

“TRASTORNOS Y DESORDENES DE ALIMENTACION (ANOREXIA Y BULIMIA) EN LA JUVENTUD VALDUPARENSE, ANALIZADO DESDE LOS JOVENES DE LOS GRADOS 10° Y 11° DEL COLEGIO ALFONSO LOPEZ PUMAREJO Y GIMNASIO DEL NORTE”

Autor.

JESSICA MEJIA GUTIERREZ

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD) ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANISTICAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
VALLEDUPAR
2012**

“TRASTORNOS Y DESORDENES DE ALIMENTACION (ANOREXIA Y BULIMIA) EN LA JUVENTUD VALDUPARENSE, ANALIZADO DESDE LOS JOVENES DE LOS GRADOS 10° Y 11° DEL COLEGIO ALFONSO LOPEZ PUMAREJO Y GIMNASIO DEL NORTE”

Autor.

JESSICA JUDITH MEJIA GUTIERREZ

TRABAJO DE GRADO PARA OBTENER EL TITULO DE PSICOLOGA

DIRECTORES

Dra. CIARA GABRIELA GUZMAN

Dra. LILIAN DELEINE BOLAÑOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA (UNAD) ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANISTICAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
VALLEDUPAR**

2012

*Una experiencia nunca es un fracaso, pues siempre viene a demostrar algo.
Que algo no funcione como tú esperabas, no quiere decir que sea inútil.*

Thomas Alva Edison

*Cuando anhelamos una vida sin dificultades, recuérdanos que los robles crecen con fuerza
Con vientos en contra y que los diamantes nacen bajo presión.*

Peter Marshall

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN.....	9
ABSTRACT.....	11
INTRODUCCION.....	13
1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA.....	15
1.1. Descripción del problema.....	15
1.2. Planteamiento del problema.....	18
1.3. Formulación del problema.....	19
1.4. Justificación del problema.....	20
2. OBJETIVOS.....	24
2.1. Objetivo general.....	24
2.2. Objetivo específico.....	24
3. MARCOS REFERENCIALES.....	25
3.1. Antecedentes investigativos.....	25
3.1.1. A nivel internacional.....	25
3.1.2. A nivel nacional.....	26
3.1.3. A nivel local.....	27
3.2. Marco histórico situacional.....	27
3.2.1. Colegio Alfonso López Pumarejo.....	27
3.2.2. Colegio Gimnasio del Norte.....	29
3.3. Marco teórico.....	32
3.4. Marco conceptual.....	47
4. METODOLOGIA.....	58
4.1. Enfoque metodológico.....	58
4.2. Tipo de investigación.....	59
4.3. Variables.....	60
4.4. Población y muestra.....	61
4.4.1. Universo.....	61
4.4.2. Población.....	61
4.4.3. Muestra.....	61
4.5. Delimitación cronológica y geográfica.....	61
4.6. Técnicas e instrumentos de investigación.....	61

4.6.1. Técnicas.....	61
4.6.1.2. Observación directa.....	61
4.6.2. Instrumentos.....	62
4.6.2.1. Encuesta.....	62
4.7. Recursos.....	63
4.7.1. Materiales.....	63
4.7.2. Tecnológicos.....	63
4.7.3. Humanos.....	63
5. RESULTADOS.....	64
5.1. Resultados de la observación.....	64
5.2. Tabulación de la encuesta.....	64
5.3. Descripción de la información.....	70
5.4. Interpretación de la información (Análisis cualitativo).....	82
6. CONCLUSIONES.....	87
7. RECOMENDACIONES.....	91
8. PROPUESTA DE INTERVENCION.....	93
8.1. TITULO.....	93
8.2. INTRODUCCIÓN.....	94
8.3. JUSTIFICACIÓN.....	95
8.4. OBJETIVOS.....	97
8.4.1. Objetivo general.....	97
8.4.2. Objetivos específicos.....	97
8.5. DESARROLLO DE TALLERES.....	98
8.5.1. TALLER #1.....	98
8.5.2. TALLER # 2.....	99
8.5.3. TALLER # 3.....	101
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	105
ANEXOS.....	108

TABLAS

N. Tabla	pág.
Tabla 1: Tabulación, Clasificación de género en la muestra.....	65
Tabla 2: Tabulación, Aspectos más importantes en una persona.....	65
Tabla 3: Tabulación, ¿El aspecto físico es lo más importante en una persona?.....	65
Tabla 4: Tabulación, Actividad para mantenerse en forma.....	66
Tabla 5: Tabulación, ¿Te has excedido con los métodos para mantenerte en forma?.....	66
Tabla 6: Tabulación, ¿Eres estricto con las calorías en tus alimentos?.....	66
Tabla 7: Tabulación, ¿Te has molestado, considerando que tu peso no es el adecuado?...	67
Tabla 8: Tabulación, ¿Piensas que estas gordo, cuando los demás opinan lo contrario?....	67
Tabla 9: Tabulación, ¿Consideras que tu alimentación es saludable?.....	67
Tabla 10: Tabulación, ¿Has dejado de comer para no subir de peso?.....	68
Tabla 11: Tabulación, ¿Es más importante tu peso que tu pasión a alguna actividad?.....	68
Tabla 12: Tabulación, ¿Has perdido peso significativamente?.....	68
Tabla 13: Tabulación, ¿Has sentido la necesidad de comer a cada instante?.....	69
Tabla 14: Tabulación, ¿Te tomas el tiempo necesario para masticar tus alimentos?.....	69
Tabla 15: Tabulación, ¿Sientes culpa cuando no te mides en lo que ingieres?.....	69

GRAFICAS

N. Grafica	pág.
Grafica 1: Sexo de la muestra.....	70
Grafica 2: Aspectos importantes de una persona.....	71
Grafica 3: Por sexo, aspectos más importantes de una persona.....	71
Grafica 4: Importancia del aspecto físico.....	72
Grafica 5: Actividad para mantenerse en forma.....	73
Grafica 6: ¿Eres excesivo con algunos métodos para estar en forma?.....	74
Grafica 7: ¿Qué tan estricto eres con la cantidad de calorías en tus alimentos?.....	75
Grafica 8: ¿Te molesta si tu peso no es el adecuado?.....	75
Grafica 9: Por sexo, ¿Te molesta si tu peso no es el adecuado?.....	76
Grafica 10: ¿Piensas que estas gordo aunque los demás opinen lo contrario?.....	77
Grafica 11: ¿Es tu alimentación saludable?.....	77
Grafica 12: ¿Has dejado de comer para no subir de peso?.....	78
Grafica 13: ¿Es tu peso más importante que alguna otra actividad?.....	79
Grafica 14: ¿Has perdido peso significativamente?.....	79
Grafica 15: ¿Has sentido la necesidad de comer a cada instante?	80
Grafica 16: ¿Te tomas el tiempo necesario para masticar tus alimentos?.....	81
Grafica 17: ¿Sientes culpa cuando comes en exceso?.....	81

RESUMEN

Este proyecto, centra su foco investigativo en los trastornos y desordenes de alimentación en la juventud valduparense, los cuales consisten en una gama muy compleja de síntomas, entre los que prevalece una alteración o una distorsión de la autoimagen corporal y un gran temor a subir de peso. Para ello se toma como muestra, los jóvenes de los grados 10 y 11 del colegio Alfonso López Pumarejo y Gimnasio del norte respectivamente, formulando la pregunta problematizadora, ¿Existe Una tendencia a los trastornos de alimentación en los jóvenes valdupareneses?, y se sustenta a través del objetivo general del proyecto, el cual pretende determinar la prevalencia actual de los trastornos alimenticios como anorexia y bulimia en los jóvenes de la ciudad de Valledupar. Por esta razón, se toman como punto de partida para este análisis, dos colegios de estratos diferentes, uno del sector público y otro del sector privado, con el fin de tener una muestra de la problemática en ambos sectores. Lo anterior busca demostrar si esta tendencia a los trastornos de alimentación, es relativa a la estratificación social o a las condiciones económicas en las que viven los jóvenes, puesto que se puede llegar a creer, que se presenta solo en estratos altos, o solo en estratos bajos.

Éste es un proyecto que se justifica mediante la realidad actual de la influencia y la presión a nivel psicológico, que ejercen en los jóvenes, temas como los modelos de belleza y perfección, difundidos a través de los medios masivos de comunicación y demás factores exógenos, que circundan alrededor de la vida de cada uno de ellos, quienes hoy por hoy se encuentran propensos a ser víctimas de los trastornos de alimentación, gracias a su afán por cumplir con los idearios sociales sobre cuerpos perfectos, delgadez extrema y aceptación.

El enfoque metodológico de esta investigación es de corte cualitativo- descriptivo, puesto que pretende encontrar a través de la muestra anteriormente mencionada, si existe o no, la tendencia, como se presenta, cuáles son sus características, entre otros aspectos cualificables en la problemática. La información para la investigación fue extraída gracias

a un instrumento y una técnica propios de la investigación cualitativa, los cuales son la encuesta y la observación directa.

Finalmente, Quedan sentadas en el proyecto las consecuencias a las que se expone la juventud con estas patologías, la antigüedad de estudio de las mismas, las características que tipifican a estas enfermedades y los autores que hasta el momento han estudiado su origen. El DSM IV, Aporta a este estudio los lineamientos sobre las características de las mismas, su sintomatología, y por supuesto cual es la mejor forma de abordarla.

ABSTRACT

This researching project focuses on the Valledupar youth feed disorders, which consist of a very complex range of symptoms including an alteration or distortion of the body self-image and a great fear of gaining weight. To that end a sample is taken as the 10th and 11th grades students of the Alfonso Lopez Pumarejo School and the Gimnasio Del Norte School, and the problematizing questions formulated, Does a feed disorders tendency on the Valledupar young people exist? This is better sustained through the general objective of the project that wants to determine the current prevalence of the feed disorders, such as anorexia and bulimia on the youth of Valledupar city. For this reason, two different strata schools are taken as a starting point for this analysis, to have a sample of the problems in both sectors. The above will demonstrate if this tendency to the feed disorders is related to the social stratification or economic conditions in which the youth live. Since people may believe that this tendency can be found just in high strata or just in low strata.

This is a project that is justified by mean the current reality of the influence and pressure at a psychological level performed by topics like the beauty and perfection models diffused through the media and other exogenous factors, that surround the life of young people who, now a days, are vulnerable to be victims of feed disorders, due to their eagerness for accomplishing with the social ideologies about perfect bodies, extreme thinness and acceptance.

The methodological approach of this research is a qualitative-descriptive, as it seeks to find through the aforementioned sample, whether or not the tendency exist, how is it present, what its characteristics are, among other cualificable things in the problem. The research information was extracted by a tool and technique of qualitative research, which are the survey and direct observation.

In this project are established the consequences that the young population are exposed to, with these pathologies and their studying-age, the characteristics that typify these deceases and the authors who are right so far with the origin of these. The DSM IV contribute to this study it the guidelines about the characteristic of such deceases and their symptomatology and, of course, what the best way to approach it is.

INTRODUCCION

TRASTORNOS Y DESORDENES DE ALIMENTACION (ANOREXIA Y BULIMIA) EN LA JUVENTUD VALDUPARENSE

En los últimos tiempos, la sociedad parece dar una mayor importancia a lo que en realidad tiene la estética corporal, y trastornos alimenticios como la "anorexia-bulimia" han adquirido una propagación alarmante, considerándose una verdadera avalancha social a la búsqueda desenfrenada de la delgadez como medio para alcanzar el éxito y la aceptación social.

Hay que considerar que el actual modelo de cuerpo ideal, es inalcanzable para la gran mayoría de las mujeres, e incompatible con una buena salud física y mental. Una dieta aparentemente "inocente" puede hacer ingresar a la persona predispuesta, en la peligrosa pendiente de la anorexia nerviosa. Cuanto más tiempo transcurre, más difícil es detenerse, y mayores son las probabilidades de que queden secuelas irreversibles.

En esta era, al convivir con la nueva sociedad de prototipos y objetivos de belleza, el modelo a seguir para los jóvenes es la perfección, y el tratar de ser alguien que no se es, simplemente por entrar en un círculo social superficial, los jóvenes son capaces de perder en muchos casos el horizonte de sus metas, poniendo en peligro su salud y su integridad.

Por esta razón se despierta el interés psicológico por saber si en la población valduparense existe el riesgo que los jóvenes tengan tendencias a los trastornos de la alimentación.

Se busca que los jóvenes conozcan e identifiquen estas problemáticas, para que no sean víctimas inocentes del medio que les envuelve, y se vean vulnerables ante estas patologías incurables y mortales que ataca principalmente a la pubertad y a la adolescencia temprana, población que aún se encuentran en proceso de fortalecimiento

del yo, y en un descubrimiento y formación de su identidad, la cual puede ser fácilmente afectada por los idearios sociales de belleza y aceptación.

“TRASTORNOS Y DESORDENES DE ALIMENTACION (ANOREXIA Y BULIMIA) EN LA JUVENTUD VALDUPARENSE”

1. IDENTIFICACION DEL PROBLEMA:

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA. En los últimos tiempos, en este país, estar delgado se ha convertido en la carta de presentación de hombres y mujeres que desean triunfar social y profesionalmente. Los mensajes que hacen referencia a la imagen corporal se han propagado y con ellos se difunde la idea de que estar delgado es el medio para obtener la felicidad y el éxito. La presión es excesiva; los comerciales presentan modelos jóvenes de estructuras corporales perfectas como paradigma de deseo sexual; del mismo modo, la ropa se diseña y exhibe para cuerpos muy delgados, a pesar de la realidad que pocas mujeres podrían colocársela y lucirla. Es así, como los medios de comunicación, el anhelo incesante de los jóvenes de ser delgados, la presión de la sociedad y los factores socioculturales, están incidiendo de manera directa en que la Anorexia y la Bulimia, sean patologías de fácil adquisición, principalmente en los grupos humanos de escasas edades (púberes y adolescentes). Ahora bien, aunque Valledupar sea una ciudad ubicada en una zona social y culturalmente hablando, conservadora y de costumbres tradicionalistas, no deja de ser población vulnerable ante esta problemática.

En Colombia no existen estadísticas oficiales sobre el tema, pues los trastornos de la alimentación no son considerados de impacto en la salud pública, por lo que no se les hacen seguimiento oficial, sin embargo importantes investigaciones científicas; algunas recopiladas en el ámbito de la salud pública -hospitales y centros médicos- y otras han resultado de las iniciativas particulares de organizaciones y asociaciones que luchan en la prevención y mitigación de los trastornos de la alimentación, arrojaron como resultado que el 2.8% de la población tiene anorexia, que el 3.5% tiene bulimia, que 14.7% son pacientes sub-clínicos y que un 33% de los jóvenes está en riesgo de sufrir trastornos alimenticios.

Ambos trastornos alimenticios son de sumo cuidado, es importante focalizar nuestra atención en la comunidad que atraviesa por etapas como la pubertad y la adolescencia, debido a que en el proceso o la transición de púber a adolescente, se experimentan sensaciones y pensamientos de inseguridad y necesidad de ser aceptados por los otros. Con frecuencia estos chicos son víctimas de las presiones sociales, manifestando alteraciones de estados de ánimo y en ocasiones cuadros depresivos como respuesta a problemas familiares y/o enfrentamientos padre – hijos, propios de esta etapa de la vida, donde la actitud asumida por el joven en la mayoría de las situaciones, es conflictiva. Entonces, si hacemos un paralelo entre los factores de riesgo y las alteraciones de aspecto psíquico que presentan las personas afectadas por estos trastornos alimenticios (Sexo y edad, excesivo deseo de agradar a los demás, imagen corporal distorsionada, problemas de identidad, dificultad de control de situaciones y Conflictos familiares); con las características de la edad descrita anteriormente, encontramos que existen muchas similitudes y por tal razón esto los hace más propensos a encontrarse de frente al espejo de las más alarmantes patologías de desórdenes alimenticios, como lo es la anorexia y la bulimia.

La universidad de Antioquia y la universidad nacional de Colombia también hicieron una investigación en el que los resultados arrojaron que más de 80.000 jóvenes entre 14 y 19 años, padecen anorexia o bulimia. Se calcula que en este país dos de cada 100 adolescentes que tienen suficiente comida, sufren anorexia o bulimia.

Hoy por hoy, es muy normal que recibamos en nuestros escenarios más comunes como el hogar, la escuela, el vecindario y los lugares de diversión visitados con frecuencia, mensajes subliminales sobre nuestra figura corporal, nuestro peso o masa muscular y mensajes indirectos de alarmas por la cantidad de calorías y glúcidos que consumimos. Estos mensajes los podemos observar por ejemplo, en que gran porcentaje de los comestibles almacenados en un refrigerador o de los víveres que hacen parte de la canasta familiar de cualquier casa, sean bajos en calorías, sin endulzantes, dietéticos, Light; en que las revistas a disposición

de los clientes para hacer amenas las esperas en sitios como peluquerías y cafeterías sean de cuerpos esbeltos, de recetarios para disminuir el peso, entre otros temas relacionados con el cuidado de la figura. Todo esto está sembrando en la juventud actual, la idea latente de que para poder ser aceptados y estar a la moda, hay que ser delgados y que para lograr las medidas y la imagen deseada hay que hacer lo que sea, para alcanzarlo.

Si a causa de la presión social y los demás factores que ya han sido mencionados, los chicos llegasen a padecer una de estas patologías, las consecuencias serían nefastas; para el caso de la anorexia: sufrirían depresión, inseguridad, miedo incesante de subir de peso, auto desprecio, sensación de incapacidad, trastornos del sueño, ya sea insomnio o sueño interrumpido, aislamiento social y hasta pérdida del deseo sexual, padecerían también alteraciones de carácter como ira, irritabilidad o agresividad. Y en el caso de la bulimia: Alexitemia (incapacidad para demostrar emociones), dificultad para concentrarse y pensar, constantes episodios depresivos, autoestima muy baja, creencias erróneas sobre su imagen corporal, los alimentos y el peso, y ansiedad excesiva.

Estos son los síntomas que suelen padecer las adolescentes con estas enfermedades, y en la mayoría de los casos son desconocidos incluso por ellos mismos, es por ello que existe el compromiso ineludible de hacerles ver el peligro que corren al ignorar estos puntos. No se puede mantener una actitud indiferente ante esta problemática, puesto que quienes se encuentran propensos a ser víctimas de estos trastornos alimenticios, pueden ser nuestros hijos, hermanos, primos, novios, vecinos o amigos; como sociedad podemos esforzarnos para entender mejor la angustia que subyace en estos jóvenes y comprender las unidades características de estos trastornos. Podemos proporcionar el acceso a dicha información y desarrollar campañas de promoción de la salud dirigida a adolescentes y jóvenes. Información sobre cómo hacer frente a los sentimientos y los temores sobre el crecimiento y como enfrentarse a la imagen cuando se empieza a subir de peso. Podemos ofrecer más apoyo en las escuelas

secundarias y servicios de uso fácil para los adolescentes con problemas Y de esta forma contrarrestar la campaña sobre figuras perfectas que tiene nuestro entorno montada en la mente de los jóvenes.

Como psicólogos, esta problemática, evidencia una responsabilidad y un compromiso bien grande, puesto que son patologías de origen psíquico, por lo tanto requieren de tratamientos y atención terapéutica profesional.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hoy por hoy nos enfrentamos a una patología de reciente descubrimiento y masificación en Valledupar, Colombia y el mundo entero, ésta, es de origen psíquico principalmente, pero ataca toda la salud física de la persona que padece su sintomatología. Me refiero a los desórdenes y trastornos alimenticios como la Anorexia y la Bulimia, que al presentarse, ocasionan daños irreversibles en la vida de una persona, son incurables y en la mayoría de los casos mortales. Este tipo de trastornos tienen lugar principalmente en la pubertad y la adolescencia temprana, ya que se da en chicos, especialmente población femenina, que tienen problemas afectivos, de autoestima y constantemente viven expuestos a unos idearios sociales de aceptación, centrados en la perfección y la belleza física.

Es alarmante ver cómo la juventud se deja llevar por todo lo que la sociedad impone, especialmente por los medios masivos de comunicación, que se han encargado de mostrar que todas las personas podemos ser perfectas, físicamente hablando, lo que llamamos hoy por hoy cultura de masas; esto lo observamos cuando el individuo ha trazado una meta para verse bien, y ésta no complace su propio criterio, llegando al punto donde su estado emocional se debate entre lo que él cree que es y lo que la moda y los prototipos de belleza le hacen creer; lo cual conlleva a una distorsión de la imagen, a verse menos atractivos de lo que realmente son; ya que en el mundo

actual todas los jóvenes están pendientes de su apariencia física, eso no está mal, pero comienza a salirse de margen cuando se presenta un cuadro, donde por lo general muchas de estas adolescentes comienzan a sentirse “feas”; empujándoles esto, hacia una frustración, puesto que no se sienten acordes, con respecto a la sociedad que les exige belleza.

