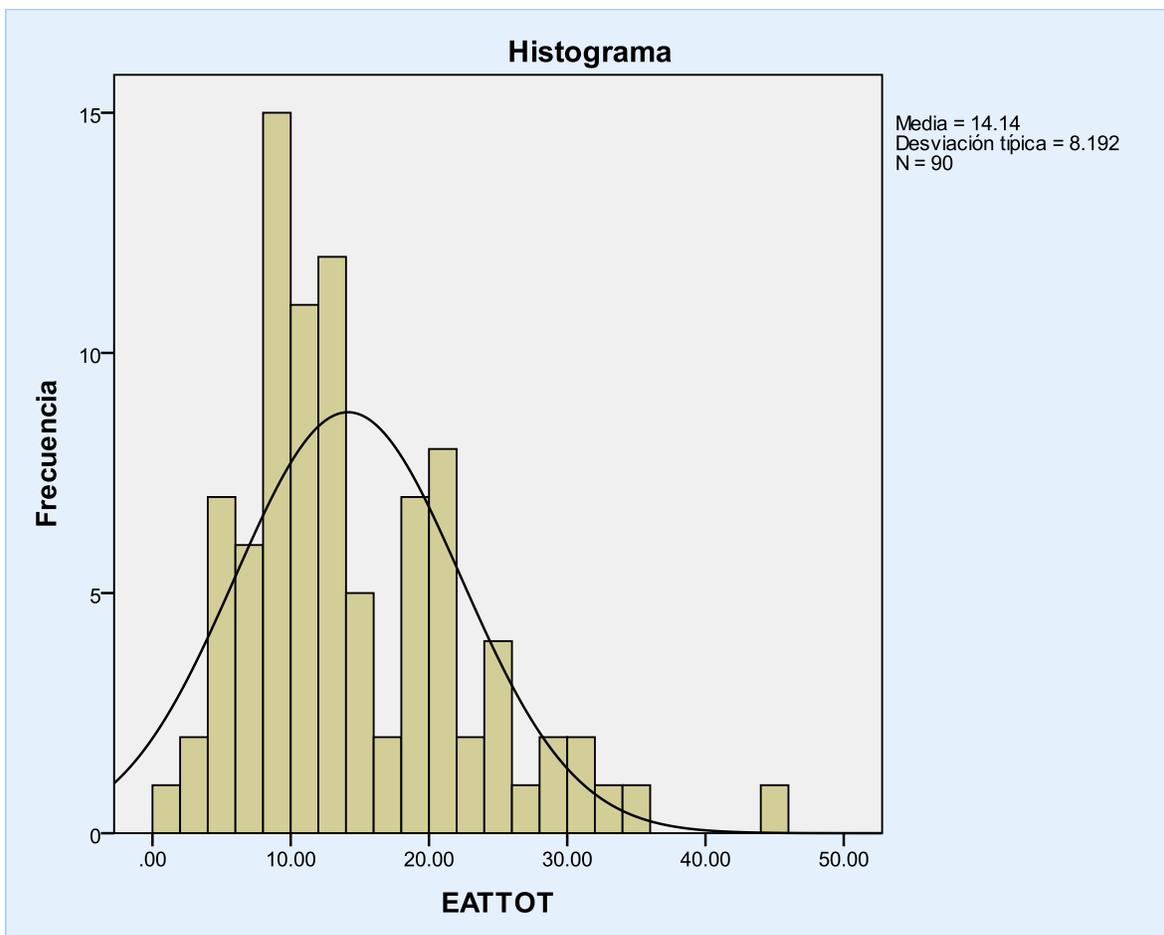
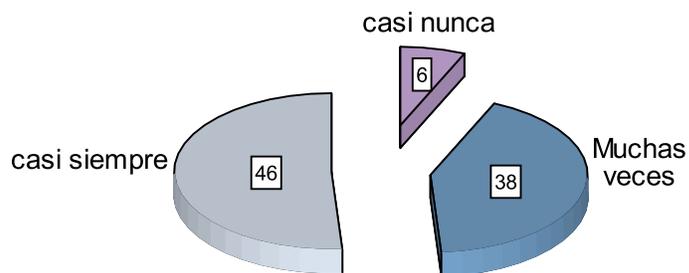


Figura 2.

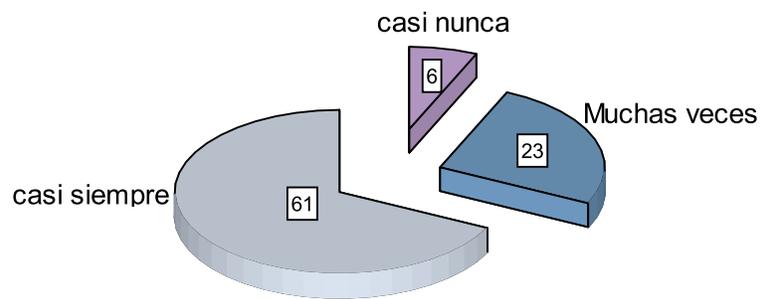
Cuando estás viendo una película ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?



La figura 2 nos muestra que el 6.7% de las encuestadas casi nunca miran a las actrices fijando especial atención en si son gordas o delgadas, mientras que el 42.2%, sí ponen especial énfasis en ello, y el 51.1% nos menciona que casi siempre se fijan en la complexión de las estrellas de televisión.

Figura 3.

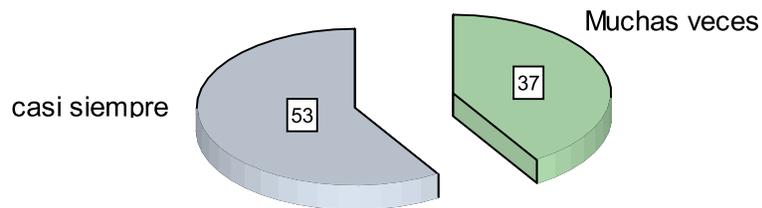
¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta adelgazante?



La figura 3 nos muestra que el 6.7% de las chicas no suelen tener alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta para adelgazar, mientras que el 25.55%, dicen tener a varias amigas así y el 67.75% afirma que casi siempre han tenido una compañera que lo hace.

Figura 4.

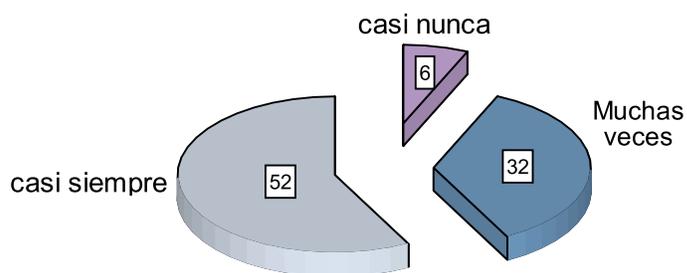
Quando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere una de ellas?



La figura 4 nos menciona que 41.1% de ellas se fija siempre en la cantidad de comida que ingiere una o varias de sus compañeras, mientras que 58.9% lo hace casi siempre.

Figura 5.

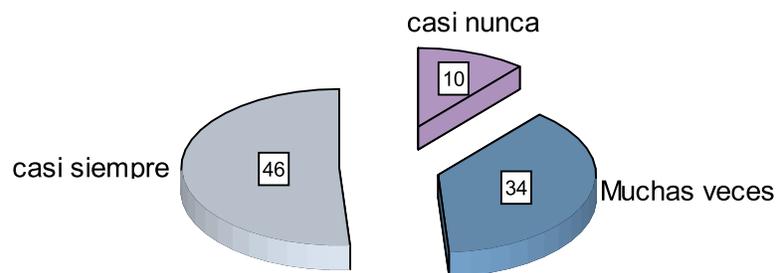
¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia ritmica?



La figura 5 nos muestra que 6.7% nos dice que casi nunca envidian a las bailarinas de ballet o que practican gimnasia ritmica, y 35.55% afirma que lo hace muchas veces, y 57.75% nos dice que casi siempre las envidia.

Figura 6.

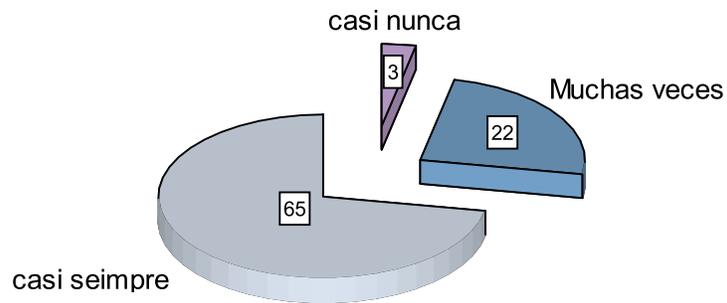
¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?



En la figura figura 6 vemos que al 11.1% casi nunca les angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que les han quedado pequeñas o estrechas. A un 37.8% muchas veces les ha preocupado estar en esa situación, y el 51.1% respondió que casi siempre se angustia por ello.

Figura 7.

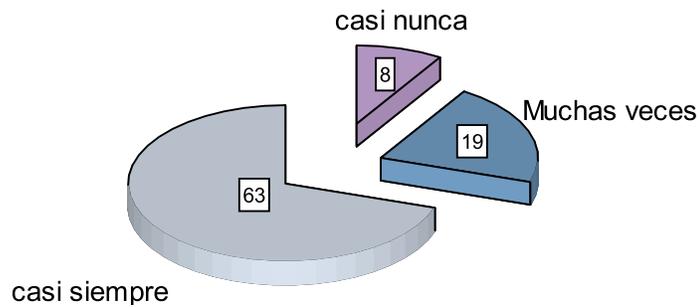
¿Llaman tu atención los anuncios de la televisión de productos adelgazantes?



La figura 7 nos señala que a un 3.33% casi nunca les llama su atención los anuncios televisivos de productos que dicen reducir el peso corporal, mientras que a un 24.43% con todo el tiempo les llama la atención y al 72.23% casi siempre ponen atención en ello.

Figura 8.

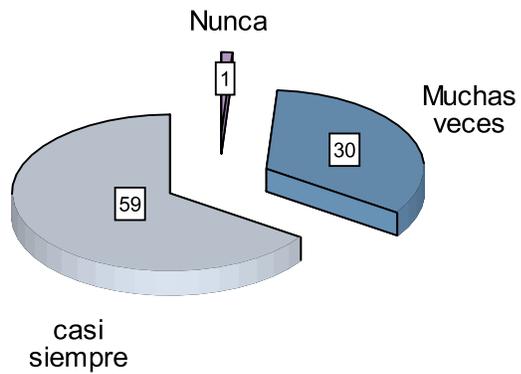
Entre tus compañeras y amigas ¿Suelen hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?



En la figura 8 vemos que el 8.9% suelen hablar del peso corporal entre compañeras y amigas, mientras que el 21.1 nos dice lo hace gran parte del tiempo y 70.0% con casi siempre.

Figura 9.

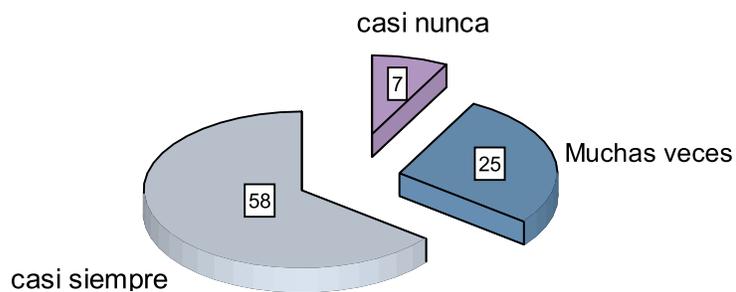
¿Llaman tu atención especialmente los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?



La figura 9 nos dice que al 1.1% no le llaman los productos para adelgazar que se enuncian en aparadores, mientras que al 33.35% les llama la atención muchas veces; en tanto el 65.65 por ciento respondió que casi le llama la atención.

Figura 10.

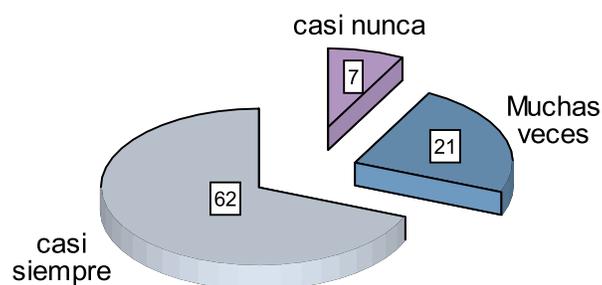
¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?



En la figura 10 vemos que el 7.8% nos dice que casi nunca siente deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oye o ve un anuncio de estos productos, mientras que 27.8% nos dice que muchas veces siente deseos de consumirlas, y 64.4% nos dice que casi siempre.

Figura 11.

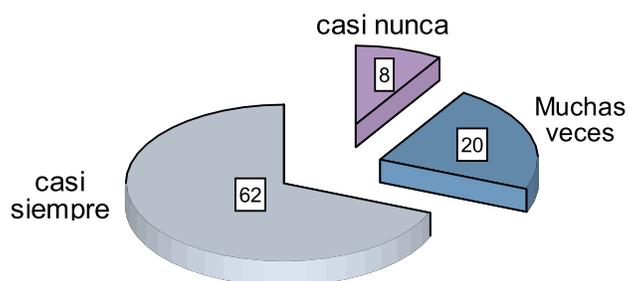
¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes'



En la figura 11 se nos muestra que un 7.8% casi nunca habla con las personas de su familia acerca de actividades o productos adelgazantes, y 23.35% hablan muchas veces con las personas cercanas sobre dichas actividades o productos. Finalmente el 68.85% dijeron que casi siempre lo hacen.

Figura 12.

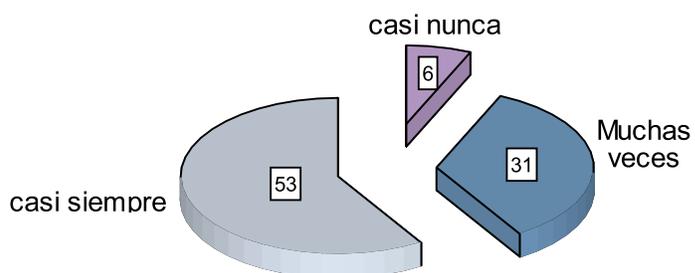
¿Te atraen y a la vez te angustia (por verte gorda) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?



En la figura 12 podemos ver que a un 8.9% casi nunca les atrae y a la vez les angustia mirarse al espejo, mientras que a un 22.2% muchas veces les atrae y preocupa hacerlo. Por último, un 68.9% respondió que casi siempre.

Figura 13.

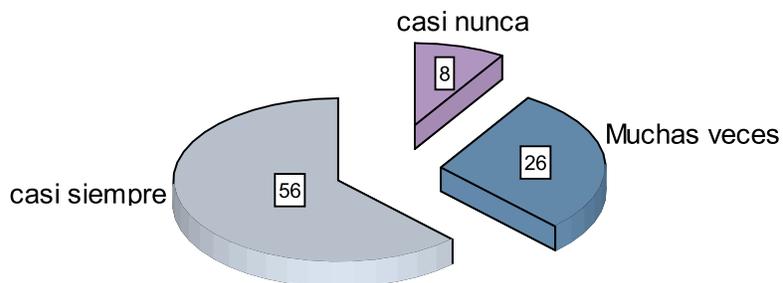
Quando vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?



La figura 13 nos muestra que un 6.7% no se fijan en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas, mientras que un 34.4% nos dice que muchas veces lo hace, y el 58.9% señaló que casi siempre lo hace.

Figura 14.

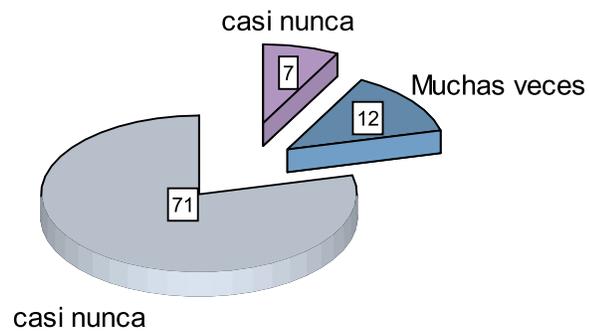
¿Has hecho régimen para delgazar alguna vez en tu vida?



En la figura 14 vemos que el 8.9% nunca ha hecho un régimen para adelgazar mientras que el 28.9% lo ha hecho muchas veces, y el 62.2% afirmó que casi siempre lo hace.

Figura 15

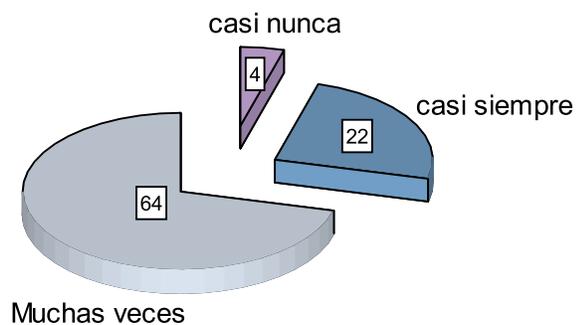
¿Comentas a tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?



En la figura 15 apreciamos que un 7.8% casi nunca comentan con sus amigas y compañeras sobre los anuncios y productos destinados a adelgazar, mientras que a un 13.3% muchas veces lo hacen. Por último, el 78.9% lo hace casi siempre.

Figura 16.

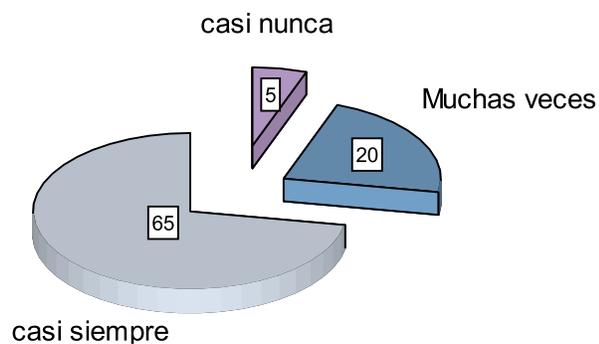
¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?



En la figura 16 notamos que un 4.45% nos dice que los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en revistas casi nunca llaman su atención, mientras que a un 24.4% muchas veces les llaman su atención. Un 71.15 respondió que casi siempre.

Figura 17.

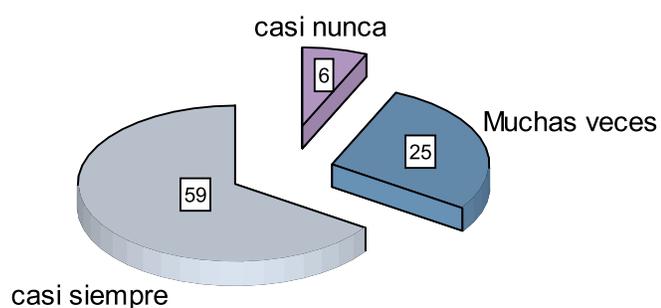
¿Envidias la delgadez de las modelos que apracen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?



En la figura 17 vemos que el 5.55% casi nunca envidian la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir, mientras que 22.2% dijo que lo hace muchas veces y un 72.25 afirmó que siente envidia casi siempre.

Figura 18.

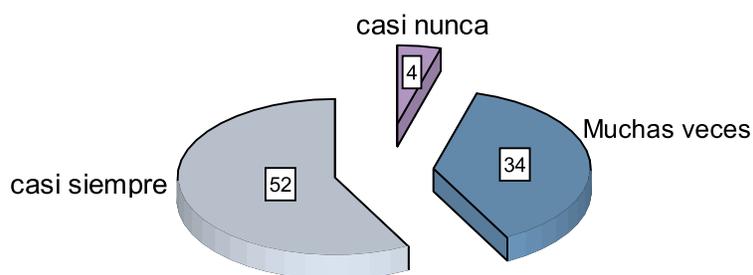
¿Te angustia que te digan que estas "llenita", "gordita", "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?



