

# CAPITULO 11. DESÓRDENES ALIMENTICIOS

*Juan Carlos Sánchez, María Elena Villarreal y Lorena Valdivieso*

La evolución conceptual de la salud hacia parámetros explicativos de carácter multifactorial ha permitido la participación multidisciplinaria de diversos campos del conocimiento entre ellos el de la Psicología. Por tal motivo, las concepciones teóricas de nuestra disciplina tendrán que abandonar los antiguos conceptos unicausales y deterministas para adoptar posturas multicausales de campo que proporcionen a la Psicología una mayor capacidad heurística y a su vez le permita implementar en el plano terapéutico y de prevención, diseños de intervención que complementen las actividades planteadas por las diversas disciplinas que integran el campo de la salud. Desde esta óptica, el presente capítulo plantea una concepción de campo psicosocial de los desórdenes alimenticios como una alternativa conceptual y teórica de los desórdenes alimenticios que representan un problema de salud pública a nivel mundial

## **1. EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA EN EL CAMPO DE LA SALUD**

En el campo de la salud cada vez se destaca más el papel de la Psicología en las denominadas enfermedades crónicas las cuales son definidas por el Center for Disease Control and Prevention (CDC) como enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos, con prolongado curso clínico, con frecuencia episódico; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo. Sin embargo, los esfuerzos en la vinculación Psicología-Salud se han enmarcado en concepciones plurales y no siempre bien delimitadas, respecto a la salud y la naturaleza de las dimensiones psicológicas que le son pertinentes (Ribes, 2008), por lo que resulta necesario delimitar el papel de nuestra disciplina en problemáticas que implican un deterioro físico como es el caso de los desórdenes alimenticios.

Originalmente, la salud consideraba solo aspectos biológicos conceptualizándose como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, producto de las modernas concepciones en ciencia que evolucionan de simples nociones unicausales a explicaciones multifactoriales, el concepto salud contempla actualmente que en el estado de salud, además del factor biológico están implicados factores personales, grupales, sociales y culturales como

determinantes tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar.

Desde esta perspectiva holista han surgido una serie de conceptos respecto a la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948 la definió como un estado de completo bienestar físico, mental, y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades. Por su parte, Salleras (1985) conceptualiza la salud como constructo social a definirla como el nivel más alto posible de bienestar físico, psicológico, social y de capacidad funcional que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad. Asimismo, Gamba, Hernández, Bayarre y Rojo en el 2007 reafirman la postura de que el concepto de salud está sujeto a convalidaciones públicas, al señalar que la salud es una percepción humana, influida por los juicios de valor del conjunto social de pertenencia, asumida arbitrariamente y transformada en un derecho reclamable. Su reconocimiento como valor se relaciona con las consecuencias éticas de las relaciones contractuales establecidas al respecto entre el individuo, el grupo, la comunidad y la sociedad.

A partir de lo anteriormente expuesto es posible reseñar que la evolución del concepto de salud que parte de una concepción médico biológica a una postura holista en donde se contemplan además las dimensiones sociocultural y psicológica, considera a la salud, como un constructo biopsicosocial producto de una normatividad consensuada que tiene como parámetros en lo *biológico* la bio-sustentabilidad y la funcionalidad biológica individual, en lo *psicológico* la funcionalidad interactiva individual y, en lo *social*, el funcionamiento inter e intra comunitario. Esta concepción multifactorial de la salud que integra las dimensiones, orgánica, psicológica, social y ecológica implica el análisis de las diversas concepciones en Psicología, con la finalidad de determinar su pertinencia teórica y ámbito de actuación a través del área de aplicación denominada Psicología de la salud.

Esta área de aplicación de la Psicología, tiene sus orígenes en la publicación *Handbook of Social Psychology*, en la cual, Lindzey (1968) destacó la importancia de la investigación y práctica de la Psicología de la salud. Sin embargo, dos eventos fueron clave en la consolidación de la Psicología de la salud como campo de aplicación de la psicología a finales de los setenta; en el primero de ellos Marc Lalonde ministro nacional de salud de Canadá en 1974 destacó en su informe “*A new perspective on the health of Canadians: a*

*working document*” que el gobierno de Canadá daría la misma atención a los aspectos tanto del orden biológico como a los ambientales y de estilos de vida.

En ese mismo informe, Lalonde hace énfasis al señalar que cerca de la mitad de los problemas de salud son de origen psicológico y que además esta proporción tiende a crecer haciendo hincapié en que la salud mental, en comparación con la salud física, ha sido un área descuidada por años, expresando que hay desgraciadamente todavía un estigma social conectado a la enfermedad mental, con el mismo énfasis. Lalonde destacó los avances que en esa época obtenían la modificación de conducta y los cambios en el medio ambiente. Estas declaraciones tendrían eco más tarde en los Estados Unidos donde en 1977 en la conferencia de Yale sobre medicina comportamental en la que se fortalece la idea de la conceptualización de la salud integral (Rodríguez-Marín, 1995).

Desafortunadamente esta transición histórica del modelo médico al modelo holista de la salud viene precedido de una evolución que se gesta en espiral ya que después del surgimiento de la denominada medicina comportamental en donde florece la concepción holista, esta toma su mayor auge en la década de los 80’ y principios de los 90’ para decaer posteriormente a mediados de los 90’ producto de la biologización y de la gestión económica de los servicios que, del Reino Unido se propaga hacia EUA para posteriormente retomar de nueva cuenta el concepto holístico actual (Kenkel, et al., 2005).

Estos autores enfatizan la relevancia que tiene para el resurgimiento de una concepción integral de la salud la declaración realizada en abril del 2004 por el presidente de los Estados Unidos de Norteamérica, George W. Bush en donde se establece la firme intención de invertir en una investigación que marque los rumbos de la asistencia médica integral. Asimismo, estos autores comentan que un año más tarde en abril del 2005 el presidente de la American Psychological Association (APA) Ron Levant declara que la separación histórica de lo físico y lo mental a través de nuestro sistema médico asistencial es precisamente el problema que se plantea resolver en la iniciativa presidencial, motivo por el cual se ha desarrollado el programa de Asistencia Médica para la Persona Integral.

Esta visión integral de la salud que se tiene en los países industrializados se ha expandido prácticamente a todo el orbe, en México por ejemplo, el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 plantea impulsar como prioridad, “la promoción de la salud, y la prevención de enfermedades, enfatizando la importancia de la adopción de estilos de vida

saludables y fomentando el auto-cuidado de la salud, para así lograr generaciones de mexicanos más saludables”.

La aplicación de la Psicología científica en el ámbito de la salud incide no solamente en la etiología de las enfermedades físicas, pues se extiende además a su tratamiento, rehabilitación y prevención, es también un factor clave en la instauración de estilos de vida saludables y conductas de auto-cuidado dentro del marco de la promoción de la salud. Así, la relevancia que ha cobrado el factor psicológico en el concepto holístico de la salud hace necesaria la revaloración de los parámetros que orienten la actividad científica (investigación) y profesional (práctica) de la Psicología de la Salud.

## **2. PSICOLOGIA Y DESORDENES ALIMENTICIOS**

La traducción castellana del término anglosajón *Disorders* en el campo de la Psicología emplea generalmente el concepto “trastorno”, lo cual implica una serie de preconcepciones inherentes al término que limitan su significado actual. En Psicología, referir a un trastorno conlleva la preexistencia de instancias internas que reflejan un anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo. Inclusive, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) en su apartado de definición de *Mental Disorder*, hace referencia que el término que se maneja en dicho manual, no contempla esta postura dualista.