Éste es un tema que demanda mucho cuidado, pues su aparición ocasiona resultados con consecuencias alarmantes y degenerativas, debido al tipo de lesiones físicas, emocionales y psicológicas que encierran tanto al paciente como a su entorno, que sufre con ellos la sintomatología y las dificultades que él mismo tiene que atravesar, entre estas podemos encontrar: físicamente; desnutrición, amenorrea, daños severos en el tracto intestinal, descalcificación, caída del cabello y hasta la muerte; emocional y psicológicamente, hipobulia, alexitemia, depresión, baja autoestima, distorsión del yo entre otros síntomas de consecuencias nefastas para la vida de cualquier ser humano.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

Pregunta problematizadora

¿Cuál es la tendencia a los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia) en los jóvenes de los grados 10 y 11 de los colegios Alfonso López Pumarejo y Gimnasio del Norte de la ciudad de Valledupar?

1.4. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

La base fundamental de este trabajo de investigación es poder determinar si la juventud valduparense presenta tendencias a los trastornos alimenticios, cómo lo son La Anorexia y La Bulimia, y ver si la población tiene conocimiento de estas patologías que hoy por hoy afectan a un gran número de adolescentes en diferentes partes del país. Esto se pretende desarrollar tomando como muestra a los alumnos de los grados 10 y 11 de los colegios Alfonso López Pumarejo y Gimnasio del Norte. Se han tomado dos colegios pertenecientes a estratos socioeconómicos diferentes, el Alfonso López es un colegio del sector público, a donde acuden estudiantes de estratos 1, 2 y 3 por lo general, hijos de padres en su mayoría trabajadores, el otro colegio, el Gimnasio, es del sector privado, su población estudiantil en su mayoría reside en barrios de estratos 4, 5 y 6. Lo que me permitirá como investigadora, luego de extraer la información ver si es una problemática que atiende a los estratos socioeconómicos en los que han crecido y viven, es decir, si esta variable es algo determinante para la aparición de una tendencia o la concepción de las patologías mismas.

La iniciativa por investigar este tema, tiene su origen en que actualmente tanto la anorexia como la bulimia son patologías que atacan a la población juvenil y lo más preocupante, es que existe un desconocimiento por parte de la sociedad acerca de las características típicas de las mismas, con las que puedan estar alertas y detectar a tiempo cualquier indicio de éstos trastornos y acudir a los tratamientos necesarios para lograr evitar que trascienda y degenere la vida de la persona afectada con sus síntomas.

Es importante descubrir si existe o no, una tendencia en los jóvenes de nuestra localidad a los trastornos alimenticios y cuáles son las posibles causas que la originan, para poder tomar las medidas necesarias que eviten en lo posible que nuestros jóvenes sean víctimas de este tipo de patologías, que atentan contra la salud física y mental del hombre.

Como ya se mencionó, tanto la bulimia como la anorexia son trastornos alimenticios que se presentan principalmente en la población adolescente, siendo ésta, una etapa en la que los seres humanos presentan constantes cambios de tipo hormonal, emocional y físico, con lo cual se hacen más vulnerables a estas patologías, debido a que, es normal encontrar chicos con baja autoestima, con necesidad de aceptación o cuadros depresivos, y en éstas condiciones es más fácil, si se está un poco subido de peso, dejarse llevar por los idearios sociales sobre cuerpos perfectos y peso ideal, que la sociedad propone para ser aceptados. Los trastornos alimenticios son problemas de origen psíquico, una vez está sembrada en la mente de un joven, la idea de que su cuerpo no es el más apropiado, empieza a trascender en su mente hasta el punto de llevarlo a realizar acciones que según él, le permitan alcanzar la imagen deseada, aunque los medios para lograrlo puedan poner en riesgo su vida. Los jóvenes al encontrarse en un estado de auto desprecio, fácilmente logran privarse totalmente de la alimentación, esconderle a su entorno que no lo hacen e ir maltratando su vida con rigurosas rutinas de ejercicios que representan gasto de energía en situaciones donde no se están consumiendo los alimentos necesarios para producirla. Esto es también concebido como un trastorno dismórfico, puesto que los jóvenes parecen estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario, es decir, que solo está en su mente y ha sido originado por la presión de su entorno.

El punto anterior es muy relevante para esta temática, puesto que allí, se centra tanto el origen de una tendencia a los trastornos, como el de los trastornos mismos, es decir, en la auto imagen, la percepción que tengan de sí mismos y los niveles de autoestima. Según el DSMIV, 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 ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

Un proyecto de ésta índole, es de vital importancia para la comunidad, puesto que permitirá establecer en que porcentaje se presenta una tendencia a los trastornos alimenticios en nuestra localidad, cuales son las causas que lo originan, cuales son los sectores de la ciudad más afectados con la problemática y finalmente elaborar una propuesta de intervención apropiada para evitar que se desarrollen las patologías y trasciendan trayendo consecuencias en los jóvenes de estos colegios.

Como se mencionó en la descripción del problema, en Colombia no existen estadísticas oficiales sobre el tema, pues los trastornos de la alimentación no son considerados de impacto en la salud pública, por lo que no se les hacen seguimiento oficial, sin embargo importantes investigaciones científicas; algunas recopiladas en el ámbito de la salud pública -hospitales y centros médicos- y otras han resultado de las iniciativas particulares de organizaciones y asociaciones que luchan en la prevención y mitigación de los trastornos de la alimentación, arrojaron como resultado que el 2.8% de la población tiene anorexia, que el 3.5% tiene bulimia, que 14.7% son pacientes subclínicos y que un 33% de los jóvenes está en riesgo de sufrir trastornos alimenticios.

La universidad de Antioquia y la universidad nacional de Colombia también hicieron una investigación en la que los resultados arrojaron que más de 80.000 jóvenes entre 14 y 19 años, padecen anorexia o bulimia. Se calcula que en este país dos de cada 100 adolescentes que tienen suficiente comida, sufren anorexia o bulimia.

Para nuestro país las cifras de prevalencia de los trastornos de la alimentación superan las estadísticas de países desarrollados como Italia, Noruega y Canadá. Esto, según las investigaciones del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Antioquia, que estiman que en nuestro país la tasa sería del 38%. Las cifras actuales de estos países en trastornos de la alimentación son del 6.2% en Noruega, 11% en Italia y 27% en Canadá. La psiquiatra Lilia Rosa Medina explica que debido a que los criterios de diagnóstico manejados por la Asociación Psiquiátrica Americana son muy rígidos, se ha planteado el hecho de subestimar el problema.

Por estas estadísticas y por lo alarmante que son los padecimientos de la anorexia y la bulimia como trastornos de alimentación en los jóvenes, reitero que es imperativo el desarrollo de un proyecto como este en Valledupar, que pretende dar a conocer ampliamente todo lo que envuelve a estas dos patologías, para que de esta forma, se esté alerta y se pueda prevenir. Y que nuestra localidad no aporte al aumento de estas cifras, con el padecimiento de estos trastornos en la juventud colombiana.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL.

- Determinar la tendencia actual de los trastornos y desordenes de alimentación (anorexia y bulimia) en la juventud valduparense, analizado desde los jóvenes de los grados 10° y 11° del colegio Alfonso López Pumarejo y Gimnasio del norte.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar en los jóvenes de los grados 10 y 11 de los colegios Alfonso López Pumarejo y gimnasio del norte de la ciudad de Valledupar, la existencia de la tendencia a los trastornos de alimentación.
- Determinar las posibles causas que originan una tendencia a los trastornos de alimentación en los jóvenes de los grados 10 y 11 de los colegios Alfonso López Pumarejo y Gimnasio del norte de la ciudad de Valledupar.
- Desarrollar una propuesta de intervención, acorde a la problemática estudiada y los resultados encontrados en ella.

3. MARCOS REFERENCIALES

3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTAGACION:

Los trastornos alimenticios, principalmente la anorexia y la bulimia son de interés investigativo muy reciente. Hace 50 años no se hablaba de estos temas, que hoy por hoy atacan fuertemente la pubertad y la adolescencia temprana de nuestra humanidad; es por esta razón que los antecedentes de investigaciones relacionados con estos temas, datan de los años 80 hasta nuestros días.

3.1.1. A nivel internacional: encontramos una investigación muy relevante sobre la amenaza que representa para los jóvenes de hoy, estos trastornos o desórdenes alimenticios, desarrollada en España, en septiembre de 1997, por *PATRICA MATEY* (psicóloga de la universidad complutense de Madrid), con el apoyo del *Instituto de Nutrición y Bromatología de la facultad de farmacia de Madrid*. Los resultados de esta investigación fueron publicados en la página www.elmundo.es en la sección de salud y medicina con el nombre de “La nueva epidemia de los adolescentes (anorexia y bulimia). El principal objetivo de Patricia Matey con esta investigación, era establecer las características típicas de esta patología y las condiciones o factores que la originan; fue una investigación no solo dirigida a los jóvenes que tal vez podrían estar propensos a padecerla, sino que también iba dirigida a los padres de los adolescentes, para que estuvieran atentos a sus hijos y con ello, ayudaran a disminuir el incremento de estos desórdenes alimenticios en España. Cabe anotar, que la preocupación de patricia por este tema, radica en que uno de los países que actualmente reportan más casos de anorexia y bulimia, es España.

Otra investigación realizada con importantes aportes al tema de los trastornos alimenticios fue la realizada por la *Universidad Nacional Autónoma de México, escuela nacional de estudios profesionales, campus Aragón*, En abril del 2001, la cual fue llamada “BULIMIA Y ANOREXIA EN LAS CHICAS DE LA CIUDAD

DE MEXICO” el principal objetivo que perseguía esta investigación era establecer claridad mediante una minuciosa descripción, relacionada con estas dos patologías, para que la población mexicana permanezca alerta a la presencia de estos desordenes en sus familiares más cercanos. La universidad publicó un artículo en el que describen las causas, las características, la sintomatología, los factores que intervienen y formas de tratar psicológica y médicamente tanto a la anorexia y a la bulimia.

3.1.2. A nivel nacional: En Colombia son pocas las investigaciones de las que encontramos reportes, sin embargo, existe una realizada por SANTIAGO ROMERO RODRIGUEZ, en mayo del 2010 en la ciudad de Bogotá, sobre ¿porque razones a incrementado la prevaecía de Anorexia y Bulimia en hombres jóvenes?, esta investigación la hizo para presentarla como trabajo de grado en el Colegio Guillermo Wickmann y planteo como objetivo principal, conocer las razones que generan la prevalencia de la bulimia y la anorexia nerviosa en hombres jóvenes, y luego de su investigación llega a la conclusión de que el homosexualismo es la causa principal de este tipo de trastornos en hombres, sabiendo también que tanto la Anorexia como la Bulimia, son patologías mortales que atacan principalmente a mujeres adolescentes y no a hombres, sin necesidad de excluirlos.

Otra investigación relevante en nuestro país sobre chicas adolescentes padeciendo la Anorexia o la Bulimia, fue desarrollada a modo de documental televisivo, por el presentador del canal RCN, Guillermo Prieto La Rotta (Pirry), en su programa, Especiales Pirry. El principal objetivo de su documental perseguía despertar al sector salud pública de nuestro país, para que contemplen a estas dos patologías (Anorexia y bulimia) dentro del plan obligatorio de salud, esto debido a que el sistema actual no está preparado para este tipo de desórdenes alimenticios, lo que ha generado que en los casos reportados en el país con dichos desordenes, en su mayoría sean pacientes que fallecen en la mitad del proceso, por falta de atención tanto medica como psiquiatria, al no poder los familiares cubrir los altos costos de los tratamientos. Su documental se desarrolló en dos partes, en el año 2009 y en el 2010, en

el primer reportaje, describió totalmente la patología con la ayuda de los especialistas en el tema y el testimonio de 2 pacientes anoréxicas, ya para la segunda emisión plantea su objetivo y muestra los alcances que obtuvo y las investigaciones que realizó sobre el aspecto legal.

3.1.3. A nivel local: No reportan antecedentes investigativos referentes a estos temas, ni la Anorexia, ni la Bulimia han sido hasta la fecha objeto de estudio para los investigadores locales.

3.2. MARCO HISTORICO SITUACIONAL:

En el proceso de recolección de información para nuestra investigación sobre la tendencia a los trastornos o desórdenes alimenticios, Anorexia y Bulimia, en los adolescentes de nuestra localidad, hemos seleccionado los alumnos de los colegios ALFONZO LOPEZ PUMAREJO del sector público y el colegio GIMNACION DEL NORTE del sector privado.

3.2.1. Colegio Alfonso López Pumarejo: Esta institución nace en el año 1971 como inquietud de un grupo de personas que formaban parte del club de jóvenes del servicio social de la comunidad valduparense, ellos eran entre otros Dagoberto Fuentes Zuleta, Carlos Rodríguez Moncayo, Samuel Arévalo, Carlos Arturo Duran, Alfonso Martínez y Alfredo Polo Castillo; ellos escogieron dos nombres, los cuales fueron sometidos a votación, finalmente hubo un empate y ellos optaron por colocarle “Cámara Júnior”, además por haber sido fundado por la cámara Júnior capítulo Valledupar; fue entonces cuando nace el primer centro educativo nocturno de bachillerato en la ciudad. El primer rector fue Alfredo polo castilla, cofundador del mismo. En sus inicios paso muchas vicisitudes, en ese entonces no había luz y los alumnos, Profesores y la parte administrativa, sufrían las incomodidades de la época porque la luz era deficiente, se iba a cada momento.

Su primer rector Alfredo polo castilla, permaneció al frente de la institución por más de 20 años, en el año 1991, siendo rectora de la institución la licenciada María Luisa Hernández, el plantel tomó otro rumbo y la secretaria de educación le dio vía libre al proyecto de ampliación de cobertura, dándole apertura a las jornadas diurnas, momento en el que recibieron más de 1500 estudiantes nuevos.

En el mismo año se logró la construcción de la nueva sede, ubicada en la calle 13 B bis # 19-20 frente a la urbanización azúcar buena, dejando las viejas instalaciones donde funcionaba antiguamente el INSPECAM y hoy en día la escuela de Bellas Artes.

En el año 1994, se produce un nuevo cambio de rector, permuta realizada entre la licenciada María Luisa Hernández y el actual rector Luís Carlos Maestre Barras, en el año

1995, presenta el proyecto de disminuir el bachillerato comercial de la jornada nocturna a 6 años, proyecto que fue aprobado por el consejo académico de la jornada nocturna y para el año de 1997 se da la primera promoción de este proyecto.

En el año 1996, ante la incapacidad del CASD de recibir la cantidad de alumnos egresados de los grados noveno, la institución se ve en la obligación de darle la apertura a la modalidad de ciencias y a la de humanidades. Se logró cristalizar la construcción de la nueva biblioteca, que tiene capacidad para 100 estudiantes aproximadamente, cuatro aulas nuevas, adecuación de la sala de informática y sala de comerciales.

En 1997, con el propósito fundamental de mejorar la calidad de la educación, se construyen los laboratorios de química y física, la adecuación del taller de máquinas electrónicas y el salón de audiovisuales, donde los alumnos de décimo

grado podían continuar y terminar el ciclo de la educación media vocacional totalmente en la institución.

Esta institución siempre ha tenido el propósito de brindar educación de calidad a aquellos estudiantes, hijos de padres trabajadores y con escasos recursos para destinar a la formación académica de sus hijos. Es una institución del sector público y a sus instalaciones acuden año tras año, un sin número de estudiantes, que gracias a la entrega de los docentes con los que cuenta, desarrollan su básica secundaria en el plantel de forma gratuita, la mayoría de ellos residen en los barrios aledaños a la sede, como lo son Dangond, Caciques, Garupal, Divino Niño, Eneal, Nevada, Fundadores, La Popa, entre muchos otros, que son de estrato medio bajo, es decir, estratos 1, 2 y 3.

3.2.2. Colegio Gimnasio del Norte: El Gimnasio del Norte fue fundado por los educadores Pedro Ángel Daza Mendoza y Berenice Flórez de Daza. El acta de fundación se levantó en reunión realizada el domingo 31 de octubre de 1982, donde se establecieron los criterios pedagógicos y filosóficos que todavía se conservan y que dieron origen al lema "Educación para la Vida" que se ha convertido en un principio existencial para todos los entes de esta institución. En la misma reunión también se definieron: el escudo, la bandera y los uniformes que se usarían, los cuales todavía se conservan.

La sede inicial fue un local ubicado en la avenida 19 No. 3-62, frente a la Casa Indígena, donde funcionó el plantel desde el 1 de noviembre de 1982 hasta el 30 de junio de 1990, comenzando a establecerse como uno de los colegios de más alto rendimiento académico y Disciplinario. Las clases se iniciaron el 8 de febrero de 1983 con 269 alumnos en los niveles de preescolar básica primaria y básica secundaria, dictándose para entonces las clases con todos los requisitos de Ley.

Prontamente los directivos comenzaron a percibir que el colegio ya no daba abasto para la cantidad de alumnos que deseaban ingresar a la institución, por lo que el 5 de julio de 1985 adquirieron el terreno donde comenzaron a construir la nueva sede, la cual fue inaugurada el 31 de octubre de 1991, fecha desde la que se han realizado ampliaciones y mejoras en forma permanente para optimizar el bienestar de la Comunidad Norteña.

HITOS HISTÓRICOS: Ya en la nueva sede se da uno de los acontecimientos más importantes en la historia del plantel: En 1987 se gradúa la primera promoción, constituida por 24 gloriosos bachilleres. En 1994 el colegio obtuvo dos Distinciones "Andrés Bello" con los estudiantes Carlos Esteban Yaguna Toro y Mancel Enrique Martínez Ramos, los dos Mejores Bachilleres del Cesar en las Pruebas ICFES. En 1995 fueron dados al servicio los más completos y modernos Laboratorios de Física, Química y Biología y gracias a estas mejoras se dio un gran impulso a la investigación dentro de la institución por lo que el colegio participó en Expo-Ciencia Juvenil con dos proyectos en Física y Química.

Ante la imperiosa necesidad de estar a la par con los grandes avances tecnológicos mundiales, fue instalada la sistematización en la Biblioteca Jorge Enrique Restrepo Suárez y en todas las dependencias administrativas. En 1996 el colegio fue distinguido por la Universidad Nacional de Colombia con inscripción gratuita y posibilidades de estudio mediante préstamo para los cuatro mejores bachilleres, como un reconocimiento por estar el plantel entre los cien mejores colegios de Colombia, según las Pruebas ICFES y las de ingreso a la Universidad Nacional. Más alumnos seguían llegando, por lo que adquirió un terreno colindante de 6.812 metros cuadrados, proyectándose la ampliación de las instalaciones.

En 1997 se trabajó con la consigna "Acción por Convicción" y en ese año fueron construidas y dadas al servicio tres aulas y dos nuevas baterías sanitarias. El colegio asistió nuevamente a Expo-Ciencia Juvenil con cuatro proyectos. Lanzó y lideró la propuesta "Valledupar, Ciudad Educadora", que

busca hacer de esta capital un modelo de cultura ciudadana y ejemplo para el resto de la nación. El colegio obtuvo el primer lugar individual y colectivo en las Pruebas ICFES. Los dos Mejores Bachilleres fueron Juan Felipe Martínez Plata y Evelio José Barrios Acosta, quienes recibieron la Distinción "Andrés Bello" y se ubicaron entre los diez primeros de Colombia. El promedio general obtenido fue de 314.

En 1998 se institucionaliza la consigna "Vivir es Servir". Se construyen tres nuevas aulas, una Sala de Informática y la Oficina de Educación Física, Recreación y Deporte, así como un parque infantil destinado a los alumnos de la primaria. El colegio ocupa nuevamente el primer lugar en las Pruebas ICFES. El bachiller Juan Gabriel Malagón González, con 390 puntos, obtiene el Premio Andrés Bello. El puntaje promedio del colegio fue de 324.13.

En 1999, la consigna del colegio: "Dimensión Trascendente", orientó las acciones de los diferentes estamentos de la institución. Terminó la construcción de las aulas de la segunda planta del Bloque Patio de los Polígonos. Adquirió el lote colindante entre el colegio y la Avenida a Hurtado y ocupó el primer lugar colectivo e individual en el Departamento del Cesar en las Pruebas de Estado. El bachiller Julio César León Luque obtuvo un puntaje de 379 y el colegio elevó su promedio a 333.14 puntos.

El año 2000 tiene un significado institucional relevante. El colegio alcanzó su mayoría de edad al cumplir 18 años de labores. La expresión "El Gran Ciudadano" enmarcó la celebración de este aniversario, que tuvo como propósito el crecimiento personal de todos los estamentos. La consigna trabajada fue: "Calidad Integral". Construyó una segunda aula múltiple y completó la dotación de la Sala de Informática No. 2. El mejor bachiller del plantel fue Jonathan Tybalt Malagón González.

En el año 2001 trabajó con la consigna "Innovación y Creatividad". Fue dada al servicio una nueva área de Preescolar, con dos aulas, baterías sanitarias y amplia zona de recreación. Se comenzó a construir el Oratorio,

obra dejada por la promoción de ese año.