En la figura 18 apreciamos que el 6.7% casi nunca se angustia de estar llenitas, gorditas, redonditas o cosas parecidas (aunque sea dicho como un comentario afectivo); mientras que el 27.75% respondió que se angustia muchas veces y el 65.55% señaló que casi siempre lo hace.

Figura 19.

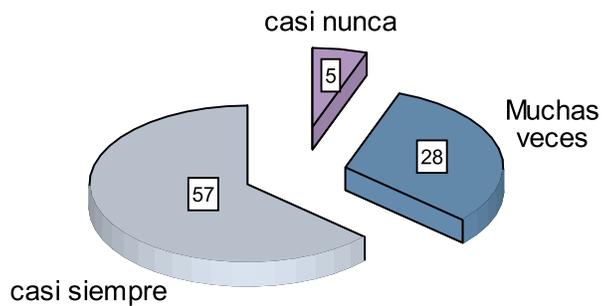
¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de su cadera y muslos?



En la figura 19 vemos que el 4.4% casi nunca creen que sus amigas o compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos, mientras un 37.8% con muchas veces, y 57.8% mencionó que casi siempre lo ven.

Figura 20.

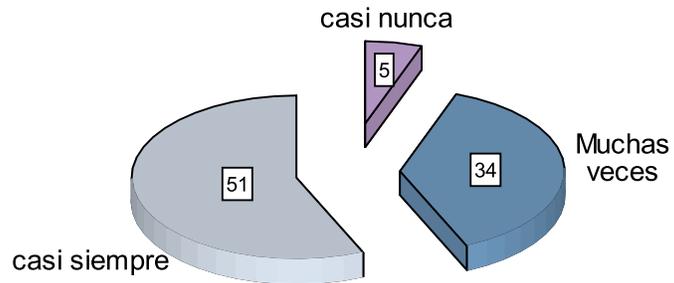
¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?



En la figura 20 apreciamos que a un 5.6% casi nunca les atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc. A su vez el 31.1% respondió que muchas veces, y el 63.3% dijo que casi siempre.

Figura 21.

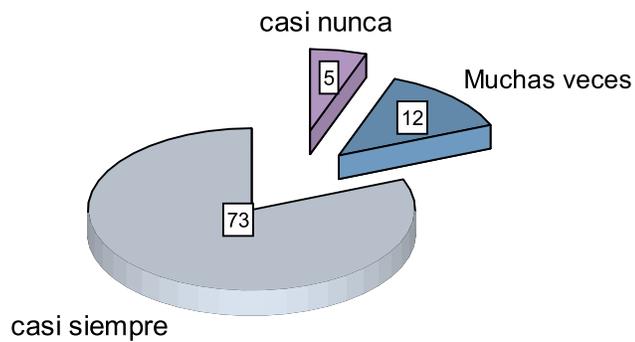
¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus senos?



En la figura 21 observamos que al 5.5 casi nunca les preocupa el excesivo tamaño de sus senos, mientras que al 37.8% les preocupa muchas veces, y el 56.7% dijo que casi siempre.

Figura 22.

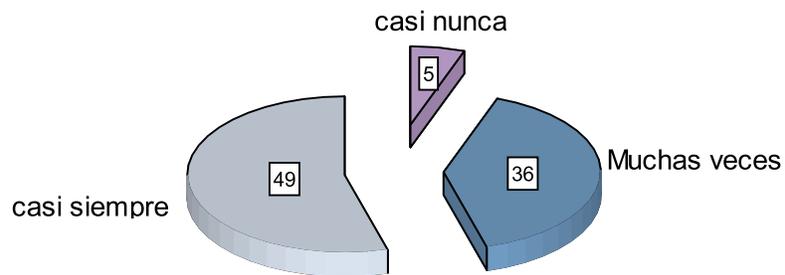
¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?



La figura 22 nos dice que a un 5.6% casi nunca le angustian los anuncios que invitan a adelgazar, mientras que al 13.3% le otorgan atención muchas veces y el 81.1% respondió que casi siempre.

Figura 23.

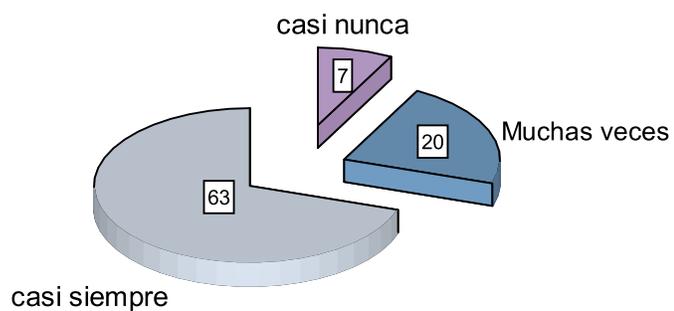
¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?



La figura 23 nos muestra que el 5.6% casi nunca ha hecho algún tipo de ejercicio físico o utilizado una dieta con la intención de adelgazar durante determinada temporada. El 40.0% dijo que lo ha hecho muchas veces y el 54.4% lo hace casi siempre.

Figura 24.

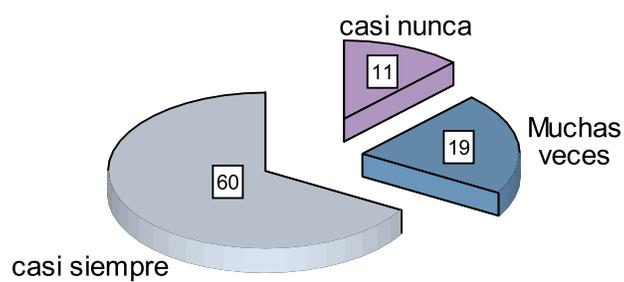
¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?



En la figura 24 vemos que un 7.8% nos menciona que casi nunca les atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc, que hablan de calorías, mientras que a un 22.2% le llaman la atención muchas veces y a 70.0% les atrae casi siempre.

Figura 25.

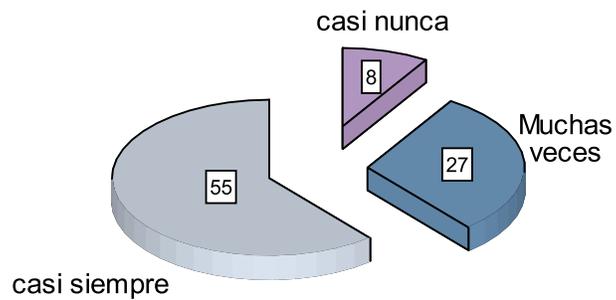
¿Está haciendo o ha hecho algo para delgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?



En la figura 25 notamos que un 12.2% señaló casi nunca vio que alguno de sus familiares estuviera haciendo algo para adelgazar. El 21.1% afirmó que lo vio muchas veces y el 66.7% dijo que casi siempre lo ve.

Figura 26.

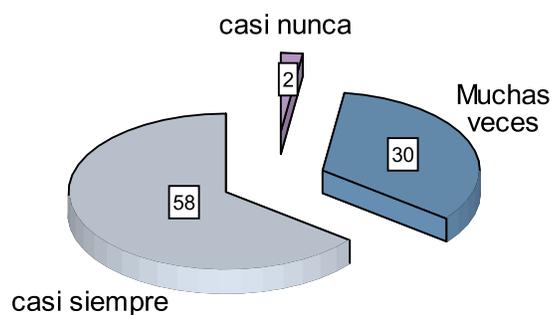
¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?



En la figura 26 vemos que a un 8.9% casi nunca le angustia la llegada de verano por tener que ir mas ligera de ropa o tener que usar traje de baño, mientras que a un 30.0% con muchas veces le preocupe y al 61.1 casi siempre le angustia.

Figura 27.

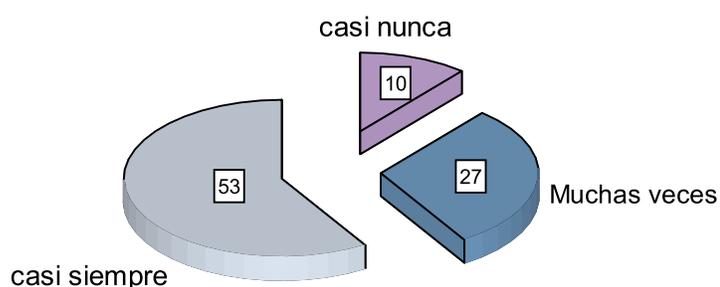
¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?



La figura 27 nos dice que a un 2.25% casi nunca le interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad, mientras que a un 33.3% le importa muchas veces y a un 64.45% con les interesa casi siempre.

Figura 28.

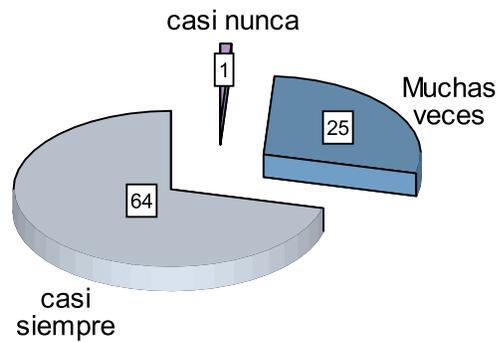
¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por el peso o por la forma de su cuerpo?



En la figura 28 vemos que un 11.1% nos dice sus amigas o compañeras casi nunca se angustian por el peso o por la forma de su cuerpo. Un 30.0% dijo que eso les ha ocurrido muchas veces y el 58.9% señaló que lo ven con la mayoría de sus amigas

Figura 29.

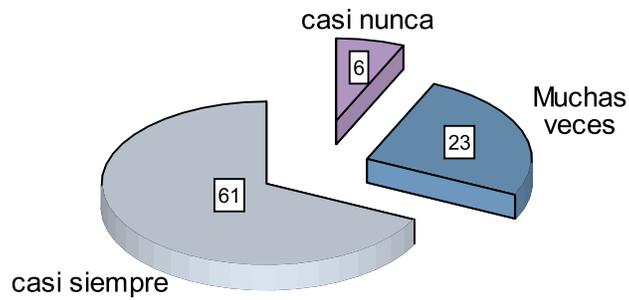
¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?



En la figura 29 apreciamos que un 1.1% casi nunca siente deseos de seguir una dieta cuando ve u oye anuncios dedicados a esos productos. Un 27.8% siente deseos muchas veces y 71.1% respondió que siempre le atrae.

Figura 30.

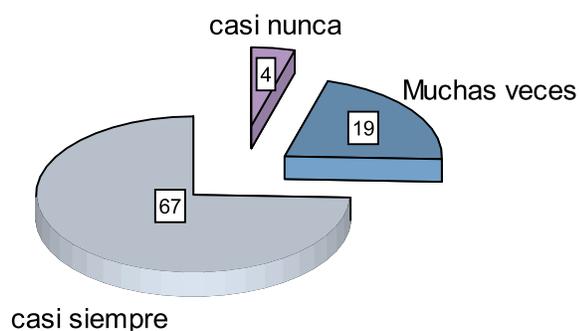
¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu cadera y muslos?



En la figura 30 vemos que a un 6.7% casi nunca le preocupa el excesivo tamaño de sus caderas y muslos, mientras que a un 25.6% les inquieta muchas veces y para el 67.8% es una preocupación constante.

Figura 31.

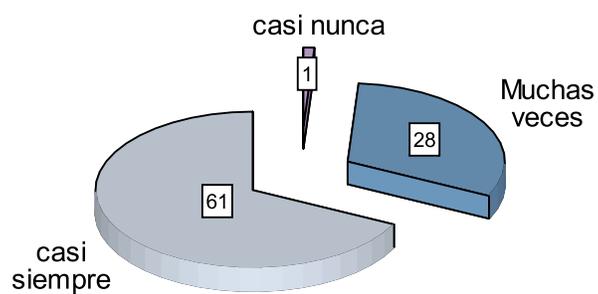
¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?



En la figura 31 observamos que un 4.4% dijo tener muy pocas amigas o compañeras que practiquen algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar. Un 21.2% señaló que muchas veces sus amigas incurren en actividad física, y 74.4% dijo que casi siempre ven esas conductas en sus amigas.

Figura 32.

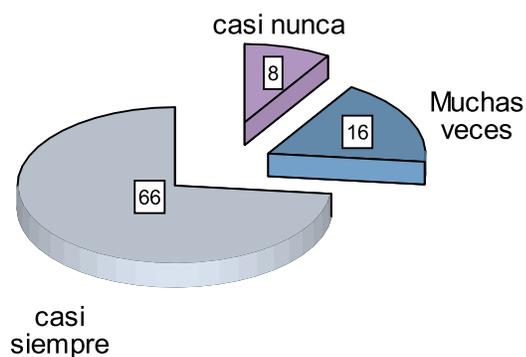
¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?



La figura 32 nos dice que un 1.1% suele no envidiar la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o regimen para bajar de peso, mientras que un 31.1% sentir evidia muchas veces y 67.8% dijo envidiar a esas personas casi siempre.

Figura 33.

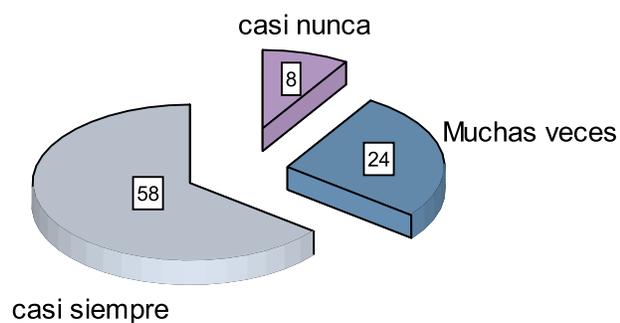
¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?



En la figura 33 nos dice que 8.9% casi nunca hablan con sus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes, mientras que 17.8% muchas veces hablan con sus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes, o casi siempre con 73.3%.

Figura 34.

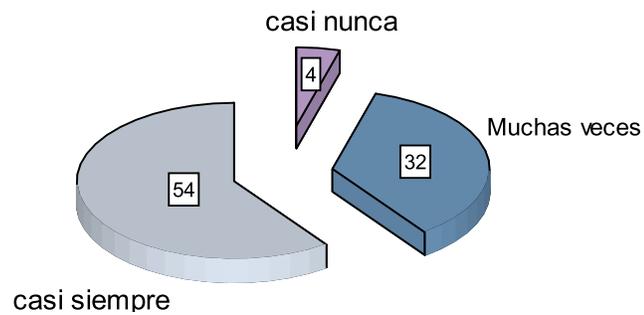
¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?



En la figura 34 vemos que 8.9% casi nunca siente deseos de usar una crema adelgazante cuando oyen o ven anuncios dedicados a esos productos, mientras que 26.7% dijo querer hacerlo muchas veces, y el 64.4% dijo querer usarla casi siempre.

Figura 35.

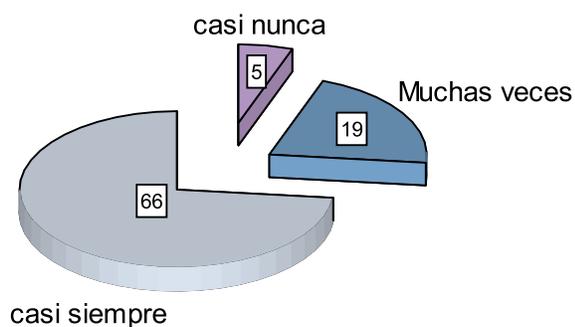
¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?



En la figura 35 observamos que 4.4% no suele creer que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son, mientras que 35.6% lo llegan a creer muchas veces y 60.0% lo ve así casi siempre.

Figura 36.

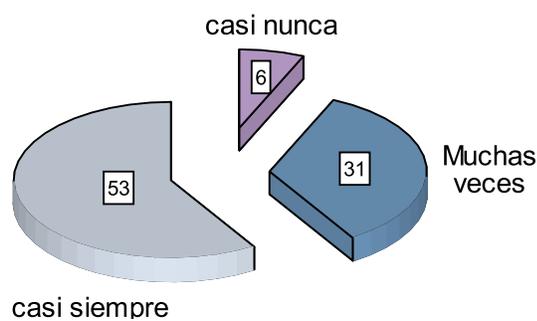
¿Recuerdas frase, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?



La figura 36 indica que 5.6% nos dice que casi nunca recuerda las frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de los productos adelgazantes, mientras que 21.1% dijo recordarlo muchas veces; finalmente 73.3% afirmó que casi siempre se acuerda.

Figura 37.

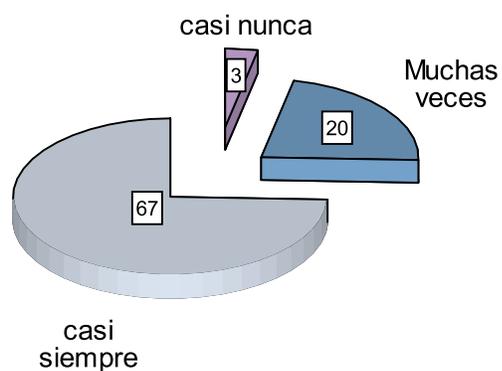
¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de sus senos?



En la figura 37 notamos que el 6.7% casi nunca creen que sus amigas y compañeras estén preocupadas por el excesivo tamaño de sus senos, mientras que el 34.4% dijo que lo nota muchas veces y el 58.9% contestó que con casi siempre.

Figura 38.

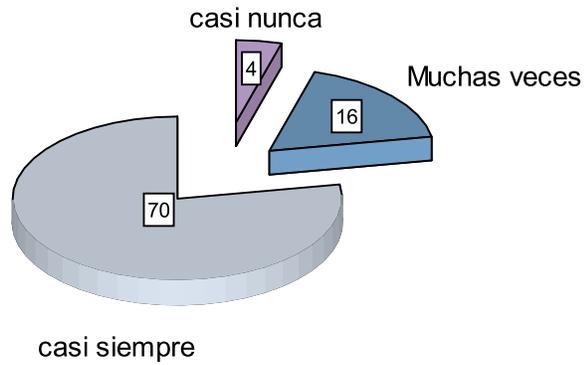
¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?



En la figura 38 vemos que al 3.35% casi nunca les atraen las fotografías y anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior, mientras que el 22.2% dijo que le atraen muchas veces y el 74.45% afirmó que casi siempre le llaman la atención.

Figura 39.

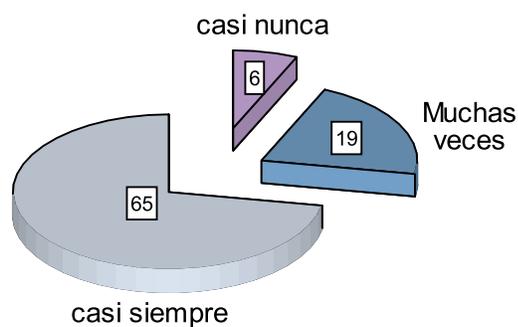
¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?



En la figura 39 notamos que al 4.4% casi nunca le llaman la atención los anuncios de productos laxantes. El 17.8% señaló que le llaman muchas veces y el 77.8% respondió que le llaman la atención casi siempre.

Figura 40.

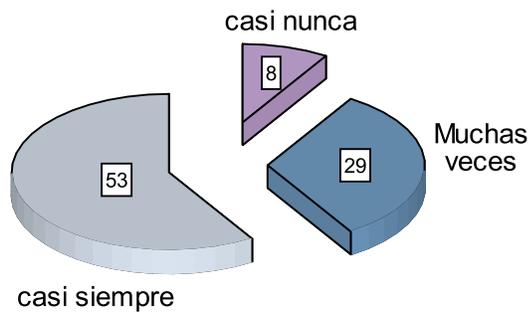
¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?



La figura 40 nos dice al 6.7% de las encuestadas casi nunca les resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son. Para el 21.1% sí son más atractivas muchas veces mientras que para el 72.2% lo son casi siempre.

Figura 41.

