

La adolescencia es uno de los periodos más importantes en el desarrollo del ser humano. Esta etapa del ciclo vital se caracteriza por numerosos cambios que implican desafíos tanto para el adolescente como para su entorno más próximo. En este libro los autores se centran en las conductas de riesgo que constituyen en buena medida retos importantes para las familias y los profesionales del ámbito psicosocial y educativo. Los temas que componen esta obra hacen referencia a la violencia escolar y perspectiva de género, el consumo de sustancias, las conductas adictivas y los trastornos alimenticios desde una perspectiva psicosocial. Todos estos aspectos descritos son tratados de forma exhaustiva y fundamentada por un conjunto de profesionales, en su mayoría profesores universitarios, con una larga experiencia en el ámbito de la adolescencia, en familia, la escuela y la comunidad y, lo más importante, comprometidos con las dificultades y problemas sociales y sus potenciales soluciones. Este planteamiento impregna este libro tanto en su contenido como en su estructura. Sin embargo, el hecho de que no seamos "adolescentes" sino adultos y comprometidos profesionales, nos permite a los autores vernos en el lugar del observador científico preocupado por lo que sucede y con la distancia suficiente como para asumir la responsabilidad de desempeñar un papel en el cambio de problemáticas ligadas a su objeto de estudio y, también, respecto de los nuevos retos y oportunidades que están surgiendo en el tránsito del adolescente en el mundo contemporáneo.



El Tránsito del Adolescente: Retos y Oportunidades

B. Martínez Ferrer
D. Moreno Ruiz
G. Musitu Ochoa
J.C. Sánchez Sosa
M^a. E. Villarreal González

EL TRÁNSITO DEL ADOLESCENTE: Retos y oportunidades.

B. Martínez Ferrer
D. Moreno Ruiz
G. Musitu Ochoa
J. C. Sánchez Sosa
M^a. E. Villarreal González

© B. Martínez Ferrer; D. Moreno Ruiz; G. Musitu Ochoa;
J. C. Sánchez Sosa; M^a. E. Villarreal González

Edita: Palmero Ediciones
info@palmeroediciones.com

I.S.B.N.: 978-84-938-0-1

Depósito Legal: V 1947-2012

Imprime: Copias y Revelados S.L.

Menéndez y Pelayo, 29

46010 VALENCIA

trabajo@copiasyrevelados.com

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

María Elena Villarreal González

Doctora en filosofía con especialidad en Psicología por la Universidad Autónoma de Nuevo León. Profesora-Investigadora de tiempo completo de la UANL impartiendo cátedra de licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología de la misma Universidad; además es Secretario Técnico del Comité de Educación del Consejo Estatal contra las Adicciones (CECA), en el Estado de Nuevo León, México. Es autora de diversos artículos científicos, capítulos de libros y libros publicados tanto en el ámbito nacional como internacional. Sus líneas de investigación (LGAC) se relacionan con las adicciones, violencia, victimización escolar y trastornos alimenticios en la adolescencia. Recibió consecutivamente durante los años 2010 y 2011 el Premio a la Mejor Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Es Líder del Cuerpo Académico de Adolescencia y Calidad de Vida de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, reconocido por Promep. Miembro del grupo internacional de investigación LISIS y forma parte del Sistema Nacional de Investigadores Nivel I, distinción otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
UNIDAD I. ADOLESCENCIA Y CONTEXTOS DE DESARROLLO	3
CAPÍTULO 1. TEORÍAS SOBRE LA ADOLESCENCIA	5
1. HISTORIA DE LA ADOLESCENCIA	5
2. ¿QUÉ ES LA ADOLESCENCIA? DEFINICIÓN Y ETAPAS.....	7
3. PERSPECTIVAS TEÓRICAS DE LA ADOLESCENCIA	10
3.1. Perspectiva del desarrollo	11
3.1.1. Teorías Biológicas	11
3.1.2. Teoría Psicoanalítica.....	11
3.1.3. Teoría Psicosocial.....	12
3.1.4. Teoría Cognitiva	14
3.1.5. Teoría del Aprendizaje Social-Cognitivo.....	15
3.2. Perspectivas teóricas del ciclo vital.....	16
3.2.1. Modelo Ecológico del Desarrollo Humano	16
3.2.2. Modelo Biopsicosocial	18
3.2.3. Ciencia Comportamental del Desarrollo.....	18
3.2.4. Modelos de Ajuste Persona-Contexto	19
4. CAMBIOS Y TRANSFORMACIONES EN LA ADOLESCENCIA.....	20
4.1. Cambios biológicos.....	21
4.2. Cambios psicológicos	22
4.3. Cambios sociales.....	23
3.2.1. Las Relaciones con los Padres y Hermanos	23
3.2.2. Las Relaciones con los Iguales	24
3.2.3. Relaciones con Otros Familiares y Adultos Significativos	25
INFORMACIÓN RECOMENDADA	27
REFERENCIAS	28
CAPÍTULO 2. CONTEXTOS PRIMARIOS DE SOCIALIZACIÓN EN LA ADOLESCENCIA: FAMILIA Y ESCUELA.....	31
1. SOCIALIZACIÓN FAMILIAR EN LA ADOLESCENCIA	31
1.1. Formas y funciones de la familia actual.....	32
1.2. La socialización familiar	34
1.2.1. Estilos y Prácticas Parentales	35
1.3. Desafíos de la familia con hijos adolescentes	39
1.3.1. Autonomía de los Hijos Versus Control Parental.....	40
1.3.2. Conflictos entre Padres e Hijos Adolescentes.....	42
2. SOCIALIZACIÓN DEL ADOLESCENTE EN LA ESCUELA.....	46
2.1. La escuela: una institución formal.	48
2.2. El rol del profesor como agente de socialización.....	50
2.3. El adolescente en la escuela: el ajuste escolar	52
INFORMACIÓN RECOMENDADA	59
REFERENCIAS	60
UNIDAD II. LA PERSPECTIVA PSICOSOCIAL DE LA VIOLENCIA	65
CAPÍTULO 3. TEORÍAS SOBRE LA VIOLENCIA EN LA ADOLESCENCIA	67
1. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR VIOLENCIA ESCOLAR?	68
1.1. Clasificación de la violencia	68
2. VIOLENCIA ENTRE COMPAÑEROS Y BULLYING	70
3. MODELOS TEÓRICOS DE LA CONDUCTA VIOLENTA	72
4. TEORÍAS ACTIVAS O BIOLÓGICAS DE LA CONDUCTA VIOLENTA.....	72
4.1. Teoría Genética.....	72
4.2. Teoría Etológica	73
4.3. Teoría Psicoanalítica	76
4.4. Teoría de la Personalidad	77