Otra concepción ligada al término trastorno es la de conceptualizar a este como una enfermedad psicológica. Es decir, una psicopatología que se gesta y desarrolla en el individuo (emulando a las enfermedades biológicas) y que además, generalmente no se constituye conceptualmente con una nosología propia sino que es una forma sintomática de otra estructura clínica, causando con esto una confusión respecto a la delimitación de lo psicológico al no precisar la determinación de las categorías analíticas que faciliten la definición operacional de este factor.

Esta confusión es patente en el DSM-IV-TR cuando al pretender operacionalizar el concepto trastorno mental menciona la presencia de factores comportamentales, psicológicos y biológicos sin establecer una delimitación operacional y/o conceptual entre estas dimensiones:

“En este manual cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece

asociado a un malestar (p.ej., dolor), a una discapacidad (p.ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p.ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p.ej., político, religioso, o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción”.

Esta falta de especificación conceptual entre factores, podría explicarse si consideramos la influencia biologicista del DSM-IV-TR, pues aun y cuando éste critica el carácter reduccionista del dualismo, se hace patente al conceptualizar lo comportamental y lo psicológico como factores diferentes. Lo cual sugiere que lo comportamental pertenece a una categoría analítica diferente a lo psicológico, o bien que el comportamiento es únicamente un síntoma de una psicopatología de carácter interno y subjetivo lo que nos lleva de nuevo al problema mente-cuerpo. Esta concepción del término trastorno se hace patente en otras definiciones, Weissberg y Quesnel (2004) consideraron que un trastorno hace referencia a un conjunto de síntomas, conductas de riesgo y signos que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad.

Con la finalidad de utilizar una terminología más acorde con el nuevo metaparadigma científico que, ha migrado de explicaciones unicasales centradas en las características y propiedades de los objetos a concepciones multifactoriales que contemplan la interacción de diversos factores, hemos optado por emplear el concepto de desórdenes alimenticios en sustitución del tradicional término de trastornos alimenticios ya que este último refiere un reduccionismo maquinista causal que estigmatiza y responsabiliza a las personas al considerarlas enfermos o responsables de su problemática.

Somos conscientes que la etiología de los desórdenes alimenticios es compleja. Lo cierto es que existe una combinación de factores biológicos, psicológicos, familiares y sociales (sobreevaluación de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética). En la determinación del factor psicológico de los desórdenes alimenticios es preciso considerar la confluencia de factores sociales,

ambientales y biológicos de tal forma que, las diversas problemáticas relacionadas con la alimentación deben ser vistas como una disfunción orgánica (biológica) e interactiva (psicosocial) y no como una enfermedad. Sin embargo, es bueno destacar que se pueden agrupar los factores en tres grandes bloques: (1) factores predisponentes individuales: psicológicos, físicos y socioculturales, a los que hay que prestar especial atención para prevenir un desorden alimenticio; más aun si a los anteriores se suman (2) factores precipitantes y (3) factores perpetuantes (ver Tabla I).

<b>TABLA 1</b>
<b>FACTORES PREDISONENTES</b>
· Ser mujer, especialmente en países industrializados.
· Tener historia familiar de trastornos alimentarios.
· Herencia
· Ser perfeccionista y complaciente con los demás.
· Tener dificultad para comunicar las emociones negativas.
· Tener dificultad para resolver conflictos.
· Tener baja autoestima.
· Tener padres sobreprotectores.
· Experiencias de vida adversas (abuso sexual).
· Presión del medio sobre la mujer (ideal de figura corporal).
· Desbalance en los neurotransmisores (serotonina).
· Dieta (factor predictor más importante, asociado a presiones individuales, interpersonales y socioculturales).
<b>FACTORES PRECIPITANTES</b>
· Dieta: precursor necesario, pero no suficiente para explicar la precipitación.
· Dinámica familiar y comentarios negativos de la familia y los amigos acerca de la apariencia, peso o figura, fracaso académico o conflicto familiar.
· Dificultad con las tareas del desarrollo en la transición a la adultez.
· Abuso sexual.
<b>FACTORES PERPETUANTES</b>
· Procesos biológicos relacionados con la desnutrición y la realimentación (cambios en tasas metabólicas, función gastrointestinal, sistema endocrino, entre otros).
· Procesos psicológicos.

*Tabla I: Factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes de los desordenes alimenticios.*

*Fuente: Marin, 2002.*

Las diversas definiciones de los desordenes alimenticios giran en torno a una disfunción del comportamiento alimenticio. Schlundt y Johnson, (1990) los definen como un patrón de conducta anormal respecto a la ingesta de alimentos y el balance energético.

Por su parte, la APA (2011) menciona que son hábitos alimenticios anormales que pueden poner en peligro la salud o incluso la vida. Sin embargo, Franco (2011) en concordancia con el DSM-IV-TR los conceptualizó como síndromes caracterizados por graves alteraciones en la conducta alimentaria y preocupación excesiva por la imagen corporal o el peso.

### **3. IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL**

En la adolescencia se produce una transformación de la personalidad en su conjunto que modifica el comportamiento del individuo afectando a diferentes áreas: física, mental, afectiva y social. En esta etapa comienza la interiorización de la vida mental en la que se definen algunas aptitudes relacionadas con el pensamiento conceptual (ej. capacidad de reflexión). Además, durante la adolescencia existe una intensa vida afectiva en el plano emocional fundamentalmente y un importante desarrollo social como consecuencia de la convivencia dentro de un grupo de iguales.

Los adolescentes le dan mucha importancia a su aspecto físico, la imagen que muestran ante los demás que repercute en la imagen que forman de sí mismos. Poseen criterios idealizados acerca de lo que es el atractivo y la belleza física. Es curioso como en la primera fase de la adolescencia se describen principalmente mediante rasgos físicos y no es hasta la adolescencia intermedia cuando comienzan a utilizar autodescripciones basadas en rasgos de tipo psicológico (Castillo, 1999).

Durante esta etapa son muy influenciados por los prototipos sociales y por las normas que se establecen dentro del grupo de iguales. Principalmente, son los medios de comunicaciones quienes se encargan de mostrarles dichos prototipos y ante esta situación los adolescentes manifiestan una actitud de desconcierto pues no siempre concuerdan con la realidad. Posteriormente, el desconcierto se traduce en decepción y disgusto a causa del nuevo aspecto físico y lo alejado que ve conseguir su prototipo de belleza. Podemos decir incluso que a los adolescentes les cuesta asumir su nueva imagen corporal, principalmente porque no les gusta y porque parece que cambia cada día y es por este motivo por el cual es necesario aceptar dichos cambios a medida que se producen. En ocasiones, pueden aparecer sentimientos de rechazo hacia uno mismo y hacia su propia imagen.

Y son esas alteraciones de la Imagen Corporal (IC) el factor psicológico determinante tanto en la etiología como en el diagnóstico de los desórdenes alimenticios (Baile, 2003), propiciando una laguna teórica al no considerar la obesidad y a los problemas alimenticios de la infancia (Pica, Rumiación y desórdenes de la ingestión alimentaria de la infancia y niñez). A este respecto, el DSM-IV-TR argumenta que estas problemáticas no se clasifican dentro de los desórdenes alimenticios porque no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Consideramos que esta aseveración es producto de generalizaciones erróneas pues en realidad solo se refiere a que no existe una asociación con la explicación psicológica basada en alteraciones de IC que sustenta dicho manual. Por tal motivo, es necesario realizar un análisis teórico-conceptual de este concepto con el fin de clarificar y delimitar el papel de la IC en los desórdenes alimenticios.