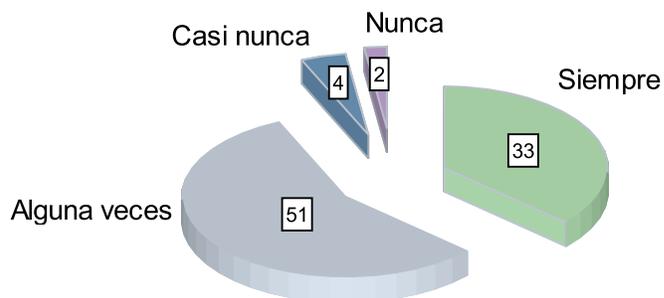
Si te unvitan a un restaurante o participas en una comida colectiva ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?



En la figura 41 observamos que al 8.9% casi nunca les preocupa la cantidad de comida que consumen, mientras que al 32.2% les preocupa muchas veces y al 58.9% les preocupa casi siempre.

Figura 42.

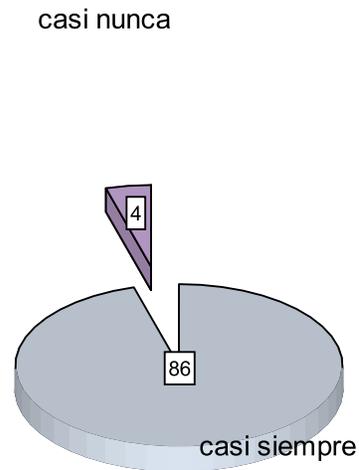
Me gusta comer con otras personas



En la figura 42 se muestra que al 36.7% casi siempre les gusta comer con otras personas, 56.7% nos menciona que algunas veces les gusta comer con otras personas. Al 4.4% casi nunca les gusta comer con otras personas, finalmente 2.2% nunca les gusta comer con otras personas.

Figura 43.

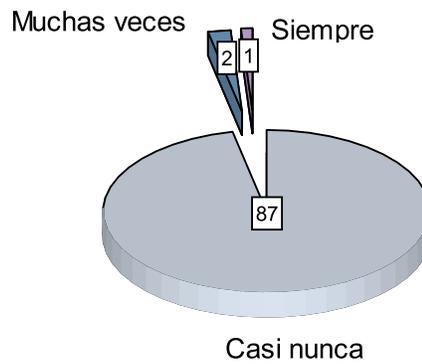
Preparo comida para otros, pero yo no me las como



En la figura 43 vemos que el 95.6% casi nunca preparan comida para otros, aun cuando no ellos mismos no la coman, mientras que un 4.4% casi siempre incurre en ello.

Figura 44.

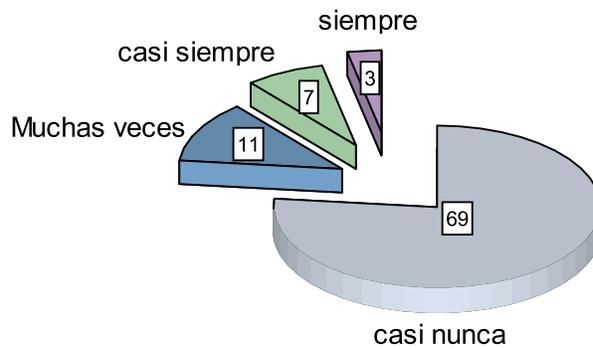
Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de la comida



En la figura 44 apreciamos que 96.7% de las entrevistadas casi nunca se ponen nerviosas cuando se acerca la hora de la comida, mientras que el 2.2% se ponen nerviosas muchas veces y el 1.1% lo hacen siempre.

Figura 45.

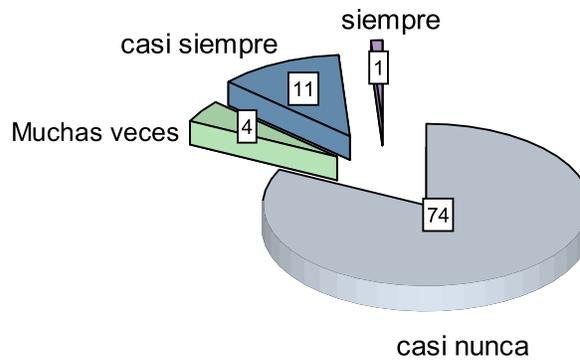
Me da mucho miedo pesar demasiado



En la figura 45 vemos que al 76.7% casi nunca le da mucho miedo pesar demasiado, mientras que el 12.2% muchas veces ha sentido temor por ello, a su vez el 7.8% casi siempre suelen sentir mucho miedo de pesar demasiado y el 3.3% se dijo siempre atemorizado.

Figura 46.

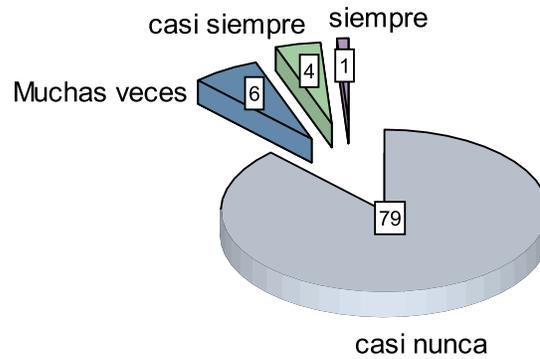
Procuro no comer aunque tenga hambre



En la figura 46 vemos que un 82.2% casi nunca evitan comer aun teniendo hambre, mientras que 4.4% dijo incurrir en ello muchas veces, a su vez el 12.2% dijo que casi siempre procuran no comer aunque tengan hambre y el 1.1% señaló que siempre lo hace.

Figura 47.

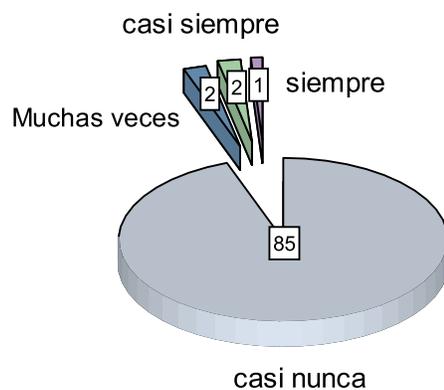
Me preocupo mucho por la comida



En la figura 47 observamos que el 87.77 casi nunca se preocupan mucho por la comida, mientras que el 6.7% afirmó preocuparse muchas veces, a su vez el 4.4% aseguró que casi siempre se preocupan mucho por la comida, mientras que 1.1% dijo que siempre.

Figura 48.

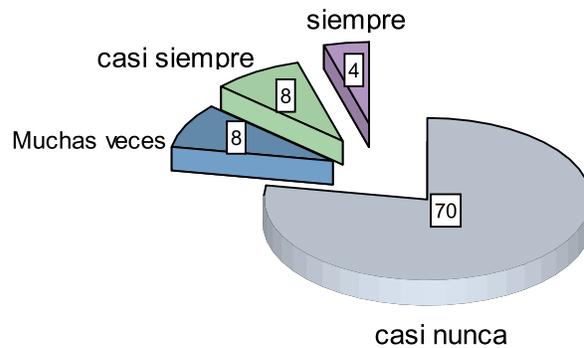
A veces eh comido en exceso, a tal grado que siento que soy incapaz de parar.



En la figura 48 vemos que el 94.4% casi nunca se han ingerido comida en grandes cantidades al grado de sentirse incapaz de parar; mientras que el 2.2% dijo haber estado en esa situación muchas veces, el 2.2% también respondió que casi siempre y el 1.1% afirmó que siempre le ocurre.

Figura 49.

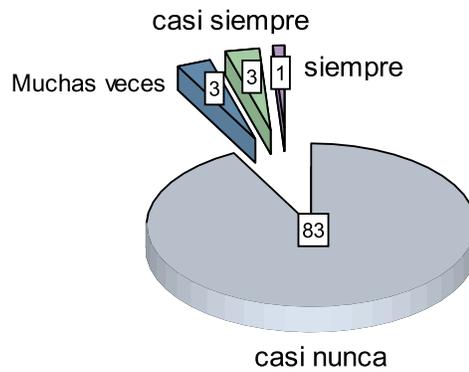
Corto mis alimentos en trozos pequeños



En la figura 49 vemos que el 77.8 por ciento casi nunca cortan sus alimentos en trozos pequeños, el 8.9 dijo que lo hace muchas veces. El 8.9% también indicó que lo hace casi siempre, mientras que el 4.4% dijo que lo hace siempre.

Figura 50.

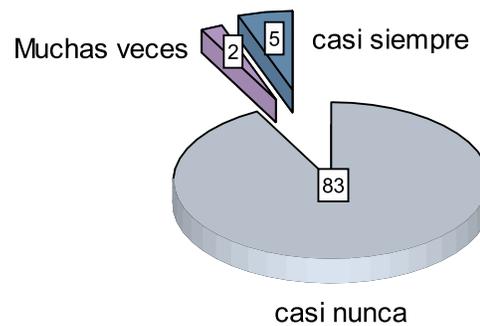
Tengo en cuenta las calorías tienen los alimentos qué como



En la figura 50 observamos que 77.8% casi nunca tienen en cuenta las calorías que contienen los alimentos que comen, mientras que el 3.3 dijo que se fija en ello muchas veces; otro 3.3 dijo que lo hace casi siempre y el 1.1% indicó que lo hace siempre.

Figura 51.

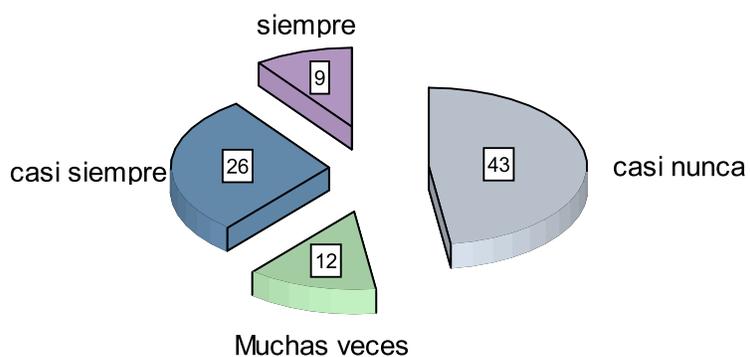
Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej, pan, arroz, patatas, etc).



La figura 51 muestra que el 92.2% casi nunca evitan especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono, mientras que 2.2% señaló que lo evitan muchas veces y el 5.6% dijo que lo hace siempre.

Figura 52.

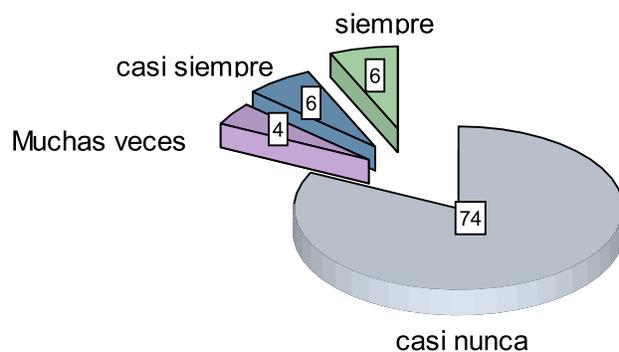
Me siento llena después de las comidas



En la figura 52 apreciamos que el 47.8% casi nunca se sienten llenas después de las comidas, el 13.3% dijo sentirse llena muchas veces. A su vez el 28.9% dijo sentirse así casi siempre, mientras que el 10.0% afirmó que siempre se siente así.

Figura 53.

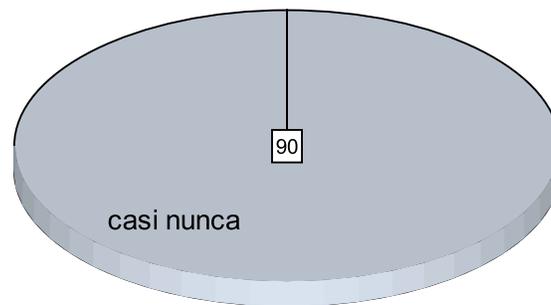
Noto que los demás prefieren que que yo comiese más.



En la figura 53 vemos que el 82.2% casi nunca notan que los demás prefiriesen que ellos comieran mayores cantidades, mientras que el 4.4% lo notan muchas veces y el 6.7% lo nota casi siempre, al igual que el 6.7 que lo nota siempre.

Figura 54.

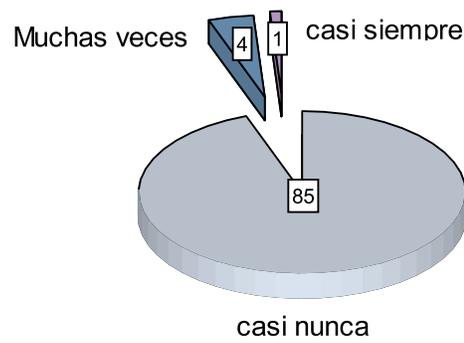
Vomito después de haber comido



La figura 54 muestra que el 100% casi nunca vomita después de las comidas.

Figura 55.

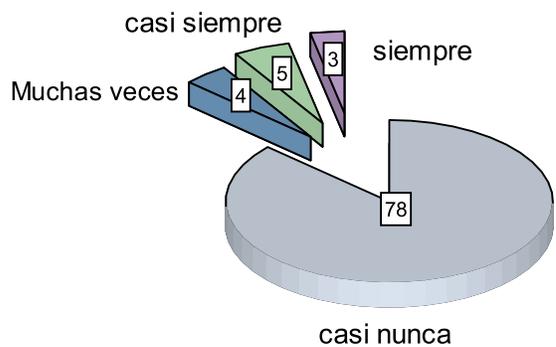
Me siento muy culpable después de comer



En la figura 55 notamos que el 94.4% de ellas casi nunca se sienten culpables después de haber comido, mientras que el 4.4% casi siempre se siente culpable y el 1.1% se siente culpable todo el tiempo.

Figura 56.

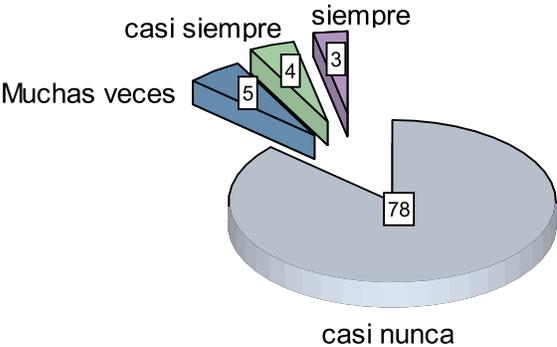
Me preocupa el deseo de estar más delgada



En la figura 56 vemos que al 86.7% casi nunca les preocupa el deseo de estar mas delgadas, mientras que al 4.4% le inquieta muchas veces; el 5.6% dice casi siempre le preocupa y al 3.3% le preocupa siempre.

Figura 57.

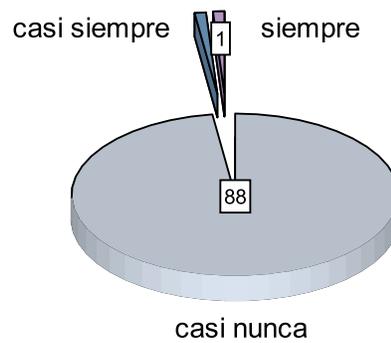
Hago mucho ejercicio para quemar calorías



La figura 57 menciona que el 86.7% afirma que casi nunca hace ejercicio para quemar calorías. El 5.6% dijo que practica deporte muchas veces, mientras que 4.4% dijo ejercitarse casi siempre y el 3.3% dijo que siempre lo hace.

Figura 58.

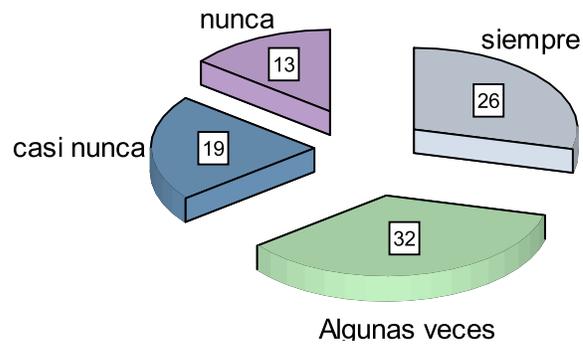
Me peso varias veces al día



En la figura 58 vemos que el 97.8% no suele pesarse varias veces al día, mientras que el 1.1% dijo hacerlo casi siempre y el otro 1.1 señaló pesarse siempre varias veces al día.

Figura 59.

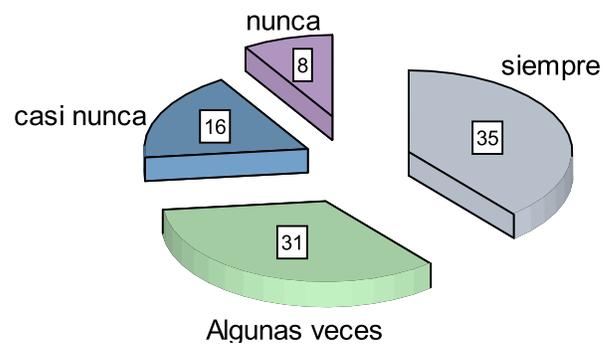
Me gusta que la ropa me quede ajustada



La figura 59 nos dice que al 28.9% gusta de usar siempre ropa que le quede ajustada, mientras que el 35.6% dijo utilizarla algunas veces, el 21.1% afirmó que casi nunca la usa y finalmente 14.4% indicó que nunca lo hace.

Figura 60.

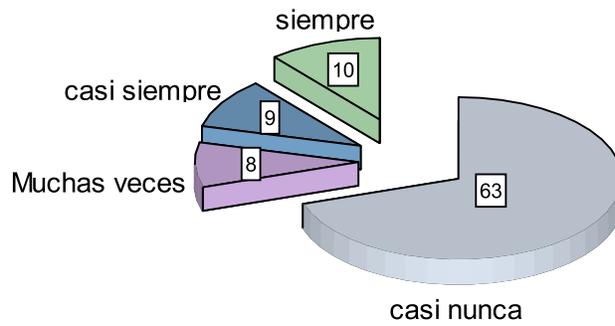
Disfruto comiendo carne



La figura 60 nos dice que 38.9% siempre come carne, el 34.4% dijo que lo haces algunas veces. A su vez el 17.8% dijo que casi nunca come carne y el 8.9% aseguró nunca consumirla.

Figura 61.

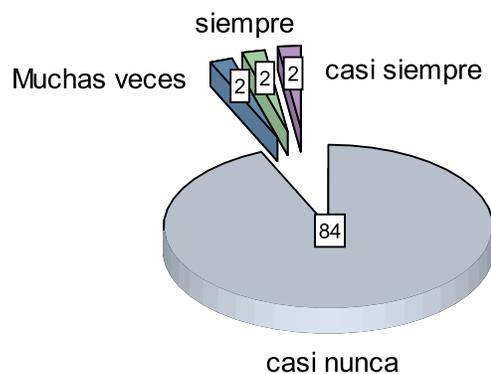
Me levanto pronto por las mañanas



En la figura 61 no encontramos con que un 70.0% afirmó que casi nunca se levantan pronto por las mañanas, el 8.9% dijo que lo hacen muchas veces, el 10% indicó que casi siempre se levantan pronto, y el 11.1% dijo que siempre lo hace.

Figura 62.

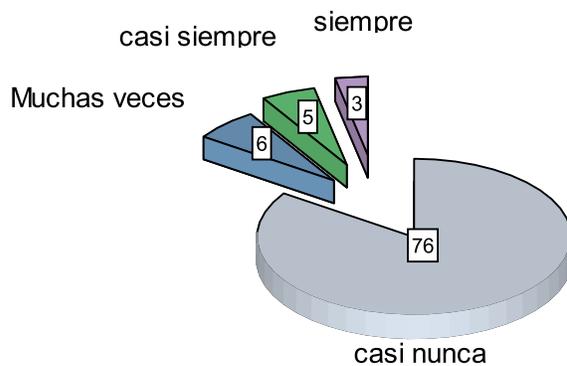
Cada día como los mismos alimentos



En la figura 62 vemos que el 93.3% casi nunca come los mismos alimentos, mientras que el 2.2% dijeron hacerlo muchas veces. El mismo 2.2% se repite en incidencia entre los que lo hacen siempre y los que lo hacen casi siempre.