En el año 2002 trabajó con el lema "Ciencia e Innovación". La construcción del Oratorio fue terminada así como un nuevo cuerpo de salones destinado a los alumnos de primaria. Adquirió nuevos terrenos en la parte posterior del colegio destinado a futuras ampliaciones; pero, sin duda, el cambio más importante fue la instauración de la Jornada Única que va de las 06:30 a las 15:30 horas los lunes, martes y viernes; los miércoles la entrada es a las 08:00 horas y la salida a las 15:30 horas. Los jueves la entrada es a las 06:30 horas y la salida a las 12:30 horas. Debido a este cambio de horario se contrató un servicio de almuerzos para los alumnos, lo que produjo por ende la construcción del Comedor.

El Gimnasio del Norte, es un colegio con una buena calidad académica y disciplinaria, la cual es muy bien paga por cada uno de los estudiantes que se inscriben en esta institución, es uno de los colegios más costosos de la ciudad y a sus instalaciones acuden hijos de padres en su mayoría profesionales, empresarios, ganaderos entre otros, quienes tienen la capacidad para costear los gastos que genera recibir la educación en este plantel. La mayoría de sus alumnos, por no decir su totalidad, son residentes de barrios de estratos medios altos y sectores contribuyentes de la ciudad (4, 5 y 6), como lo son Navalito, los Ángeles, los Cortijos, San Carlos, San Joaquín, Las marías, incluyendo los nuevos conjuntos residenciales que se han construido al norte de la ciudad.

3.3. MARCO TEÓRICO

La anorexia ha existido desde la Edad Media, pero no era tan común como en nuestros días, ya que el sobrepeso se consideraba signo de salud y belleza, cuando las clases altas eran las únicas que se permitían comer lo suficiente. La anorexia se daba comúnmente en religiosas. En el siglo XVII **Richard Morton** le da el primer nombre de "consunción nerviosa". Setenta y seis años más adelante, **Robert Whytt** la llama atrofia nerviosa. En 1873, **Charles Lasegue**, llama a la anorexia, "anorexia histórica".

William Gull en 1874, le llamó “Anorexia nerviosa”

El termino anorexia proviene del griego α (no) y Ζρέξις (apetito) es un trastorno alimentario, que se caracteriza por la falta anormal de apetito. Y La bulimia es una palabra de origen latino (būlīmia), que a su vez deriva del griego. El término hace referencia a alguien que siente unas ganas desmesuradas de comer y que no puede satisfacer su apetito, es así como el vocablo se refiere a la forma en que se maneja la ingestión de los alimentos.

Pueden deberse a causas fisiológicas, o bien a causas psicológicas. Se presenta normalmente en la adolescencia (14-18 años) pero en otros casos en edades más tardías (20-40 años). Normalmente aparece en las mujeres, pero también se dan casos masculinos. Se considera como una enfermedad física y psicológica, consiste en una alteración grave de la conducta alimentaria que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales, miedo intenso a ganar peso y una alteración de la percepción del cuerpo.

Las personas que padecen de anorexia tienen una imagen distorsionada de su cuerpo (se ven gordos, aun cuando presentan un estado de extrema delgadez.). La falta de aceptación y amor propio pueden desembocar en esta enfermedad, donde la paciente no se encuentra nunca satisfecha consigo misma, ni se ama incondicionalmente.

Aunque existen antiguos precedentes de la anorexia y la bulimia es desde el siglo anterior, más específicamente desde los años sesenta, que se ha registrado un aumento vertiginoso de personas víctimas de estos males.

Este paulatino aumento de enfermos ha generado un movimiento en torno a las posibles causas de estos síndromes; este suceso es bien

descrito por el psicoanalista **Michel Sauval** en su ensayo "Anorexia y locura": "En los últimos tiempos la anorexia ha dejado de ser un síntoma, objeto de estudio y práctica de "profesionales" específicos, para constituirse, poco a poco, en lo que podríamos denominar un "cuadro de época", es decir, en objeto de tratamiento por una gama amplísima de autores y personajes."

Antes de entrar a describir las diversas teorías propuestas por los distintos autores estudiosos del tema, es necesario dejar como precedente la definición del DSM IV sobre dichas patologías, su origen y diagnóstico:

Según el **DSM IV** La Anorexia nerviosa 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 seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la Anorexia nerviosa y de la Bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.

Características diagnosticas de la anorexia Según el DSM IV:

Las características esenciales de la Anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término anorexia es equívoco, porque es rara la pérdida de apetito.) 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 falta de aumento de peso (p. ej., mientras que el sujeto crece en altura). El Criterio A proporciona una guía para determinar cuándo 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 se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17,5 kg/m². (El IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la altura.) Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, ya que parece poco razonable especificar un estándar único para el peso mínimo normal de todos los individuos de una edad y talla determinadas. Para determinar 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 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 el uso inadecuado de laxantes y diuréticos) o el ejercicio excesivo. Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas (Criterio B). Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso, de hecho, va aumentando cuando el peso va 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 técnica para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del 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 ésta pueda tener implicaciones clínicas graves.

En niñas que ya hayan tenido la primera regla la amenorrea (debida a niveles anormalmente bajos de estrógenos por disminución de la secreción hipofisaria de las hormonas foliculostimulantes [FSH] y luteinizante [LH]) es indicadora de una disfunción fisiológica (Criterio D). La amenorrea es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

En las niñas prepuberales la Anorexia nerviosa puede retrasar la aparición de la menarquía. Muy a menudo los familiares de la paciente la llevan al médico cuando se dan cuenta de su acentuada pérdida de peso (o cuando observan que no gana 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 la 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.

Subtipos Según el DSM IV:

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 haciendo 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 el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso 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.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo Según el DSM IV:

La Anorexia nerviosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, 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 proceden de culturas en las que la anorexia nerviosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza. Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad. Por ejemplo, en algunas culturas la percepción distorsionada del cuerpo puede no ser importante, por lo que los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.

La Anorexia nerviosa raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos pre-puberales. 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.

Características diagnósticas de la bulimia Según el DSM IV:

Las características esenciales de la Bulimia nerviosa consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además, la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. Para poder realizar el diagnóstico, los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces a la semana durante un período de 3 meses (Criterio C). Se define atracón como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (Criterio A1). El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón —lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario—. Un «período corto de tiempo» significa aquí un período de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa. No se considera atracón el ir «picando» pequeñas cantidades de comida a lo largo del día.

A pesar de que el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles). Sin embargo, los atracones se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, como los hidratos de carbono. Los individuos con Bulimia nerviosa ingieren más calorías en un atracón que los individuos sin Bulimia nerviosa en una comida, pero la proporción de calorías derivadas de proteínas, ácidos grasos e hidratos de carbono es similar.

Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan (aunque no siempre) por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más, incluso hasta

que llegue a sentir dolor por la plenitud. Los estados de ánimo disfóricos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta. Los atracones pueden reducir la disforia de manera transitoria, pero a continuación suelen provocar sentimientos de auto desprecio y estado de ánimo depresivo.

Los atracones se acompañan también de sensación de falta de control (Criterio A2). El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad. Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. La alteración del control asociada a los atracones no es absoluta; por ejemplo, un individuo puede continuar comiendo aunque suene el teléfono, pero parar inmediatamente si alguien entra en la habitación.

Otra característica esencial de este trastorno la constituyen las conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso (Criterio B). Muchos individuos usan diversos métodos para intentar compensar los atracones; el más habitual es la provocación del vómito. Este método de purga lo emplean el 80-90 % de los sujetos que acuden a los centros clínicos para recibir tratamiento. Los efectos inmediatos de vomitar consisten en la desaparición del malestar físico y la disminución del miedo a ganar peso. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo, y el enfermo realizará atracones con el fin de vomitar o vomitará después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Estas personas pueden emplear una gran variedad de técnicas para provocar el vómito, con los dedos o con diversos instrumentos. Los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de provocarse el vómito y eventualmente pueden vomitar a voluntad; raras veces toman jarabe de ipecacuana. Otras conductas de purga son el uso excesivo de laxantes y diuréticos.

Aproximadamente un tercio de las personas con este trastorno toman laxantes después de los atracones. Muy de vez en cuando los enfermos emplean

enemas, que raramente constituyen el único método compensatorio utilizado.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones.

Las personas con bulimia nerviosa ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (Criterio D). Estos sujetos se parecen a los que padecen Anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa (Criterio E).

Subtipos Según el DSM IV:

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo Según el DSM IV:

La Bulimia nerviosa afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. Se dispone de muy poca información sobre la prevalencia de este trastorno en otras culturas. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque el trastorno también puede afectar a otros grupos étnicos. Por lo menos un 90 % de las personas que padecen Bulimia nerviosa (personas hospitalizadas y población general) son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con Bulimia nerviosa hay una prevalencia más alta de obesidad pre-mórbida que en las mujeres.

OTRAS DEFINICIONES

Los actuales investigadores han rescatado algunas teorías preliminares de un amplio espectro de disciplinas y ciencias apoyándose en ellas para constituir hipótesis sobre las posibles causas de estas enfermedades y así no cometer errores en la apreciación correcta de las mismas. Algunas de la destacable cantidad de propuestas para la delimitación conceptual de la Anorexia nacidas desde disciplinas como la psicología, con sus numerosas ramas, o la Psiquiatría son:

Enfermedad psicósomática (defendida por **Deutsch, 1940; Blitzer, 1961; Sperling, en Wilson, 1983; Strauss, 1987**); *trastorno del comportamiento alimentario* (creado por la American Psychiatric Association); *patología del peso o fobia al peso* (por **Crisp, 1970; Kalucy, 1977; Hall, 1986**) y *desregulación*

del balance narcisista (Jeammet, 1991). Todos los anteriores sistemas tienen en común el diagnóstico de los problemas de pérdida, incomplicidad y límites con respecto a sí mismo (la motivación que desencadena el trastorno.)

y a ciertas conductas (los procedimientos extremos a los que se recurre para la pérdida de peso como vómitos autoprovocados, laxantes, diuréticos que generan una dinámica de autocentramiento, rituales y aislamiento) y síntomas (la pérdida de peso, la alteración del juicio sobre la imagen corporal, la desnutrición) como responsables de la afectación corporal y del riesgo de muerte.

Aclarado esos pequeños problemas de lenguaje y terminología podemos especificar con más propiedad algunas de las posibles causas de los trastornos del comportamiento alimentario desde diversas disciplinas.

En el imaginario colectivo se cree que los trastornos de la alimentación se originan porque situaciones adversas en la vida de la persona afectada desencadenan el problema. Esto es parcialmente cierto para los autores que creen que las situaciones adversas son los que producen el desarrollo de un trastorno alimenticio. Para otros autores estos problemas son sólo los detonantes -disparadores- que al "encender el mechero" revelan el verdadero problema que es la existencia de un yo débil o inmaduro. Para *Peggy-Claude Pierre*, las víctimas de la anorexia desde pequeñas han desarrollado lo que ella llama un Síndrome de Negatividad Confirmada -SNC-; otros autores acordes con esta hipótesis le dan otros nombres, pero aun así se refieren a una falta de maduración normal del yo. Para mí la anorexia y la bulimia tienen una causa subyacente en la falta de fortalecimiento del yo de las personas afectadas. Estas mismas esconden tras su deseo de delgadez, que logran y no les colma ninguna satisfacción, y el manejo del peso y la comida, conjurar angustias ocultas. Son en cierta manera la forma en que se enfrentan con la vida, una especie de "tabla de salvación". La psicoterapeuta inglesa *Julia Buckroyd* cree que cuando la víctima se recupera por medio de un tratamiento eficaz multidisciplinario que ataque todos los frentes que logre fortalecer el yo debilitado, la persona sale fortalecida, con una

personalidad definida que no poseía antes de padecer el mal.

Realmente considero que estas dos patologías, son originadas en los adolescentes que sienten un vacío insaciable en sus vidas, que buscan en el entorno aceptación, valoración, son personas con un autoestima muy bajo. Esto lo confirmo con la creencia de *Steven Levenkron*, psicoterapeuta neoyorkino, cree que todas las características de la anorexia, como los rituales de seguridad, los rasgos perfeccionistas y rígidos, la conducta enérgica, agresiva y desafiante, esconden la pretensión de llenar una sensación de vacío y recuperar la confianza en sí mismo mediante estos comportamientos aparentemente absurdos.

También cree que se debe diferenciar a la depresión, el retraimiento, la ansiedad y la excesiva preocupación por la comida como causas de la anorexia, manifiesta que estos últimos síntomas son consecuencias de la enfermedad, que esta subyace en una personalidad vulnerable, poco definida y con límites permeabilizados. Que la enfermedad y su evidente manifestación de alteración del cuerpo desfigurado, junto con todas sus Características, se confabulan para crear una identidad pseudo-funcional que le aliviará de la pavorosa sensación de vacío que le envuelve.

Para el caso de las bulímicas, *Levenkron* cree que estas tienen una personalidad más arraigada que la de las anoréxicas, por ello pueden en cierta forma limitar su obsesión y manejar su trastorno a su acomodo. Él cree que las bulímicas buscan regular, con su manejo de la comida y el uso de laxantes, sensaciones de ansiedad, pánico y depresión. Que esto se demuestra cuando la anoréxica "muestra orgullosa su enfermedad", mientras que la bulímica prefiere que sus hábitos pasen desapercibidos.

Él cree que ambas enfermedades causan retraimiento emocional, rigidez, forma de pensar obsesiva y, a largo plazo, la sensación de pérdida de la identidad.

La especialista *Colette Dowling*, autora del libro 'Mujeres Perfectas', investigadora experta en el tema de las mujeres con problemas de dependencia, cree que las personas con trastornos de la alimentación tienen un sentido de identidad frágil, experimentan cambios bruscos en su salud emocional, con grandes problemas para ordenar su ingestión de alimento. Situación que revela que la raíz del mal se halla en un problema crítico de identidad y autoestima; no saben quiénes son y no conocen tampoco su verdadero estado de ánimo y estos cambios repentinos de humor alteran su relación con la comida, como si esa inestabilidad emocional les impidiera conocer sus mecanismos naturales y conscientes con los cuales podrían controlar sus hábitos alimenticios. Son seres con una inmensa sensación de vacío interior, extremadamente inseguras e incapaces de tomar decisiones; "Están perdidas, vacías, inquietas, confusas e insatisfechas." En esta particular esterilidad "yoica", la persona afectada trata de luchar secretamente por su desarrollo personal. La autora cree que en esa pretensión de querer ser se halla la base de todos los problemas alimentarios.

A través de las investigaciones alrededor de la patología y la lectura minuciosa de la posición de cada autor frente a estas patologías, consideramos que su origen se debe en gran parte a la familia de la paciente, principalmente en los padres, que en muchas ocasiones optan por un tipo de crianza sobre protector y controlador, en el que él menor no logra desarrollar una identidad propia, criterios y decisiones propias, pues su vida esta subvalorada por los padres, quienes en finalmente son los que tomas todo tipo de decisiones que les afecte. Nuestro criterio es soportado por la opinión de *Hilde Bruch 1970*, psiquiatra que en los años sesenta se convirtió en pionera del tratamiento de la anorexia y de sus posibles causas, descubrió que sus todas sus pacientes anoréxicas tenían padres que tenían ideas muy rígidas acerca de cómo deberían ser sus hijas y se mostraban intolerantes con cualquier manifestación de independecia por parte de ellas; y *Salvatore Minuchin*, un teórico del sistema familiar, quien ha observado que las chicas anoréxicas proceden de familias controladoras, sobreprotectoras, rígidas e incapaces de resolver los conflictos de forma efectiva. Las chicas se educan aprendiendo a subordinar sus necesidades a las de la familia convirtiéndose en seres siempre dependientes de sus padres y con la

responsabilidad permanente de no hacer nada que perjudique a la familia. Como las anoréxicas renuncian a cualquier modo apropiado de influir en quienes las rodean, acaban haciendo lo único sobre lo que tienen poder: renunciar a comer.

TEORIAS:

Teoría psicoanalista: Algunos *psicoanalistas* insisten en considerar a la anorexia como un mecanismo mediante la cual la afectada recuperará la libertad e independencia perdida a manos de su padre. No está clara la forma en que esta secuencia podría causar el intenso temor a volverse obeso, que es el hecho central tanto de la anorexia como de la bulimia.

Para aquellos que tienden a considerar que el trastorno es de índole psicossomática estos rasgos no son sino la expresión de un defecto constitucional en la capacidad de formular las fantasías, cuadro denominado alexitimia por *Sifneos y Nemiah (1967)*, quienes lo describieron en pacientes que padeciendo enfermedades orgánicas presenta dificultades para expresar emociones. Lo consideraron, en principio, un defecto de origen neurológico que ocasiona dificultades en la simbolización y una mayor tendencia a resolver las situaciones de tensión a través del cuerpo, causando la anorexia y la bulimia.

Al revisar la literatura sobre el tema, el papel otorgado a la madre resalta con tanta contundencia que pareciera que la especificidad femenina de estos trastornos tuviera como única responsable a la madre. *Marty y Col (1992)* creen que ciertas fallas en la constitución del aparato psíquico impedirían la tramitación del afecto por vía psíquica. El registro de las sensaciones corporales se hallaría alterado por condiciones que pueden variar entre: 1) un cuerpo excesivamente narcisizado por la madre con una imposibilidad de reconocimiento de los límites corporales propios y ajenos, base de frecuentes expresiones tales como: "me siento llena, atascada, invadida, ahogada"; 2) un cuerpo deficientemente libidinizado, no semantizado que se expresa a

través de frases como " estoy vacía, no llegó al fondo, no conozco mi límite". Para **Likierman**, madres dominantes, controladoras, intrusivas: Son aquellas que usan a sus hijas como barrera contenedora de su confusa mezcla de sentimientos y emociones no asimiladas o procesadas, las cuales oscilan entre infantilismo y sexualidad. Por supuesto esta desorientada madre es incapaz de controlar las emociones de su propia hija. Por lo demás, casi todas las madres de anoréxicas relatan con cierta facilidad haber tenido malas relaciones con sus propias madres. Por ser estas demasiado autoritarias o demasiado sumisas y vulnerables, no han podido, en todo caso, tener contactos íntimos tiernos con ellas, y han tenido que aprender, no sin haber sufrido. De este modo, han tenido tendencia, de acuerdo con su marido, a asegurar a sus hijos la posibilidad de un desarrollo autónomo que les ponga al abrigo de este sufrimiento que fue el suyo, aun lamentando no haber conseguido establecer una intimidad cálida, a la que habían aspirado de niñas.

Teoría cognitivista: Los *cognitivistas* estudian la alteración mental de las chicas anoréxicas. El psicoterapeuta **Eric Button** cree que esas chicas han desarrollado una visión de la realidad tan pobre que les es imposible enfrentarse adecuadamente a las complejidades de la vida adulta. Como todas las personas, las anoréxicas necesitan experimentar cierto control sobre la vida y que ésta sea, siquiera en parte, predecible. Perder peso significa que se sienten bien y seguras, mientras que engordar significa que son un fracaso y que son malas. No se tolera ninguna ambigüedad.

Su manera de pensar, excesivamente simple, no les permite resolver los problemas a los que se enfrentan. Y como fracasan a la hora de encontrarle sentido a la vida, las anoréxicas evitan tantas situaciones de la vida real como pueden.

David Epston, psicoterapeuta Neozelandés, ve la anorexia como una especie de lavado de cerebro. Según su análisis, las chicas anoréxicas han desarrollado un conjunto de creencias rígidas y equivocadas acerca de sí mismas que debe ser destruido antes de proceder a su rehabilitación. Aman a su peor enemiga: la

anorexia. *Epston* sostiene que el terapeuta se ha de convertir en una especie de desprogramador que anime a las chicas a pelear con esa enemiga.

Teoría socio cultural: Finalmente, la teoría sociocultural de la anorexia sugiere que los trastornos alimenticios se dan más frecuentemente en grupos que valoran la delgadez sobre todas las cosas. Entre los bailarines, un colectivo conocido por la exagerada delgadez que buscan sus miembros, existe una alta tasa de anoréxicos. Cualquier sector de la población cuya forma de vida dependa básicamente de la delgadez es un sector de riesgo.

En un trabajo de investigación realizado por *Garner y Garfinker (1980)*, donde se compararon estudiantes normales de danza, música y modelaje, los resultados revelaron que la anorexia nerviosa y las dietas excesivas se sobre-presentaron en las estudiantes de danza y modelaje. Dentro del grupo de danza los ambientes de mayor competencia tenían mayor frecuencia de anorexia nerviosa. En el grupo de modelaje, la mayoría se volvieron anoréxicas después de comenzada su carrera. Los resultados muestran que las actitudes anoréxicas y la anorexia nerviosa se dan más en ambientes con alta exigencia de competencia y de éxito.