4.6. Teoría de la Frustración.....	79
4.7. Teoría de la Señal-Activación.....	81
5. TEORÍAS REACTIVAS O AMBIENTALES DE LA CONDUCTA VIOLENTA.....	81
5.1. Teoría Conductual.....	82
5.2. Teoría Social Cognitiva.....	84
5.3. Modelo del Déficit en el Procesamiento de la Información.....	85
5.4. Teoría de la Interacción Social.....	86
5.5. Teoría Evolutiva y Desarrollista.....	86
5.6. Teoría Sociológica.....	87
5.7. Teoría Ecológica.....	87
6. INCIDENCIA DE LA VIOLENCIA ESCOLAR.....	93
INFORMACIÓN RECOMENDADA.....	94
REFERENCIAS.....	94
CAPÍTULO 4. FACTORES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA ESCOLAR.....	97
1. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL AGRESOR.....	98
2. VARIABLES ASOCIADAS A LA CONDUCTA VIOLENTA EN LA ESCUELA.....	100
2.1. Variables individuales relacionadas con la violencia escolar.....	101
2.1.1. Autoestima.....	102
2.1.2. Sintomatología Depresiva.....	103
2.1.3. Empatía.....	104
2.1.4. Soledad.....	107
2.1.5. Satisfacción con la Vida.....	109
2.1.6. Actitud hacia la Autoridad Institucional.....	111
2.1.7. Reputación Social.....	112
2.2. Variables familiares relacionadas con la violencia escolar.....	114
2.2.1. Clima Familiar.....	115
2.3. Variables escolares relacionadas con la violencia escolar.....	117
2.3.1. Clima Escolar.....	118
INFORMACIÓN RECOMENDADA.....	122
REFERENCIAS.....	123
CAPÍTULO 5. ADOLESCENCIA, VIOLENCIA Y VICTIMIZACIÓN ESCOLAR DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	133
1. EL ESTUDIO DEL GÉNERO COMO HERRAMIENTA CONCEPTUAL Y ANALÍTICA.....	133
2. DESARROLLO DEL GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA.....	137
3. FACTORES DE SOCIALIZACIÓN DEL GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA.....	138
3.1. El contexto familiar.....	138
3.2. El contexto escolar.....	140
3.3. El grupo de iguales.....	141
3.4. La comunidad.....	143
3.5. Los medios de comunicación.....	145
4. GÉNERO, AGRESIÓN Y VICTIMIZACIÓN.....	147
4.1. Diferencias de género en conducta agresiva.....	147
4.2. Diferencias de género en violencia escolar durante la adolescencia.....	149
4.3. Diferencias de género en victimización durante la adolescencia.....	151
5. PREVENCIÓN, INTERVENCIÓN Y LA PARADOJA DE GÉNERO.....	152
INFORMACIÓN RECOMENDADA.....	155
REFERENCIAS.....	156
UNIDAD III. DELINCUENCIA Y CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	161
CAPÍTULO 6: CONDUCTAS DELICTIVAS EN LA ADOLESCENCIA.....	163
1. DEFINICIÓN DE LA DELINCUENCIA ADOLESCENTE.....	163
2. EVOLUCIÓN DE LA DELINCUENCIA ADOLESCENTE.....	166
3. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA DELINCUENCIA.....	168
3.1. Teorías sociológicas de la delincuencia.....	169
3.1.1. El Enfoque Ecológico de la Escuela de Chicago: la Hipótesis Zonal.....	169
3.1.2. La Teoría de las Subculturas de Cohen.....	170
3.2. Teorías psicosociales de la delincuencia.....	171