Figura 63.

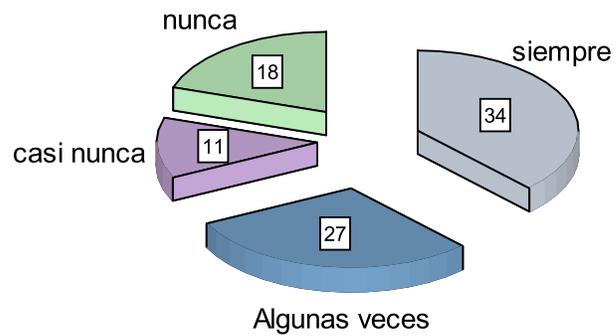
Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio



En la figura 63 observamos que el 84.4% casi nunca piensan en quemar calorías, mientras que 6.7% piensa en ello muchas veces. El 5.6% lo considera siempre y el 3.3 lo hace siempre%.

Figura 64.

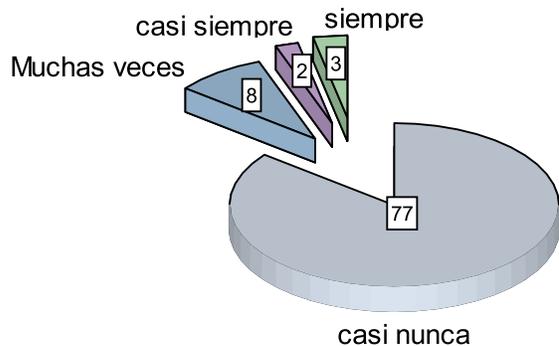
Tengo la menstruación irregular



En la figura 64 apreciamos que el 37.8% dice que siempre tienen la menstruación de forma irregular, el 30.0% señaló que ello les ocurre alguna veces. El 12.2% dijo que casi nunca y el 20% respondió que nunca.

Figura 65.

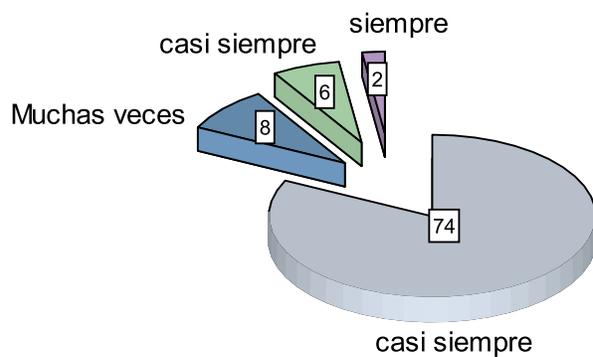
Los demás piensan que estoy demasiado delgada



En la figura 65 notamos que el 85.6% casi nunca piensan que las demás están demasiado delgadas, el 8.9% lo consideran algunas veces, el 2.2% indico que lo piensa casi siempre y el 3.35 dijo que lo piensa siempre.

Figura 66.

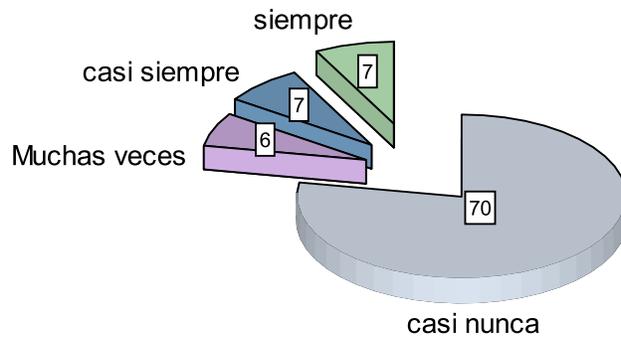
Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo



En la figura 66 observamos que al 82.2% casi nunca le preocupa la idea de tener exceso de grasa en el cuerpo, mientras que al 8.9%, le preocupa muchas veces; 6.7% le preocupa casi siempre y al 2.2% siempre.

Figura 67.

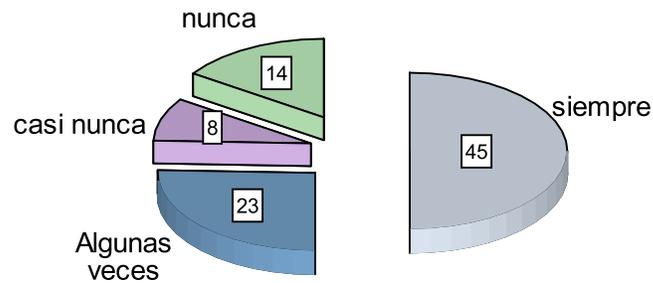
Tardo en comer más que otras personas



La figura 67 deja ver que el 77.8% de ellas casi nunca tardan en comer más que otras personas. El 6.7% dijo quemuchas veces y 7.8% casi siempre. Mismo porcentaje que se presento entre las que siempre afirmaron tardar más.

Figura 68.

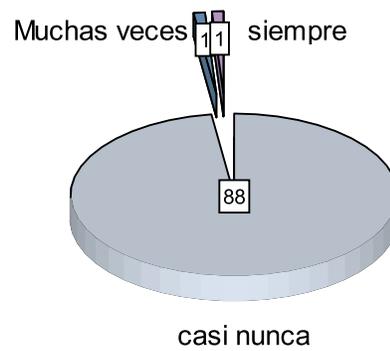
Disfruto comiendo en restaurantes



La figura 68 nos dice que el 50% disfruta siempre comer en los restaurantes, mientras que el 25.52% dijo disfrutarlo algunas veces. El 15.5 afirmó que no le gusta comer nunca en restaurantes y el 8.8 dijo que no le agrada casi nunca.

Figura 69.

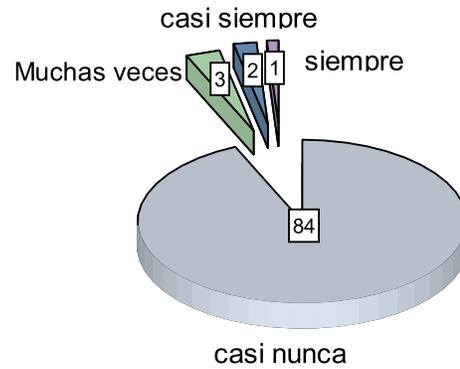
Tomo laxantes (purgantes)



En la figura 69 notamos que el 97.8% casi nunca toman laxantes, mientras que el 1.1% afirmaron hacerlo muchas veces y el 1.1% restante afirmaron hacerlo siempre.

Figura 70.

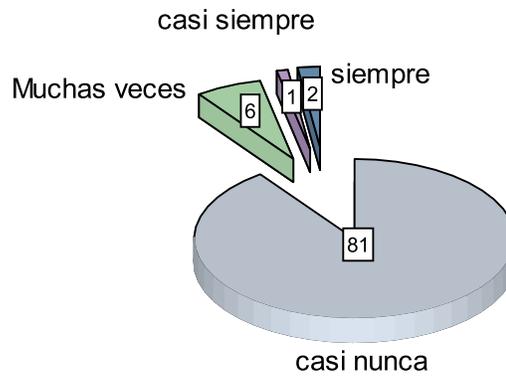
Procuero no comer alimentos con azúcar



En la figura 70 observamos que el 93.3% casi nunca evitan comer alimentos con azúcar, mientras que el 3.3% lo evitan muchas veces. El 2.2% casi siempre tratan de no hacerlo y el 1.1% lo evitan siempre.

Figura 71.

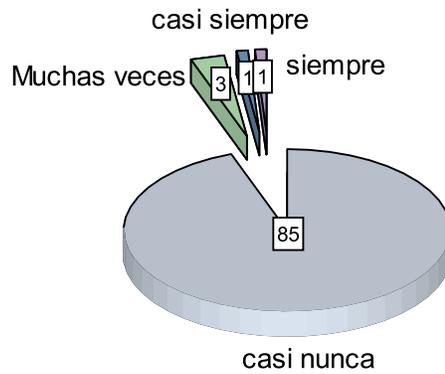
Como alimentos de régimen



En la figura 71 apreciamos que el 90.0% casi nunca comen alimentos de régimen, mientras que el 6.7% lo hacen muchas veces, el 1.1% lo hacen casi siempre y el 2.2% lo hacen siempre.

Figura 72.

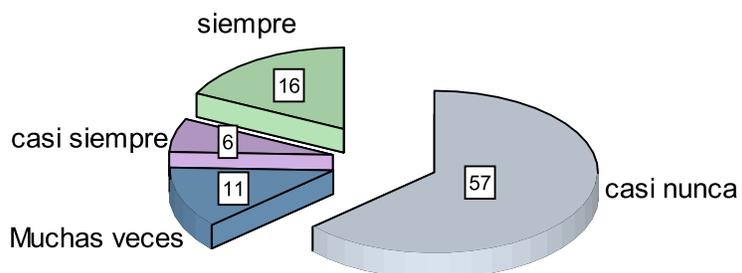
Siento que los alimentos controlan mi vida



La figura 72 nos dice que un 94.4% casi nunca sienten que los alimentos controlan su vida, mientras que el 3.3% respondió que lo sienten muchas veces muchas veces y el 1.1% dijo que siempre se sienten así.

Figura 73.

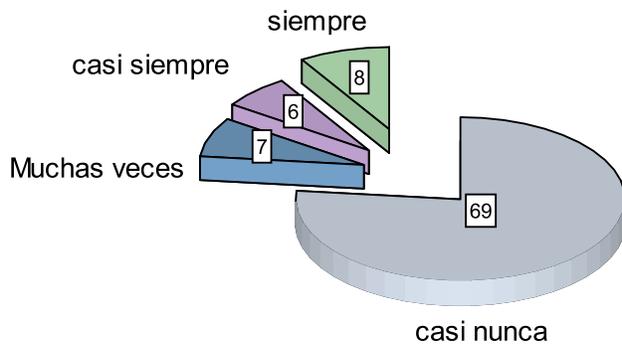
Me controlo en las comidas



En la figura 73 notamos que el 63.3% casi nunca se controlan en las comidas, mientras que el 12. 2% lo hace muchas veces, 6.7% se controla casi siempre y el 17.8% lo hace siempre

Figura 74.

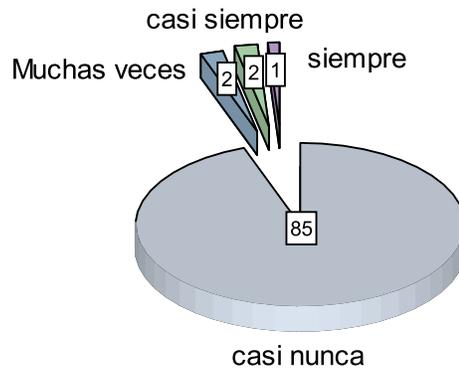
Noto que los demás me presionan para que coma



En la figura 74 vemos que 76.7% nunca se han sentido presionados para que coman más, mientras que 7.8% se han sentido presionados muchas veces, el 6.7% se sintió así casi siempre y el 8.9% siempre.

Figura 75.

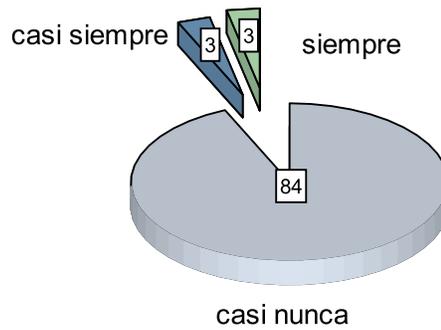
Paso demasiado tiempo pensando u ocupàndome de la comida



La figura 75 nos muestra que un 94.4% casi nunca pasan demasiado tiempo pensando o ocupándose de la comida, mientras que el 2.2% piensan en la comida muchas veces, al igual que el 2.2% que lo hace casi siempre, mientras que el 1.1% lo hace siempre.

Figura 76.

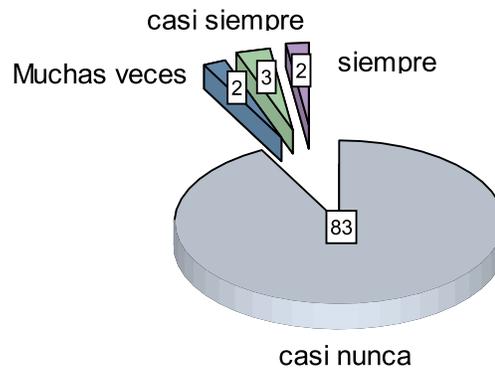
Tengo estreñimiento



En la figura 76 vemos a un 93.3% que nos dice que casi nunca tiene estreñimiento, mientras que el 3.3% dicen tenerlo casi siempre, al igual que el 3.3% que dicen tenerlo siempre.

Figura 77.

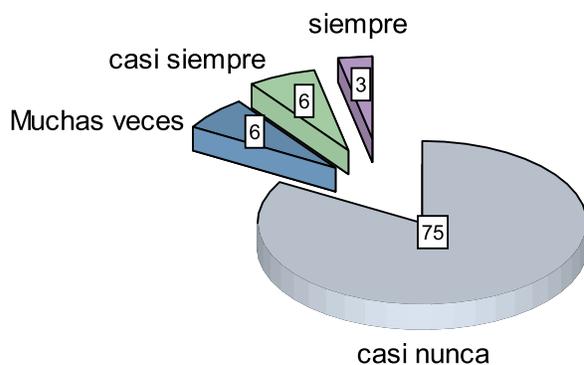
Me siento incómoda después de comer dulces



En la figura 77 notamos que un 92.2% afirma que casi nunca se sienten incómodas después de comer dulces, mientras que el 2.2% sí se sienten así muchas veces, al igual que el 2.2% que dijeron sentirse así siempre. Finalmente el 3.3% dijeron sentir culpabilidad casi siempre.

Figura 78.

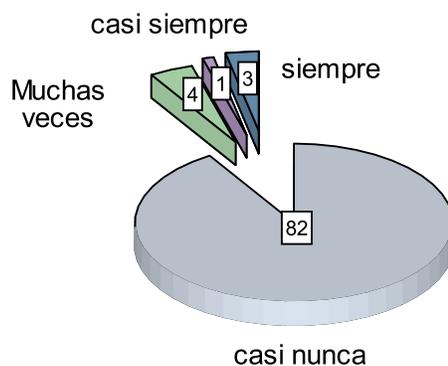
Me comprometo a hacer régimen



En la figura 78 apreciamos que el 83.3% dijo que casi nunca se comprometen a hacer régimen alimenticio, mientras que el 6.7% señaló que muchas veces lo hace. Otro 6.7% afirmó que casi siempre lo hace y el 3.3% se dijo siempre comprometido.

Figura 79.

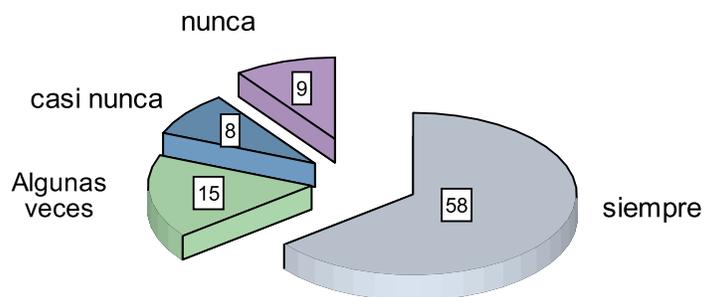
Me gusta sentir el estómago vacío



En la figura 79 observamos que 91.1% aseguró que casi nunca les gusta sentir el estómago vacío, mientras que el 4.4% dijo que gusta de ello muchas veces, el 1.1% indicó que le gusta casi siempre y el 3.3% señaló que gusta siempre de tener el estómago vacío.

Figura 80.

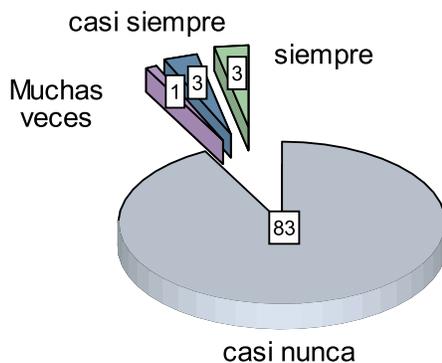
Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas



En la figura 80 observamos que el 64.4% disfruta siempre de probar comidas nuevas y sabrosas, mientras que el 16.7% dijo que le gusta algunas veces, el 8.9% respondió que casi nunca y el 10% dijo que nunca.

Figura 81.

Tengo ganas de vomitar después de las comidas



En la figura 81 notamos que un 92.2% casi nunca tiene ganas de vomitar después de las comidas, el 1.1% dijo que ello le ocurre muchas veces, mientras que el 3.3% señaló que le dan ganas de vomitar casi siempre y otro 3.3% afirmó que siempre sienten ganas de vomitar después de comer.

Capítulo 5. Análisis de resultados.

En esta investigación, las adolescentes de la escuela secundaria Benjamín Hernández fueron encuestadas a través de dos instrumentos de recolección de información, donde los resultados revelan que siete niñas adolescentes rebasan el punto de corte (7.8 %).

Para probar si existe diferencia entre la puntuación del CIMEC y las escalas y subescalas del EAT se aplicó una prueba de correlación. Los resultados indicaron que la influencia de los modelos estéticos corporales se asocia con la motivación para adelgazar y con la bulimia (tabla 1).

Correlación entre las escalas del EAT y el CIMEC.

EAT	CIMEC	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Motivación para adelgazar	-.28	.01
Restricción alimentaria	-.18	.10
Bulimia	-.27	.01
Preocupación por el peso corporal	-.10	.36
Presión social percibida	.01	.94
Puntuación total del EAT	-.20	.05

En este sentido, esto se relaciona con un estudio realizado en el Estado de México a fin de evaluar la sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria utilizando el porcentaje de personas que rebasaron el punto de corte para la población, para evaluar esta sintomatología de trastornos de la conducta alimentaria, específicamente la anorexia nerviosa, se analizaron las puntuaciones obtenidas en el Test de Actitudes Alimentarias (EAT-40) utilizando el punto de corte de 28 como lo sugiere Álvarez (2000). En el que se establece 14.50% de las participantes de escuela privada y el 24.59% de la escuela pública rebasaron el punto de corte. Estos valores son superiores al porcentaje encontrado en el presente estudio. Esta diferencia podría deberse a que se incluyeron mujeres universitarias en escuelas privadas y un entorno social económico alto en comparación con el presente estudio realizado con mujeres de secundaria y con un nivel económico bajo.

De esta forma estos resultados se relacionan con el estudio realizado por Ruíz, A, O; Vásquez, A, R; Mancilla, D, J; López, A, X; Álvarez, R, G. & Tena, S, A. (2010). En donde 100 mujeres de 11 a 29 años, habitantes del área metropolitana de la Ciudad de México, que fueron divididas en dos grupos: con TCA y sin TCA (control), de acuerdo con el diagnóstico establecido mediante una entrevista clínica individual para tal fin el grupo con TCA se conformó con 70 mujeres que solicitaron servicio en una clínica privada a quienes se les diagnosticó mediante una entrevista individual basada en los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000), confirmando la existencia de 16 personas con AN, y 30 con TCANE, rebasando el punto de corte > 28 para mujeres mexicanas. Esta comparación se determina a la aplicación similar con el estudio ya mencionado en este párrafo y a la aplicación del estudio con adolescentes de nivel secundario sin grupo de control rebasando el punto de corte que presentan síntomas de anorexia nerviosa

Bajo esta perspectiva, se coincide con otro estudio que ocurre en Bogotá de Santafé donde se evaluaron diez pacientes con Anorexia Nerviosa, según el DSM-IV y diez controles emparejados por edad y sexo, a los cuales se les aplicaron una

serie de encuestas y un instrumento específico de historia clínica, donde los resultados indican que se puede rebasar el punto de corte mayor al estudio presente realizado en diferentes países, y sujetos con diferencia de edad y sexo de la población femenina.