El concepto de IC se basa en el análisis de un componente perceptual y otro actitudinal. El perceptivo refiere a la estimación del tamaño y apariencia, mientras que el otro se ocupa de los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo (Gardner, 1996). A partir de estos elementos que integran la imagen corporal, se conceptualiza su trastorno como una alteración en aspectos perceptivos, afectivos y cognitivos, definiéndose como una preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Dichas alteraciones propician que el individuo devalúe su apariencia, se preocupe en exceso por la opinión de los demás y piense que no se puede ser querido debido a la apariencia física; por ello las personas con trastornos de la imagen corporal ocultarán su cuerpo, lo someterán a dietas y ejercicio y evitarán las relaciones sociales (Espina et al., 2001).

Garner y Garfinkel (1981) manifestaron que esta aproximación teórica considera que las alteraciones de la IC incluyen una distorsión perceptiva de la talla que conlleva una sobreestimación de partes del cuerpo y una alteración cognitivo-afectiva asociada a la insatisfacción y preocupación por la figura, contemplando de igual forma que ambas alteraciones se encuentran estrechamente relacionadas. Aun y cuando el término IC presenta una estructura conceptual y clasificatoria, diversos investigadores sobre el tema (Baile, Guillen y Garrido, 2002; Sepúlveda, León y Botella, 2004) señalaron que no existe un consenso sobre la IC, ni cómo se manifiesta una alteración de ella, lo cual dificulta el



análisis científico de esta variable pues su evaluación dependerá de la naturaleza, dimensión y concepción teórica de la imagen corporal.

Respecto a esta falta de consenso en torno a la naturaleza de la IC Baile, Raich Garrido (2003) argumentan que, sólo haciendo referencia a varios factores implicados podemos intuir a qué nos referimos. Resulta evidente que estos autores pretenden, realizar un análisis conceptual donde lejos de intentar explicar el término bajo una estructura multifactorial terminan aglutinando diferentes criterios teóricos.

Cuando se habla de una perspectiva multifactorial de los desórdenes alimenticios se debe de hacer referencia precisamente a la necesidad de contemplar desde un marco interdisciplinar los diversos factores interactuantes tanto de carácter psicológico, como biológico, nutricionales, ambientales y socioculturales. Sin embargo, es común que algunas posturas contemporáneas en Psicología confundan lo holístico con lo ecléctico, ya que en lugar de contemplar la interacción de diversos factores, mezclan concepciones de diferentes posturas teóricas para conformar y/o complementar un concepto, obteniendo no una integración teórica sino una simple hibridación ecléctica de diversas explicaciones sobre un concepto. Esta raigambre conceptual lejos de conducir a una explicación amplia del tema o concepto en este caso la IC, propicia una confusión conceptual al plantear integraciones conceptuales espurias de teorías inconmensurables.

Esta maraña conceptual que caracteriza a la Psicología contemporánea parece expresarse plenamente en el caso de los desórdenes alimenticios cuando Raich, (2001), propuso una forma de integralidad en torno al concepto al expresar que la IC consta de varias dimensiones que se refieren a aspectos perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales.

Sin embargo, esta hibridación conceptual en torno a la IC no es validada por la comprobación empírica ya que un estudio de meta análisis realizado por Cash y Deagle (1997) sobre más de 60 trabajos científicos en este campo, en donde investigaron qué métodos de evaluación son más eficaces de IC, llegaron a la conclusión de que los métodos cognitivos-evaluativos o de alteraciones actitudinales son los que reportan mejor evidencia empírica que los que registran aspectos de carácter perceptual. Sepúlveda, Botella y León (2001), definieron a la alteración de la imagen corporal como la presencia de juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales, el hecho de

conceptualizar a la alteración de imagen corporal aduciendo aduciendo a la presencia de juicios valorativos descalifica el carácter perceptivo como un factor importante a considerar y así lo expresan cuando argumentan que hay que tomar con precaución los aspectos perceptivos de la denominada distorsión de la imagen corporal, al estar influidos por los aspectos actitudinales ante el propio cuerpo. Estos mismos autores en otro estudio de meta análisis en el 2004, afirman que una gran parte de los métodos evaluativos usados respecto a la distorsión perceptiva hasta ahora parten de una posición errónea ya que la mayoría de los cuestionarios y pruebas de percepción se basan en la presunción de que IC es un fenómeno estático. Por otra parte Epling y Pierce (1996) en una investigación con pacientes anoréxicos y con sujetos que presentaban conductas alimentarias de riesgo concluyeron que la distorsión de la imagen corporal se presenta producto del deterioro biológico, por lo que no puede considerarse como una variable psicológica causal o precurrente de los desórdenes alimenticios.

Lo anteriormente señalado sugiere que la delimitación entre lo perceptual y lo cognitivo como factores independientes o interactuantes no es muy clara argumentando que el aspecto perceptual de la imagen corporal no se refiere a una distorsión meramente perceptiva sino que más bien referencian aspectos actitudinales hacia el propio cuerpo. Esta consideración puede tornarse preocupante para aquellos profesionales de la Psicología que adoptan los criterios del DSM-IV-TR como si fuese el libro sagrado de nuestra disciplina pues tendrían que considerar que sus criterios diagnósticos hacen referencia a alteraciones de la percepción del peso y de la silueta corporales como ya mencionamos anteriormente.

Atendiendo a los factores o diversas facetas que componen la imagen corporal según Raich (perceptivos, emocionales, cognitivos y comportamentales) de los cuales ya se ha descartado el componente perceptual (Cash y Deagle 1997; Sepúlveda, Botella y León 2001; Sepúlveda, León y Botella 2004) es preciso analizar los demás componentes.

Los aspectos cognitivos y emocionales han sido objeto de profundos análisis y una diversidad de posiciones teóricas respecto a la naturaleza y sus formas de interrelación, desde una perspectiva cognitiva de la emoción es factible considerar un aspecto central en las diversas teorías cognitivas sobre la emoción que es el de la valoración (appraisal), este postulado basado en la concepción de la intencionalidad de Brentano (1838-1917) filósofo alemán que supone que una emoción cognitivamente hablando es una evaluación en pro o

en contra de un estado de cosas que es causada por creencias y que está conectada semánticamente con sus contenidos (Reisenzein y Schönplflug, 1992). Estas posturas cognitivas, afirman que las emociones como sus elementos internos son estados representacionales mentales, lo que supone que existe un sistema interno de representaciones, lo cual conlleva que las emociones como valoración son una función cognitiva y no un proceso diferente a la cognición; desde esta perspectiva, la faceta emotiva de la imagen corporal antes mencionada sería un componente del proceso cognitivo y, por consiguiente, teóricamente no sería posible considerarlo como un factor distinto al cognitivo.

Al parecer de los cuatro elementos mencionados por Raich solo sería factible el considerar dos: el aspecto cognitivo (el cual podría incluir o no una valoración emotiva) y el comportamental; lo cual nos lleva irremediamente al eterno dilema en Psicología respecto a la dualidad mente-cuerpo y todos sus derivados: interno-externo, objetivo-subjetivo, público-privado.