3.4. MARCO CONCEPTUAL

Adolescencia: Es un periodo en el desarrollo biológico, psicológico, sexual y social inmediatamente posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Su rango de duración varía según las diferentes fuentes y posiciones médicas, científicas y psicológicas pero generalmente se enmarca su inicio entre los 10 a 12 años y su finalización a los 19 o 20.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el período comprendido entre los 10 y 19 años y está comprendida dentro del período de la juventud -entre los 10 y los 24 años. La pubertad o adolescencia inicial es la primera fase, comienza normalmente a los 10 años en las niñas y a los 11 en los niños y llega hasta los 14-15 años. La adolescencia media y tardía se extiende, hasta los 19 años. A la adolescencia le sigue la juventud plena, desde los 20 años 24 años.

Alexitemia: Es el desorden neurológico que se define como la incapacidad para expresar verbalmente las emociones debido a que estas personas no son capaces de identificar lo que sienten, entenderlo o describirlo. Estas personas tienen problemas para diferenciar una emoción de otra. Por ejemplo, no saben con seguridad si lo que sienten es miedo o ira. Esta incapacidad no se da sólo respecto a los propios sentimientos, sino que también tienen dificultades para identificar las emociones en los demás (en sus voces, expresiones faciales, posturas). Las emociones suelen ir acompañadas de síntomas fisiológicos, como sudoración, aceleración de ritmo cardiaco, etc. Los alexitímicos atribuyen estas manifestaciones fisiológicas a síntomas vagos o los confunden con la emoción misma. Cuando siente emociones intensas, esta persona describe simplemente un malestar físico de un modo impreciso. Suelen tener un pensamiento concreto, con problemas para el manejo simbólico de las emociones. Su forma de hablar es monótona, parca y sin matices afectivos. Apenas gesticulan ni introducen cambios en el tono de voz, se sientan de forma rígida y su semblante es inexpresivo.

Amenorrea: Es la ausencia de la menstruación por un período de tiempo mayor a los 90 días. Puede ser normal (fisiológica) o ser indicativo de enfermedad (patológica). Se considera amenorrea primaria a todos los casos en que la menarquia no haya tenido lugar antes de los 16 años (el 97% de las mujeres tienen la menarquia antes de los 15 años y medio) o antes de los 14 años si no tiene caracteres sexuales secundarios. La causa más frecuente de amenorrea primaria es la disgenesia gonadal (defectuosa

formación de los ovarios). La amenorrea primaria se presenta cuando hay una alteración en el funcionamiento normal de los ovarios y se manifiesta por retraso en la menarquia, o sea en la primera menstruación, así como en la aparición de los caracteres sexuales secundarios, que son el brote del vello púbico y en axilas, desarrollo de las mamas o pechos y falta de definición en la estructura corporal femenina, como cintura, caderas. La amenorrea secundaria, aparece en una mujer que presentaba periodos menstruales normales y de repente se ven suspendidos, sin que la causa sea un embarazo. Las causas más comunes son las psicológicas y con frecuencia se asocian a la anorexia nerviosa, a la falta de esta.

Anorexia: La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por una pérdida significativa del peso corporal producida normalmente por la decisión voluntaria de adelgazar. Este adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, especialmente los que engordan y también con cierta frecuencia mediante vómitos, uso indebido de laxantes, ejercicio físico exagerado y consumo de anorexígenos (medicamentos supresores del apetito), diuréticos. El trastorno suele iniciarse entre los 14 y 18 años de edad, pero en los últimos tiempos está descendiendo la edad del inicio. El paciente anoréxico experimenta un intenso miedo al aumento de peso a pesar de que éste disminuye cada vez más y de una manera alarmante. Se produce una distorsión de la imagen corporal, lo que obliga a mantener la dieta.

Atracones: El trastorno de atracones compulsivos es una enfermedad que se parece a la bulimia nerviosa y se caracteriza por episodios de comilonas o atracones descontrolados. Se diferencia de la bulimia porque quienes lo padecen no purgan su cuerpo del exceso de comida mediante el vómito ni el abuso de laxantes o diuréticos. Las personas que sufren este trastorno ingieren grandes cantidades de comida, no dejan de comer hasta que se sientan incómodamente llenos, tienen fluctuaciones de peso y tiene problemas para perder peso y mantenerse en él.

Autoestima: Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de sí mismo. La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, no puede menos de afectar a nuestra manera de estar y actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima. Se podría decir entonces que la Autoestima es querer a uno mismo y querer a los demás. Significa saber que se es valioso, digno, que vales la pena y que eres capaz, y afirmarlo. Implica respetarte a sí mismo y enseñar a los demás a hacerlo.

Bulimarexia: Es una psicopatología alimentaria que combina manifestaciones anoréxicas con fenómenos bulímicos. Este trastorno de la alimentación, que a veces es considerado como un subtipo de la anorexia o de la bulimia, es en realidad una psicopatología que combina síntomas presentados por las personas anoréxicas, tales como hiperactividad y restricción extrema a ingerir alimentos, con manifestaciones bulímicas como atracones y empleo de purgas para contrarrestarlos. Así, aunque la bulimarexia presenta muchos de los síntomas de la anorexia, se diferencia de esta psicopatología debido a que los anoréxicos no realizan una alimentación compulsiva, y a pesar de que también comparte síntomas con la bulimia, se diferencia de ésta debido a que en el bulimaréxico puede producirse una pérdida importante de peso. Esta combinación de rasgos bulímicos y anoréxicos en un mismo cuadro clínico suele ser el trastorno alimenticio más común, pues con frecuencia ninguna de las dos enfermedades aparece en un estado puro; es decir, no existe una anorexia pura o una bulimia pura. Una misma persona suele registrar episodios tanto anoréxicos (negación a la comida), como bulímicos (ingesta de grandes cantidades de forma descontrolada), lo que da lugar a una enfermedad llamada bulimarexia, que combina rasgos bulímicos y anoréxicos en un mismo cuadro.

Bulimia: Desorden alimenticio causado por la ansiedad y por una preocupación excesiva por el peso corporal y el aspecto físico. La bulimia es una enfermedad de causas diversas (psicológicas y somáticas), que produce desarreglos en la ingesta de alimentos con periodos de compulsión para comer, con otros de dietas abusivas, asociado a vómitos y la ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos). Es una enfermedad que aparece más en las mujeres que en los hombres, y que normalmente lo hacen en la adolescencia y dura muchos más años. Las personas que padecen de Bulimia, poseen una baja autoestima y sienten culpa por comer demasiado, suelen provocarse vómitos, ingieren laxantes y realizan ayunos, debido a esto, presentan oscilaciones bruscas del peso corporal. Las personas con bulimia normalmente pesan dentro del rango normal para su edad y su altura. Sin embargo, a veces tienen miedo a aumentar de peso, tienen ganas de perderlo, o pueden sentirse totalmente insatisfechos con sus cuerpos. El comportamiento bulímico se observa en los enfermos de anorexia nerviosa o en personas que llevan a cabo dietas exageradas, pero la bulimia no produce pérdidas de peso exagerada.

Cultura: Es una especie de tejido social que abarca las distintas formas y expresiones de una sociedad determinada. Por lo tanto, las costumbres, las prácticas, las maneras de ser, los rituales, los tipos de vestimenta y las normas de comportamiento son aspectos incluidos en la cultura. La cultura es el conjunto de informaciones y habilidades que posee un individuo. Para la UNESCO, la cultura permite al ser humano la capacidad de reflexión sobre sí mismo: a través de ella, el hombre discierne valores y busca nuevas significaciones.

Diuréticos: Se le denomina diuréticos toda sustancia que al ser ingerida provoca una eliminación de agua y sodio en el organismo, a través de la orina. Con los diuréticos, se nota que uno orina mucho más frecuentemente y más rápido tras la ingesta de líquidos. Aparte de ello, los efectos colaterales de los diuréticos son pocos, destacando la pérdida de potasio o hipopotasemia, que obliga a seguir los niveles de

potasio en sangre mediante análisis y a tomar suplementos de potasio, ya que no suele bastar con la ingesta de frutas ricas en potasio (naranja, plátano) para corregir los déficits de potasio causados por diuréticos.

Inanición: Es una grave reducción en los nutrientes, vitaminas e ingesta de energía. Es la forma más extrema de malnutrición, consecuencia de la prolongada insuficiencia de alimentos. Se caracteriza por pérdida extrema de peso, disminución de la tasa metabólica y debilidad extrema. Quienes padecen de inanición pueden sufrir severos daños en los órganos y finalmente la muerte, por insuficiencia alimentaria. Se aplica también en sentido metafórico al referirse a instituciones, corporaciones, organizaciones políticas, sociales, etc. Los casos de inanición pueden presentarse también en relación a la ortorexia, anorexia, vigorexia y bulimias.

Ingesta: Cantidad de sustancias que penetra en el cuerpo vía oral; independientemente de que sea o no absorbida (pase a la sangre) la ingesta diaria total es la suma de todas las cantidades de esa sustancia que penetra en el individuo a través de los alimentos, del agua e incluso del aire.

Laxantes: Son medicamentos que aceleran la evacuación de las heces y mejoran el tránsito intestinal. Son el tratamiento de elección si el estreñimiento no puede ser tratado mediante un cambio de costumbres. Una alimentación equilibrada con fibra, muchas verduras y, por lo menos, dos litros de líquido por día, así como un programa de ejercicios, ayudan la mayoría de las veces a normalizar la digestión. Sólo si estas medidas fallan se debe tomar un laxante, y si en una semana no mejora el estreñimiento debe acudir al médico.

Megarexia: Es un trastorno alimenticio descubierto o más bien bautizado por el nutricionista madrileño Jaime Brugos, creador del libro "Adelgazar sin matarse". Según el especialista esta afección es lo opuesto a la anorexia. La padecen quienes tienen un elevado sobrepeso pero se consideran sanos físicamente y no hacen nada para adelgazar. Son en cierta forma, personas gordas que se ven delgadas a causa de la distorsión de la percepción que caracteriza a los trastornos alimentarios. Ellos consideran que el exceso de peso es sinónimo de fuerza y vitalidad. Estos enfermos comen de todo y en cantidades abismales, pero no alimentos sanos sino todo lo contrario. Comida chatarra, dulces, frituras, alimentos grasos, postres... son algunos de los platillos principales en la dieta de los megaréxicos.

Obesidad: Es la enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo; es decir cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos, almacenada en forma de grasa corporal se incrementa hasta un punto donde está asociada con numerosas complicaciones como ciertas condiciones de salud o enfermedades y un incremento de la mortalidad. La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC o índice de masa corporal (cálculo entre la estatura y el peso del individuo) es igual o superior a 30 kg/m². También se considera signo de obesidad un perímetro abdominal aumentado en hombres mayor o igual a 102 cm y en mujeres mayor o igual a 88 cm.

Obsesión: La palabra obsesión proviene del vocablo latino *obsessio-onis*, que significa "asedio". Y, realmente las personas con este problema se sienten "asediadas" por sus pensamientos, imágenes o impulsos. Las obsesiones se podrían definir como ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes que se experimentan (al menos inicialmente) como invasores. Ejemplos de obsesiones serían pensamientos repetitivos y persistentes acerca de que determinados objetos (pomos de puertas, teléfonos público, los asientos de un autobús, etc.), o pensar que las personas están

contaminados o sucios y van a transmitirme la contaminación; imágenes repentinas acerca de la posibilidad de hacerme daño (por ejemplo, saltando a las vías de un tren en el momento en que éste circula, o arrojándome por una ventana) o de hacérselo a los demás (aunque sería incapaz de hacerlo); dudas persistentes acerca de si habré dicho un taco sin darme cuenta, si habré cerrado la puerta de casa, o el gas, o desconectado la plancha; ideas absurdas y sin sentido (si oigo una noticia sobre el mercado de valores, mi hijo tendrá un accidente), etc. Las personas pueden saber muy bien que sus obsesiones no tienen sentido, y la mayoría han intentado resistirse a ellas de algún modo, en algún momento. Sin embargo, tales intentos suelen resultar infructuosos y la persona siente que difícilmente puede deshacerse de ellas.

Ortorexia: Este término proviene del griego (*ortho*, justo, recto, y *orexia*, apetencia) y vendría a significar “apetito justo o correcto”. Pero en realidad se entiende por ortorexia la obsesión por la comida sana, hasta un nivel que cabe considerar patológico; es decir, obsesión patológica por la comida biológicamente pura. Las víctimas de esta enfermedad sufren una preocupación excesiva por la comida sana, convirtiéndose en el principal objetivo de su vida. Podría decirse que es un comportamiento obsesivo-compulsivo caracterizado por la preocupación de qué comer y la transferencia de los principales valores de la vida hacia el acto de comer, lo cual hace que los afectados tengan "un menú en vez de una vida".

Personalidad: La personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás. La manera en que cada ser pensante, actúa sobre situaciones diversas, nos dice algo sobre la personalidad de cada persona, en otras palabras es el modo habitual por el cual cada ser piensa, habla, siente y lleva a cabo alguna acción para satisfacer sus necesidades en su medio físico y social. Cada persona al nacer, ya tiene su propia personalidad, puesto que desde bebés, los padres dice, “el niño es muy melindroso, ó es

muy quieto, etc.” Ya desde ese punto tenemos personalidad. Aunque cabe hacer una aclaración, no nacemos con una personalidad determinada, si no que nacemos con ciertas características propias, que con el paso del tiempo y con el factor más determinante que es el de origen ambiental será como se definirá.

Psicosomático: Estructura de la personalidad basada en la disociación mente-emoción-cuerpo. Es una forma de funcionamiento psíquico marcada por la dificultad en el afrontamiento de situaciones estresantes y se pone al cuerpo como depositario de lo perturbable. Asume demasiadas responsabilidades, las demandas lo desbordan y somatiza en pos de la adaptación. La vulnerabilidad somática es un intento de defensa frente al dolor psíquico y el síntoma es un intento de curación. La presencia de sucesos traumáticos generadores de un psiquismo dominado por la descarga y el déficit elaborativos, constituyen indicadores de riesgo y aumentan la vulnerabilidad somática.

Pubertad: La pubertad es la etapa de la vida en la que tiene lugar la aparición de los caracteres sexuales: desarrollo mamario, aparición de vello en el pubis y axila, etc. Es por tanto, una etapa de grandes cambios físicos, adquirimos el aspecto de adultos, y psicológicos, ya que marca el inicio de la adolescencia. La pubertad es un periodo de tiempo que se extiende desde que comienzan a desarrollarse dichos caracteres sexuales secundarios hasta que finaliza la maduración del sistema reproductor. Este límite de edad es aplicado en aquellos países sobre todo en los desarrollados, ya que pueden existir variaciones en las distintas regiones del mundo, dependiendo de la raza y del nivel socioeconómico alcanzado por el país donde vive el niño y su familia. Los cambios físicos que ocurren durante la pubertad, van acompañados de una maduración cerebral y de cambios psíquicos que desembocan en la adquisición de la personalidad adulta. El periodo de cambios psicológicos es más prolongado que el de los cambios físicos de la pubertad y se denomina adolescencia.

Sociedad: Es un conjunto de individuos que comparten una cultura con sus conductas y fines, y que interactúan entre sí para formar una comunidad. Las sociedades humanas son formadas por entidades poblacionales cuyos habitantes y su entorno se interrelacionan en un proyecto común que les otorga una identidad de pertenencia. El concepto también implica que el grupo comparte lazos ideológicos, económicos y políticos. Al momento de analizar una sociedad, se tienen en cuenta factores como el grado de desarrollo, la tecnología alcanzada y la calidad de vida

Trastorno dismórfico: Es un trastorno somatomorfo que consiste en una preocupación excesiva y fuera de lo normal por algún defecto percibido en las características físicas (imagen corporal), ya sea real o imaginado. Si dicho defecto existe, la preocupación y ansiedad experimentada por estas personas es excesiva, ya que lo perciben de un modo exagerado. El afectado puede quejarse de uno o varios defectos; de algunas características vagas, o de su aspecto en general (global), causando malestar psicológico significativo que deteriora su desempeño social o laboral, hasta el punto de manifestar síntomas ansioso-depresivos severos, el desarrollo de otros trastornos de ansiedad, aislamiento y exclusión social.

Vigorexia: No está reconocida actualmente como una enfermedad; pero se trata de un trastorno o desorden emocional donde las características físicas se perciben de manera distorsionada, al igual de lo que sucede cuando se padece de anorexia, pero a la inversa. Esta persona siempre se ve con falta de tonicidad y musculatura, lo cual la lleva a realizar ejercicio físico de manera obsesiva compulsiva y pesas cada día de manera continuada; en la mayoría de los casos su cuerpo se desproporciona, adquiriendo una masa muscular poco acorde con su talla y contextura física. Este trastorno o desorden psíquico asocia belleza con aumento de masa muscular. La mayor parte de las horas del día están dedicadas a realizar ejercicio físico y a pensar en poder llevar a cabo una dieta rica en alimentos proteicos para así aumentar la musculatura del cuerpo. Este cuadro se ve agravado cuando todo se une al consumo de anabolizantes o esteroides que

faciliten o mejoren ese aumento de proporciones corporales. Entonces, y como consecuencia, aumenta el riesgo de padecer enfermedades, lesiones hepáticas, cardíacas, disfunción eréctil, problemas de fertilidad y cáncer de próstata, entre otras. Al igual que la anorexia la vigorexia se presenta por una distorsión de la imagen corporal. Afecta tanto a mujeres como hombres, pero al contrario que la anorexia, es más un trastorno masculino. Existe un aislamiento social y laboral, ya que este trastorno emocional, puede llegar a evolucionar en un cuadro obsesivo compulsivo, a lo que se le suma una alteración nutricional, metabólica y deformación corporal.

4. METODOLOGIA

4.1. ENFOQUE METODOLOGICO

El enfoque de este proyecto es de corte CUALITATIVO, ya que éste tipo de investigación, es aquella que podría entenderse como una categoría de diseños de investigación, que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma, de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, registros escritos de todo tipo, y fotografías o películas. Para Le-Compte la mayor parte de los estudios cualitativos están preocupados por el entorno de los acontecimientos, y centran su indagación en aquellos contextos naturales, o tomados tal y como se encuentran, más que reconstruidos o modificados por el investigador en los que los seres humanos se implican e interesan y experimentan directamente. La calidad para ella significa lo real, más que lo abstracto, lo global y concreto más que lo disgregado y cuantificado. Es esto precisamente lo que se pretende en esta investigación, extraer datos de la realidad que permitan concretar si existe una prevalencia a los trastornos de alimentación en la población observada. Recoger información vivencial, que aporte a la construcción final del análisis de investigación, como resultados encontrados.

Taylor y Bogdan (1986) consideran en un sentido amplio la investigación cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable”. Lo cual contrasta perfectamente con las intenciones investigativas de este proyecto, que no son otras, que establecer en caso de encontrar la tendencia a los trastornos de alimentación, las causas que lo originan, a través de la interacción con la población objeto de estudio y luego consignar con mis palabras una descripción de lo observado.

En conclusión es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se centra en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, la hermenéutica y la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el

propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento. Finalmente a ese punto queremos llegar, a entender las razones por las cuales los seres humanos podrían tender a los trastornos de alimentación para así poder intervenir en la problemática.

4.2. TIPO DE ESTUDIO INVESTIGATIVO

Esta investigación además de ser de corte cualitativo adopta una metodología de tipo DESCRIPTIVO, en las investigaciones de éste tipo, llamadas también investigaciones diagnósticas, buena parte de lo que se escribe y estudia sobre lo social, no va mucho más allá de este nivel. Consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. En esta investigación se pretende caracterizar de modo descriptivo lo que encierra de modo local la tendencia a los trastornos alimenticios.

La descripción consiste, según Bunge, en responder a las siguientes cuestiones:

- ¿Qué es? > Correlato.
- ¿Cómo es? > Propiedades.
- ¿Dónde está? > Lugar.
- ¿De qué está hecho? > Composición.
- ¿Cómo están sus partes, si las tiene, interrelacionadas? > Configuración.

Y todo esto atiende a aspectos de investigación cualitativa, acorde con el corte

metodológico de este proyecto.

El objetivo de la investigación descriptiva consiste en llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base de una hipótesis o teoría, exponen y resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente los resultados, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento. Tal como se pretende al aplicar y finalizar este proyecto de investigación.

4.3. VARIABLES:

Las variables de este proyecto de investigación, si existe la tendencia a los trastornos, estarán enmarcadas en determinar las causas que lo ocasionan en la localidad y en que estratos y nivel cultural se presentan:

- Estratos sociales
- Nivel de escolaridad
- sexo
- Rutinas de alimentación
- Tipo de trastorno

4.4. POBLACION Y MUESTRA

4.4.1. Universo: Los adolescentes de la ciudad de Valledupar

4.4.2. Población: Los adolescentes de la ciudad de Valledupar, estudiantes del grado 11-01 del colegio Alfonso López Pumarejo y los estudiantes del grado 10 del colegio Gimnasio Del Norte.