3.2.1. Teoría de la Conducta Problema de Jessor.....	171
3.2.2. Modelo de Desarrollo Social de Hawkins, Catalano y Miller.....	173
3.2.3. Teoría Interaccional de Thornberry.....	174
3.2.4. El Modelo de Moffitt.....	174
4. PRINCIPALES FACTORES IMPLICADOS EN LA DELINCUENCIA ADOLESCENTE.....	178
4.1. Factores familiares.....	178
4.2. La relación con los iguales.....	180
4.3. Factores escolares.....	181
4.4. Factores comunitarios.....	182
INFORMACIÓN RECOMENDADA.....	184
REFERENCIAS.....	185
CAPÍTULO 7. CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA.....	191
1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	192
1.1. Consumo de sustancias legales.....	193
1.2. Consumo de sustancias ilegales.....	196
2. EDAD MEDIA DE INICIO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.....	198
3. PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS.....	200
4. MODELOS INTERPRETATIVOS DEL CONSUMO DE DROGAS.....	202
4.1. El Modelo Explicativo de Wills.....	204
4.2. El Modelo Integrador de Lin y Ensel.....	204
4.3. El Modelo de Desarrollo Social y la Teoría de la Conducta Problema.....	205
5. FACTORES RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS.....	207
5.1. Factores individuales.....	207
5.1.1. Sintomatología Depresiva.....	207
5.1.2. El Rol de la Autoestima.....	208
5.2. Factores familiares.....	211
5.2.1. El Estilo Educativo Parental.....	211
5.2.2. Las Relaciones Familiares.....	213
5.2.3. El Consumo Parental.....	214
5.3. Factores sociales.....	215
5.3.1. La Influencia del Grupo de Iguales.....	215
5.3.2. El Mejor Amigo y la Pareja.....	216
INFORMACIÓN RECOMENDADA.....	218
REFERENCIAS.....	219
UNIDAD IV. TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN LA ADOLESCENCIA.....	225
CAPÍTULO 8. TEORÍAS SOBRE LOS DESORDENES ALIMENTICIOS.....	227
1. LA PERTINENCIA CONCEPTUAL Y PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD.....	228
1.1. El Eclecticismo en psicología.....	229
2. LAS EXPLICACIONES CAUSALES FATALISTAS EN PSICOLOGÍA.....	230
3. MODELOS TEÓRICOS DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS.....	231
3.1. Teorías Psicopatológicas.....	232
3.1.1. El Modelo Psicoanalítico.....	232
3.1.2. Modelos Cognitivo-Afectivos.....	233
3.2. Teorías Sociales.....	234
3.3. Teorías Eclécticas.....	236
3.3.1. Modelos Psicodinámicos.....	237
3.3.2. Modelo Multidimensional de la Anorexia.....	237
3.4. Teorías de Campo.....	239
3.4.1. Modelo Bioconductual de la Anorexia.....	239
3.4.2. Modelos Ecológicos.....	240
3.4.3. Modelos Psicosociales.....	242
INFORMACIÓN RECOMENDADA.....	244
REFERENCIAS.....	245
CAPÍTULO 9. EL MODELO DE CAMPO PSICOSOCIAL DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS.....	247
1. LA CONCEPCIÓN DE CAMPO EN PSICOLOGÍA COMO MARCO METATEÓRICO.....	247
1.1. La Psicología Topológica de Kurt Lewin.....	250