Partiendo de la suposición platónico-cartesiana en la que se asume que lo psicológico está compuesto de dos instancias o elementos tal y como lo dicta la tradición intelectualista en Psicología (Ribes, 2002), hablamos entonces que la mayoría de las posturas teóricas en Psicología conceptualizan lo mental y lo comportamental como dos entidades diferentes aunque complementarias, el problema de tal asunción no es únicamente el considerarlas como entidades distintas sino establecer y esclarecer cuáles son las propiedades que delimitan sus características validándolas como factores independientes aunque interactuantes.

Tal problema al parecer no ha sido resuelto aun por la Psicología mentalista propiciando con esto confusiones a la hora de conceptualizar y evaluar sus constructos. Así parecen expresarlo Sepúlveda, León y Botella (2004) cuando hablan de los métodos de evaluación cognitivo-afectiva argumentando que estos tratan de evaluar la actitud y sentimiento del individuo hacia su propio cuerpo, que refleja variables actitudinales y afectivas, obteniéndose con ello, un índice de insatisfacción corporal. Sin embargo, advierten que la principal desventaja de estas evaluaciones es que los encuestados puedan falsear los auto-informes, lo cual nos lleva a cuestionar qué es lo que realmente miden

dichos auto informes si los sentimientos y actitudes del entrevistado o más bien lo que el sujeto considere pertinente informar en función de las circunstancias y el contexto.

El suponer que lo mental, lo cognitivo y lo emocional son disposiciones internas que condicionan o delimitan la acción y que éstas pueden ser medidas excluyendo la influencia tanto biológica como ambiental, contextual y de historia personal, es la principal limitante de esta tradición intelectualista en Psicología. Esto debido a que no podemos conceptualizar lo interno como algo separado o aislado de la acción y, por lo tanto, no puede distinguirse del comportamiento, puesto que lo que realmente medimos es precisamente el resultado de la interacción de todos estos factores, es decir, el comportamiento psicológico y no una parcial y confusa reducción categorial de atributos internos.

Finalmente, el análisis realizado en torno a las dimensiones de la imagen corporal nos lleva a considerar que la Insatisfacción de Imagen Corporal (IIC) considerada como producto de una evaluación cognitivo afectiva se encuentra relacionada con desórdenes alimenticios caracterizados por el infrapeso, también denominados Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA). Sin embargo, los autores de este capítulo consideran que la insatisfacción de la imagen corporal (IIC) no es una evaluación mental sino más bien es producto de una normatividad social. En diversos estudios se ha encontrado que la IIC se encuentra asociada a pacientes diagnosticados con TCA (Espina, et al, 2001) o bien con población en general que reporta Conducta Alimentaria de Riesgo (CAR) (Sánchez-Sosa, 2007; Lora-Cortéz y Saucedo-Molina 2006; Ballester, de Gracia, et al, 2002; Sánchez, et al, 2000; Baile, Guillen y Garrido 2002; Baile, Raich y Garrido, 2003; Acosta-García y Gómez-Péresmitré, 2003; Monleon, et al, 2003; Suárez y Vaz, 2003).

Por su parte, el DSM-IV-TR señala, dentro de las características diagnósticas de la anorexia, que existe una alteración de la percepción del peso y de las siluetas corporales (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 gordas.

El mismo manual, en relación a la bulimia, respecto a los criterios diagnósticos señala que 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 de anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo.

Estos hallazgos y consideraciones en torno a la relación existente entre las estimaciones perceptuales y actitudinales de la imagen corporal han propiciado que se estudie a ésta casi exclusivamente como una variable asociada a trastornos de comportamiento alimentario especialmente con la bulimia y anorexia.

No obstante, es necesario tomar en cuenta que la IIC se encuentra también asociada al sobrepeso. Delgado, et al. (2002) concluyeron en su estudio que los obesos mórbidos presentan una frecuencia significativa de conductas bulímicas, una elevada insatisfacción corporal y una importante tendencia hacia la delgadez. En un estudio realizado por Úbeda, et al. (2003), observaron cómo la excesiva preocupación corporal en adolescentes obesos puede ocasionar graves problemas de salud como el síncope vasovagal. Asimismo, en una investigación de 659 mujeres adultas, Lora-Cortez y Saucedo-Molina en el 2006 encontraron que, a mayor índice de masa corporal, mayores porcentajes de conductas alimentarias de riesgo; respecto al índice de masa corporal y la insatisfacción corporal, el 96% de las participantes que mostraban sobrepeso reportaban estar insatisfechas con su imagen en contraste, en las encuestadas que presentaban bajo peso se encontró que la insatisfacción de imagen corporal respecto a pretender ser más delgada fue del 14%. La determinación de las categorías diagnósticas para la anorexia que según el DSM-IV clasifica como criterio A el infrapeso, criterio B al miedo a convertirse en obeso y como criterio C a la alteración en la percepción y preocupación (insatisfacción) corporal, no parece ser apoyada por los hallazgos encontrados en una investigación realizada por Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Moral, (2009) ya que los resultados indicaron que tanto la insatisfacción de imagen corporal como la conducta alimentaria de riesgo está más asociada con el sobrepeso que con el infrapeso.

El hecho de que la insatisfacción de imagen corporal sea considerada como factor de riesgo de desordenes alimenticios que incluyen no solamente problemáticas relacionadas con el infrapeso, sino que están igualmente asociadas a actividades en donde prevalece el sobrepeso, pone en entredicho la consideración de contemplar las alteraciones de la imagen

corporal como predictores y/o categorías diagnósticas de trastornos de conducta alimentaria.

Asimismo, es preciso delimitar conceptual y operacionalmente la imagen corporal ya sea como una distorsión perceptiva o cognitiva de la imagen corporal en términos de representaciones mentales (Rivarola, 2003) derivadas de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo (Baile, Guillen y Garrido, 2002), la cual podría resumirse como juicios valorativos sobre el cuerpo que no coinciden con las características reales (Sepulveda, Botella y Leon, (2001) o bien, conceptualizarla como una conducta adaptativa respecto al grado de aceptación y/o adopción al modelo estético de delgadez, lo cual implicaría conceptualizar a ésta no como distorsión perceptual o cognitiva sino como una adaptación a parámetros sociales impuestos respecto al ideal de belleza de la cultura occidental. Esta concepción concuerda con la postura de Gismero (2001) quien señala que culturalmente, la delgadez se ha impuesto como modelo ideal de belleza, por lo que la insatisfacción corporal y el seguimiento de dietas se han llegado a convertir en si misma en una conducta normativa que se apega a parámetros reales en la medida que han sido validados por una comunidad. Desde esta perspectiva resulta fundamental considerar que el sujeto no distorsiona una realidad sino que intenta adaptarse a esta realidad conceptualizada como normatividad social.

Consideramos que, si queremos predecir y/o explicar los desórdenes alimenticios es necesario tomar en cuenta que el pretender individualizar, e incluso patologizar, los desórdenes alimenticios representa un error conceptual y teórico ya que al desvincular esta problemática de sus multideterminaciones, se reduce la responsabilidad de otros factores implicados a nivel social, familiar, académico, mediático e institucional, como consecuencia del intento de personalizar un conflicto heterocondicionado (Moral y Ovejero, 2004).