4.4.3. Muestra: Los alumnos del grado undécimo- 01 del colegios Alfonso López Pumarejo, ubicado frente a la urbanización azúcar buena y los de decimo del colegio Gimnasio del norte situado a las afueras de la ciudad vía a la pedregosa. Son jóvenes con edades que oscilan entre los 14 y los 18 años. El tamaño de nuestra muestra está delimitado por el número de 79 estudiantes distribuidos en 46 del colegio Alfonso Lopez y 33 del colegio Gimnasio del norte.

4.5. DELIMITACION CRONOLOGICA Y GEOGRAFICA

Ha sido desarrollado en la ciudad de Valledupar en los barrios azúcar buena, para el caso de los alumnos del colegio Alfonso López Pumarejo; y a las afueras de la ciudad vía la pedregosa, para el caso del colegio Gimnasio del Norte. Los periodos de tiempos en los que se ha venido ejecutando la investigación ha sido el segundo semestre del año 2011 y todo el año 2012.

4.6. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

4.6.1. TECNICAS

4.6.1.1. Observación directa: La observación es directa cuando el investigador se pone en contacto personalmente con el hecho o fenómeno que trata de investigar.

Se fundamenta en la idea de que la convivencia personal del investigador con el grupo se traduce en el acceso de éste a todas las actividades, experiencias y procesos mentales de los sujetos. Además, téngase en cuenta que la posición activa del observador se caracteriza por su incorporación y por la debida asunción de responsabilidades en el grupo, pero sin llegar a la total confluencia con los miembros del grupo.

Para el desarrollo de esta investigación, se acudió a las aulas de clase en varias ocasiones para observar el comportamiento de los jóvenes en las clases, se quería ver si su aspecto físico primaba en algunas ocasiones, frente a las clases que recibían, incluso en una oportunidad se les obsequio un chocolate para ver como reaccionaban ante el tentador dulce que se les regalaba.

4.6.2. INSTRUMENTOS

4.6.2.1. Encuesta: La encuesta es una técnica destinada a obtener datos de varias personas cuyas opiniones impersonales interesan al investigador. Para ello, a diferencia de la entrevista, se utiliza un listado de preguntas escritas que se entregan a los sujetos, a fin de que las contesten igualmente por escrito. Ese listado se denomina cuestionario.

Es una técnica que se puede aplicar a sectores más amplios del universo, de manera mucho más económica que mediante entrevistas.

Varios autores llaman cuestionario a la técnica misma. Los mismos u otros, unen en un mismo concepto a la entrevista y al cuestionario, denominándolo encuesta, debido a que en los dos casos se trata de obtener datos de personas que tienen alguna relación con el problema que es materia de investigación.

4.7. RECURSOS:

4.7.1. Materiales: Los recursos materiales que se han utilizado durante el proceso investigativo de este proyecto son: Hojas impresas, lápiz, borrador, sacapuntas, chocolates, tablero, marcador, pupitres, espejo.

4.7.2. Tecnológicos: Como recursos tecnológicos he recurrido a los computadores, impresoras, fotocopadoras, video- beam, cámaras fotográficas y celulares.

4.7.3. Humanos: Los recursos humanos que intervinieron en el desarrollo de esta investigación a parte de mi persona como investigadora, son los participantes objeto de estudio, es decir, los alumnos, como también las personas que facilitaron mi ingreso a las instituciones educativas y contacto con los jóvenes, entre ellos: rectores, celadores, docentes y los padres de familia.

5. RESULTADOS

5.1. RESULTADOS DE LA OBSERVACION:

Para el desarrollo de esta investigación, se acudió a las aulas en varias ocasiones para observar el comportamiento de los jóvenes en las clases, se quería ver si su aspecto físico primaba en algunas veces, frente a las clases que recibían, incluso en una oportunidad se les obsequio un chocolate para ver como reaccionaban ante el tentador dulce que se les regalaba. Luego de realizar este trabajo de observación directa con los grupos del colegio Alfonso López Pumarejo y Gimnasio del Norte, se encontró que los jóvenes sí regalan especial atención a todo lo que su estética corporal concierne, principalmente la población femenina, se ingresó en dos ocasiones a clases importantes para su formación académica, como química y filosofía, y durante la clase, varias de ellas estaban arreglándose el uniforme, observándose en espejos de mano, peinándose el cabello e incluso aplicándose brillo labial, y los chicos algunos estaban muy pendientes de su cabello, acomodándose el look.

El día de la aplicación de la encuesta se les obsequio un lápiz, un sacapuntas, un borrador y un chocolate, para ver cuál era su reacción ante el chocolate, los demás obsequios se hicieron con el fin de que ellos no percibieran el objetivo investigativo con lo del chocolate. Muchos decidieron no comerlo, un par de chicas ansiosamente les quitaron el chocolate a sus otras compañeras y otros simplemente se lo comieron.

5.2. TABULACION DE LA ENCUESTA

La información que se presenta a continuación es extraída de una encuesta que consta de 15 preguntas y que fue aplicada a la muestra de los 79 estudiantes en los dos colegios tomados como muestra.

En adelante los colegios y los sexos serán denominados así:

Colegio Gimnasio del Norte (COL. GN)

Colegio Alfonso López Pumarejo (COL. ALP)

Hombre (H)

Mujer (M)

PREGUNTA 1:

¿Cuál es su género?

Colegio Gimnasio del norte		Colegio Alfonso López	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
15	18	6	40
Total H=21		Total M=59	

Tabla 1: Tabulación, clasificación de género en la muestra.

PREGUNTA 2:

¿Cuáles crees que son los aspectos más importantes en una persona?

Otro: Sentimientos y personalidad

Opción	Mentalidad		Actitud		Físico		Otro	
	H	M	H	M	H	M	H	M
sexo								
COL:ALP	3	18	3	20				2
COL:GN	4	3	10	7		7		2
Porcentaje	8,86%	26,58%	16,45%	34,17%		8,86%	2,53%	2,53%
Total	28 ≈ 35,44%		40 ≈ 50,63%		7 ≈ 8,86%		4 ≈ 5,06%	

Tabla 2: Tabulación, Aspectos más importantes en una persona.

PREGUNTA 3:

¿Consideras que el aspecto físico es lo más importante de una persona?

Opción	SI		NO	
	H	M	H	M
sexo				
COL:ALP		2	6	38
COL:GN		4	15	14
Porcentaje		7,59%	26,58%	65,82%
Total	6 ≈ 7,59%		73 ≈ 92,40%	

Tabla 3: Tabulación, ¿El aspecto físico es lo más importante en una persona?

PREGUNTA 4:

¿Cuál es la actividad que más utilizas para mantenerte en forma?

Otro: Dejar de comer

Opción	ejercicios		dietas		ninguno		otro	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Sexo								
COL:ALP	3	20	1	6	1	14	1	
COL:GN	13	9		6	2	2		1
Porcentaje	20,2%	36,70%	1,26%	15,18%	3,79%	20,25%	1,26%	1,26%
Total	45 ≈ 56,96%		13 ≈ 16,45%		19 ≈ 24,05%		2 ≈ 2,53%	

Tabla 4: Tabulación, Actividad para mantenerse en forma.

PREGUNTA 5:

¿Has llegado a ser excesivo con algunos de tus métodos para estar en forma?

Opción	si		algunas veces		pocas veces		nunca	
	H	M	H	M	H	M	H	M
sexo								
COL:ALP		1		1	2	11	4	27
COL:GN		3	1	3	1	4	13	8
Porcentaje		5,06%	1,26%	5,06%	3,79%	18,98%	21,51%	44,30%
Total	4 ≈ 5,06%		5 ≈ 6,32%		18 ≈ 22,78%		52 ≈ 65,82%	

Tabla 5: Tabulación, ¿Te has excedido con los métodos para mantenerte en forma?

PREGUNTA 6:

¿Eres estricto con la cantidad de calorías en tus alimentos?

Opción	siempre		algunas veces		ninguna vez	
	H	M	H	M	H	M
sexo						
COL:ALP		1	2	15	4	24
COL:GN	1	3	3	6	11	9
Porcentaje	1,26%	5,06%	6,32%	26,58%	18,98%	41,77%
Total	5 ≈ 6,32%		26 ≈ 32,91%		48 ≈ 60,75%	

Tabla 6: Tabulación, ¿Eres estricto con las calorías en tus alimentos?

PREGUNTA 7:

¿Te has molestado alguna vez contigo mismo, considerando que tu peso no es el adecuado?

Opción	SI		NO		algunas veces	
	H	M	H	M	H	M
sexo						
COL:ALP	2	13	3	10	1	17
COL:GN		6	9	7	6	5
Porcentaje	2,53%	24,05%	15,18%	21,51%	8,86%	27,84%
Total	21 ≈ 26,58%		29 ≈ 36,70%		29 ≈ 36,70%	

Tabla 7: Tabulación, ¿Te has molestado, considerando que tu peso no es el adecuado?

PREGUNTA 8:

¿Has llegado a pensar que estas gordo cuando los demás opinan lo contrario?

Opción	Constantemente		regularmente		nunca	
	H	M	H	M	H	M
Sexo						
COL:ALP	1	4	1	16	4	20
COL:GN		4	1	7	14	7
Porcentaje	1,26%	10,12%	2,53%	29,11%	35,44%	34,17%
Total	9 ≈ 11,39%		25 ≈ 31,64%		45 ≈ 56,96%	

Tabla 8: Tabulación, ¿Piensas que estas gordo, cuando los demás opinan lo contrario?

PREGUNTA 9:

¿Consideras que tu alimentación es saludable?

Opción	SI		NO		por que	
	H	M	H	M	H	M
Sexo						
COL:ALP	5	28	1	12		
COL:GN	11	12	4	6		
Porcentaje	20,25%	50,63%	6,32%	22,78%		
Total	56 ≈ 70,88%		23 ≈ 29,11%			

Tabla 9: Tabulación, ¿Consideras que tu alimentación es saludable?

PREGUNTA 10:

¿Has dejado de comer para no subir de peso?

Opción	SI		NO	
	H	M	H	M
Sexo				
COL:ALP	2	8	4	32
COL:GN		6	15	12
Porcentaje	2,53%	17,72%	24,05%	55,69%
Total	16 ≈ 20,25%		63 ≈ 79,74%	

Tabla 10: Tabulación, ¿Has dejado de comer para no subir de peso?

PREGUNTA 11:

¿Consideras que tu peso es más importante que tu pasión alguna actividad?

Opción	si		algunas veces		nunca	
	H	M	H	M	H	M
Sexo						
COL:ALP		1		8	6	31
COL:GN		1		5	15	12
Porcentaje		2,53%		16,45%	26,58%	54,43,%
Total	2 ≈ 2,53%		13 ≈ 16,45%		64 ≈ 81,01%	

Tabla 11: Tabulación, ¿Es más importante que tu peso, tu pasión a alguna actividad?

PREGUNTATE 12:

¿Alguna vez has perdido de peso significativamente?

Porque?: Desarrollo, enfermedad, estética.

Opción	SI		NO		por que	
	H	M	H	M	H	M
Sexo						
COL:ALP	4	13	2	27		
COL:GN	4	9	11	9		
Porcentaje	10,12%	27,84%	16,45%	45,56%		
Total	30 ≈ 37,97%		49 ≈ 62,02%			

Tabla 12: Tabulación, ¿Has perdido peso significativamente?

PREGUNTA 13:

¿Has sentido la necesidad de comer a cada instante?

Opción	Constantemente		regularmente		nunca	
Sexo	H	M	H	M	H	M
COL:ALP	1	8	4	11	1	21
COL:GN	2	3	5	11	8	4
Porcentaje	3,79%	13,92%	11,39%	27,84%	11,39%	31,64%
Total	14 ≈ 17,72%		31 ≈ 39,24%		34 ≈ 43,03%	

Tabla 13: Tabulación, ¿Has sentido la necesidad de comer a cada instante?

PREGUNTA 14:

¿Cuándo te alimentas te tomas el tiempo necesario para masticar todos tus alimentos?

Opción	SI		NO	
sexo	H	M	H	M
COL:ALP	5	33	1	7
COL:GN	7	9	8	9
Porcentaje	15,18%	53,16%	11,39%	20,25%
Total	54 ≈ 68,35%		25 ≈ 31,64%	

Tabla 14: Tabulación, ¿Te tomas el tiempo necesario para masticar tus alimentos?

PREGUNTA 15:

¿Si comes en exceso sientes culpa por no haberte medido en lo que ingeriste?

Opción	SI		NO	
Sexo	H	M	H	M
COL:ALP	1	17	5	23
COL:GN	2	4	13	14
Porcentaje	3,79%	26,58%	22,78%	46,83%
Total	24 ≈ 30,37%		55 ≈ 69,62%	

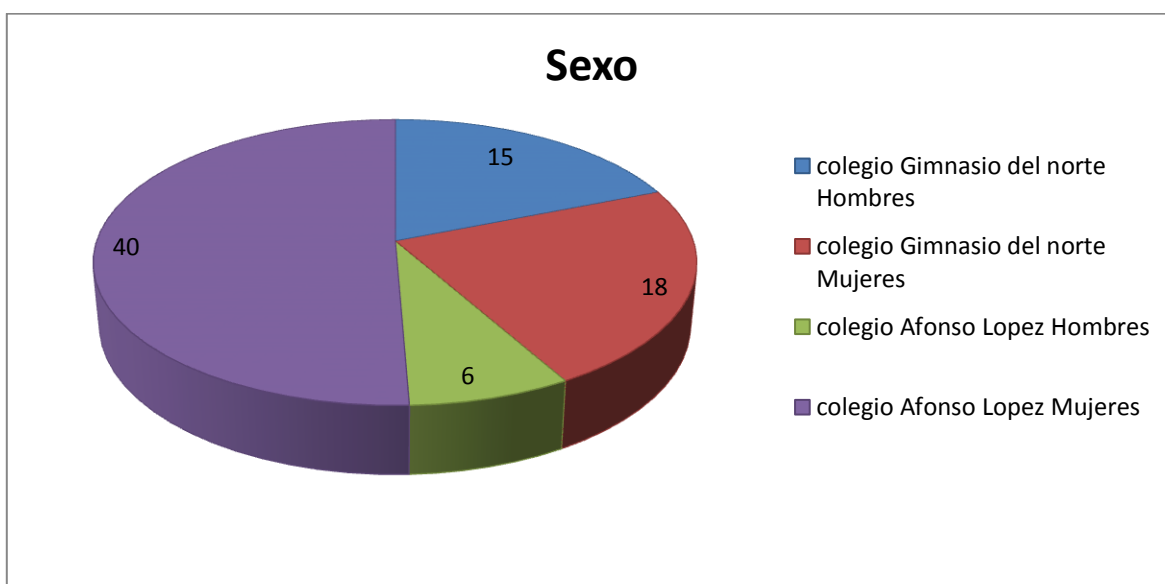
Tabla 15: Tabulación, ¿Sientes culpa cuando no te mides en lo que ingieres?

5.3. DESCRIPCION DE LA INFORMACION

Organizar la información fue un proceso muy gratificante, puesto que me permitió encontrar datos pertinentes a mi interés investigativo.

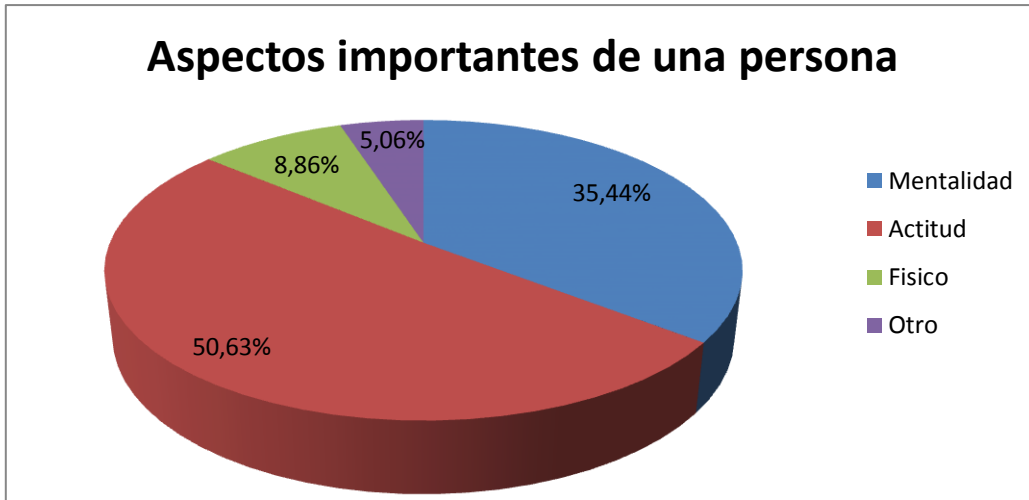
1. Con la primera pregunta se pretendía determinar ¿qué cantidad de hombres y qué cantidad de mujeres hacían parte de la muestra?, en lo que se obtuvo como resultado lo siguiente:

En el colegio gimnasio del norte habían 15 hombres y en el colegio Alfonso López solo 6, para un total de 21 hombres de la totalidad de la muestra. En cuanto a las mujeres, en el gimnasio encontramos solo 18 mujeres y en el Alfonso López 40, para un total del 58 mujeres.



Grafica 1: sexo de la muestra.

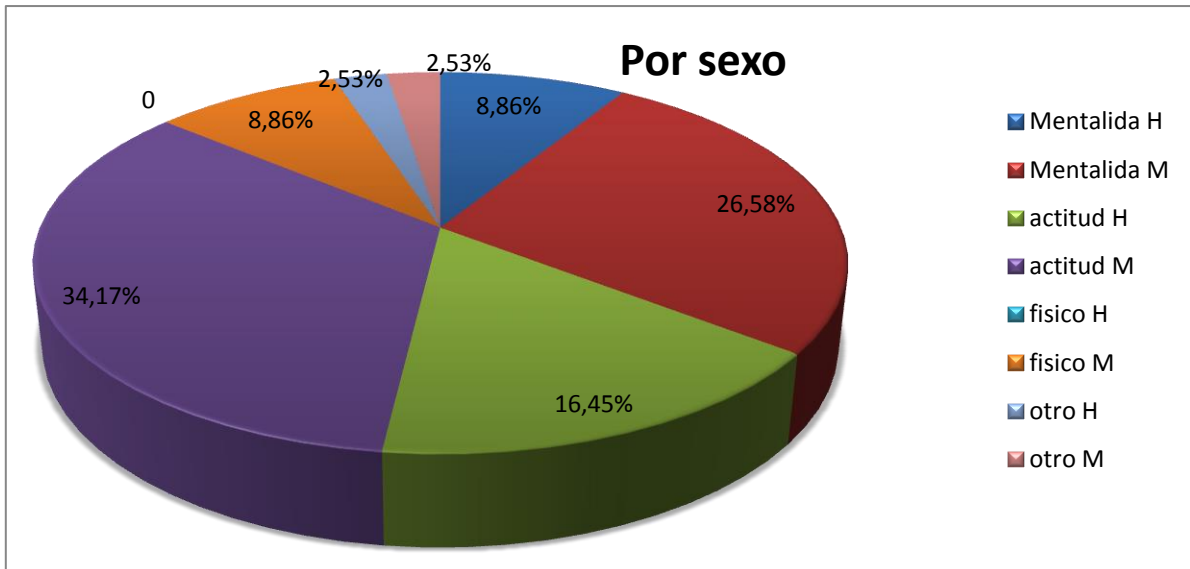
2. Para la pregunta dos (¿Cuáles crees que son los aspectos más importantes en una persona?), el objetivo era encontrar desde la óptica de ellos, que consideran más importante en la vida de un ser humano para presentarle al mundo, al entorno con el que se desenvuelven, para lo que se les daba como una de las opciones el físico, para ver qué tanta relevancia tenía para ellos su corporalidad.



Grafica 2: Aspectos importantes de una persona.

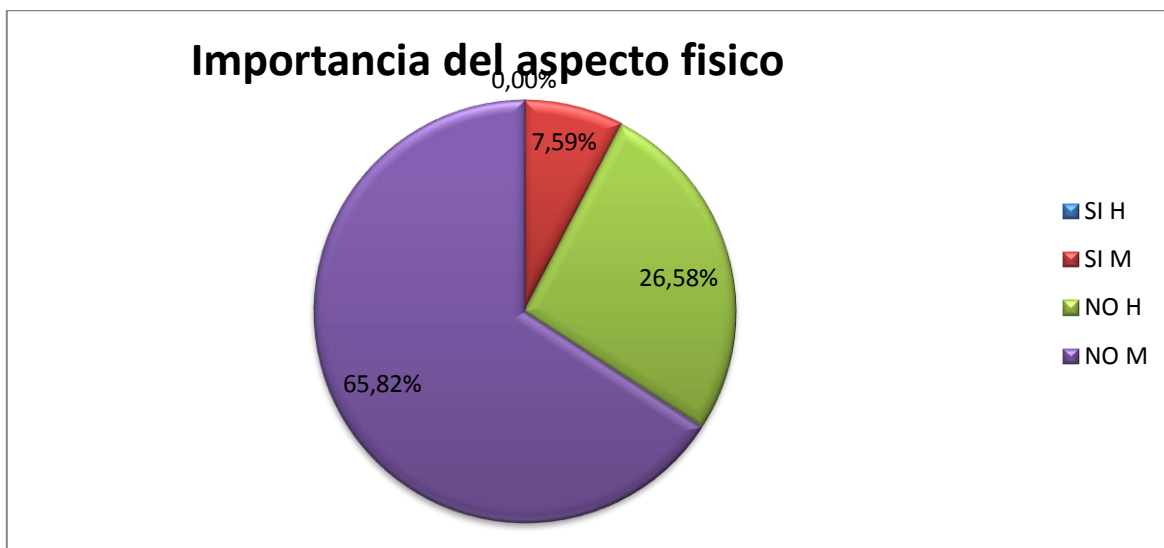
Como lo muestra la tabla afortunadamente prevaleció la opción de la actitud con un 50.63%, seguido de la mentalidad con un 35%, sin embargo hubo un margen pequeño de personas que respondieron el físico.