1.2. La Postura de Campo Interconductual	252
2. EL PLANTEAMIENTO CONTEXTUAL DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS	253
1.1. La Adolescencia y su Entorno Social.....	254
3. LAS VARIABLES PSICOSOCIALES Y LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS	258
3.1. La imagen corporal y los desordenes alimenticios.....	258
3.2. La autoestima y los desordenes alimenticios	260
3.3. La conducta depresiva y los desordenes alimenticios.....	261
3.4. Conductas alimentarias de riesgo.....	261
4. MODELO EXPLICATIVO DE CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO	262
INFORMACIÓN RECOMENDADA	268
REFERENCIAS	269

Capítulo 8. TEORÍAS SOBRE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Juan Carlos Sánchez¹

David Moreno²

María Elena Villarreal¹

¹*Universidad Autónoma de Nuevo León, México*

²*Universidad Pablo Olavide de Sevilla*

En los 130 años de desarrollo de la Psicología como disciplina científica han emergido innumerables corrientes teóricas y, por consiguiente, múltiples modelos explicativos de los problemas relacionados con la ingesta alimenticia. Con la finalidad de analizar el estatus explicativo actual de la Psicología en relación a los desórdenes alimenticios, en este punto exponemos una estructura evolutiva de las diversas concepciones teóricas sobre los desórdenes alimenticios. Antes de proceder con este análisis, es necesario clarificar tres conceptos que serán relevantes en el desarrollo del presente capítulo: Desórdenes Alimenticios, Conducta Alimentaria de Riesgo y Modelo Teórico.

Los dos primeros, Desórdenes Alimenticios y Conducta Alimentaria de Riesgo, se enmarcan en la temática tratada. Al referirnos a desórdenes alimenticios es preciso contemplar la problemática alimentaria en un amplio espectro que abarca problemas relacionados tanto con sobre peso como con infrapeso, que se define como un patrón de conducta anormal respecto a la ingesta de alimentos y el balance energético (Schlundt y Johnson, 1990). El término conducta alimentaria de riesgo hace referencia a los hábitos alimenticios que pueden desencadenar desórdenes relacionados con el infrapeso, también llamados trastornos de conducta alimentaria -mejor conocidos como anorexia y bulimia-. Por último, el término Modelo Teórico es un concepto metodológico, ampliamente utilizado en Psicología, por lo que se considera conveniente especificar su aplicabilidad. A este respecto, Callejo (2000) considera que el carácter polisémico del término modelo requiere una delimitación clara y precisa dentro del ámbito de la ciencia así como su relación con la teoría.

Desde una perspectiva científica, un modelo es la representación de un determinado fenómeno en el que todos sus elementos conceptuales han sido operacionalizados y expresados en una relación causal entre ellos validada por una

teoría. Desde esta perspectiva, el modelo es una especificación de la teoría que ofrece una explicación observable de los elementos que integran el fenómeno estudiado. Sin embargo, es necesario distinguir entre una teoría científica en la cual se prescriben los papeles desempeñados por los conceptos y las prácticas lingüísticas ordinarias en las que solamente se hacen suposiciones, se proponen explicaciones y se aventuran predicciones (Ribes, 2004).

Los modelos teóricos de desórdenes alimenticios se centran en el análisis de factores que aun y cuando regularmente se encuentra una relación empírica significativa entre ellos, generalmente no resulta funcional tanto en términos explicativos como predictivos, y por consiguiente en el plano preventivo y terapéutico son ineficaces (Sánchez-Sosa y Villarreal-González, 2010). Este problema de relevancia científica obedece a tres aspectos principales: 1) La falta de pertinencia conceptual y práctica de la Psicología en el ámbito de la salud, 2) El eclecticismo en Psicología y 3) Las explicaciones causales fatalistas en Psicología.

1. LA PERTINENCIA CONCEPTUAL Y PRÁCTICA DE LA PSICOLOGÍA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Las llamadas enfermedades crónicas, entre las que se encuentran los desórdenes alimenticios, presentan una etiología multicausal, que cursa con una disfunción biológica, psicológica y social, por lo que resulta necesario esclarecer los planteamientos teóricos desde la psicología respecto a la dimensión salud – enfermedad. Ribes (2008) considera que los esfuerzos en la vinculación Psicología-Salud se han enmarcado en concepciones plurales, no siempre bien delimitadas.