De los hallazgos encontrados y las consideraciones teóricas señaladas se desprende que en lugar de trabajar sobre grados, niveles o patologías intrínsecas preceptuales (distorsión) y/o actitudinales (insatisfacción) de la imagen corporal, las investigaciones en este campo deberán de ir encaminadas a la búsqueda de modelos multifactoriales que expliquen la conducta alimentaria, apoyados en técnicas de ecuaciones estructurales que tomen en cuenta los diversos factores interactuantes (White y Grilo, 2005). Estos modelos,

deberán de tener un fuerte impacto en la investigación empírica que derive en una validez científica aunada a una utilidad clínica (Wonderlich, et al, 2007).

La integración de modelos explicativos que contemplen el carácter cultural y contextual de los desórdenes alimenticios tendrán que replantear no solamente las categorías taxonómicas y los parámetros diagnósticos, lo cual implica la reestructuración de los criterios clasificatorios y de diagnóstico actualmente validados por el DSM-IV-TR, sino que también es necesario el replanteamiento de las concepciones en torno al factor psicológico de los desórdenes alimenticios.

#### **4. LA CONCEPCION DE CAMPO EN PSICOLOGIA**

La concepción de campo en Psicología, representa una evolución paradigmática en la que se reestructuran ontológica y epistemológicamente los fundamentos de nuestra disciplina. Por tal motivo, se expondrá a continuación una breve explicación de esta perspectiva metateórica. La adopción de un modelo de campo en Psicología implica que la explicación psicológica, no busque causalidades productoras o creadoras de fenómenos, sino más bien el poner de manifiesto el sistema de interdependencias existentes entre los elementos participantes en ese campo psicológico.

Una concepción de campo, considera que las leyes que rigen el universo, desde su expansión hasta las interacciones entre las llamadas partículas elementales que componen la materia ordinaria, deben formar parte de una teoría unificada. Producto de esta concepción de campo, emergen en el terreno de nuestra disciplina dos corrientes: La Psicología Topológica de Lewin y la Psicología Interconductual de Kantor, ambos autores coinciden en el rechazo a aceptar determinantes de los fenómenos psicológicos que no sean los derivados de la forma o estructura organizativa de los elementos que intervienen en aquello que denominamos comportamiento. Sin embargo, existen diferencias significativas entre ambas posturas que mencionaremos a continuación.

Considerado el padre de la Psicología social, Kurt Lewin, inspirado en los estudios perceptivos de la Gestalt que disocian figura y fondo, define el comportamiento humano como consecuencia del conjunto de las circunstancias ambientales. La Psicología de campo topológica, al superar la simple concepción maquinista de sus antecesores (Brentano y Stumpf) plantea una estructura general de los eventos, abriendo la posibilidad de auténticas

descripciones de campo. Sin embargo, esta postura conserva aun una concepción dualista y fenomenológica al hacer referencia a abstracciones internalistas.

La propuesta conceptual de Kantor (1980) no se trata de una teoría dentro de la Psicología, sino de una teoría acerca de la lógica y contenidos sustantivos de esta disciplina, es decir, una metateoría de la Psicología como ciencia (Ribes, 1994). Kantor, formula un sistema descriptivo y explicativo sincrónico al poner de relieve el concepto de interdependencia en campos de relaciones, a diferencia del esquema causal clásico el cual es lógicamente diacrónico. Contrario a las posturas teóricas clásicas (incluyendo algunas conductistas), la propuesta interconductual no destaca como objeto de análisis a ciertas formas funcionales de actividad del organismo, sino que pone de relieve la interacción misma entre el organismo y el ambiente como centro de interés teórico (Ribes, y López, 1985)

Kantor (1969) señala que la esencia de una construcción de campo es aquella en la que todos los eventos deben considerarse como interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas, por lo que toda explicación de una teoría de campo necesariamente tendrá como primer condición el suplir las concepciones en términos de principios y propiedades de los objetos o eventos, ya sea que estén localizadas dentro de los objetos o eventos sujetos a observación o en alguna condición o cosa externa a ellos.

La teoría de campo interconductual especifica los detalles funcionales de la acción en lugar de apoyarse en una abstracción explicativa general, no propone causas internas tales como la mente, procesadores de información o pulsiones (mentalismo) tampoco proponen causas externas ubicadas en las condiciones medioambientales (conductismo Skinneriano) pues esta postura no asume la tradicional teoría de los dos mundos (Ryle, 2005), por lo que se argumenta que no existe lugar en el campo integrado para tales abstracciones, pues ninguna de ellas son necesarias o siquiera útiles dentro del sistema.

De tal forma que, una auténtica teoría de campo exige la exclusión de principios psíquicos e internos. Así, la construcción del campo psicológico se debe derivar de la conducta real de los organismos con objetos y eventos en condiciones específicas.



## **5. EL MODELO ECOLÓGICO DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS**

La finalidad del análisis teórico conceptual de los desordenes alimenticios que hemos efectuado en este capítulo, tiene como objetivo el plantear las bases teóricas y meta teóricas de un modelo explicativo que contemple factores contextuales y personales desde una perspectiva ecológica. El planteamiento meta teórico de este modelo se fundamenta en una perspectiva de campo en donde los eventos psicológicos no son conceptualizados como respuestas provocadas por alguna condición externa o interna sino como interacciones complejas, por lo que se considera que cualquier cambio conductual es un cambio en el campo total y no en una simple respuesta o en algún atributo interno (Kantor, 1971). Precisamente esta concepción de campo interactivo en donde las variables personales son consideradas como eventos prístinos y no como eventos mediadores de procesos causales de naturaleza interna (psíquicos o cognitivos) es lo que da sentido al carácter psicosocial de las variables personales.

La estructura contextual del Modelo Ecológico de los Desordenes Alimenticios (MEDA) toma los conceptos del modelo de desarrollo ecológico de Bronfenbrenner fundamentados en la teoría de campo gestáltica de Lewin (Torrico, et al, 2002; Ramos, 2008). El modelo ecológico afirma que las interacciones y acomodaciones entre la persona en desarrollo y su ambiente, explican cómo los acontecimientos en diferentes contextos afectan la conducta humana directa o indirectamente (Martos, 2005). Aun y cuando el modelo ecológico retoma el carácter fenomenológico reduccionista de la Psicología topológica (Lewiniana). Se rescata el análisis sistémico contextual (círculos concéntricos) mismo que está exento de toda explicación fenomenológica.

En la especificidad del análisis, el MEDA se centra en la determinación de factores de riesgo y protección asociados a la implicación del adolescente en problemas de conducta (Musitu, et al, 2001). Este modelo considera que la adolescencia (etapa en donde se presentan y desarrollan los desórdenes alimenticios) es un producto contextual, construido a partir de materiales e interacciones entre múltiples contextos como el cultural, familiar, escolar, comunitario y legal que definen el marco de sus posibilidades y oportunidades (Funes, 2005; Jiménez, 2006).

Cabe mencionar que la integración teórica propuesta (ecológica-psicosocial) se utiliza en numerosos artículos en la explicación de diversas conductas desadaptativas (Cava

y Musitu 2000; Cava y Musitu, 2001; Cava, Musitu y Murgui 2006; Cava, Musitu y Murgui 2007; Cava, Murgui y Musitu 2008; Musitu, Jiménez y Murgui 2007; Buelga, Musitu y Murgui, 2009; Estévez, et al, 2008; Estévez, Musitu y Herrero 2005; Estévez, Musitu y Martínez 2004; García, Musitu y Veiga 2006; Gracia, Herrero y Musitu 2002; Herrero y Gracia 2004; Jiménez, Murgui y Musitu 2005).