Este tipo de investigaciones también fueron realizadas en España, en donde se realizó un estudio con 1,555 adolescentes, demostrando que un alto porcentaje (27.5%) de esta población padece síntomas de anorexia nerviosa, en una relación que va de cuatro mujeres por cada hombre. Específicamente para la anorexia, el porcentaje fue de 3.9% en mujeres obteniendo un punto de corte de S 28.

De acuerdo a la comparación hecha por Díaz, 2001 que se llevó a cabo en Estados Unidos, Australia y Gran Bretaña muestran que aproximadamente el 40% de las niñas y el 25% de los varones menores de 11 años quieren ser más delgados, aun las niñas con bajo peso y con preocupación con el peso corporal. El porcentaje aumenta a medida que transcurren los años de escolaridad y al final de la escuela primaria (11 años), más de la mitad de las niñas presenta insatisfacción con su peso y su figura corporal al llegar a la pubertad, a más tardar en la adolescencia temprana, las niñas ya comparten las mismas preocupaciones acerca del peso y la figura que las mujeres adultas. Estudios prospectivos muestran que el aumento de la preocupación por la imagen corporal durante la adolescencia se debe en parte a la ganancia de peso fisiológico el cual se asocia a la pubertad. Esta diferencia se debe al tipo de razas que conforman diferentes fisionomías en su cuerpo a diferencia de los rasgos de la mujer mexicana en mujeres adolescentes dentro del estado de México.

De igual manera Belsky (2001) realiza un estudio dentro de los límites del estado de México, en el cual refieren que las patologías se consideran propias del mundo occidental y de las grandes urbes dentro del concepto de la presión social percibida, aunque en los últimos años se ha comprobado que su incidencia aumenta en países subdesarrollados y afecta a personas de diversos estratos sociales y regiones suburbanas. Haciendo la diferencia del estudio anterior y al

presente estudio realizado con las adolescentes de nivel secundaria se encuentra que debido a la aceleración de zonas suburbanas se ejerce mayor presión social sobre diversos grupos sociales golpeando a grupos vulnerables como en el caso de las participantes de esta población, esto se relaciona con comentarios negativos sobre el auto concepto físico recibidos por parte de la familia y las opiniones de los compañeros y/o de la gente del entorno, las conversaciones con los amigos sobre el auto concepto físico, la comparación con ellos.

De acuerdo a un nuevo estudio realizado por Webber (2012) de la University of Kentucky y de la University of North Carolina, en Chapel Hill, se llegó a la conclusión de que la motivación para adelgazar es realizar una dieta y técnicas de ejercicio para bajar de peso con el impacto por los diversos medios de comunicación motivando a diversos grupos sociales por adelgazar. Como este estudio lo menciona se realizó también la comparación con el presente estudio con las mujeres adolescentes de nivel secundaria, en donde la motivación para adelgazar se debe a que las adolescentes están en busca de una identidad y de poder encajar dentro de un grupo social donde aparentemente se destaquen niñas delgadas y con tendencias de seguir un modelo o cierto perfil.

Actualmente la Universidad del País Vasco se elaboró un estudio en compañía de profesionales expertos en el tema de restricción alimentaria que advierten de la presencia creciente de adolescentes y jóvenes con desajustes alimentarios porque “no se gustan a sí mismos”, aunque, como advierten algunos autores (Castro 1993), su peso y su talla puedan estar dentro de los parámetros considerados “normales”. Desean medir más y pesar menos pero resulta difícil convencerlos de su “normalidad” biológica, puesto que su valoración de la imagen corporal está socioculturalmente construida y en cierto modo sus percepciones sobre el peso “normal” no se ajustan parámetros reales provocando el consumo de productos que prometen reducir medidas o ciertas dietas que dicen ser nutritivas pero a la vez dañinas y como consecuencia se presentan restricciones alimentarias que van más allá de la necesidad fisiológica, incluyendo connotaciones emocionales, sociales, culturales y económicas.

En el estudio presente realizado en Netzahualcóyotl Estado de México se compara la restricción alimentaria que realizan adolescentes de nivel secundaria con una edad de 11 a 16 años de edad o por el hecho de que las adolescentes consideran los hábitos alimentarios como un conjunto de reglas sobre el acto de comer, que han sido elaborados por el medio en el que vivimos a lo largo del tiempo, y que responden tanto a necesidades de salud como a criterios sociales privados o públicos.

Bajo esta misma mirada el instituto tecnológico de Sonora realizó un estudio con sujetos de nivel secundaria y reportó que 2.7% de las niñas y 1.4% de los niños presentaron comportamiento bulímico como lo menciona Álvarez (1997). En comparación con el presente estudio realizado en adolescentes de nivel secundaria en las escalas del EAT y el CIMEC se registra inferior al del estudio anterior, debidamente a que la información levantada menciona que la sintomatología de anorexia nerviosa, señala que la bulimia con otros estudios realizados y a que son un grupo vulnerables de mujeres adolescentes en busca de una identidad.

De esta forma como señala el objetivo de esta tesis:

- a. Analizar el impacto de los medios de comunicación en el desarrollo de síntomas de anorexia nerviosa:

Se desarrolla que con la primera pregunta se identificaron síntomas de anorexia nerviosa donde se revela que 7 niñas presentan síntomas de esta enfermedad.

También se les pregunto ¿Cuando estás viendo una película ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas? Manifestaron con respuestas variables que van de aceptar que si lo hacen, hasta la negación a estas actividades.

De acuerdo con American (1997) la persona que desarrolla este tipo de trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla, iniciándose desde la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia.

Otra interrogante que se preguntó ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta adelgazante? Respondieron Sí, más de, Si, 1 o 2, No, ninguna. Retomando a American (1997) generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de los alimentos, los individuos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría de ellos acaban con una dieta muy restringida, limitada a unos pocos alimentos.

Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una No, ninguna de ellas? Dijeron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. Al observar los resultados se puede apreciar que las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o ser obesas, este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso u observe comer la cantidad que ingieran las demás.

También se les preguntó ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica? Ellas respondieron Sí, mucho, Si, algo, No, nada.

Al coincidir con los resultados de Edelstein (1999) la delgadez se ha impuesto en las mujeres y hombres durante la adolescencia, una especie de estilo de vida del que no pueden prescindir, llegando a consumir horas enteras dedicadas al ejercicio físico para conseguir adelgazar y llegar al cuerpo estándar que consideran correcto.

Cuando se les preguntó ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas? Manifestaron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al considerar a Bercovich (2004) las pantallas esculpen realidades y moldean nuestros gustos, los dispositivos de poder rigen nuestro modo de estar en el mundo y nuestro modo de vivir los cuerpos.

Cuando se les preguntó ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes? Respondieron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. De acuerdo con Myers & Biocca (1992) los medios de comunicación proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables.

Así mismo se indagó que si entre las compañeras y amigas de las entrevistadas ¿Suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo? Refiriéndose Si, mucho, Si, algo, No, nada. Al considerar a American (1997) existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal. Algunas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continuamente estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo, (especialmente el abdomen, los glúteos y los muslos) que les parecen demasiado gordos.

Así mismo se indagó ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes? Corroboraron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. De acuerdo con Saucedo (2010) en la actualidad las conductas de riesgo que se viven en los países desarrollados han cobrado mayor relevancia, incrementado la demanda e incrementando la demanda no solo del número de personas que enferman su salud, cuerpo y organismo.

También se investigó ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas? Respondiendo Sí, siempre, Si, a veces, Si, a veces, No, nunca. De acuerdo con García (1993) la define como la fobia a la obesidad, con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social.

De igual manera se indagó ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes? Respondieron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al considerar a Garfinkel & Garner (1982) mencionan que las causas de la anorexia son múltiples y resultan de la interacción de factores propios del individuo, familia y sociedad.

Cuando se les preguntó ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gorda) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.? Contestaron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. De acuerdo con American (1997) las adolescentes que sufren de este trastorno pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una bascula, las medidas de las diferentes partes de su cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas de su cuerpo.

b. Con relación a identificar síntomas de la anorexia nerviosa.

De igual forma se les preguntó Cuando vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas? Manifestaron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. Al coincidir los resultados con Grosser (2010) menciona que es evidente que la anorexia va mas allá de un problema de alimentación y al mismo tiempo, tiene que ver con las relaciones que mantienen con sus iguales.

Asimismo se indagó ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida? Indicaron Si, más de dos veces, Si, 1 o 2 veces, No, nunca. De acuerdo con el DMS-IV los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria se diagnostican con más frecuencia en la infancia y la niñez (p. ej. pica, trastorno de rumiación, y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez).

Del mismo modo se indagó ¿Comentas a tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar? Comentaron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al

coincidir con los resultados de Matthews, Norton & Oakey (1986), Toro & Vidardell (1989), Polvi & Herman (1999) y Garfinkel & Garner (1982) el estudio de las personas anoréxicas, cuando ya han desarrollado la enfermedad no permite construir un perfil previo del sujeto con riesgo sin embargo, apoyándonos en los análisis realizados por especialistas en la materia se puede conocer lo siguiente en base a los comentarios de los padres extraídos de los estudios realizados por los autores ya mencionados anteriormente donde muestran algunas características donde no corresponden tener el perfil de una anoréxica debido a que es una enfermedad silenciosa.

De igual forma se cuestiono: ¿laman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas? Comunicaron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. Al coincidir con Mejía, Bautista & Cervantes(2010) son alteraciones perceptuales, cognitivo-afectivo o conductuales, ya que estas pueden ser causa de problemas importantes y que podrían actuar como un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, la figura y las conductas anormales asociadas con la imagen corporal y sus principales causas de la radio, Internet, televisión, regreso de modas de décadas anteriores, unirse a páginas de Internet de cómo bajar de peso o de cómo ser una anoréxica.

Así mismo se les interrogó ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir? Respondieron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. De acuerdo con Chernin (1981) los factores predisponentes son aquellos que son visibles, como la obesidad, la mala información nutrimental, los valores en la familia, además de otros factores silenciosos como la anorexia nerviosa, su vertiente que es muy poderosa y dañina para la salud; hay que agregar la presión de los diversos medios masivos de comunicación, al incitar a las mujeres adolescentes y (hombres) a tener el cuerpo ideal ofreciendo ejemplos de mujeres atractivas, modelos, actrices, cantantes.

Del mismo modo se les preguntó ¿Te angustia que te digan que estas “llenita”, “gordita”, “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo? Contestaron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al coincidir con García la fobia a la obesidad con un deseo irracional de estar delgada y unas alteraciones del control de la ingesta, acompañada de una grave perturbación secundaria de la mente con importantes alteraciones de la esfera familiar y social, les afecta a las mujeres adolescentes que hagan comentarios alusivos a su cuerpo.

Cuando se les preguntó ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de su cadera y muslos? Argumentaron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. En este sentido Thompson (1990) define tres componentes en la construcción de la imagen corporal: un componente perceptivo: precisión con que se percibe o estima el tamaño d diferentes segmentos corporales del cuerpo en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a una sobrestimación (percepción del cuerpo en unas dimensiones mayores a las reales) o a una subestimación (percepción de un tamaño corporal, inferior al real).

Igualmente se averiguó ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.? Respondieron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. De acuerdo con Grosser (2010) se presenta un recorrido histórico de la anorexia nerviosa, que existen vestigios de este padecimiento desde la edad media donde se encuentran relatos que explican una enfermedad caracterizada por una pérdida de peso a partir de una dieta de hambre autoimpuesta, esto nos quiere decir que hoy en día no es raro que se hagan conversaciones acerca del peso, calorías y la silueta.

Además se averiguó ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus senos? Dijeron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. De acuerdo con American (1997) se puede apreciar que hay personas preocupadas porque algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado voluptuosas o simplemente no están convencidas de su tamaño pequeño.

De igual manera se investigó ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar? Reconocieron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Coincidiendo con Huerta (2011) sobre la influencia de los medios masivos de comunicación en trastornos alimentarios utiliza el concepto de imagen corporal elástica para explicar que los medios contribuyen a la presentación social del cuerpo ideal ofreciendo ejemplos de mujeres atractivas, modelos, actrices, cantantes que proporcionan un referente con el cual las mujeres establecen comparaciones.

Cuando se les preguntó ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada? Informaron Más de tres temporadas, 1 ó 2 Temporadas, No, nunca. De acuerdo con Mora & Raich (1993), sostiene que la percepción corporal depende menos de los datos sensoriales y de la participación de otro tipo de variables: estándares cognitivos asociados a cada sector corporal, experiencias interpersonales y feed-back social, presencia de auto esquema imbuido por las preocupaciones del peso, grado de utilización de cada segmento corporal, nivel intelectual, sexo, practica de determinados tipos de actividad física y baja autoestima.

- c. Al describir el impacto de los medios de comunicación en adolescentes con síntomas de anorexia nerviosa.

Incluso se les indagó ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncio, etc., que hablan de calorías? Revelaron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Relacionando los resultados con Mejía, Bautista & Cervantes (2012) las principales causas de interés que consultan las adolescentes son unirse a páginas de internet de cómo ser una anoréxica.

Cuando se averiguó ¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo? Indicaron Si, 2 ó más personas, Si, 1 persona, No, nadie. De acuerdo con Garner & Bemis (1982) las cogniciones

distorsionadas que ocupa la mente del sujeto y principalmente de la comida, todo ello relacionado al peso y al aspecto corporal.

De la misma manera se averiguó ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño? Ellas respondieron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al coincidir a Mejía, Bautista & Cervantes (2012) el regreso de modas, la imposición de un estereotipo de mujer como medidas perfectas, la deliberación de modas pasajeras de cada año son las principales causas de estos factores de riesgo.

De igual forma se indagó ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad? Corroboraron que Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al considerar con los resultados de Mejía, Bautista & Cervantes (2012) unirse a páginas de internet, dicta el interés de las adolescentes relacionados con el peso y el adelgazamiento.

Cuando se les preguntó ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por el peso o por la forma de su cuerpo? Manifestaron Si, mas de 2, Si, 1 ó 2, No, Ninguna. De acuerdo con American (1997) las personas que sufren este problema dependen en gran medida de la forma y el peso del cuerpo.

También se les preguntó ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos? Respondiendo Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. De acuerdo con American (1997) existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporal preocupándose por algunas partes de su cuerpo.

De igual forma se investigó ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu cadera y muslos? Contestaron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al coincidir con Brucker (1987) el preocuparse por realizar ejercicio físico no solo es eso, si no también el aumento desconsiderado de la actividad física.

También se les preguntó ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar? Respondieron Sí, más de 2, Sí, 1 ó 2, No, ninguna. Al coincidir con los resultados de Grosser (2010) con esto podemos señalar que no solamente es la resistencia a no ingerir alimentos, sino el interés propio de sentirse bien con su organismo.

Igualmente se investigó ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante? Manifestaron Sí, mucho, Sí, algo, No, nada. De la misma manera Dulanto (2000) nos refiere que las alteraciones en el proceso del preadolescente o adolescente producidas por auto exigencia en el deporte y otras actividades que requieren de un gran desgaste físico como practicar ballet pues éstas modifican la composición corporal, disminuyendo la proporción del tejido graso y la masa corporal.

En otro orden de ideas se investigó ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes? Respondieron Sí, mucho, Sí, algo, No, nada. Al coincidir con los resultados de Crisp, Matthews, Norton & Oakey (1986) la trascendencia sociológica tras la alarma de los noventa que indican que nos encontramos ante conductas que afectan directamente al cuerpo, reflejan un cierto tipo de vulnerabilidad individual en cuanto a personalidad y maduración, y ocurre en una familia con determinadas características previas a la aparición del trastorno alimentario.

Por otro lado se les cuestionó ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos? Indicaron Sí, mucho, Sí, algo, No, nada. Al coincidir con los resultados de American (1997) menciona que las personas consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria autodisciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves.

También se investigó ¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son mas aceptadas por los demás que las que no lo son? Comentaron Si, seguro, Si, probablemente, No lo creo. De acuerdo con Chernin (1981) otros factores silenciosos como la anorexia nerviosa, su vertiente es muy poderosa y dañina para la salud; hay que agregar la presión de los diversos medios masivos de comunicación, al incitar a las mujeres adolescentes y (hombres) a tener el "cuerpo ideal" ofreciendo ejemplos de "mujeres atractivas"- modelos, actrices, cantantes.

De igual manera se indagó ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes? Comentaron Si, muchas veces, Si, a veces, No, nunca. Huerta (2011) señala sobre influencia de los medios masivos de comunicación en trastornos alimentarios utilizan el concepto de "imagen corporal elástica" para explicar que los medios contribuyen a la representación social del "cuerpo ideal" ofreciendo ejemplos de "mujeres atractivas"- modelos, actrices, cantantes- que proporcionan un referente con el cual las mujeres establecen comparaciones.

Cuando se les preguntó ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de sus senos? Comunicaron Sí, siempre, Si, a veces, No, nunca. Al coincidir con los resultados de Attie (1989) La dificultad estriba en descifrar aquellos mensajes mediáticos que vinculan la belleza con la aceptación social, el prestigio, el éxito al utilizar palabras e imágenes cuyos significados están ocultos o son contradictorios o confusos.

De igual forma se les preguntó ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior? Respondieron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. American (1997) indican que los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vomito o con diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva.

Así mismo se indagó ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes? Contestaron Más de tres temporadas, 1 ó 2 Temporadas, No, nunca. Al coincidir a Thompson (1990) En el marco de los trastornos alimentarios, la imagen corporal es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, y su alteración el desequilibrio o perturbación de ella.

También se indagó ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son? Argumentaron Si, casi siempre, Si, a veces, Me da igual. De acuerdo con Pilgrim & Garner 2005 La persona anoréxica actúa como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad, y otras sensaciones corporales no fueran percibidas o lo fueran de forma anómala. La falta de respuesta al frío experimental, la aparente inagotable resistencia a la fatiga e incluso la ausencia de apetencias sexuales, son datos a favor de la existencia de alteraciones interoceptivas.

Por otra parte se les interrogó Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer? Respondieron Sí, mucho, Si, algo, No, nada. Al coincidir con los resultados Dulanto (2000) de La familia sigue considerándose como “el centro de socialización infantil y juvenil”. Se propone que a través de ella se transmiten valores, se da sostén emocional y afectivo, promociona el desarrollo adecuado de sus miembros, los prepara y entrena para la convivencia, enseñando la tolerancia a la frustración, el reconocimiento y disfrute de procesos en general.

Con base en lo anterior se cuestiono ¿Me gusta comer con otras personas? Dijeron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con el DSM-IV este hecho puede indicarse anotando la presencia de factores psicológicos que afectan el estado físico.

Así mismo se les interrogó ¿Preparo comida para otros, pero yo no me las cómo? Ellas respondieron Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Vandereyken & Castro (1991) las conductas alimentarias en las personas están reguladas por mecanismos automáticos en el sistema nerviosa central.

Del mismo modo se les preguntó ¿Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de la comida? Corroboraron Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar a Edelstein (1999) eso ocurre con las personas anoréxicas, que acaban deificando la delgadez, haciéndose dependientes del símbolo de ésta, por lo que pueden llegar hasta a morir de hambre.

Cuando se les preguntó ¿Me da mucho miedo pesar demasiado? Manifestaron Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar con Toro & Vilardell (1989) Hay una negación a comer con el único objetivo de no engordar. Por tanto, se trata de un trastorno socio-psico-biológico de creciente trascendencia médica.

Igualmente se averiguó ¿Procuró no comer aunque tenga hambre? Respondieron Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Attie (1989) nos refiere una baja autoestima y la influencia publicitaria de que una mujer delgada es exitosa, feliz y atractiva, lleva a las adolescentes a sentir temor al considerar la posibilidad de no alcanzar ese tipo cuerpo. La anorexia no se puede detectar en el momento preciso en que se inicia, sino cuando ya la paciente afectada se encuentra en un determinado grado de delgadez.