Acá en la siguiente tabla se muestra la descripción de las respuestas clasificándolos por sexos, ningún hombre dio como respuesta el físico.



Grafica 3: Por sexo, aspectos más importantes de una persona.

3. En el tercer cuestionamiento (¿Consideras que el aspecto físico es lo más importante de una persona?). Ésta es una pregunta que guarda relación con la anterior, siendo esta más directa, indaga de forma más puntual. Se les ofrecieron las opciones Si y No, A lo que esperaba que nadie contestara “sí”, sin embargo la tabla muestra que en un 7.59% las mujeres de la muestra se inclinaron por el físico como el aspecto más importante del ser humano, coincidiendo con el inciso anterior, ningún hombre respondió que sí.



Grafica 4: Importancia del aspecto físico.

4. Continuo con la respuesta para la pregunta numero 4 (¿Cuál es la actividad que más utilizas para mantenerte en forma?), en este cuestionamiento las opciones de respuesta eran: ejercicios, dietas, ninguno y otro.

Acá la tabla me permite observar que en su mayoría la muestra está constituida por jóvenes que se cuidan, que le prestan importancia a su imagen y a su cuerpo, puesto que fue más del 70% de la población que respondió que traban de mantenerse en forma con ejercicios y con dietas.



Grafica 5: Actividad para mantenerse en forma.

5. Para la siguiente pregunta (¿has llegado a ser estricto(a) con algunos de tus métodos para estar en forma?) se pretendía ser más directo, ir indagando poco a poco sobre el tema objeto de estudio de una forma que no incomodara a los encuestado, pero que fuese puntual. En esta oportunidad las opciones de respuesta fueron: sí, algunas veces, pocas veces y nunca.

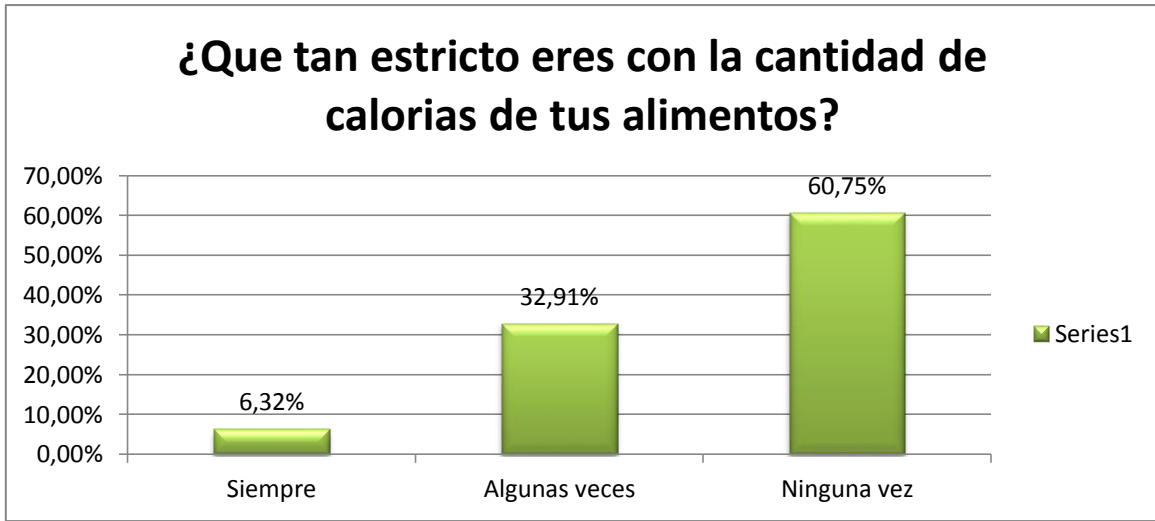
Es esta respuesta solo el 35% de la muestra en alguna oportunidad ha sido excesivo con sus métodos para cuidarse.



Grafica 6: ¿eres excesivo con algunos métodos para estar en forma?

6. Avanzamos ahora con la pregunta número 6, (¿Eres estricto con la cantidad de calorías en tus alimentos?) las opciones de respuesta eran: siempre, algunas veces y ninguna vez, ya en esta oportunidad se pretendía ver que tan cerca o que tantas características podría tener la muestra de una tendencia a los trastornos de alimentación.

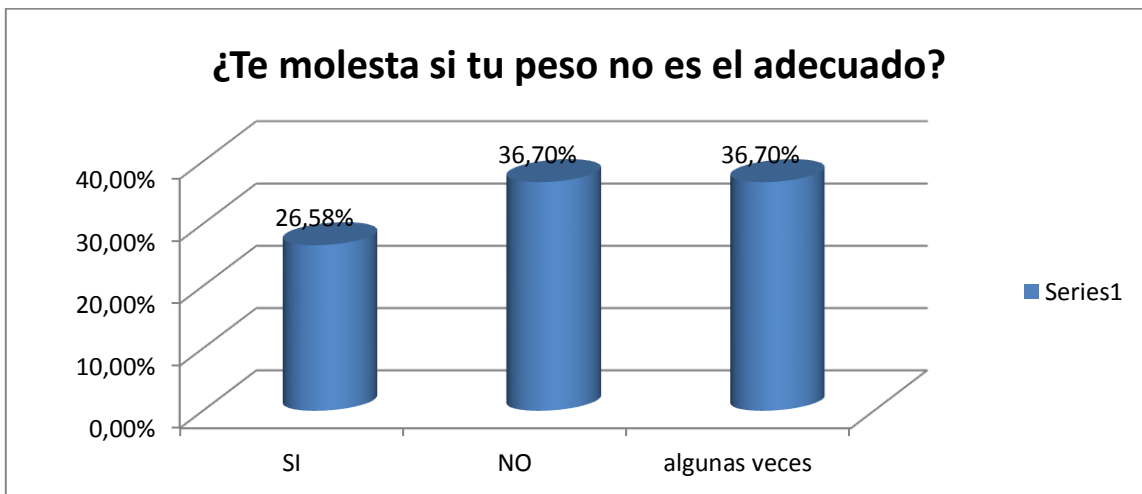
La tabla muestra que casi un 40%, en oportunidades ha sido estricto con las calorías de sus Alimentos, es decir que tiene información sobre ello y que está pendiente de la cantidad que ingiere.



Grafica 7: ¿Qué tan estricto eres con la cantidad de calorías en tus alimentos?

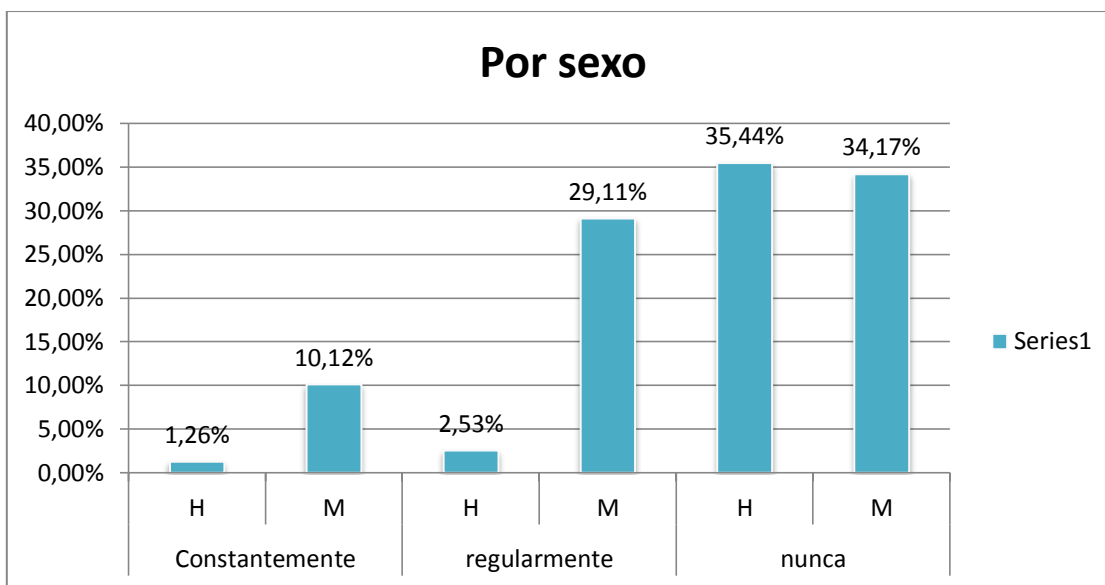
7. la pregunta número 7, (¿Te has molestado alguna vez contigo mismo considerando que tu peso no es el adecuado?) pretende ir a los sentimientos y emociones de estos jóvenes con relación a su ingesta alimenticia relacionada con su aspecto físico. Las opciones de respuestas eran: si, no y algunas veces.

Me sorprende la respuesta porque nuevamente más de la mitad, en este caso el 62% ha sentido o se siente molesto consigo mismo porque considera que su peso no es adecuado, y anexo en esta oportunidad que la mayoría de los jóvenes encuestados son de apariencia esbelta, por lo que no deberían estar sintiendo este malestar por su peso.



Grafica 8: ¿te molesta si tu peso no es el adecuado?

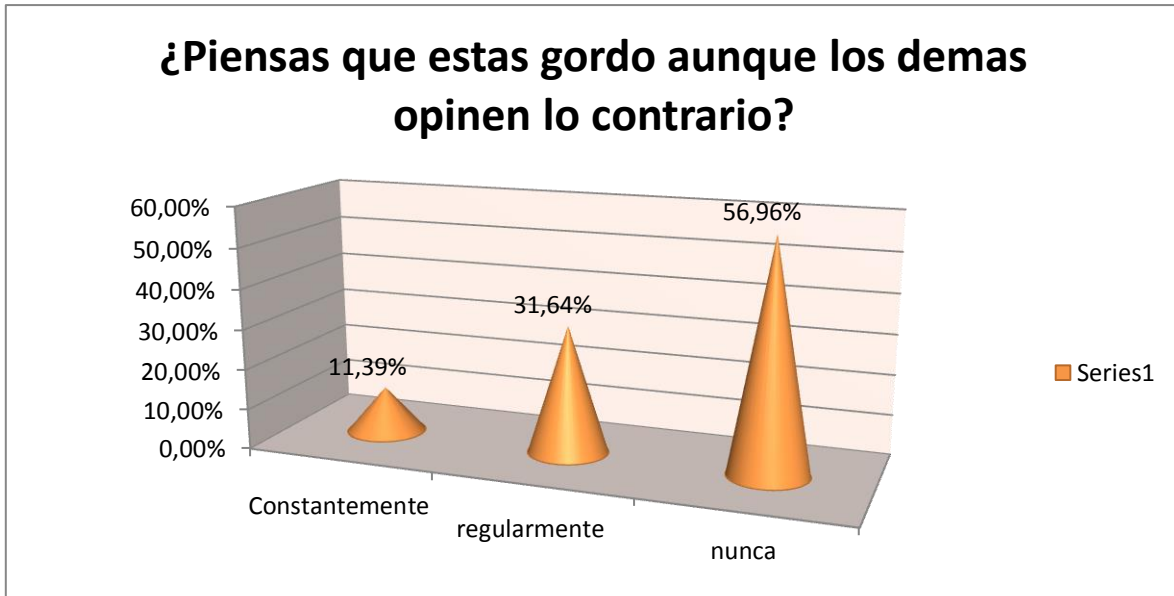
Es necesario describir que porcentaje de esta respuesta es femenina y que porcentaje es masculino. El siguiente cuadro muestra que el número de jóvenes que respondieron positivamente a esta pregunta eran mujeres. Solo un 3% de los hombres se han sentido molestos por su peso.



Grafica 9: Por sexo, ¿Te molesta si tu peso no es el adecuado?

8. Continúan las preguntas por una línea directa, es decir, que indaga puntualmente lo que se está investigando, la siguiente pregunta (¿has llegado a pensar que estas gordo(a) cuando los demás opinan lo contrario?) busca ver si tienen algún concepto errado sobre su imagen, es decir, si se perciben diferente a como los percibe el mundo.

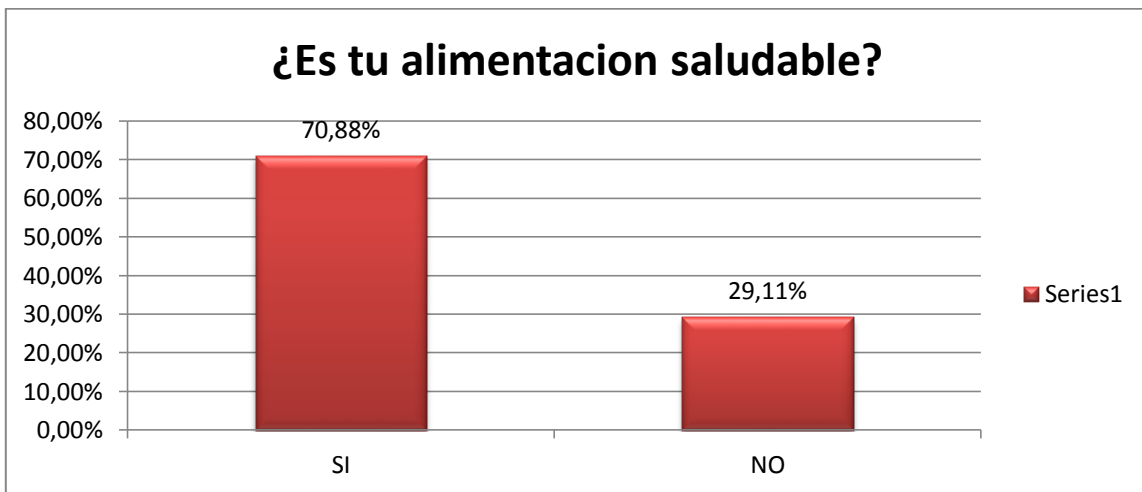
Un 43% de la población encuestado ha sentido esta diferencia de percepción, cree estar gordo cuando su entorno le manifiesta que está bien o normal.



Grafica 10: ¿Piensas que estas gordo aunque los demás opinen lo contrario?

9. En esta oportunidad se indago sobre lo que opinan en cuanto a su alimentación, (¿Consideras que tu alimentación es saludable?) las opciones de respuesta eran: si, no y porque, para que argumentación él porque consideran que si o que no.

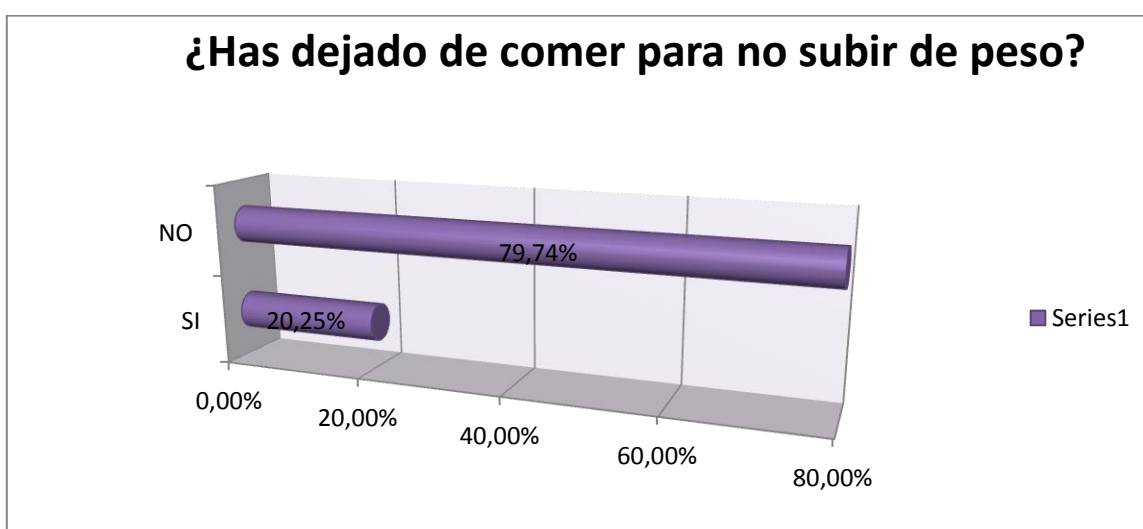
Acá la respuesta en su mayoría fue que si es saludable, algunos de los que dijeron que no argumentaron que porque no se alimentan bien, o porque comen mucha comida chatarra.



Grafica 11: ¿Es tu alimentación saludable?

10. La pregunta número 10, también va directo al grano, indaga sobre si alguna vez se han privado de la alimentación formulada así (¿has dejado de comer para no subir de peso?), las opciones de respuesta eran solamente si o no.

Esperaba no encontrar respuestas positivas porque esto es algo muy serio, pero no fue así, un 20% de la población estudiada ya se ha privado de la alimentación para no subir su peso, el peso que consideran es el ideal.



Grafica 12: ¿Has dejado de comer para no subir de peso?

11. Con esta pregunta se trataba de evaluar que tan importante es para ellos el peso o la imagen con relación a otras actividades, la pregunta se planteó así: ¿consideras que tu peso es más importante que tu pasión a alguna actividad?, las opciones de respuesta fueron: si, algunas veces y nunca.

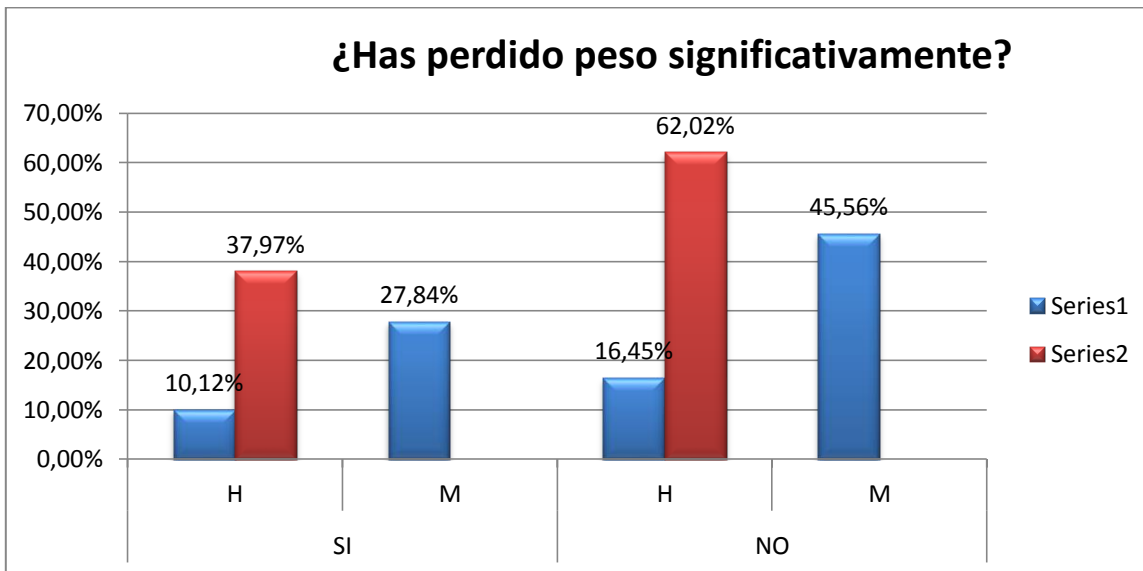
En esta pregunta afortunadamente la mayor respuesta fue no, y solo un 19% en alguna oportunidad lo ha considerado.



Grafica 13: ¿es tu peso más importante que alguna otra actividad?

12. La pregunta numero 12 (¿Alguna vez has perdido peso significativamente?), quería buscar concretamente si alguna vez habían conseguido bajar de peso. Las opciones fueron si y no y un porque para que argumentasen.