Este modelo explicativo se centra en determinar la influencia de diversos contextos (familia, escuela y comunidad) en los desórdenes alimenticios. Además, de pretender examinar el rol mediador de determinadas variables psicosociales asociadas con dichos desórdenes entre los distintos contextos analizados.

El MEDA tiene como objetivo ser un modelo científico que contemple una aproximación teórica y, epistemológicamente congruente integrando una estructura conceptual que, oriente vincule y de coherencia a la actividad profesional y de investigación del Psicólogo con una pertinencia en el plano inter y multidisciplinario que le permita aportar conocimientos básicos en cuanto al papel de los factores psicológicos en la prevención y tratamiento de los desórdenes alimenticios que facilite en el plano profesional, el pasar de un nivel de asistencia consultiva (plano multidisciplinario) a un nivel colaborativo (Plano interdisciplinario) que implique co-responsabilidad en la práctica profesional de los desórdenes alimenticios.

## **6. PREVALENCIA DE LOS DESORDENES ALIMENTICIOS**

Los desórdenes alimenticios obedecen a un continuo en donde tanto los problemas de infrapeso como de sobrepeso abaten no solo a los países occidentales sino que se extienden por el proceso de aculturación a los denominados países occidentalizados entre los cuales podemos contar a México y España.

Respecto a los llamados trastornos de conducta alimentaria, un informe de la UNICEF (2002) revela que la anorexia y la bulimia tienden a afectar especialmente a los adolescentes en los países industrializados en donde uno de cada 10 individuos con anorexia fallece a consecuencia de su enfermedad. Igualmente reportan que las mujeres adolescentes son casi 10 veces más propensas a desarrollar esos trastornos alimenticios que los hombres.

En los países desarrollados, los niveles de prevalencia de trastornos de conducta alimentaria se han incrementado en los últimos años, la anorexia y la bulimia son los dos trastornos alimenticios más frecuentes, sobre todo en la población femenina. Estudios entre estudiantes escolarizados de diez países del Caribe pusieron de manifiesto que el 31% de ellos no está satisfecho con su peso. Alrededor de una sexta parte ha usado al menos un método para perder peso, incluyendo dieta o ejercicio (15%), laxantes (15%), vómitos inducidos (8%) o pastillas para adelgazar (6%) (UNICEF 2002).

Resultados arrojados por la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) (2006) revelaron que la prevalencia de baja talla en población femenina en México aumentó progresivamente con la edad. Así, en las mujeres de 12 años la prevalencia fue de 6.5% aumentando hasta 19.7% en las de 17 años. Si bien es cierto que la prevalencia de TCA no representa niveles de carácter epidemiológico como en el caso de la obesidad, es necesario tomar en cuenta que en el caso de la anorexia el trastorno está asociado a un elevado riesgo de mortalidad además de tener la característica de presentar un reducido porcentaje de recuperación, si además aunamos a esto que los TCA constituyen hoy la tercera enfermedad crónica entre la población femenina adolescente y juvenil en las sociedades desarrolladas y occidentalizadas (Peláez, Labrador y Raich 2007) resulta particularmente importante la determinación de los factores que inciden en el establecimiento de la conducta alimentaria de riesgo la cual es una medida pre clínica de trastornos de conducta alimentaria.

En España, Peláez, Labrador y Raich, (2007). En un estudio, realizado en la Comunidad de Madrid en una amplia muestra de población adolescente, arrojó una prevalencia total de 3.43% de trastornos de conducta alimentaria. La estimación para mujeres fue de 5.34%, específicamente el 2.72% presenta un trastorno de conducta alimentaria no especificada, el 2.29% bulimia y 0.33% anorexia. La estimación en el caso de los varones fue de 0.64% donde el 0.48% corresponde con un trastorno de conducta alimentaria no especificada, 0.16% bulimia y 0.00% anorexia. A este respecto, cabe destacar las medidas tomadas por el Ministerio de Sanidad española que en el 2006 se firmaron acuerdos con la industria de la moda para unificar las tallas de la ropa propiciando que los responsables de la Pasarela Cibeles vetaran a las modelos más delgadas, medida que desafortunadamente no fue replicada en otros países.

La obesidad y el sobrepeso son considerados como el principal problema de Salud Pública en México país que ostenta el primer lugar mundial en niños con obesidad y sobrepeso, y segundo en adultos. Estos problemas afectan a cerca de 70% de la población (mujeres, 71.9 %, hombres, 66.7%) entre los 20 y 60 años, en ambos sexos, sin embargo, entre las mujeres existe un mayor porcentaje de obesidad que entre los hombres y el 26% de la población en niños (ENSANUT, 2006). Ver tabla 2.

<b>Grupos</b>	<b>México</b>	
	<b>%</b>	<b>No. Personas</b>
<b>Mujeres mayores de 20 años</b>	72	20.52 millones
<b>Hombres mayores de 20 años</b>	66	16.96 millones
<b>Niños en edad escolar</b>	26	5.54 millones

*Tabla 2. Índices de obesidad y sobrepeso en México*

La prevalencia de obesidad en los adultos mexicanos ha ido incrementando con el tiempo. En 1993, resultados de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC 1993) mostraron que la prevalencia de obesidad en adultos era de 21.5%, mientras que con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) se observó que en ese año, 24% de los adultos la padecían y, actualmente, con mediciones obtenidas por la ENSANUT 2006, se encontró que alrededor de 30% de la población mayor de 20 años (mujeres, 34.5 %, hombres, 24.2%) tiene obesidad en México. Este incremento porcentual debe tomarse en consideración sobre todo debido a que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo importantes para el desarrollo de enfermedades crónicas, incluyendo las cardiovasculares, diabetes y cáncer. México gasta 7% del presupuesto destinado a salud para atender la obesidad, solo debajo de Estados Unidos que invierte el 9%.

La prevalencia de obesidad en España de acuerdo a datos proporcionados por Peláez, Labrador y Raich, (2007) muestra un menor porcentaje que en México con un 13.9% y la de sobrepeso y obesidad del 26.3% (sólo sobrepeso, 12.4%). Asimismo, contrario a los datos encontrados en México, la obesidad es mayor en varones (15.6%) que en mujeres (12%), y también lo es el sobrepeso.

El carácter epidemiológico de los desórdenes alimenticios relacionados con el sobre peso, el deterioro físico de los desórdenes concernientes al infrapeso así como la

comorbilidad asociada a ambas problemáticas, requiere de una concepción psicológica acorde a los modernos paradigmas científicos. Los modelos explicativos que conceptualizan los desórdenes alimenticios como trastornos producto de una psicopatología, contemplan una explicación unicausal y reduccionista que refiere atributos causales de índole interna conceptualmente confusos que dan lugar a una concepción internalista de la salud, que no es compatible con una concepción holista.

El concepto tradicional que presupone la existencia de una Psicología que contempla que las diferentes posturas teóricas se refieren a campos de fenómenos complementarios de un universo empírico coherente, y al suponer que los conceptos y datos de las teorías amparadas por distintos paradigmas son complementarias e integrables sin considerar sus características ontológicas y epistemológicas totalmente divergentes, ha llevado a nuestra disciplina a adoptar posturas eclécticas. Lo más preocupante es que estas hibridaciones teóricas transgreden los límites entre el conocimiento científico y el conocimiento ordinario y en ocasiones hasta del conocimiento religioso ocasionando una confusión conceptual en la Psicología que la ha llevado en el campo profesional y de investigación a amalgamar una serie de prácticas pseudo científicas y anticientíficas (Campo, 2004) en donde las primeras utilizan un lenguaje científico pero sin bases teóricas como es el caso de la programación neurolingüística y las segundas rechazan o ignoran los procedimientos y el lenguaje científicos dando lugar así a una Psicología de Consumo o Psicología Chatarra en la que se sustituye el criterio de pertinencia (investigación teóricamente fundamentada y técnicas terapéuticas emanadas de teorías científicas) por el de abundancia (multiplicidad indiscriminada de variables en investigación y diversidad de técnicas de diferentes teorías en la práctica profesional) (Zarzosa, 1991).