Además se interrogo ¿Me preocupo mucho por la comida? Respondiendo Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre. (6 -1). El estudio de Tschirhart y Donovan (1985) señala que la bulimia, relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia describe a los sujetos como comedoras

compulsivas, que se provocan el vómito tras la ingesta para silenciar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.

De igual manera se investigó ¿A veces me eh atracado de comida, siento que era incapaz de parar? Contestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Edelstein (1999) indica que eso ocurre con las personas anoréxicas, que acaban deificando la delgadez, haciendo dependientes del símbolo de esta, por lo que pueden llegar hasta morir de hambre.

Cuando se les preguntó ¿Corto mis alimentos en trozos pequeños? Respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Garner & Bemis (1982), establecen otra clasificación diferente de distorsiones cognitivas en cuanto a la alimentación: inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico, uso selectivo de la información, hipergeneralización y magnificación de lo negativo. Estos procesos cognitivos facilitan la precipitación de la enfermedad a la decisión inicial de la práctica de una dieta restrictiva.

Incluso se indagó ¿Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos qué cómo? Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con los resultados de Brucker (1987) las anoréxicas suelen interesarse por el contenido calórico.

Cuando se averiguó ¿Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej, pan, arroz, patatas, etc.? Manifestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con los resultados de Pilgrim & Garner (2005) las personas actúan como si los estímulos internos relacionados con el hambre, la saciedad, y otras sensaciones corporales no fueran percibidas o lo fueran de forma anómala.

De la misma manera se cuestiono ¿Me siento llena después de las comidas? Indicaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Turón (1997) este proceso puede parecer automático y elemental, sin embargo no solo son aspectos biológicos los que condicionan la conducta alimentaria sino otros mucho más complejos relacionados con experiencias psicológicas entre ellos los sentimientos de seguridad, bienestar y efecto que se experimentan a través del pecho materno en la lactancia).

De igual forma se indagó ¿Noto que los demás prefieren que yo comiese más? comentaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con Tschirhart y Donovan (1985) señala que la bulimia relacionada en la mayoría de los casos con la anorexia describe a los sujetos como comedoras compulsivas, que se provocan el vomito tras la ingesta para silenciar su conciencia que les demanda mantenerse delgadas.

Cuando se les pregunto ¿Vomito después de haber comido? Comunicaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar a Zagalaz (2003) los trastornos de auto percepción del tamaño corporal, estados afectivos y emocionales y factores socioculturales (estereotipos y valores estético culturales relativos al cuerpo femenino, influidos por la cultura de la delgadez).

También se les preguntó ¿Me siento muy culpable después de comer? Respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Way (1996) es una adicción como cualquier otra, en la cual ser delgada es la obsesión y perder peso el modo de satisfacerla de modo que la anorexia nerviosa radica en un nivel insuficiente de autoestima, polémica que gravita en el fondo de muchos problemas psicológicos femeninos.

De igual forma se preguntó ¿Me preocupa el deseo de estar más delgada? Respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Coincidiendo con los resultados de Giordano (2005) las conductas extravagantes relacionadas con la comida y el peso se asemejan a auténticas compulsivas. El continuo calculo de calorías, verificación repetida del peso, los rituales en la preparación, ingestión e incluso de anorexia nerviosa, harían pensar, en primera instancia, en un cuadro obsesivo-compulsivo.

Igualmente se investigó ¿Hago mucho ejercicio para quemar calorías? Contestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con los resultados de American (1997) pueden emplear las adolescentes una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son pesarse constantemente en una bascula.

De igual manera se pregunto ¿Me peso varias veces al día? Argumentaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). García (1993) indica que sucede predominantemente en una sociedad en particular: la postindustrial de fin de siglo, marcando por una ética y una estética determinada, enfocada a priorizar la imagen externa por encima de cualquier otro valor.

Así mismo se les preguntó ¿Me gusta que la ropa me quede ajustada? Respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Concidiendo con los resultados de Carney & Louw (2006) el hipotálamo se reconoce como el lugar donde radican los centros del hambre y la saciedad, pero a través de la corteza cerebral donde se establecen mecanismos mucho más complejos relacionados con la alimentación.

Cuando se les preguntó ¿Disfruto comiendo carne? Dijeron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1).De acuerdo con

Toro (1996) la ansiedad es un síntoma siempre presente en la anorexia nerviosa. A lo largo de la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos.

De igual forma se les pregunto ¿Me levanto pronto por las mañanas? Reconocieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al relacionar esto con los resultados de Raich (1994) actualmente el acto de comer es un fenómeno de integración y comunicación social. A través de la comida el grupo se siente unido e identificado, en la mayoría de los actos sociales la comida ocupa un lugar de mayor relevancia debido a que es una forma de acercamiento y agradecimiento por compartir momentos en particular.

Así mismo se les interrogó ¿Cada día como los mismos alimentos? Reconocieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir a Brucker (1987) las anoréxicas suelen interesarse por el contenido calórico de los alimentos, por todas las dietas encaminadas a la disminución de peso, incluso por dietas sintéticas, tratamientos y por el ejercicio físico facilitador de la pérdida de peso.

Del mismo modo se les preguntó ¿Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio? Informaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con American (1997) en las niñas prepuberales la anorexia nerviosa puede retrasarse la aparición de la menarquia.

Cuando se les pregunto ¿Tengo la menstruación regular? Revelaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Relacionándolo con American (1997) normalmente, las personas con este trastorno tienen escasa conciencia de su alteración, la niegan y pueden explicar historias poco creíbles. Por otra razón es necesario obtener información de los padres o de otras fuentes con el fin de evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

También se les preguntó ¿Los demás piensan que estoy demasiada delgada? Indicaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Esto con lo que señala Thompson (1990) en el marco de los trastornos alimentarios, la imagen corporal es definida como la representación mental de diferentes aspectos de la apariencia física, y su alteración el desequilibrio o perturbación de ella.

Del mismo modo se les preguntó ¿Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo? Ellas respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con los resultados de Vandereyken & Castro (1991) las personas normales, en situación de no precariedad presentan unas reacciones adaptadas a los estímulos de hambre y de sed, con respuestas correctas hacia la saciedad.

Así mismo se les cuestiono ¿Tardo en comer más que otras personas? Corroboraron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar a DMS-IV-TR la anorexia nerviosa parece mucho más prevalente en las sociedades industrializadas, en las que abunda la comida y en las estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres).

Cuando se les preguntó ¿Disfruto comiendo en restaurantes? Manifestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Brucker (1987) las anoréxicas suelen utilizar laxantes de todo tipo y en ocasiones, el uso de laxantes no está en relación con el estreñimiento sino con el contenido de hacer desaparecer de su cuerpo todo lo ingerido.

De igual forma se les interrogo ¿Tomo laxantes (purgantes)? Respondiendo Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar a Brucker (1987) las anoréxicas suelen interesarse por el contenido calórico y azúcares de los alimentos.

Con base en lo anterior se indago ¿Procuro no comer alimentos con azúcar? Contestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar a American (1997) describe cuadros clínicos en la que la pérdida de peso se consigue mediante una dieta constante.

Así mismo se les interrogó ¿Como alimentos de régimen? Respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con los resultados de Granek (2007) la anorexia nerviosa es parte de los denominados comúnmente trastornos de la alimentación; son conductas negativas que se tienen en relación con la alimentación.

Del mismo modo se les cuestiono ¿Siento que los alimentos controlan mi vida? Manifestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar a American (1997) menciona que existen casos clínicos después de ingerir pequeñas cantidades comida.

Cuando se averiguo ¿Me controlo en las comidas? Indicaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Saukko (2006) el cuerpo para responder de manera positiva debe de ser alimentado. Pero las personas que mantienen esta enfermedad no lo ven así y quieren subsistir sin alimentos, que son los que proporcionan energía: a pesar de ello sostienen su deseo, aun cuando con ello arriesgan su vida.

También se indago ¿Noto que los demás me presionan para que coma? Comentaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con el DSM-IV este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.

Del mismo modo se les preguntó ¿Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida? Indicaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces,

Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Cancela (2011) dice que algunos casos pueden ser muy graves llevando incluso a tener estreñimiento y n otros casos hasta la muerte.

Así mismo se les cuestiono ¿Tengo estreñimiento? Comentaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al considerar a Castro (1991) las conductas alimentarias en las personas están reguladas por mecanismos automáticos en el sistema nerviosa central.

Cuando se les preguntó ¿Me siento incomoda después de comer dulces? Manifestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Granek la anorexia nerviosa es parte de los denominados comúnmente trastornos de la alimentación; son conductas negativas que se tienen en relación con la alimentación.

De igual forma se investigo ¿Me comprometo a hacer régimen? Respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con Ayuso (1993) las anoréxicas suelen iniciar dietas selectivas y después restrictivas pudiendo llegar en último extremo a negar el agua.

Así mismo se les preguntó ¿Me gusta sentir el estómago vacío? Contestaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con Turón (1997) el acto de comer ha sido eminentemente social y cultural, ya que la forma de comer y las características de los alimentos definen los diferentes grupos culturales, ya sea de una dieta mediterránea, comida americana, etc.

Del mismo modo se resalto ¿Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas? Argumentaron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). Al coincidir con los resultados de Ayuso (1993) aproximadamente más de la mitad de las anoréxicas pasan por episodios de

bulimia, ingestas desmenuzadas con periodicidad irregular que ocasionan en la enferma intensos sentimientos de culpa, auto desprecio que en ocasiones en la enferma intensos sentimientos de culpa, auto desprecio que en ocasiones desemboca en ideas auto líticas.

Por ultimo se interrogo ¿Tengo ganas de vomitar después de las comidas? Respondieron Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre, Siempre (6 -1). De acuerdo con American (1997) Los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o con diuréticos, laxantes, o enemas de una manera excesiva.

Capítulo 6. Conclusiones

La anorexia nerviosa tiene un lugar relevante dentro del grupo de trastornos de la conducta alimentaria. Ésta ha ido en aumento en los últimos años y de acuerdo con las encuestas realizadas, nos percatamos de que su impacto también causa estragos en zonas de bajo nivel económico, como es el caso del municipio de Nezahualcóyotl.

Se trata de una enfermedad multi causal donde interaccionan aspectos biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales con una falla en la adaptación al medio social que intenta ser compensada por conductas patológicas vinculadas a la alimentación y preocupación excesiva por el cuerpo. En este trastorno, en algún momento aparecen trastornos orgánicos, aún cuando el organismo mantiene un equilibrio a pesar de la pérdida de peso cuantiosa por mecanismos de autorregulación.

Quienes desarrollan anorexia nerviosa son principalmente mujeres con problemas de autonomía, baja autoestima, perfeccionistas pero con miedo a madurar y rasgos familiares con poca comunicación. Si además de estos problemas, le sumamos el impacto social que tienen los medios de comunicación, esto se convierte en un elemento más que refuerza el contexto negativo que propicia a las mujeres jóvenes a caer en esta enfermedad.

Este padecimiento incide en mayor medida en mujeres adolescentes y jóvenes que reciben gran influencia social, cultural y de diversos medios de comunicación, respecto a la moda y en un prototipo de belleza. Dicha enfermedad provoca estragos físicos de manera paulatina. Por momentos, se registra periodos de adelgazamiento abrupto, lo cuales se contraponen a otros periodos de obesidad. El ánimo, la conducta y en general el psiquismo de estos enfermos, varía de acuerdo a las oscilaciones del impulso alimenticio.

De acuerdo con las encuestas realizadas podemos apreciar que las estudiantes que participaron en este estudio demuestran en términos generales, un interés considerable por su aspecto físico. La presente tesis se enfocó en determinar y analizar si las mujeres adolescentes de la escuela secundaria Benjamín Hernández, realmente fueron influenciadas por diversos medios de comunicación, al ser víctimas de los estereotipos presentados en los programas de televisión y en los anuncios publicitarios, y que ello favoreciera un entorno para el desarrollo de los síntomas de anorexia nerviosa.

Para cumplir este objetivo se encuestaron a 90 adolescentes del sexo femenino, de una escuela secundaria pública del municipio de Nezahualcóyotl, posteriormente se utilizaron los instrumentos el Modelo Estético Corporal y el Test de Actitudes Alimentarios para obtener los resultados del diagnóstico situacional, ya que necesitábamos primero conocer aquellos factores de riesgo que la población femenina sufre; y nos encontramos que presentan síntomas de anorexia nerviosa, lo cual es preocupante ya que incluso algunas desconocen el tema, sus causas, problemas, sus riesgos y también hay falta de información entre padres de familia y amigos. A ello hay que sumarle el entorno sociocultural y su problema, que marcan altas exigencias entre los diversos estratos. Recordemos que no tenemos una educación sólida en lo que respecta a hábitos alimentarios, y como se menciona en la tesis, éste es un factor más de riesgo en la población femenina propensa a los trastornos alimentarios.

Actualmente hay políticas gubernamentales, programas y fundaciones que se encargan de difundir específicamente lo relacionado a la anorexia nerviosa, aún hay varios casos de mujeres que mueren a causa de esta enfermedad, siendo evidente una problemática social que puede evitarse mediante la educación y la formación de hábitos positivos de vida.

La anorexia nerviosa no sólo es un problema relacionado con la comida o con el peso, es un intento de usar la comida y el peso para lidiar con los problemas

emocionales. Esto permite señalar que, al rescatar los resultados obtenidos del muestreo, a partir del total de las alumnas a quienes se les aplicaron los cuestionarios, se concluye que el 7.8% presenta síntomas de anorexia nerviosa.

Hay que enfatizar que el hecho de presentar síntomas no necesariamente implica tener un grado avanzado de la enfermedad, pero sí expone cuestiones que existen ya los elementos para comenzar a desarrollar la enfermedad. Esta situación es preocupante, ya que deja ver que la anorexia nerviosa, es un padecimiento considerado por mucho tiempo exclusivo de estratos sociales altos, ya comienza a tener repercusiones en áreas geográficas donde la economía está por debajo del nivel medio.

Por diversos factores sociales y para forjar una identidad, las adolescentes necesitan un estereotipo a seguir para sentirse parte del entorno en el que se desarrollan. Indiscutiblemente este no es el único factor que determina la personalidad del sujeto, también es indispensable considerar el contexto en el que se encuentran; a su vez es necesario incluir otros aspectos de la identidad individual, como la de género o el momento del ciclo de vida. Esto nos confirma que en un mismo contexto geográfico, en este caso el Nezahualcóyotl, pueden coexistir diversas formas de estilo de vida.

Es así que el impacto emocional que pueden generar los medios de comunicación al mostrar estereotipos de mujeres extremadamente delgadas, no es en sí sólo un elemento contundente que determine de manera absoluta la conducta de una persona; pero desde luego es un elemento a considerar dentro de esa serie de opciones que conforman el comportamiento.

El impacto de los diversos medios de comunicación y los programas no culturales representan un problema físico-mental, pues presentan mensajes que van al inconsciente con el objetivo de promover la delgadez extrema para cumplir modas pasajeras, productos de caprichos de la mercadotecnia o de supuestos referentes

de un estilo de vida. La mayoría de las veces las empresas que venden estos productos favorecerán estos estereotipos en las mujeres, las cuales se han deshumanizado por culpa de las exigencias y presiones sociales. Las chicas que fueron encuestadas, refieren que ven programas televisivos en los que se presentan a mujeres de figuras muy delgadas, o revistas como la de ERES en donde grandes protagonistas de la farándula y glamour están de moda o páginas en Internet que hablan de cómo perder peso o páginas como la de PRO-ANA Y MIA en donde miles de mujeres se unen al club de cómo ser una anoréxica.

Este tema de carácter social y de salud pública afecta tanto al sujeto que tiene el problema, como a aquellos que no lo tienen pero por la exposición a los medios de comunicación los pueden llegar a desarrollar ya que constantemente se está expuesto a la radio, televisión, revistas, el Internet que continuamente afectan el comportamiento del individuo, sin importar el impacto que tengan sobre la población.

Los medios de comunicación bombardean con ideas y “consejos” para adelgazar, publicidad e imágenes de modelos con atributos específicos que la mayoría de los sujetos no tienen, vendiendo así una imagen alterada, ya sea por diferentes técnicas como pueden ser: programas de computadora, maquillaje, productos adelgazantes, etc. Con esto inconsecuentemente se genera un rechazo en el cuerpo de las mujeres adolescentes.

Con esto cada vez más mujeres jóvenes se suman a la población con trastornos alimentarios debido a que no están conformes con ellas mismas y a la imposición de una figura delgada y estética de acuerdo a lo que marca la sociedad y los estándares de diversos medios de comunicación y programas no culturales, que generan una gran confusión entre el cuerpo sano y delgado.

Dentro del contexto familiar también se genera una influencia negativa de algunos comentarios que parecen inofensivos y de cariño, como el caso de “gordita”,

“llenita” o “barrigoncita”, adjetivos que suelen usar algunos padres de familia, hermanos, incluso primos, hacia las jóvenes; generando en ellas un sentimiento de identidad vinculado a su aspecto físico. Desarrollan así ideas de llevar algún tipo de régimen alimentario sin ningún tipo de supervisión médica de expertos en materia alimentaria, esto, con el objetivo de cambiar su cuerpo a tal grado de intentar llegar a lucir como las figuras femeninas de extrema delgadez que consideran ideales.

Esto implica que hay que preocuparnos más por educar a los jóvenes para que sepan analizar aquellos programas adulterados encaminados hacia la “salud” donde se muestran estereotipos de perfección física donde se vende un aparato para ejercitar el cuerpo y con resultados exitosos y sin la supervisión de algún experto o instructor, o productos adelgazantes que funcionen en un corto plazo, pero a la larga tienen consecuencias físicas y biológicas. Todos estos anuncios tienen el factor común de que en ellos predomina como constante una mujer delgada y con medidas perfectas.

Este trabajo está dirigido y encaminado para que en la escuela secundaria Benjamín Hernández del municipio de Nezahualcóyotl, se dé la detección oportuna de todos los tipos de trastornos alimenticios en colaboración de psicólogos, psiquiatras, médicos en general y expertos en el tema, así como padres de familia; y que además dicha labor se convierta en un parte aguas en materia de salud pública y educación alimenticia y psicológica en el Estado de México y que a partir de ello se realicen labores similares en otras instituciones educativas de la Entidad.

Debido a estos acontecimientos, dentro de la institución se informa que una de las chicas sufrió trastornos alimentarios llevándola a la muerte. En otros países se ha mostrado un gran interés por la investigación de estos trastornos debido al aumento que se da por la anorexia nerviosa en diversas poblaciones en el mundo; además de los estragos que causan en la salud (Espido, 2004).

Sin embargo se observa que este tipo de trastornos no son exclusivos de la población de clase alta sino que están presentes también en las personas de cualquier nivel socioeconómico, tal como lo ha señalado Toro (1996, 2004), ya que no se restringen a cierta raza, género o condición social o área geográfica. Garandillas y Febrel (2000) han indicado que la región geográfica no es un predictor de trastorno alimentario.

Tan sólo en el Estado de México, de acuerdo con el Instituto de la Juventud, los índices de anorexia y bulimia crecieron en un 25% en comparación con lo registrado en el 2011. De entre ellos, los municipios metropolitanos (Como es el caso de Nezahualcóyotl presentaron un incremento mayor que las demarcaciones de otras áreas geográficas, en este sentido, el organismo afirmó que el 30% de las llamadas de ayuda que recibieron en este contexto, eran de chicas menores de edad.

Hay que mencionar también, que según señala la especialista en la materia de la Universidad Autónoma del Estado de México, Rosalinda Guadarrama, cada vez es más la presión social hacia los jóvenes en sus escuelas, esto, para mostrar un físico extremadamente esbelto, sobresaliendo en ello la motivación para adelgazar la preocupación social percibida y los patrones y estilos alimentarios.

En México se reporta más de un millón de casos de anorexia en los últimos diez años, y la cifra va en aumento. De acuerdo con las estadísticas de la Secretaría de Salud, un 40% de las personas anoréxicas se curan totalmente, mientras que del 1 al 3% fallecen por desnutrición, fallo cardiaco o suicidio y las restantes convierten su anorexia en un padecimiento crónico al no conseguir una curación total (Gálvez, 2010).