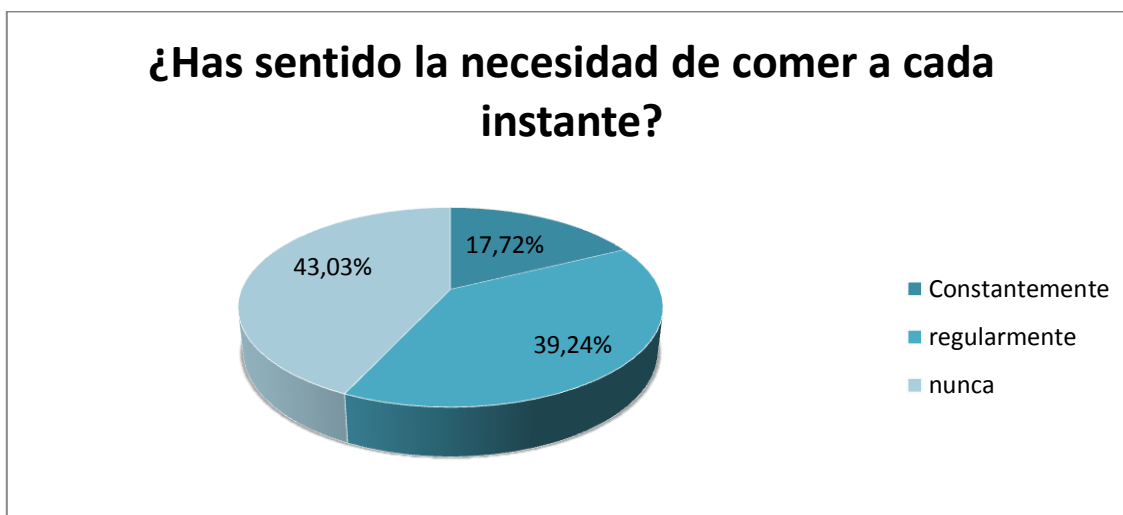
Es claro en el cuadro que el si fue minoría pero que ocupo casi un 50% de la población, además para la mayoría que ha perdido gran peso han sido hombres, sin embargo en los porque, se encontró que las razones de perdida fueron por enfermedad y desarrollo y muy pocos por estética.



Grafica 14: ¿Has perdido peso significativamente?

13. Para indagar un poco sobre su ansiedad, la pregunta numero 13 planteó: ¿has sentido la necesidad de comer a cada instante?, y dio como opciones de respuesta: constantemente, regularmente y nunca.

Las respuestas fueron variadas, siendo él nunca la más nombrada con un 43% y seguido del regularmente con un 39%, pero esto nos muestra sin embargo que la población si ha sentido ansiedad en ocasiones por comer, pero se puede tomar como algo normal, o circunstancial.



Grafica 15: ¿Has sentido la necesidad de comer a cada instante?

14. En la pregunta numero 14 (¿Cuándo te alimentas te tomas el tiempo necesario para masticar tus alimentos?), esta fue una pregunta para saber sobre sus hábitos y rutinas alimenticias. Las opciones de respuestas fueron: si y no únicamente.

La tabla muestra que la mayoría de las mujeres lo hace, y en los hombres sucede lo contrario, es la minoría la que mastica bien sus alimentos.



Grafica 16: ¿Te tomas el tiempo necesario para masticar tus alimentos?

15. La última pregunta indagó sobre si sienten culpa al comer demasiado y se planteó de esta forma: ¿si comes en exceso sientes culpa por no haberte medido en lo que ingeriste?, las opciones de respuesta en esta oportunidad también fueron si y no únicamente.

Un 30% de la población estudiada ha sentido culpa por comer en exceso, lo cual indica que un tercio de la población ha experimentado este sentimiento desagradable por lo que ha ingerido y la mayor parte de este 30% son mujeres.



Grafica 17: ¿Sientes culpa cuando comes en exceso?

5.4. INTERPRETACION DE LA INFORMACION

ANALISIS CUALITATIVO DE LA INVESTIGACION

Luego de organizar y tabular la información extraída de las encuestas, se puede analizar claramente con la muestra de los 79 chicos distribuidos en 21 hombres y 58 mujeres, que sí existe una tendencia a los trastornos de alimentación investigados, como lo son la anorexia y la bulimia, es importante aclarar en este punto que no se está haciendo referencia al diagnóstico de la patología como tal, sino a una inclinación a seguir, a conductas o comportamientos tendientes a estas patologías presentados por los jóvenes, es decir, algunos rasgos característicos de las mismas, o simplemente uno u otro síntoma sin trascendencia en el momento de la investigación, que además se encuentran contemplados en el DSMIV como señales de alerta, en estos casos.

Para mayor claridad, antes de ir desglosando interrogante por interrogante, anexo los criterios del DSMIV, Frente a la anorexia y a la bulimia, para que sea fácil comprender, el porqué de cada cuestionamiento a los chicos, y en contrastarlos a su vez con los hallazgos. (La anorexia nerviosa 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 seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo. Una característica esencial de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales.)

El primer cuestionamiento sobre cuales crees que son los aspectos más importantes en una persona, es muy interesante, puesto que permite evidenciar en primera medida, que aspectos de su ser le son relevantes a cada joven, entre opciones como actitud, mentalidad y físico; un porcentaje del 8.86% opto por el físico como lo más importante en el ser humano, un porcentaje aparentemente no representativo en número, pero sí de cuidado, porque indica que si existen aunque en menor medida,

chicos que dan especial importancia a lo que es su cuerpo, su imagen, consideran que es el tesoro con el que se presentan al mundo. Y digo esto porque lo usual es que las personas se valoren por sus cualidades personales y no por las físicas, pero este pequeño porcentaje es producto de las mencionadas campañas publicitarias que venden el cuerpo como la carta para obtener los grandes logros en la vida.

Si avanzamos al segundo cuestionamiento, en donde se indagaba sobre si el aspecto físico es lo más importante en una persona, esto con el fin de hacer más puntual la pregunta anterior, encontramos que se mantiene el margen de respuesta, un 8% respondió que sí, equivaliendo este 8% a 6 jóvenes, que en su totalidad son mujeres, 4 del colegio Gimnasio del norte y 2 de colegio Alfonso López, aclaro a que colegios pertenecen las respuesta para ir evaluando si la estratificación o las condiciones socioeconómicas influyen en esta tendencia. Lo físico nunca debe ser lo más importante para una persona, ni siquiera en los casos en los que el cuerpo es objeto de trabajo, como el caso de los modelos y los deportistas, puesto que toda la belleza exterior se irá acabando con el paso de los años y por ello no podemos permitir que esto nos defina como personas.

En otra de las preguntas se exploraba sobre la actividad que desarrollan para mantenerse en forma, acá encontramos que más de la mitad de la población se preocupa por mantenerse en forma, por cuidarse, lo cual no es malo, mientras se sepa manejar y se cuente con la orientación necesaria. Es de anotar, que en su mayoría por no decir la totalidad de los chicos encuestados, como lo podrán observar en las fotos anexas, son de figuras esbeltas, por lo que considero innecesario que muchas de las chicas, más exactamente el 16%, se someta a realizar dietas para mantener la figura.

Posteriormente se les cuestiono sobre si han llegado a ser excesivos con algunos métodos para mantenerse en forma, con el fin de saber que tan decididos se encuentran a la hora de buscar opciones para cuidar su cuerpo, o para llevarlos a los estándares de aceptación social que se han trazado, y lo que encontramos como respuesta a ello es que, un 34% ya se ha sometido a excesos para mantenerse en forma,

incluso en algunas de las respuestas se encontraba que habían chicas que se han privado de la alimentación totalmente, para no subir de peso, esto es serio y es un claro indicio de tendencia a los trastornos de alimentación, que se caracterizan por experimentar un miedo excesivo a subir de peso, es totalmente innecesario e incluso negativo para la salud de cualquier ser humano privarse de la alimentación por completo.

Entre más avanzan las preguntas de la encuesta más concretas se vuelven con relación al objeto de estudio de esta investigación. La siguiente pregunta ya toca los temas de las calorías en las comidas, ¿porque se les pregunta esto?, porque no es normal, ni común que las personas estén midiendo la cantidad de calorías que están consumiendo en el día y si excedieron o no el tope máximo o necesario por día, esto es típico en los trastornos de alimentación. Sin embargo encontramos en las respuestas que un porcentaje del 30% de la población, se encuentra atenta a la presencia de las calorías en lo que ingieren.

En la siguiente pregunta se pretendía indagar sobre los sentimientos que experimentan al considerar que su peso no es el adecuado, para mi sorpresa más del 62% de estos chicos se siente mal con su peso actual, y recalco que poseen muy buena figura, por lo que es innecesario tal sentimiento de malestar o preocupación por su peso, esta es una de las preguntas que deja ver claramente que si existe una tendencia por los jóvenes de la actualidad a estos trastornos de alimentación y que hay que actuar ya. Esta respuesta evidencia una baja autoestima, o poca aceptación por sí mismos, sobre todo en un aspecto de su vida, que algunos de ellos consideran el más importante de todos, “su físico”.

Ahora con el siguiente cuestionamiento se quería averiguar qué tan distorsionada tienen la percepción de su imagen, en relación a como el mundo los ve. Se les formulaba la pregunta así: ¿has llegado a pensar que estas gordo (a) cuando los demás opinan lo contrario?, a lo que el 42% respondió positivamente, una razón más para tener clara la tendencia, los trastornos dismórficos, son propios de la anorexia o la bulimia

y aunque esto no es suficiente para determinar que este 42% tiene un trastorno dismórfico, si es motivo para estar alerta, debido a que ya se perciben de manera diferente a como los percibe mundo, y lo que es peor, en forma negativa.

Con la siguiente pregunta se vuelven a temas que no generan incomodidad para ellos, pero que tal vez les cueste responder con sinceridad, y es la pregunta sobre si consideran que su alimentación es saludable o no, a lo que ellos respondieron que si en un 70% y solo un 30% dijo que no, y en su argumentación la mayoría dijo que porque ingieren mucha comida chatarra, pero unas 3 chicas confesaron, que no es saludable porque se someten a dietas sin control, pues consideran están “muy “ gordas.

Ahora se les cuestiona sobre si alguna vez han dejado de comer para no subir de peso, aquí lo curioso es que desde chicos se nos enseña que la alimentación es la base de una vida saludable, sin embargo ellos respondieron en un 21% que sí, que han dejado de comer para no subir su peso, es importantísimo que los padres estén atentos a estos mensajes que los chicos envían de no aceptación y de autoimagen débil.

Luego para observar que tanta relevancia le daban a su peso con relación a cualquier pasión que tengan, se les pregunto si consideraban que su peso era más importante que su pasión por alguna actividad, y ellos contestaron que si y algunas veces, en un 19%, esto es realmente preocupante, y repito aunque no es la mayoría de la población, ¿Qué hay con esta minoría? Hay que prestarles atención, no es posible en los parámetros normales y con una buena autoestima, tener el peso como algo más importante que cualquier pasión, o peor aún como el tema que les apasiona para mantenerse bellos. ¿Que a los chicos, no les debería apasionar el deporte, la música, la pintura, el estudio, los chicos o las chicas e incluso algún artista en particular?

Para concretar el planteamiento anterior se les pregunto si alguna vez habían perdido de peso significativamente, ellos contestaron que si en un 38% sin embargo la mayoría argumento que por enfermedad, pero no falto el que dijo que por estética, y gracias a algunas dietas.

Posteriormente para conocer si han sentido o padecen ansiedad por comer a cada instante característica típica de la bulimia, se les cuestiono sobre el tema y la respuesta fue en un 65% positiva, algunos constantemente y otros regularmente, sin embargo esto puede tomarse para algunos casos como normal.

Luego de esta pregunta se les cuestiono sobre si se toman el tiempo necesario para masticar sus alimentos, solo con el fin de saber si tienen algunos hábitos positivos de alimentación, o si simplemente los conocen. En un 70% dijeron que sí.

Y finalmente se les cuestiono sobre el sentimiento de culpa que hubiesen podido experimentar por comer más de la cuenta, cabe anotar que la culpa, es el sentimiento propio de estas dos patologías al comer, principalmente de la bulimia, además es un sentimiento que evidencia los bajos niveles de aceptación que tienen de sí mismo, y todo esto gracias al entorno en el que vivimos y del que es imposible aislarnos. La respuesta a esta pregunta fue que si en un 31%.

Es claro ahora, que estos jóvenes necesitan información, necesitan orientación sobre ciertos miedos o sentimientos negativos que puedan estar experimentando, frente a como se ven, se perciben y se sienten físicamente hablando. Mucha, si se toma en cuenta que el DSMIV, aclara que estas patologías ataca principalmente a los grupos humanos de escasas edades, como la adolescencia y la pubertad, exactamente las etapas en las que ellos se encuentran, puesto que la muestra data en edades de los 14 a los 17 años.

6. CONCLUSIONES

Una vez evaluados los resultados encontrados en esta investigación y mirando los criterios teóricos de la misma, podemos deducir que, tanto la anorexia como la bulimia son trastornos alimenticios que poco a poco han ido invadiendo la cotidianidad de muchas jóvenes, las cuales, por desconocimiento de éstas patologías, por personalidades con debilidad yoica y por las ansias de estar a la moda, se han convertido en presa fácil para las devoradoras patologías, que hoy por hoy afectan a un gran número de las adolescentes del país; y el riesgo al que están expuestas las jóvenes habitantes de nuestra localidad no es menor al antes mencionado.

Si bien es cierto que existen muchas enfermedades que destruyen la integridad física de quienes la padecen, muchas de éstas no les afectan su estado emocional y psicológico; mientras que la anorexia y la bulimia sí, además de perjudicar físicamente al joven, deteriora toda su salud mental, convirtiéndolo en un ser con cambios de actitudes, que a su vez lo conlleva a presentar dificultades en su entorno tanto familiar como social; por lo que son patologías que merecen total atención y cuidado.

Partiendo de los resultados encontrados con la población analizada, se puede evidenciar que sí existe una tendencia clara a los trastornos de alimentación estudiados, es decir, anorexia y bulimia, de acuerdo a los resultados, anorexia principalmente, puesto que muchos jóvenes manifestaron preocupación por su apariencia física, temor a subir de peso y decisión a la hora de actuar para cuidar su cuerpo con dietas o rutinas no muy saludables para el cuerpo, lo cual deja ver que no les preocupa que tanto se puedan llegar a lastimar a sí mismos, con tal de alcanzar el modelo de belleza deseado. Sin dejar de presentarse tendencia a la bulimia, ya que hay jóvenes que experimentan ansiedad por comer a cada instante, y culpa una vez se dan cuenta que han ingerido más alimentos, de los que ellos mismos consideran suficientes para mantenerse en forma.

se puede determinar que si existe una tendencia a los trastornos de alimentación según los resultados, porque: el 73% de los encuestados, desarrolla constantemente rutinas de ejercicios o dietas para mantenerse en forma, el 34% ha llegado a ser excesivo con sus métodos para estar en forma, el 63% se ha molestado consigo mismo al considerar que su peso no es el adecuado, el 43% ha llegado a pensar que esta gordo aun cuando los demás los perciben delgado, un 29% considera que su alimentación no es saludable, el 20.25% ha dejado de comer por miedo a subir de peso. Y todos los hallazgos que he mencionado porcentualmente, atienden a las características que describe el DSMIV como propias de estos trastornos, (anorexia y bulimia), como el caso del miedo a subir de peso, culpa al considerar que se ingirió más alimentos de los debidos, autoimagen distorsionada, pues acá algunos se conciben gordos aunque su entorno los vea delgados, ansiedad, entre otros factores que se encontraron en la investigación y que contrastan claramente con la definición del DSMIV sobre estas patologías.

De la población que se tomó como muestra se puede decir que en su mayoría, la inquietud que se experimenta, es femenina, esto del cuidado del cuerpo, o el tener unas metas de medidas y peso perfecto, sin embargo no se pueden excluir a los hombres, debido a que en el proceso me encontré con uno que otro chico, que al igual que sus compañeras sentía la necesidad de cuidarse, o miedo a subir de peso. También se logró determinar que la estratificación o el nivel de escolaridad no es una barrera, o simplemente no es determinante para que los chicos se sientan inclinados a esta tendencia de vida, que exige un cuidado excesivo y unos parámetros de belleza para ser aceptados. Debido a que tanto los estudiantes del colegio Gimnasio del Norte como los del colegio Alfonso López presentan tendencias a estos trastornos.

Además de los aspectos anteriormente mencionados, esta investigación evidencio que la edad más propensa a dejarse manipular por las campañas de cuerpos perfectos que tiene nuestro entorno montada, es la pubertad y la adolescencia temprana, puesto que los jóvenes con los que se trabajó oscilan en edades de los 14 a los 17 años máximo, edades propias de estas etapas.

En este orden de ideas y para dar respuesta al objetivo número dos del proyecto, el cual pretendía determinar las posibles causas que originaran una tendencia, los resultados de la investigación comparándolos con la teoría, permiten determinar que una de las posibles causas que está propiciando que los jóvenes se inclinen hacia estos comportamientos son:

- a) En primer lugar, la edad y los conflictos, dudas, inquietudes y emociones propias de la etapa en la que se encuentran, la adolescencia.
- b) En segundo lugar y de la mano con la primera causa, la relación con los padres, para algunos casos la ausencia de las figuras paternas en los chico para que les orienten y acompañen en las distintas situaciones a las que se están enfrentando, esta tendencia, es una respuesta a la ausencia de los padres, es una forma de llamar la atención de ellos. y para otros casos, los chicos que viven exceso de control de los padres, pues consideran que estos son aspectos de su vida en los que pueden ser libres, en los que pueden tomar decisiones solos; como se visten, que comen, cuanto comen y cuando lo hacen.
- c) La tercera causa, es los niveles de autoestima que manejan los jóvenes, muchos de ellos tienen un concepto de ellos muy pobre y una autoimagen por el suelo, lo que los hace vulnerables a las amenazas del entorno, para sentirse aceptados, conformes con lo que tienen y lo que son.
- d) La cuarta causa, es el entorno en el que se desenvuelven, es decir, los programas de televisión que ven, las personas con las que se relacionan, los artistas que admiran, los sitios de moda, la ropa que se comercializa, entre otros. Todos estos envían mensajes indirectos a los jóvenes sobre modelos de belleza, sobre cuál es el cuerpo adecuado, sobre como tienen que ser para ser aceptados o populares, y todo se resume, en cuerpos esbeltos, en medidas y peso perfecto.

La conclusión principal a la que se llega entonces, es que sí existe, una tendencia a los trastornos de alimentación en la juventud valduparense, debido a que la muestra tomada para la investigación lo evidencio. Y ante esto, no es posible adoptar una actitud indiferente, hay que actuar de inmediato. Estas patologías requieren de un estudio profundo y concienzudo, con el fin de tratar de encontrar posibles alternativas de solución, pues en estos casos no solo se ve afectada una persona, sino que se resquebraja la sociedad entera, con las consecuencias que de dichas patologías se derivan.

7. RECOMENDACIONES

Una vez concluido, que es evidente la tendencia a los trastornos de alimentación por parte de los jóvenes que se tomaron como muestra de la población valduparense, aclarando también, que solo es una tendencia y no el diagnóstico de la patología, como investigadora del tema y preocupada por la problemática, recomiendo:

1. Que los padres como cabeza de la familia y columna vertebral del desarrollo de sus hijos, procuren estar un poco más enterados de este tipo de enfermedades, estudiar sus características, como es su sintomatología y que chicos están más propensos a padecerla, para que de esta forma puedan dosificar la permisividad que ofrecen a sus hijos cuando se quieren someter a rigurosas dietas para bajar de peso, excesivas rutinas de ejercicios o incluso privación total de alimentos. También es importante que no sean ellos los promotores de la fijación dismórfica que tienen sus hijos en algunas ocasiones, lo digo, porque en muchos casos ellos, están perfectos pero les sugieren que se cuiden, que deben bajar de peso, que tienen un gordito sobresaliente, entre otros comentarios relacionados con su apariencia física, que en nada le aportan positivamente a esta situación.

2. Que los jóvenes no se porten indiferentes cuando sientan que las rutinas que están implementando para cuidar su figura o mantenerse en forma están afectando su desempeño físico y su salud. Que en casos como estos, por favor busquen orientación profesional, como la de un medico nutricionista, o si hay demasiados temores y angustias por su aspecto físico, un psicólogo.

3. Que los medios masivos de comunicación, como revistas, periódicos, radio y televisión, disminuyan las campañas de cuerpos perfectos a través de sus sugerencias de dietas, o imágenes de modelos súper esbeltas, que de una u otra forma mandan mensajes de fealdad a las chicas que no se acercan en nada, a las características corporales que estos modelos venden por los medios.

4. Que las instituciones educativas tengan en cuenta estas campañas, que aparentan ser inofensivas para sus estudiantes y que están enviando presión psicológica a los chicos para que caigan en esta problemática, y la contrarresten con charlas y formación sobre estos temas ya sea en clases de ética, o en espacios abiertos propiamente para la psicoorientación. Es necesario que no solo se les den a conocer las patologías, sino que también se les estimule el amor propio y la autoestima.