En el marco de un contexto pluralista multi e inter disciplinar la Psicología de Consumo no está en condiciones de proporcionar un marco teórico confiable en investigación, ni tampoco ofrecer una intervención psicológica pertinente ya que carece de la rigurosidad científica necesaria tanto para la investigación como en la atención integral en los desórdenes alimenticios. Por tal motivo, es necesario reorientar la investigación psicológica de los desórdenes alimenticios contemplando modelos teóricos pertinentes, que permitan plantear alternativas de tratamiento de los desórdenes alimenticios en el plano psicológico.

## **7. RELACIÓN ENTRE RESILIENCIA Y DESÓRDENES ALIMENTICIOS.**

En una ponencia presentada en el I Congreso Nacional de Psicología Positiva celebrado en Madrid, Las Hayas, Aguirre, Padierna y Calvetese (2012) presentaron una investigación en cual encontraron que personas que comienzan a tener desordenes alimenticios en la etapa adolescente, no siempre en la edad adulta, cuando ya no presentaban esos desordenes manifestaban rasgos de depresión ni de ansiedad. Sin embargo, puntuaban alto en resiliencia. El proceso de resiliencia comienza por una situación caótica de descontrol, sin conseguir una meta, presentaban delgadez extrema pero les daba igual, creían conseguir la felicidad al perder el peso y estar delgadas.

Una de estas adolescentes narro cual fue el momento en que se dio cuenta que estaba enferma y fue cuando su madre grabo un video en casa y esta chica le pregunto a su madre: ¿Quién es esa chica tan delgada que aparece en el vídeo?, pues no se reconocía.

Todas ellas creían en la recuperación e intentaban llevar a cabo una serie de cambios para solucionar los trastornos de la alimentación. Pretendían cambiar los hábitos a través de la previsión de lo que ocurre y la negociación con sus familiares para conseguir algún tipo de privilegio (ej. voy a engordar para poder ir de vacaciones). Por otro lado, es necesario tener excusas para provocar un cambio de actitud, realizar actividades que les conecten con la vida (ej. buscar trabajo, estudiar,...) y evitar los pensamientos negativos. Todas tenían varios rasgos en común: necesitaban la terapia para desahogarse, escribían sus sentimientos, necesitan apoyo social para sentirse comprendidas, hablan de la importancia de la sabiduría adquirida....

Desde el punto de vista del terapeuta es preciso aumentar las experiencias de conciencia plena y aumentar el conocimiento y aceptación de uno mismo, las personas que tienen desordenes alimenticios no se aceptan a sí mismas y lo primero que hay que hacer durante el proceso es aceptarse.

Todos nos estaremos preguntando ¿Qué sucede una vez que estas personas se recuperan? En ocasiones recaen, pero para no recaer intentan ser conscientes de sus posibilidades, de lo que son capaces de afrontar, qué consecuencias puede acarrear cada situación y si eso les puede ocasionar problemas con la alimentación. Finalmente añadir, que saben que en la comida no está la solución de sus problemas.

## REFERENCIAS

- Acosta-García, M. y Gómez-Péresmitré, G. (2003). Insatisfacción corporal y seguimiento de dieta. Una comparación transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 9-21.
- American Psychological Association (2011). Web site. Disponible en: <http://www.apa.org/topics/eating/index.aspx>
- Baile, J. (2003). Qué es la imagen corporal? *Revista humanidades, cuadernos del Marqués de San Adrián*, 2, 18-25.
- Baile, J., Guillen, F. y Garrido, E. (2002). Insatisfacción corporal en adolescentes medida con el Body Shape Questionnaire (BSQ): efecto del anonimato, el sexo y la edad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 439-450.
- Baile, J., Raich, R. y Garrido, E. (2003). Evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes: efecto de la forma de administración de una escala. *Anales de psicología*, 19(2), 22-27.
- Ballester, D. de Gracia, M. Patiño, J. Suñol, C. y Ferrer, M. (2002). Actitudes alimentarias y satisfacción corporal en adolescentes: Un estudio de prevalencia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(4), 27-39.
- Buelga, S., Musitu, G. y Murgui, S. (2009). Relaciones entre la reputación social y la agresión relacional en la adolescencia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 127-141.
- Campo, J. (2004). Terapias pseudocientíficas: algunas señales de peligro. Disponible en [http://conducta.org/articulos/terapias\\_pseudo.htm](http://conducta.org/articulos/terapias_pseudo.htm).
- Cash, T. y Deagle, E. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 107-125.
- Cassirer, E. (1967). *Antropología Filosófica. Introducción a una filosofía de la cultura*. México: Fondo de Cultura Económica
- Cava, M. y Musitu, G. (2000). Evaluation o fan intervention programme for the empowerment of self-esteem. *Psychology in Spain*, 4(1), 55-63.
- Cava, M. y Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54(2), 297-311.
- Cava, M., Musitu, G. y Murgui, S. (2006). Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional. *Psicothema*, 18(3), 367-373.

- Cava, M., Musitu, G. y Murgui, S. (2007). Individual and social risk factors related to victimization in a sample of Spanish adolescents. *Psychological Reports*, 101, 275-290.
- Cava, M., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20, 389-395
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). Recuperado de: <http://www.cdc.gov/>
- Delgado, C. Morales, M. Maruri, I. Rodríguez del Toro, C. Benavente. J. y Núñez, S. (2002). Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30(6), 376-381.
- American Psychiatric Association. (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado DSM-IV-TR. Barcelona: Editorial Masson
- Encuesta nacional de enfermedades crónicas (1993) Secretaria de Salud. México
- Encuesta nacional de Salud (2000). Secretaria de Salud. México
- Encuesta nacional de Nutrición y Salud (2006). Instituto Nacional de Salud Pública Consultado en <http://www.insp.mx/ensanut/>
- Epling, F. y Pierce, D. (1996). *Activity anorexia: theory, research, and treatment*. New York. Routledge.
- Espina, A. Ortego, M. Ochoa, I. Yenes, F. y Alemán, A. (2001). La imagen corporal en los trastornos alimentarios. *Psicothema*, 13(4), 533-538.
- Estévez, E., Murgui, S., Musitu, G. y Moreno, D. (2008). Clima familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 119-128
- Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, H. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Estévez, E., Musitu, G. y Martínez, B. (2004). Padres y Profesores: ¿cómo influyen en el ajuste psicosocial del adolescente? *VIII Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia: Violencia y Juventud*. Valencia.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2002). *La adolescencia. Una etapa fundamental*. UNESCO. Consultado el 19/04/2009. Recuperado de: [http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub\\_adolescence\\_sp.pdf](http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf)
- Franco, K. (2011). Eating Disorders. *The Cleveland Clinic: Disease Management Project*. Recuperado de <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/psychiatry-psycho/eating-disorders/>