Ello hay que enfocarlo a la población que analizamos, particularmente en lo que respecta a la edad de las jóvenes, en este sentido debemos recordar que algunos

estudios realizados han detectado la ocurrencia de trastornos de la conducta alimentaria en poblaciones de estudiantes de secundaria, preparatoria y licenciatura; por ejemplo, Hernández (2006) señala que 100 estudiantes de secundaria de estrato social medio alto y 100 de estrato social medio bajo, se presentaron con conductas asociadas a la anorexia.

Otro de los elementos que se abordan en esta investigación es la influencia de los medios de comunicación en la decisión de las jóvenes para incurrir en este trastorno alimenticio. Efectivamente las mujeres continúan siendo el sujeto más vulnerable ante estos padecimientos y problemas de comportamiento, tal y como lo señala Baile, Raich y Garrido, (2003).

La explicación que se ofrece para que las mujeres jóvenes sigan siendo más proclives a sufrir anorexia o bulimia es precisamente resultado de la presión social a la cual ha sido sometida, sobre todo cuando se trata de una edad temprana en la que la persona apenas se está formando un carácter y empieza a establecer sus criterios; en la mayoría de los casos, se le ha educado dentro de un contexto en el que para ser aceptada debe ser delgada Álvarez, Franco, Vázquez, Escarria, Haro y Mancilla (2003), lo que la lleva a realizar dietas extremas o a estar largos periodos sin la ingesta de alimentos, provocando y agudizando, tales trastornos.

Si bien es cierto que en el contexto de esta investigación, no existe un problema grave en lo que respecta a la presencia de la anorexia como trastorno alimenticio; eso no significa que haya que dejarlo de lado, ya que las condiciones para que este padecimiento vaya tomando fuerza, se están consolidando paulatinamente y hay que actuar antes de que se convierta en un grave problema de salud pública a nivel municipal.

Las mujeres con anorexia nerviosa tienen un riesgo de muerte nueve veces mayor que el resto de las mujeres, así lo señala un estudio de doce años de duración del Klinik Roseneck Hospital for Behavioral Medicine, en Prien, Alemania. En la

secundaria Benjamín Hernández como en el resto del mundo, la población más afectada por este mal son las mujeres, ya que enfrentan trastornos de alimentación debido a la distorsión de la imagen corporal que las hace percibirse obesas pese a la delgadez en que se encuentran, en los medios de comunicación, tal y como se demostró en las gráficas realizadas con el resultado de las encuestas.

En esta situación pueden estar hasta 900 mil personas, considera el doctor Wázcar (2001), médico adscrito al Hospital de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quien establece que en materia de salud los excesos (obesidad y complexión delgada en extremo) son un riesgo para la salud. Agregó que de acuerdo con una encuesta realizada entre menores de edad de 9 a 13 años, a 47 por ciento de niñas y niños les preocupa su cuerpo y a 75 por ciento de las niñas les inquieta estar gordas, contra un 65 por ciento de los niños.

Si comparamos el margen nacional con la evaluación que obtuvimos en este trabajo, podemos notar que los índices son similares en cuanto a la preocupación por verse gordas, sin embargo en la secundaria Benjamín Hernández es mayor el porcentaje de niñas a las que les preocupa su aspecto corporal, con lo cual queda evidenciado que la percepción que genera los trastornos alimenticios empieza a ganar terreno en Nezahualcóyotl.

Como pudimos ver al cotejar las gráficas, esta enfermedad tiene relación con el contexto familiar, ya que muchas de las entrevistadas referencias haber sido influidas por familiares que realizaban alguna actividad para bajar de peso y otros también señalaron el impacto que tienen los adjetivos calificados relacionados con el sobre peso

En esta investigación también nos percatamos de que los factores sociales son también una influencia de consideración. En este ámbito debemos enmarcar el

impacto que tienen las actrices, modelos, bailarinas y algunas deportistas, donde la imagen corporal juega un papel importante en su desempeño. Todo este contexto indiscutiblemente contribuye para que las jóvenes sean más susceptibles a padecer esta enfermedad tal y como lo muestran los resultados de esta tesis

Es importante no perder de vista el registro de incidencia en la escuela secundaria ya que la anorexia es un problema de salud pública entre las adolescentes, tanto por su prevalencia como por su tasa de mortalidad, que va del 5 a 20 por ciento. Al buscar perder peso, en los casos severos estas mujeres presentan desequilibrios de agua y electrólitos que pueden provocar alteraciones en el ritmo cardiaco y llevarles a la muerte.

Por ello al término de las evaluaciones se recomendó a los padres de las encuestadas que vigilen las actitudes que pudieran mostrar las adolescentes, como son: someterse a dietas severas, preferencia por comidas extrañas o poco comunes, atracones de comida selectivos, uso de laxantes, píldoras de dieta o abuso de diuréticos, así como ejercicio compulsivo o excesivo, aislamiento, irritabilidad o síntomas depresivos. Recordemos que nuestra población en su discurso manejó la aceptación de ciertas prácticas entre las que se encuentran dietas, ejercicio en grandes cantidades, intentar ser lo que se presenta en televisión, etcétera.

A las jóvenes y sus familias se les indicó que hasta un 30 por ciento de las mujeres que padecen anorexia tienen recaídas cuando llevan a cabo tratamiento integral, incluso algunas evolucionan a bulimia;¹ por lo que es importante un diagnóstico e intervención oportunos. También se les comentó que otra consecuencia es la amenorrea que es la suspensión del ciclo menstrual, que ocurre hasta en el 90% de los casos, como medida compensatoria del organismo ante la disminución de aporte energético.

¹ Se considera a la bulimia como el trastorno mental y alimenticio que provoca sentimiento de culpa por comer

También hay que señalar que las jóvenes sufren de anorexia nerviosa, generalmente tienen problemas psicológicos y disminución en su desempeño académico, además de que la disminución de la masa corporal las lleva a la desnutrición, lo cual deriva en enfermedades cardiovasculares.

Este trabajo también concluye que existe un abandono gubernamental ya que las instituciones no enfrentan el problema de manera adecuada. La problemática empieza por el deseo de tener un cuerpo que sea socialmente aceptado y se ha convertido en una obsesión entre las mujeres.

Aunque nuestra investigación no fue aplicada a sujetos masculinos debemos destacar que muchos hombres con trastornos alimentarios comparten las mismas características que sus contrapartes mujeres, incluyendo una baja autoestima, la necesidad de ser aceptado, la incapacidad para hacer frente a las presiones emocionales y familiares y de relaciones. Los hombres con trastornos de alimentación son más frecuentes en subgrupos específicos. Por ejemplo, los hombres que luchan exhiben un aumento desproporcionado de las tasas de trastornos de la alimentación que va de 7 a 10 veces superiores a lo normal. Además, los hombres homosexuales tienen una mayor tasa de trastornos de la alimentación.

Los trastornos alimenticios son a menudo percibidos como una enfermedad de las jóvenes en las clases socioeconómicas media y alta. Sin embargo, como hemos visto en este estudio, existe un considerable incremento en las condiciones que desarrollan la enfermedad en los estratos sociales de clase media y baja. Este mal se extiende paulatinamente a los diferentes grupos étnicos y culturales de todos los niveles socioeconómicos.

Las niñas y mujeres de todos los grupos étnicos y raciales pueden sufrir de trastornos de la alimentación. La naturaleza específica de los problemas

alimenticios más comunes, así como los factores de riesgo y de protección, pueden variar de un grupo a otro, pero ningún grupo de la población está exento.

Es evidente que las conductas alimentarias alteradas y las actitudes se producen en todas las culturas. Al enfocarnos a nuestra población, al ser de una zona de bajos recursos, muestra también interés por este tipo de prácticas que no son saludables y que alteran su contexto.

Aunque los trastornos alimenticios tienden a alcanzar su punto máximo entre la adolescencia y la adultez temprana, la incidencia y prevalencia ha mostrado un aumento en todos los grupos de edad. Por ejemplo, trastornos de la alimentación, están aumentando rápidamente entre las niñas pres púberes, tal y como lo hemos visto a lo largo de este documento.

Después de evaluar las gráficas vemos que los desordenados hábitos alimenticios y la preocupación por el peso y la imagen corporal está comenzando a edades más tempranas, incluso en niñas de tan solo once años de edad o incluso menos. Hay que señalar que se encontró que el 70 % de las niñas encuestadas dejaron ver que se preocupan por su peso corporal incluso antes de entrar en la adolescencia.

Mantener una figura atractiva no justifica caer en extremos, donde se atente con la salud y la vida. De acuerdo con los resultados obtenidos en la escuela secundaria Benjamín Hernández, la anorexia nerviosa tiende a convertirse es un verdadero drama social, incluso en Neza, si no se les implanta un límite, que nos permita ser lo que somos, y no parecer lo que muchas veces no se puede llegar a ser; este alto debe ser establecido por nosotros mismos para no seguir siendo partícipes de la moda.

Concluyendo, la anorexia es un padecimiento que se han ido extendiendo en todas partes, como se demuestra en este estudio; su ocurrencia creciente debe

ser considerada un problema social y de salud, por lo que se sugiere continuar realizando este tipo de análisis en otras poblaciones para observar de qué manera se manifiestan en ellas dichos trastornos y detectar a tiempo a aquellos sujetos que pudieran padecerlos, así como analizar variables tales como el funcionamiento familiar, la ideación suicida, la autoestima y la personalidad, las cuales pudieran influir para desencadenar, mantener y perpetuar dichos trastornos.

En general algunos de los aspectos a rescatar como resultados y conclusiones principales de este estudio son:

- a) Existe el interés por este tipo de prácticas alimenticias en nuestra población.
- b) La relación que tienen los desordenes alimenticios con la anorexia es alarmante debido a que las adolescentes tienden a imitar con tal de ser aceptadas.
- c) Preocupación por el físico y estar a la moda.

Con estos datos se logra un acercamiento a la realidad en la que nos encontramos y al problema que conlleva, debido a que se cuenta con una estimación de cómo influyen los medios de comunicación en las adolescentes y cómo esto perpetúa la generación de anorexia nerviosa, mientras se extienden las conductas alimentarias de riesgo entre los estudiantes y, aunque no se obtenga de manera específica un diagnóstico de los trastornos alimentarios, sí constituye una base para el trabajo en esta área.

Por eso, un aspecto que ha de considerarse en futuros estudios, es utilizar distintos instrumentos de recolección, que sean acorde a las características de la población. Así, los resultados del presente estudio constituyen un elemento esencial en el área preventiva pues nos brinda ejes de análisis que permiten evaluar a la población de adolescentes en el municipio de Nezahualcóyotl que está en riesgo de desarrollar trastornos alimentarios.

Además de conocer la proporción de sujetos propensos a desarrollar una patología alimentaria, a partir de estos resultados, se presenta un planteamiento de desarrollo en investigación y en prevención partiendo de los siguientes puntos:

- ⊙ Seguir investigando sobre esta problemática para observar las tendencias y consecuencias del fenómeno en Nezahualcóyotl.
- ⊙ Crear un espacio en las escuelas del municipio para impartir pláticas y talleres, los cuales sirvan como medio para informar y plantear temas como el respeto, la tolerancia, la comunicación, el auto concepto, la autoestima y la asertividad.
- ⊙ Es importante lograr que la familia se involucre tanto en la prevención como en el tratamiento, ayudándola al presentarle estrategias que le permitan hacerle frente a esta enfermedad.

6.1.1 Limitaciones y Propuestas

LIMITACIONES

Para el desarrollo de esta investigación, hubo que sortear algunas limitaciones, principalmente de carácter económico. En este sentido hay que señalar que no se pudo trabajar el programa apoyados con stands, pasarelas, modelos, productores, esto debido a la falta de patrocinios. Con dichos recursos habría sido posible realizar una investigación más minuciosa.

PROPUESTAS

Sería de vital importancia que la educación se centrará más en la educación de tipo alimentaria y que ello no sólo dependiera de la SEP, sino que se realizaran

vínculos de apoyo, para actuar de la mano de otras instituciones sólidas en la materia, como por ejemplo UNICEF. Aunque, antes de ello, es importante también resaltar que nuestras autoridades en salud necesitan estar más capacitadas en el ámbito y contar con más recursos para agilizar el proceso de generar una buena educación en este orden de ideas.

También habría que crear campañas de educación en la población que favorezcan conductas sanas, hábitos saludables, como por ejemplo, partir de una rutina de ejercicio y una alimentación balanceada como regla de oro.

Promover la gestión adecuada de material requerido y recursos humanos, personalización específica de cada área requerida, todo ello para concientizar a la población de la importancia de evitar que la anorexia vaya ganando terreno en el municipio de Nezahualcóyotl.

Se deben ofrecer campañas educativas y de concientización a través de alguna autoridad política en salud para la facilitación. Además, sería ideal que se facilitarían recursos humanos y materiales, financieros para priorizar la intervención de especialistas en problemas a la salud.

Se debería fomentar entre los educadores para la salud, la implementación de pláticas en las instituciones escolares a nivel primaria, secundaria, media y superior; para crear un entorno que permita la detección temprana y oportuna en síntomas de anorexia nerviosa, así como otros problemas que aquejen a la población.

Promover la existencia de soluciones socio-sanitarias y educativas adecuadas y suficientes para la prevención y tratamiento de la anorexia y otros trastornos alimenticios. Todo ello con el fin de sumar los esfuerzos de prevención y evitar así que este padecimiento destruya la vida de las jóvenes adolescentes y de sus

familias en la escuela secundaria Benjamín Hernández y en el resto de las poblaciones.

Sin embargo hoy día ésta es la labor de los educadores para la salud, es necesario para prestar atención a la prevención en el área psicopedagógica con actividades preventivas dirigidas a los adolescentes.

Debido al inexistente interés por prácticas alimentarias en nuestra población, el licenciado en educación para la salud debe participar en acciones de consejería, dirigidas a los orientadores de las instituciones quienes están en contacto directo con las alumnas y de ser necesario canalizar a las adolescentes, en este caso a la población femenina con algún profesional.

De igual manera el educador para la salud debe formar parte en acciones de consejería dentro de las instituciones de salud para impartir prácticas alimenticias como lo son la Alimentación y Nutrición, Por qué necesitamos comer bien, Conociendo los 7 Grupos de Alimentos, proporciones de aliméntenos, clasificación de los alimentos, el plato del bien comer como regla de oro y debidamente trabajada con la población femenina.

Con relación a lo anterior los desordenes alimentarios y la anorexia nerviosa es alarmante debido a que los adolescentes no tienen una orientación de los que es la alimentación y sus derivados como reglas de oro para obtener una buena nutrición, pues conforme se han dado casos clínicos y externos de la combinación de la alimentación y anorexia nerviosa ah alarmado a sociólogos y expertos en la materia de nutrición pues ah observado la presencia de seguir un prototipo de cuerpo con medidas perfectas, y a la vez desencadenando en los adolescentes el hecho de dejar de comer y restringirse de alimentos altos en azucares y carbohidratos.

Con este acercamiento se logra captar la preocupación que persiguen los adolescentes por estar a la moda consumiendo ropa de marca o incluso imitación con tal fin de poder ser aceptados dentro de un grupo social.

Consecuentemente hoy en día se vive una sociedad acelerada y modernizada donde las exigencias marcan a una mujer que sea delgada y viva el fenómeno de las nuevas tendencias que exigen los grupos sociales del día de hoy.

Debió a este problema que aqueja en las adolescentes es importante que el educador para la salud deberá ejecutar pláticas y talleres sobre el auto concepto, autoestima y la comunicación involucrando a los padres de familia.

REFERENCIAS.

- Allen, J. Current, T, (2008). The spectacularization of the anorexic subject position. *Sociology*, 7, 26-35.
- Álvarez, R, G, Franco, P, K, Vázquez, R, Escarria, A, Haro, M & Mancilla, J, M (2003). Sintomatología de trastorno alimentario: una comparación entre hombres y mujeres estudiantes. *Psicología y Salud, Revista de Psicología Contemporánea*, 1, 125,136.
- American Valdés Miyar, M. (1997). DSM-IV-TR, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Attie, I. & Brooks, G, J. (1989). Development of eating disorders in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, 25, 70-79.
- Avilés, D. (2007). *Actitud negativa hacia la alimentación (anorexia nerviosa) entre padres e hijos*. Tesis de licenciatura UAEM, Toluca (México).
- Ayuso, J, L. (1993). Inhibidores selectivos de receptación de serotonina. *Revista Farmacológica Clínica Experimental, N especial*, 61-62.
- Baile, J, I. Raich, R, M & Garrido, G. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala, *Anales de Psicología*, 19, 187-192.
- Bercovich, S. (2004). Nuevas formas de subjetivación. *Revista Carta Psicoanalítica, Psicoanálisis en México y el Mundo*, 13 (6), 420- 425.
- Brucker, J. (1987). Anorexia Nervosa: case finding of families at Risk. *Journal of Community Health Nursing*, 4(1), 57-60.
- Brumberg, J, J. (1997). *The Appetite as voice*. Food and culture, New York: Routledge.
- Cancela, M, P. (2011). A perder peso. *Remedios para adelgazar*, 4, 120, 340 (pagina recuperado hhttp/).
- Carney, T. & Louw, J. (2006). Eating disordered behaviors and media exposure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 24-30.
- Carrobes, J, A. (1988). *Teoría evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, España: Promolibro.

- Cash, T, F. Lewis, R, J & Keeton, P. (1987). Development and validation of the body-image automatic thoughts questionnaire: A measure of body-related cognitions. *Paper presented at the meeting of the southeastern Psychological Association, Atlanta, 42 (1), 26-33.*
- Chernin, K. (1981). *The Obsession: reflections on the tyranny of slenderness*, New York: Times Books.
- Córtese, E, N. (2000). *Manual de Psicopatología y psiquiatría Universidad abierta Interamericana*, Argentina Buenos Aires: Arrayan.
- Craig & Grace (1997). *Desarrollo Psicológico*, México: Prentice- Hall Hispanoamericana.
- Crisp, A, H. Matthews, B. Norton, K, R, W. & Oakey, M. (1986). Weight-related attitudes and behavior in anorexics, recovered anorexics and normal. *International Journal of Eating Disorders*, 61 (6), 547-551.
- Crispo, R. Figueroa, E & Guelar, D. (1996). *Anorexia y bulimia: Lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado*, Barcelona: Gedisa.
- Declaracion de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.
- Detail, W & Ferris, J. (2003). Parallel discourses and appropriate bodies: media constructions of anorexia and obesity in the cases of tracey gold and carnie. *Journal of Communication Inquiry*, 51, 135-137.
- Dulanto, G, E. (2000). *El adolescente*, México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Edelstein, G. (1999). *La anorexia nerviosa*, Barcelona: Gedisa.
- Escarria, R & Haro, H. (2000). Anorexia y bulimia. Factores de riesgo en residentes de una universidad, México: Tesis de Maestría UANL.
- Espido, F, L. (2004). *Cuando comer es un infierno, confesiones de una bulímica*, Madrid: Santillana.
- Favaro, A. Ferrara, S & Santonastaso, P. (2003). El espectro de los trastornos alimentarios en las mujeres jóvenes, un estudio del predominio en una muestra de la población en general. *Psychosomatic Medicine*, 65(4) 701-708.