8. PROPUESTA DE INTERVENCION

8.1. *TITULO:*

“IMAGEN Y AUTO CONCEPTO POSITIVO EN LOS JOVENES DE NUESTRA SOCIEDAD”



8.2. INTRODUCCION

Partiendo del hecho de que los jóvenes son el futuro de la sociedad y el corazón del mundo, es indispensable, que todos nos preocupemos por ellos y prestemos especial atención a sus sentimientos, angustias y emociones, que finalmente son los que los definen como persona, además de la influencia exógena que reciben del entorno en el que crecen, se desenvuelven y se desarrollan.

Es importante tomar en cuenta que para el mundo de hoy, existen unos prototipos de belleza y unos estándares para alcanzarla, que se han convertido en el centro de atención de los jóvenes, en su afán de buscar que les vean, les acepten y les exalten. Prototipos que a su vez, son inalcanzables para muchos de ellos. Y que además les desmejora el auto concepto que tienen de sí mismos, y les empieza a generar desequilibrio en cuanto al amor propio que se tienen.

La autoestima, el auto concepto, el amor propio y la aceptación, son el principal tesoro con el que cuenta una persona, no importa que tan grande, que tan colorido, llamativo o bien empacado este el envase, siempre lo más importante y trascendente para el éxito y la tranquilidad de las personas, es el contenido de dicho envase, por lo tanto, no importan que tan bellos seamos ante los ojos del mundo exteriormente hablando, si contamos con un calor humano y un sin número de cualidades personales, que terminan embelleciendo nuestro ser, haciéndolo digno de admiración y respeto. Y anexo, que la admiración, es la expresión máxima del amor.

8.3. JUSTIFICACION

Es importante siendo consecuentes con los hallazgos de esta investigación, que se desarrolle un trabajo de intervención en los jóvenes, que propenda por evitar que den un salto a las fatales patologías de trastornos de alimentación como lo son la anorexia y la bulimia.

Ésta intervención se debe hacer teniendo en cuenta, los puntos más débiles por los que el entorno indirecta o directamente, presiona o ataca a los jóvenes para hacerlos sentir, socialmente hablando, “Feos”, es importante estimularles el amor propio, la aceptación principalmente, para que se quieran y acepten como son, un poco de cuidado no es negativo, pero si se tiene una baja autoestima o un mal auto concepto, además, no se cuenta con la orientación profesional necesaria, se puede llegar a extremos que atentan contra la salud física y mental de una persona. Tal como lo muestran los resultados de la investigación, lo cual es un claro ejemplo de que los chicos no están contando con la orientación y el apoyo necesario, para atravesar las inquietudes, inseguridades y dudas propias de la edad en la que se encuentran, y que su entorno no está alerta a sus vacíos y necesidad de aceptación, lo anterior, debido a que se encontró en la investigación que un 73% desarrolla rutinas de ejercicios o dietas para mantenerse en forma, el 34% ha llegado a ser excesivo con sus métodos para estar en forma, el 63% se ha molestado consigo mismo al considerar que su peso no es el adecuado, el 43% ha llegado a pensar que esta gordo aun cuando los demás los perciben delgado, un 29% considera que su alimentación no es saludable, el 20.25% ha dejado de comer por miedo a subir de peso, el 56% ha sentido la necesidad de comer a cada instante y el 39.37% siente culpa cuando no se miden en lo que ingieren.

Es importante trabajarles la autoestima, el auto concepto, la aceptación y el amor propio a través de su núcleo familiar, sus padres y sus hermanos, además la escuela; ya que estos son los dos pilares de formación y desarrollo de los jóvenes púberes y adolescentes, en los que se gesta la imagen del chico, como se perciben y como se muestran. Partiendo también del hecho de que para el primer caso (la familia),

en su mayoría los chicos por la edad en la que están, atraviesan situaciones conflictivas, que les pueden servir de puentes, si no se está pendiente y se le da un buen manejo, para caer en el desprecio de sí mismo y en la no aceptación de su ser. Y para el segundo caso (la escuela), que es donde ellos se forman académicamente, viven sus primeras experiencias amorosas, en donde desean mostrarse, sobresalir y ser aceptados, y en algunos casos, hasta recibir el afecto que de alguna u otra manera, sienten que se les ha negado en el hogar; es indispensable entonces utilizarlo como foco estimulante para el fortalecimiento del yo.

Por las razones anteriormente descritas, es indispensable una intervención de esta índole para los jóvenes de nuestra sociedad, que les proporcione herramientas y armas para defenderse de los ataques que la sociedad actual les envía en cuanto al peso, cuidado del cuerpo y modelos de belleza establecidos.

8.4. OBJETIVOS

8.4.1. *OBJETIVO GENERAL*

- Incentivar el fortalecimiento del yo, en los jóvenes del grado 11-01 del colegio Alfonso López Pumarejo, a través de la estimulación de la autoestima, del auto concepto, de la aceptación y del amor propio.

8.4.2. *OBJETIVOS ESPECIFICOS*

- Asesorar y brindar información, sobre todo lo concerniente a los trastornos de alimentación como anorexia y bulimia a la población estudiantil del colegio Alfonso López Pumarejo, (Estudiantes, padres de familia y docentes)
- Estimular el fortalecimiento de yo, a través de la autoestima, el auto concepto, la aceptación y el amor propio, en los alumnos del grado 11-01 del colegio Alfonso López Pumarejo.
- Motivar el interés de los padres, en la búsqueda del conocimiento de los sentimientos, angustias y deseos de sus hijos, pertenecientes al grado 11-01 del colegio Alfonso López Pumarejo.

8.5. DESARROLLO DE TALLERES

8.5.1. TALLER # 1: Este taller consistía en el desarrollo de dos actividades, las cuales son:

1. *Conferencia:* “Los trastornos de alimentación (anorexia y bulimia), sus características, síntomas y consecuencias.”
2. *Cine foro:* transmisión de la experiencia personal de una paciente anoréxica (Especiales Pirry)

Duración: 4 horas

Responsable: el investigador- (Jessica Mejía)

Lugar: Salón # 3 de audiovisuales, colegio Alfonso López Pumarejo

Recursos: video beam, computador, memoria USB, pupitres, refrigerio.

Objetivo: Asesorar y brindar información, sobre todo lo concerniente a los trastornos de alimentación como anorexia y bulimia a la población estudiantil del colegio Alfonso López Pumarejo, (Estudiantes, padres de familia y docentes)

Metodología: Mediante Diapositivas ilustradas, se les expuso las características típicas de los trastornos de alimentación, se les definió que es anorexia y que es la bulimia, así, como los síntomas y consecuencias, tanto físicas como psicológicas de cada una de estas patologías. Se les explico cómo se originan y cuál es la población más vulnerable para caer en ellas. Y se discutió con ellos la forma en que la sociedad está aportando a que los jóvenes se sientan inseguros y quieran alcanzar modelos de belleza y perfección presentados por la modernidad, como una de las principales amenazas para la juventud.

Posteriormente, se procedió a un break de 15 minutos en los que se les ofreció un refrigerio, culminado el descanso, se procedió a la transmisión del video, de especiales Pirry, donde la paciente de anorexia Diana Rodríguez, en su propia voz, expresa poco antes de su muerte, todo lo que hasta ese momento había padecido con este trastorno de alimentación. Una vez concluido el video se desarrolló un conversatorio, en el que ellos expresaban su punto de vista frente al tema expuesto y el caso de Diana.

Conclusión: terminada la actividad pude comprobar el desconocimiento por parte de los asistentes frente a estos temas, que hoy por hoy atacan a nuestra juventud aceleradamente, pude ver que muchos se sintieron movidos con la experiencia de Diana Rodríguez, la paciente de anorexia que Pirry entrevisto, y les causo mucho impacto saber, que la mayoría de los pacientes anoréxicos o bulímicos fallecen, conocer los padecimientos tanto físicos como psicológicos de estos trastornos, expresaron que no imaginaban que fuesen patologías tan agresivas, y mostraron algunos su errónea creencia, de que es solo una patología que se presenta en estratos altos.

8.5.2. TALLER # 2:

TERAPIA DEL ESPEJO-¿Quién SOY YO?: DESCUBRIMIENTO DEL CUERPO

Esta actividad acudiendo a la terapia del espejo que plantea que mirarse al espejo tratando de descubrir a través de los ojos lo que se lleva dentro alivia el dolor, es importante reconocerse para poderse aceptar y amarse. La idea principal es que ellos pudiesen alcanzar una introyección

Duración: 3 horas

Responsable: el investigador- (Jessica Mejía)

Lugar: salón # 2 de audio visuales, Colegio Alfonso López Pumarejo

Recursos: Un espejo, notas de motivación.

Objetivo: Estimular el fortalecimiento de yo, a través de la autoestima, el auto concepto, la aceptación y el amor propio, en los alumnos del grado 11-01 del colegio Alfonso López Pumarejo.

Metodología: Este taller, da inicio a través de una breve presentación que hace el investigador a los estudiantes sobre lo que se va a desarrollar, pidiéndoles que abandonen sus sillas y que se sienten en el piso en círculo, donde todos se pudiesen ver los rostros, el espejo se situó en una parte del círculo y uno a uno fue pasando a mirarse en el espejo por espacios de 5 minutos aproximadamente, con el fin de que observaran quienes eran, ese tiempo que tuvieron frente al espejo fue dirigido por preguntas que hacia el investigador y que ellos iban respondiéndose a sí mismos, preguntas como: ¿Que ves?, ¿a quién ves?, ¿te gusta lo que ves?, ¿De lo que ves, que es lo que más te gusta?, ¿De lo que ves, que es lo que menos te gusta?, ¿Cuál es tu principal temor?, entre otras preguntas, a lo que ellos iban respondiendo con su vida, algunos con sus aspectos físicos, otros con sus aspectos personales y muchos a través de principales sufrimientos y temores. La idea de realizar la actividad en grupo, era para que pudiesen escuchar a sus compañeros y se sintieran identificados, se dieran cuenta que los otros chicos también sufren por lo que ellos sufren, sienten los miedos que ellos sienten, y tienen los complejos que ellos tienen, para que este descubrimiento les permitiera abrirse, y pudieran ser libres a la hora de hablar. Con esta actividad se pretendía, que ellos se descubrieran, se exploraran y reconociera, que cosas no les gustan tanto, para que las pudiesen aceptar, encontrándoles la importancia en su vida. A cada chico una vez terminaba su experiencia en el espejo, se les daba a escoger de un cofre, un papelito que contenía una frase de ánimo, relacionada con la aceptación y el amor propio.

Al terminar todos los chicos de realizar el taller *¿Quién soy?*, se les dieron unas breves palabras sobre la verdadera belleza, sobre lo importante que son cada uno en el mundo para sus padres, hermanos y amigos, y se les hablo sobre lo relevante que es para su desarrollo que tengan un buen auto concepto, un buen nivel de autoestima y que exploren el amor propio.

Conclusión: Se acudió a esta terapia, puesto que plantea que mirar a través de los ojos, quienes somos, sana muchas heridas y ayuda a aceptarnos un poco más.

Fue una actividad estupenda, en la que muchos chicos sacaron las cosas que les aquejan, las cosas por las que sufren, las situaciones en las que se sienten incomprendidos, in aceptados y en las que ellos mismos, no se aceptan ni física ni personalmente, se desahogaron, lloraron y se sintieron identificados y apoyados por sus compañeros. Experimente en esta actividad, lo poderoso que es un abrazo, ya que algunos chicos quedaban muy movidos con lo que decían y al abrazarles, empezaban a sentirse más calmados. En los espacios en los que hablaban, iba tratando de mostrarles lo bello, importante y necesario que son esas cosas que ellos no aceptan de su vida, y algunos, solo con lo que decían, iban encontraron respuestas a interrogantes que tenían de ciertas situaciones de su vida

8.5.3. TALLER # 3:

¿QUÉ TANTO CONOZCO A MI PADRE?, ¿QUÉ TANTO CONOZCO A MI HIJO?:

Duración: 2 horas

Responsable: el investigador- (Jessica Mejía)

Lugar: Biblioteca Colegio Alfonso López Pumarejo

Recursos: hojas taller, lapiceros.

Objetivo: Motivar el interés de los padres, en la búsqueda del conocimiento de los sentimientos, angustias y deseos de sus hijos, pertenecientes al grado 11-01 del colegio Alfonso López Pumarejo.

Metodología: Este taller consistía en tres fases: la fase uno fue desarrollada con los alumnos, la fase dos con los padres y la fase tres integrando a padres e hijos. Consistía en la aplicación de un cuestionario primero a los alumnos, donde se les planteaban preguntas como:

- . Sus mayores anhelos
- . Sus mayores temores
- . Su mayor logro alcanzado hasta el momento
- . Su principal sufrimiento
- . Cual considera que es su principal fortaleza tanto física como personal
- . Cual considera que es su principal debilidad tanto física como emocional.
- . Que considera debe cambiar o mejorar
- . Como cree que es percibido por su padre o su hijo.

Se les explico antes de responder el cuestionario, que todo lo que fuesen a escribir lo hicieran sinceramente, con la verdad. Al día siguiente fueron citados los padres de los chicos que respondieron el taller, antes de entregarles las hojas para que también ellos respondieran, se les dio una breve charla sobre lo importante que es, que estrechen lazos con sus hijos, que desarrollen la confianza y principalmente lo importante que es, el hecho de que estén pendientes de sus temores, angustias, inquietudes y dudas, propias de la etapa de la vida que están atravesando estos chicos, la pubertad y la pre adolescencia.

Tanto a los chicos como a los padres se les aclaro que todo lo que estaban respondiendo en esa hoja, iba a ser socializado con sus hijos o con sus padres,

según el caso. Finalmente una vez que los padres habían terminado de responder, se les pidió a los chicos que entraran en la sala y que intercambiaran las hojas, que dieran un primer paso a la confianza y que le entregaran las llaves de sus secretos a su acompañante. Así lo hicieron, y muchos se quebrantaron ante este acto.

La actividad culminó con la terapia del abrazo, se les pidió que abrazaran a su padre y a su hijo fuertemente, y que se dijeran lo mucho que se amaban. Para los chicos que sus padres no los pudieron acompañar, se les pidió que intercambiaran abrazos entre ellos mismos. Una vez terminado esto, muchos padres pidieron hablar para agradecer la actividad y expresar lo mucho que les había servido.

Conclusión: De todo el proceso, esta fue la actividad más gratificante, puesto que padres e hijos estrecharon lazos, el objetivo planteado se cumplió a cabalidad, el cual era que los padres se mostraran un poco más interesados en los sufrimientos de sus hijos, y que los hijos permitieran crear lazos de confianza con sus padres. Fue muy agradable ver a chicos que mostraban mucha dureza para abrazar a sus padres y que una vez lo hacían, rompían en llanto. Esta actividad se hizo con el fin de que el contacto físico permitiera romper las barreras que quedaban entre ellos. Muchos padres tienen muy buena relación y comunicación con sus hijos, algunos lo expresaron, pero muchos otros no, y a estos fueron a los que más les sirvió el taller, puesto que les abrió las puertas del acercamiento y la amistad hacia sus hijos. En la sociedad actual es normal que por necesidad ambas figuras paternas se ausenten de sus casas para trabajar y se pierdan la mayor parte del día a día de sus hijos.

A los chicos que sus padres no les pudieron acompañar fue a los que más se les vio llorando y expresaron algunos que les hubiese encantado terminar el taller con ellos, esto fue una gran muestra de la necesidad de acercamiento que tienen estos jóvenes con sus padres, la necesidad que tienen de que les conozcan y les amen como ellos esperan. En la terapia del espejo la mayoría manifestó, temerle a la soledad.

Finalmente considero que la actividad, cumplió con su meta y supero las expectativas, muchos padres quedaron pidiendo que se desarrolle la actividad del espejo y el taller ¿Qué tanto conozco a mi padre?, ¿qué tanto conozco a mi hijo?, con sus otros hijos, hermanos de los chicos que vivieron el proceso.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Colette Dowling, (1989), *Mujeres Perfectas*, Ed. Grijalbo. Argentina

Epston David y Withe Michael, (2010), *terapia narrativa en niños y adolescentes*.

Garner y Garfinker, (1980), *Los Factores Socio Culturales Y su Relación Con Los Trastornos Alimentarios E Imagen Corporal*, REVISTA INTERCONTINENTAL DE PSICOLOGIA Y EDUCACION, julio –diciembre. Vol 8, N. 002, pp. 61-72 México

Historia del colegio gimnasio del norte, Valledupar, disponible en:
<http://gimnorte.edu.co/>

Investigación de la universidad autónoma de México, *Bulimia y Anorexia En las Chicas De La Ciudad De México*, disponible en:
http://html.rincondelvago.com/anorexia-y-bulimia_8.html

Levenkron Steven, (S.f.) *Trastorno de falta de maduración normal del yo*.

Matey Patricia, (1997), *Investigación de la universidad Complutense de Madrid, Anorexia Y Bulimia, La Nueva Epidemia De las Adolescentes*, disponible en:
<http://www.elmundo.es/salud/Snumeros/97/S262/S262alimentacion.html>

Matzkin Valeria, (2001), *Teoría sobre los orígenes de la anorexia nerviosa*, disponible en:
<http://nutrinfo.com/pagina/info/anorexi2.html>

Minuchin Salvatore, Agosto de (1998), *Terapia Familiar Sistémica*, REVISTA ELECTRONICA DE PSICOLOGIA IZTACALA, Vol.1 N. 001

Palacios Espinosa Ximena, (2007), vol. 25. Universidad del rosario de Colombia, *Evolución de Las Teorías Cognoscitivas y Del Tratamiento Cognoscitivo Conductual De La Anorexia y La Bulimia Nerviosa*, disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082007000100006

Peggy-Claude Pierre, (2006), ALERTA ANOREXIA Y BULIMIA, Ed. Vergara, cap. 2

Rodriguez Gomez, G., y otros (1996): Metodología de la investigación cualitativa. (p.p:31-32)

Sauval Michel, (s.f.), Anorexia Y Locura, Ed. Acheronta (www.acheronta.org)

Sifneos y Nemiah (1967), INTRODUCCION DEL TERMINO ALEXITEMIA, ediciones Mensajeros. 2008.

Teorías sobre las causas de la anorexia y la bulimia, etiología. Disponible en <http://aupec.univalle.edu.co/piab/anorexia/teorias.html>

ANEXOS

1. *Modelo de encuesta utilizada.*

**ENCUESTA
RUTINAS ALIMENTICIAS Y CUIDADO DEL CUERPO**

Edad _____

1. ¿Cuál es su género?

Hombre _____ Mujer _____

2. ¿Cuáles crees que son los aspectos más importantes en una persona?

Su mentalidad _____ Su actitud _____ Su físico _____ Otro ¿Cuál? _____

3. ¿Consideras que el aspecto físico es lo más importante de una persona?

Sí _____ No _____

4. ¿Cuál es la actividad que más utilizas para mantenerte en forma?

Ejercicios _____ Dietas _____ Ninguno _____ Otros ¿Cuál? _____

5. ¿Has llegado a ser excesivo(a) con algunos de tus métodos para estar en forma?

Si _____ Algunas veces _____ Pocas veces _____ Nunca _____

6. ¿Eres estricto(a) con la cantidad de calorías en tus alimentos?

Siempre _____ Algunas veces _____ Ninguna vez _____

7. ¿Te has molestado alguna vez contigo mismo(a) considerando que tu peso no es el adecuado?

Sí _____ No _____ Algunas veces _____

8. ¿Has llegado a pensar que estas gordo(a) cuando los demás opinan lo contrario?

Constantemente _____ Regularmente _____ Nunca _____

9. ¿Consideras que tu alimentación es saludable?

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

10. ¿Has dejado de comer para no subir de peso?

Si _____ No _____

11. ¿Consideras que tu peso es más importante que tu pasión a alguna actividad?

Si _____ Algunas veces _____ Nunca _____

12. ¿Alguna vez has perdido de peso significativamente?

Sí _____ No _____ ¿Por qué? _____

13. ¿Has sentido la necesidad de comer a cada instante?

Constantemente____ Regularmente____ Nunca____

14. **¿Cuándo te alimentas te tomas el tiempo necesario para masticar tus alimentos?**

Si____ No____

15. **¿Si comes en exceso sientes culpa por no haberte medido en lo que ingeriste?**

Sí____ No____

2. *Taller # 3 de la propuesta de intervención:*

¿QUÉ TANTO CONOZCO A MI PADRE? ¿QUÉ TANTO CONOZCO A MI HIJO?

NOMBRE HIJO: _____ **NOMBRE PADRE:** _____

Responda sinceramente cada uno de los siguientes cuestionamientos, relacionados con su vida.

¿Cuáles son sus mayores anhelos?

¿Cuáles son sus mayores temores?

¿Cuáles han sido sus mayores logros alcanzados hasta el momento?

¿Cuál es el motivo de su principal sufrimiento?

¿Cuál considera que es su principal fortaleza, tanto física como personal?

¿Cuál considera que es su principal debilidad tanto física como emocional?

¿Que considera debe cambiar o mejorar?

¿Cómo cree que es percibido por su padre o por su hijo, según el caso?

3. Fotos:





—