- Funes, J. (2005). Propuestas para observar y comprender el mundo de los adolescentes. O de cómo mirarlos sin convertirlos en un problema. *Congreso ser adolescente hoy, FAD, Madrid*. Recuperado de: [http://www.fad.es/sala\\_lectura/CSAH\\_P.pdf](http://www.fad.es/sala_lectura/CSAH_P.pdf)
- Gamba, M. Hernández, E. Bayarre, H. y Rojo, N. (2007). Problemas éticos y psicológicos de la atención a personas viviendo con VIH. *Revista Cubana de Salud Pública* 33(2).
- García, J., Musitu, G. y Veiga, F. (2006). Autoconcepto en adultos de España y Portugal. *Psicothema*, 18(3), 551-556.
- Gardner, R. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87(2), 327-337.
- Garner, D. y Garfinkel, P. (1981). Body image in anorexia nervosa: Measurement theory and clinical implications. *International Journal of Psychiatry and Medicine*, 11, 263-284.
- Gismero, E. (2001). Evaluación del auto concepto, la satisfacción con el propio cuerpo y las habilidades sociales en la anorexia y bulimia nerviosas. *Clínica y Salud*, 12(3), 289-304.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2004). Predicting Social Integration in the Community Among College Students. *Journal of Community Psychology*, 32(6), 707-720.
- Jiménez, T. (2006). *Familia y Problemas de Desajuste en la Adolescencia: el Papel Mediador de los Recursos Psicosociales*. (Tesis doctoral, Universidad de Valencia, España). Disponible en [http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis\\_terebel.pdf](http://www.uv.es/lisis/otras-publica/tesis_terebel.pdf).
- Jiménez, T., Murgui, S. y Musitu, G. (2005). Validez discriminante de la dimensión de Relaciones de la escala "Clima Social Familiar" de Moos. *Universidad de Valencia*.
- Kantor, J. (1969). *The scientific evolution of Psychology*. Vol. II. Granville: The Principia Press.
- Kantor, J. (1971). *The Aim and Progress of Psychology and other Sciences: A Selection Of Papers*. Chicago: Principia Press.
- Kantor, J. (1980). Manifiesto of Interbehavioral psychology. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, 6(2), 117-128.
- Weissberg, K, y Quesnel. L. (2004). *Guia de transtornos alimenticios*. México: Secretaria de Salud.

- Kenkel, M. De León, P. Mantell, E. y Steep, A. (2005). Divided no more: psychology's role in integrated health care. *Canadian Psychology*, 46(4), 110-121.
- Lalonde, (1974). A new perspective on the health of Canadians: a working document. Minister of National Health and Welfare. ([http://www.hcsc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hcsc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf)).
- Lindzey, G. y Aronson, E. (1968). *The handbook of social psychology (2nd ed.)*. Oxford: Addison-Wesley.
- Lora-Cortez, C. y Saucedo-Molina, T. (2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, 29(3), 60-67.
- Martos, A. (2005). *Variables Mediadoras en la Relación entre el Deterioro Cognitivo y la Capacidad Funcional en Personas Mayores*. (Tesis doctoral, Universidad de Granada, España). Disponible en <http://hera.ugr.es/tesisugr/15522039.pdf>.
- Monleon, B. Perpiñá, C. Botella, C. y Baños, R. (2003). Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría*, 58(3), 268-72.
- Moral, M. y Ovejero, A. (2004). Jóvenes, globalización y postmodernidad: crisis de la adolescencia social en una sociedad adolescente en crisis. *Papeles del Psicólogo, Colegio oficial de psicólogos*. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1142>
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. (2001). *Familia y adolescencia: Análisis de un modelo de intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., Jiménez, T. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Revista Salud Pública de México*, 49, 3-10
- Pélaez F., Labrador, F. y Raich, R. (2007). Prevalence of Eating Disorders among an Adolescent and Young Adult Scholastic Population in the Region of Madrid (Spain). *Journal of Psychosomatic Research* 62, (6), 681-690.
- Programa Sectorial de Salud (2007-2012) disponible en: [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/plan\\_sectorial\\_salud.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/plan_sectorial_salud.pdf)
- Raich, R. (2001). *Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo*. Barcelona: Pirámide.
- Ramos, M. (2008). *Violencia y victimización en adolescentes escolares*. Tesis doctoral. Universidad Pablo de Olavide.
- Reisenzein, R. y Schöpflung, W. (1992). Stumpf's Cognitive-Evaluative Theory of Emotion. *American Psychologist*, 47, 34-45.

- Ribes, (1994). Estado y perspectivas de la Psicología interconductual. En Hayes, L. Ribes, E. López F. (Ed.), *Psicología Interconductual. Contribuciones en honor a J.R. Kantor*. (pp. 17-28) Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la Conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y Salud*. México: Trillas
- Ribes, E. (2002). *Psicología del aprendizaje*. México: Manual Moderno.
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en Humanidades*, 2(8), 149 -161.
- Rodríguez-Marín, J. 1995. *Psicología social de la salud*. Editorial Síntesis
- Ryle, G. (2005). *El Concepto de lo Mental*. Barcelona: Paidós.
- Salleras, L. 1985. *Educación sanitaria*. Madrid: Editorial Díaz Santos.
- Sánchez, A. Hurtado, F. Colomer, J. Saravia, S. Monleon, J. y Soriano, A. (2000). Actitud Alimentaria Anómala y su relación con la Imagen Corporal en una muestra urbana de adolescentes valencianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(3), 191-207
- Sanchez-Sosa, J.C. (2007). *Insatisfacción de Imagen Corporal e Índice de Masa Corporal en relación con Conducta Alimentaria de Riesgo*. Tesis de Maestría en Ciencias. Manuscrito no publicado. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M. y Moral, J. (2009). La Insatisfacción de Imagen Corporal: Trastorno Psicológico o Conducta Normativa. En Consorcio de Universidades Mexicanas (Ed.), *Investigación en Psicología Social. Experiencias desde las Universidades Públicas* (pp. 159-187). Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Schlundt, D. G., y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon
- Sepúlveda, A. Botella, J. y León, J. (2001). La Alteración de la imagen corporal en los trastornos de la alimentación: un meta-análisis. *Psicothema*, 13(1), 7-16.
- Sepúlveda, A. León, J. y Botella, J. (2004). Aspectos controvertidos de la imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Clínica y Salud*, 15(1), 55-74.
- Suárez, F. y Vaz, F. (2003) Conducta alimentaria y trastornos alimentarios en población femenina. *Semerge*, 29(4), 179-182.

- Torrico, E., Santín, C., Andrés, M., Menéndez, S. y López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de psicología*, 18(1), 45-59.
- Ubeda, M. Rico, E. Martínez, R. Gandia, A. Chorro, F.J. y Diez, J. (2003). El adolescente y su imagen corporal. Factores ocultos de confusión diagnóstica. *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 5(20), 583-587.
- White, M. y Grilo, C. (2005). Ethnic differences in the prediction of eating and body image disturbances among female adolescent psychiatric inpatients. *International Journal of Eating Disorders*, 38, 78–84.
- Wonderlich, S. Joiner, T. Keel, P. Williamson, D. y Crosby, R. (2007). Eating disorder diagnoses: Empirical approaches to classification. *American Psychologist*, 62(3), 167–180.
- Zarzosa, L. (1991). Problemas del eclecticismo. Un caso. *Revista Mexicana de Psicología*. 8 (1), 12-18.