- Gandarillas, A & Febrel, C. (2000). *Encuesta de prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes escolarizados de la Comunidad de Madrid*, Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- Gandarillas, A. Zorrilla, B. Sepúlveda, A & Muñoz, P. (2004). *Trastornos del comportamiento alimentario. Prevalencia de casos en mujeres adolescentes de la Comunidad de Madrid*, Madrid: Documentos Técnicos de Salud Pública.
- García R, F. (1993) *Las adoradoras de la delgadez. Anorexia nerviosa*, Madrid: Díaz de Santos.
- Garfinkel, P, E. & Garner, D, M. (1982). *Anorexia Nervosa. A multidimensional Perspective*, Nueva York: Bruner-Mazel.
- Garfinkel, P, E. Garner, D, M. Schwartz, D, M. & Thompson, M, G. (1990). Cultural expectations of Thinness in woman. *Psychological reports*, 21, 15-18.
- Garner, D, M & Bermis, K, M. (1982). A cognitive behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy Research*, 6, 123-150.
- Garner, D, M & Moncrieff, C. (1986). Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: a signal detection approach, *Journal of Clinical Psychology*, 44, 101–107.
- Giordano, S. (2005). Anorexia nervosa and its moral foundations. *International Journal of Children's rights*, 13, 145–146.
- Goldman, B. (2000). *Anorexia y Bulimia un nuevo padecer*. Buenos Aires: Aragón.
- Granek, L. (2007). You're a whole lot of person understanding the Journey through anorexia to recovery. *Humanistic Psychologist*, 35, 383-385.
- Grosser, G, K. (2010). Anorexia: un conflicto entre la niña y la adolescente. La adolescente y su espejo. *Revista electrónica actualidades investigativas en educación*, 13(2), 45 – 49.
- Guadarrama, G, R & Zamora, S. (2004). *Influencia del modelo estético corporal actual en universitarios*. Guanajuato: Memorias del siglo XII Congreso Mexicano de Psicología.

- Guadarrama, G, R (2003). *Evaluación y detección de sintomatología de trastornos alimentarios y factores cognitivos asociados*. México: Tesis de Maestría Toluca UAEM.
- Gull, W, W (1874). Anorexia nervosa (Apepsia hystera, anorexia hystera). *Transcript of the Clinical Society of London*, 7, 26-28.
- Harter, S. Waters, P & Whitesell, N, R. (1997). Lack of voice as a manifestation of false self behavior: The school setting as a stage upon which the drama of authenticity is enacted. *Educational Psychologist*, 51, 35-37.
- Hauri & Linde. (1990). *No more sleepless nights*. John Wiley and Sons. Nueva York: Inc.
- Héctor H. Tovar Acosta, Zárate, H, L (2011). Hospital Regional de Psiquiatría Del Instituto Mexicano del seguro social.
- Hernández, S, R. Fernández, C, C. Pilar, B, L. (2006). *Metodología de la investigación*, México: McGraw-Hill.
- Herrero, M. y Viña, C. (2005). Conductas y actitudes hacia la alimentación en una muestra representativa de estudiantes de secundaria. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 80-83.
- Herscovici, C & Bay, L (1990). *Amenaza a la autonomía*, Barcelona: Paidós.
- Hewitt, M, A. Terilee, E. Gray, J, J. (1993). The prevalence of disordered eating attitudes and behaviours in black-american and white-american college women. *Ethnic, Regional, Class, and Media Differences, European Eating Disorders review*, 13(2), 45 – 49.
- Hidalgo, V, M, I & Güemes, M, H (2003). American academy of pediatrics. identifying and treating. *Eating Disorders Committee on Adolescence Pediatrics*, 9, 27 – 31.
- Holden, N. (1990). Is Anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *Psychiatry*, 152, 72-75.
- Hudson, J, L & Pope, H, G (1990). Affective spectrum disorder: does antidepressant report identify a family of disorders with a common pathophysiology. *American Journal of Psychiatry*, 12 (2), 125-126.

- Huerta, C, M, E. (2011). *Cenicienta y Fiona rompiendo del estereotipo de princesa, acercamiento socio crítico*, México, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Escuela de Lengua y Literaturas Hispánicas.
- Kaye, W, H. Weltzin, T. HsuL, K. Bulik, C, M (1991). An open trial of fluoxetine in patients with anorexia nervosa. *Journal Clinical Psychiatry*, 11, 4-8.
- Lameiras, F. Calado, O. Rodríguez, C. & Fernández, P. (2002). Los trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios españoles. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 6, 1-5.
- Lasegue, C. (1873). Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Anorexia Histerica*, 74, 27-28.
- Ley General de salud.
- Lyotard, J, F. (1986) Reescribir la modernidad. *Revista de Octubre*, 66, 125-340.
- Manfred, M. (2006). Fichter Del Klink Rose neck Hospital for Behavioral Medicine de Prien Alemania. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 410 - 414.
- Mejía, C, J. Bautista, M, R, M. Cervantes L, B, S. (2012). Imagen corporal y su relación con los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres. *Alteraciones de la imagen corporal*, 2, 1-8.
- Merani, A, L. (1979). *Diccionario de Psicología*, México: Grijalbo.
- Ministros de Información del Movimiento (1987). NOAL Yakarta, Indonesia, Harare, Zimbabue.
- Mora, M. & Raich, R, M. (1993). Prevalencia de las alteraciones de la imagen corporal en poblaciones con trastorno alimentario. *Revista de psiquiatría de la facultad de medicina de Barcelona*, 3, 113-135.
- Morales, G, C, R. (1997). Estudio clínico y evolutivo de la anorexia nerviosa. *Ciencias y tecnologías*, 1, 2-9.
- Morton, (1864). Actualidades investigativas en Educación revista electrónica publicada por el Instituto de Investigación en Educación Universidad de Costa Rica. *Anorexia un conflicto entre la niña y la adolescente. La adolescente y su espejo*. 10, 1-7.

- Myers, P, N & Biocca, F, A. (1992). The elastic body image, the effect of television advertising and programming on body image distortions in young women. *Journal of Communication*, 42, 10-13.
- Nagel, K, L & Jones, K, H. (1992). *Predisposition factors I anorexia nervosa. Adolescence*, Madrid: Complutense.
- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud promoción y educación para la salud en materia alimentaria.
- Nuremberg Code en United States Holocaust Memorial Museum.
- Organización Mundial de la Salud 2006 (OMS).
- Peláez, M. Labrador, F. & Raich, R, M. (2005). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria: consideraciones metodológicas. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 13-14.
- Pilgrim, J &. Garner, K, M. (2005). Functional Analysis of the Polymorphism in agouti related protein associated with anorexia nervosa and leanness. *Biochemical Pharmacology*, 70, 30-31.
- Polivy, J &. Herman, C, P. (1990). Effects of resolving to diet on restrained and unrestrained eaters: the false hope syndrome. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 43–44.
- Quintanilla B. Gual, P. & Cervera S. (1995). Anorexia nerviosa síntomas psíquicos fundamentales. *Nuevas perspectivas en psiquiatría biológica*, 21, 34-35.
- Raich, R, M. (1994). *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*, Madrid: Pirámide.
- Reglamento a la Ley General de salud en Materia de Investigación.
- Rivas, T. Bersabé, R. & Castro, S. (2001). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Málaga, España: Salud Mental.
- Rosen, J, C. (1990). *Body Image. Development deviance and changes*. Nueva York: The Guilford Press.
- Saucedo, M, T, J. (2010). *Identificación de factores de riesgo asociados a trastornos de la conducta alimentaria y su relación con el Índice de Masa Corporal en universitarios del Instituto de Ciencias de la Salud, Literatura Biomédica*, 1, 12-14.

- Saukko, P. (2006). Rereading media and Eating disorders: Karen carpenter, princess Diana, and the healthy female. *Critical Studies in Media Communication*, 23, 15-16.
- Scime, M & Cottone, C. (2006). Group prevention of Eating Disorders with Fifth-grade Females: Impact on body dissatisfaction, drive for Thinness, and Media Influence. *Eating Disorders*, 14, 14-15.
- Secretaria de Salud SSA (2003) Guía de trastornos alimenticios.
- Serrato, G. (2000). *Anorexia y Bulimia. Trastornos de la conducta alimentaria*. España: Libro-Hobby-Club.
- Sternberg, R, J. Forsythe, G, B. Hedlund, J. Horvath, J. Snook, S. Williams, W, M. Wagner, R, K. & Grigorenko, E, L. (2000). *Practical intelligence in everyday life*, New York: cambridge.
- Stice, E & Shaw, H, E. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychiatry*, 13, 28-30.
- Thompson, J, K. (1990). *Body image disturbance: assessment and treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Toro, J & Vilardell, E. (1989). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, España: Ariel Martínez Roca.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*, Madrid: Ariel.
- Toro, J. (2004). *Riesgos y causas de la anorexia nerviosa*, Barcelona: Ariel.
- Tschirhart, L. & Donovan, M, E. (1985). *Women & Self-Esteem*, Nueva York: Peguin.
- Turon, V. (1997). *Trastornos de la alimentación. Anorexia, Bulimia y Obesidad*. Barcelona: Masson.
- Unikel, E, T. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del D.F. *La revista de Investigación Clínica*, 62, 42-43.
- Universidad de Antioquia y la Universidad Nacional de Colombia.

- Vandereyken, W. Castro, J. & Vanderlinden, J. (1991). *Anorexia y Bulimia, Psicología Psiquit*, Mexico: Martinez Roca.
- Victoria H. (1995). *Antecedentes históricos de la anorexia nerviosa*, México: Arrayán.
- Way, K. (1996). *Anorexia nerviosa. Bulimia. Causas, consecuencias, tratamiento y recuperación*, Barcelona: Bellaterra.
- Wázcara, V, F, (2001). Médico adscrito al Hospital de Psiquiatría Doctor Héctor Tovar Acosta, del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Wijbrand, H & Hoeken, V, D. (2003). Revisión del predominio y la incidencia de los trastornos alimentarios. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 38-39.
- Williamson, D, A. Duchman, E, G. Mckenzie, S, J &. Watkins, P, C. (1990). *Assessment of Eating Disorders. Obesity, anorexia and bulimia nervosa*, Nueva York: Pergamon Press.
- Zagalaz, S, L. (2003). La anorexia nerviosa como distorsión de la imagen corporal. *Programa de prevención desde la educación física escolar en la provincia de Jaén*, 1, 1-6.
- Prevalencia de la obesidad, patologías crónicas no transmisibles asociadas y su relación con el estrés, hábitos alimentarios y actividad física en los trabajadores del Hospital de la Anexión, *Revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 11, 1-5.

ANEXOS.

CIMEC – FEMENINO

INSTRUCCIONES

1. Lee cuidadosamente cada pregunta antes de contestarla.
2. Contesta de manera individual, sin consultar a nadie.
3. Al contestar cada pregunta hazlo lo más verídicamente posible.
4. Especifica tu respuesta anotando una X en la opción que más se adecue a lo que piensas.
5. Este test es confidencial, por lo tanto no se darán a conocer los nombres de los participantes.

Nombre:

Edad: _____

Escolaridad: _____

Fecha:

A

b

c

1. Cuando estás viendo una película ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gordas o delgadas?	Sí, siempre	Si, a veces	No, nunca
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido alguna dieta adelgazante?	Si, más de	Si, 1 o 2	No, ninguna
3. Cuando comes con otras personas ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una No, ninguna de ellas?	Sí, siempre	Si, a veces	No, nunca
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	Sí, mucho	Si, algo	No, nada

5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas o estrechas?	Sí, mucho	Si, algo	No, nada
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes?	Sí, siempre	Si, a veces	No, nunca
7. Entre tus compañeras y amigas ¿Suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gorda) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un aparador, etc.?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
12. Cuando vas por la calle ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca

13. ¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?	Si, más de dos veces	Si, 1 o 2 veces	No, nunca
14. ¿Comentas a tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca
16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca
17. ¿Te angustia que te digan que estas “llenita”, “gordita”, “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de su cadera y muslos?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca
19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus senos?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	Si, mucho	Si, algo	No, nada

22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?	Más de tres temporadas	1 ó 2 Temporadas	No, nunca
23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncio, etc., que hablan de calorías?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
24. ¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?	Si, 2 ó mas personas	Si, 1 persona	No, nadie
25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento o el control de la obesidad?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por el peso o por la forma de su cuerpo?	Si, mas de 2	Si, 1 ó 2	No, Ninguna
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu cadera y muslos?	Si, mucho	Si, algo	No, nada

30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	Si, mas de 2	Si, 1 ó 2	No, ninguna
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
33. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	Si, mucho	Si, algo	No, nada
34. ¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son mas aceptadas por los demás que las que no lo son?	Si, seguro	Si, probablemente	No lo creo
35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	Si, muchas veces	Si, a veces	No, nunca
36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de sus senos?	Si, siempre	Si, a veces	No, nunca
37. ¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?	Si, mucho	Si, algo	No, nada

38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	Más de tres temporadas	1 ó 2 Temporadas	No, nunca
39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	Si, casi siempre	Si, a veces	Me da igual
40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?	Si, mucho	Si, algo	No, nada

E.A.T.-: VERSION ESPAÑOLA (castro, toro, salomero, y Guimera, 1991).

NOMBRE.....FECHA:.....

Marque con una x lo que corresponda.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre. (6 -1) invertir
1. Me gusta comer con otras personas.						
2. Preparo comida para otros, pero yo no me las como.						
3. Me pongo nervioso cuando se acerca la hora de la comida.						
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.						
5. Procuro no comer aunque tenga hambre.						
6. Me preocupa mucho por la comida.						
7. A veces me he atracado de comida, siento que era incapaz de parar.						
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.						
9. Tengo en cuenta las calorías que tiene los alimentos que como.						
10. Evito especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (p.ej, pan, arroz, patatas, etc.).						
11. Me siento llena después de las comidas.						
12. Noto que los demás prefieren que yo comiese más.						
13. Vomito después de haber comido.						
14. Me siento muy culpable después de comer.						

15. Me preocupa el deseo de estar más delgada.						
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.						
17. Me peso varias veces al día.						
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.						
19. Disfruto comiendo carne.						
20. Me levanto pronto por las mañanas.						
21. Cada día como los mismos alimentos.						
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.						
23. Tengo la menstruación regular.						
24. Los demás piensan que estoy demasiada delgada.						
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.						
26. Tardo en comer más que otras personas.						
27. Disfruto comiendo en restaurantes.						
28. Tomo laxantes (purgantes).						
29. Procuro no comer alimentos con azúcar.						
30. Como alimentos de régimen.						
31. Siento que los alimentos controlan mi vida.						
32. Me controlo en las comidas.						
33. Noto que los demás me presionan para que coma.						
34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.						
35. Tengo estreñimiento						
36. Me siento incomoda después de comer dulces.						

37. Me comprometo a hacer régimen.						
38. Me gusta sentir el estómago vacío.						
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.						
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.						



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM

Nezahualcóyotl, Estado de México a 09 de octubre de 2012

UN/SA/12/213

Profra. Ema Pérez Pérez
Directora de la Escuela Secundaria
"Benjamín Hernández"
P R E S E N T E:

Anticipando un saludo, le pido le proporcione las facilidades necesarias a la alumna **Alinne Judith Godoy Trejo** con número de cuenta **0726302** de la Licenciatura en Educación para la Salud, para la aplicación de cuestionarios a los alumnos de su distinguida institución, ya que esta en proceso de titulación por lo que requiere dicha actividad para su tesis.

Sin más por el momento, le reitero mi reconocimiento.

ATENTAMENTE
Patria, Ciencia y Trabajo
"2012, Año Internacional de la Energía Sostenible para Todos"

Ing. Oscar Federico Hidalgo Rivera
Subdirector Académico



Recibo!
9-OCT-2012

Profra. Ema Pérez Pérez
Herrera
Sec. ESC.

c. c. p Archivo
OFHR/apc*.



OFICIO PARA LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS



EXPLICACION DE LAS INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO.



DESPUES DEL HABER APLICADO EL PRIMER CUESTIONARIO.



INDAGANDO A LAS ALUMNAS QUE HACIAN EN SU BREAK





LAS MEJORES AMIGAS



APLICACIÓN DEL SEGUNDO CUESTIONARIO



APLICACIÓN EAT.



APLICACIÓN EAT.



ALUMNAS QUE YA HABIAN TERMINADO DE CONTESTAR EL SEGUNDO CUESTIONARIO.





SATISFACCION DE SU PROFESORA.

Anorexia Nerviosa

El término anorexia proviene del griego a-/an- (negación) + órexis (apetito, hambre; deseo) y se emplea, en general, para describir la náusea o falta de apetito; este síntoma puede ocurrir en circunstancias muy diversas, tales como estados febriles, enfermedades generales y digestivas o simplemente en situaciones transitorias de la vida cotidiana. La anorexia por lo tanto es un síntoma que puede aparecer en muchas enfermedades y no una enfermedad en sí misma.

La enfermedad existe desde la antigüedad, se conocen casos descritos desde la Edad Media.[8] En la década de 1870, el médico inglés William White Bull utilizó por primera vez la expresión "Anorexia Nerviosa" en una conferencia en Oxford y la describió como una enfermedad de origen psicológico.

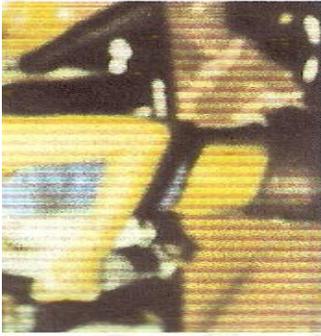
Es una enfermedad específica caracterizada por una pérdida auto inducida de peso acompañada por una distorsión de la imagen corporal y puede tener consecuencias muy graves para la salud de quien la sufre.

provocada por una preocupación anómala por la forma y el peso del propio cuerpo.



Acompañada por una distorsión de la imagen corporal.

Es un trastorno de la conducta alimentaria.



**UNA MUJER
MENTALMENTE SANA
PUEDE ENFRENTARSE A**

**LA VIDA.
Es decir una situación**

**Alinne Judith Godoy T.
de gran debilidad**

ocasionada por una

LIC. EDUCACION PARA

ingesta insuficiente

LA SALUD

de nutrientes

esenciales.

Unidad Académica

Cronograma.

ACTIVIDADES	FEBRERO			MARZO				ABRIL										
	MAYO	JUNIO											YO	YO				
ACTIVIDAD MES	1	2	3	1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	4	1	2	YO	YO
ELABORACION Y MODIFICACION DE LA MUESTRA.	*																	
PERMISO A LA INSTITUCION.		*																
SESION INFORMATICA DE LA APLICACIÓN.			*															
ALABORACION DEL MATERIAL DE APOYO.				*														
APLICACIÓN DEL CUESTIONARIO. (PRE – TES) ACERCA DEL CONOCIMIENTO DE LA ANOREXIA.					*													
SESION 1 APLICACIÓN DE LOS CUESTIONARIOS (POS – TES).						*												
SESION 2 MOTIVO POR LAS SESIONES Y LOS CUESTIONARIOS							*											

Y LA ACTIVIDAD.																	
RECOPILACION DE DATOS.							*										
ANLISIS							*										
ANALISIS								*									
ANALISIS.									*								
ANALISIS										*							
ANALISIS.											*						
CONCLUSIONES												*					
CONCLUSIONES													*				
ELABORACION DEL TRABAJO FINAL.														*			



Universidad Autónoma del Estado de México
UAEM

Nezahualcóyotl, Estado de México, a 10 de abril de 2013

OFICIO 08

C. Alinne Judith Godoy Trejo
Pasante de Licenciatura en
Educación para la Salud
UAP Nezahualcóyotl
PRESENTE:

Anticipando un cordial saludo, me permito informarle que una vez realizada la revisión de su trabajo de tesis titulado "**Impacto de los medios de comunicación en el Desarrollo de Síntomas de Anorexia Nerviosa**", tanto el asesor como los revisores emitieron su voto aprobatorio, por lo que puede usted proceder a la impresión de su tesis y continuar con los trámites de titulación correspondientes.

Agradeciendo la atención que sirva prestar al presente, le reitero mi reconocimiento.

ATENTAMENTE
Patria, Ciencia y Trabajo
"2013, 50 Aniversario luctuoso del Poeta Heriberto Enríquez"



Ing. Oscar Federico Hidalgo Rivera
Subdirector Académico

C. C. P. Lic. Paulina Robles Herrejón. Jefa del Departamento de Titulación.
C. C. P. C. Alinne Judith Godoy Trejo.
C. C. P. Archivo.