En este sentido, resulta necesario considerar la evolución del concepto de salud desde un enfoque médico, que considera a la enfermedad como la ausencia de salud biológica (unicausal), a una conceptualización de carácter holístico (multifactorial) que incorpora las dimensiones sociocultural y psicológica. Los modelos explicativos unicausales que conceptualizan los desórdenes alimenticios como trastornos producto de una psicopatología, se centran en atributos causales de índole interna conceptualmente confusos que dan lugar a una concepción internalista y reduccionista de la salud (Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Moral, 2009).

Por el contrario, desde un enfoque holista, la salud se define como un constructo biopsicosocial, producto de una normatividad consensuada, que considera como dimensiones relevantes aspectos de tres tipos: biológicos, como la bio-sustentabilidad y

la funcionalidad biológica individual; psicológicos, entre los que destaca la funcionalidad social individual; y sociales, como el funcionamiento inter e intra comunitario (Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Musitu 2010). 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 de la Psicología de la Salud.

La Psicología contemporánea presenta dos tendencias que, a nuestro juicio, son incompatibles con el concepto integral de salud biopsicosocial y que han influido en la evolución de los modelos explicativos de los desórdenes alimenticios: el eclecticismo en Psicología y las explicaciones causales fatalistas. En el siguiente punto explicaremos brevemente el surgimiento de estas tendencias que aquejan a nuestra disciplina.

1.2. EL ECLECTICISMO EN PSICOLOGÍA

La presunción actual de una supuesta necesidad de integración teórica ha originado en la psicología un eclecticismo pernicioso. Este carácter omnilográfico ha propiciado que conceptos que provienen de diferentes enfoques teóricos adopten un carácter polisémico. Esta situación deriva en una vulnerabilidad teórica en psicología que ha permitido el desarrollo de híbridos conceptuales, en lugar de auténticas integraciones teóricas (Sánchez-Sosa y Villarreal-González, 2010). El surgimiento de las posturas eclécticas en Psicología contempla el análisis de tres aspectos:

- 1) ***Una confusión teórica producto de la transición explicativa en ciencia.*** La transición explicativa en ciencia, que va de las concepciones unicausales (Newtoniano-Cartesianas) al metaparadigma de la multifactorialidad (Constructivista), ha contribuido a fortalecer la capacidad heurística de la psicología con el surgimiento de las teorías de campo. Sin embargo, también ha generado confusión teórica, al permitir el desarrollo de integraciones espurias que interpretan erróneamente el carácter holístico puesto que, desde esta perspectiva, se considera que las diversas explicaciones teóricas en psicología son factores interactuantes.
- 2) ***El carácter pre paradigmático de la Psicología.*** El hecho de ser la única disciplina científica que carece de un objeto de estudio consensuado, ha propiciado confusiones ontológicas y epistemológicas que han conducido a una

concepción errónea de la psicología como ciencia multiparadigmática que refleja la diversidad de objetos de estudio (Ribes, 2000).

- 3) **El pragmatismo en Psicología.** El eficientísimo terapéutico genera hibridaciones conceptuales que dan lugar a prácticas terapéuticas carentes de sustento teórico. En consecuencia, se sustituye el criterio de pertinencia (técnicas terapéuticas emanadas de teorías científicas) por el de abundancia (diversidad de técnicas de diferentes teorías en la práctica profesional) (Zarzosa, 1991). Esta amalgama de prácticas pseudocientíficas y anticientíficas en psicología ha derivado en un quehacer profesional del Psicólogo sin respaldo teórico al que hemos denominado Psicología Chatarra o Psicología de Consumo (Sánchez-Sosa, Téllez y Villarreal-González, 2010)

3. LAS EXPLICACIONES CAUSALES FATALISTAS EN PSICOLOGÍA

La mayoría de concepciones teóricas dominantes en el campo de la Psicología conservan la herencia de explicaciones fatalistas sobre el comportamiento humano. Desde estas explicaciones, la conducta humana es el resultado de una diversidad de atributos internos confusos, generalmente de naturaleza innata. La principal limitación de estas explicaciones es la suposición de que estos procesos que condicionan o definen el comportamiento pueden ser evaluados de manera aislada. Por tanto, excluyen la influencia directa de otros factores interactuantes (biológicos, ambientales, contextuales y de historia personal). Algunas concepciones neo mentalistas admiten la influencia de otros factores. Sin embargo, dicha influencia es filtrada, canalizada o reestructurada a través de procesos internos, entidades mentales o estructuras cognitivas, con lo cual se genera un reduccionismo explicativo.

No podemos delimitar ni considerar instancias internas independientes y aisladas. Tampoco podemos desligarlas del comportamiento, ya que cuando evaluamos lo psicológico medimos el resultado de la interacción de una serie de factores. Es decir, la conducta no se puede reducir a una parcial y confusa categorización de atributos internos. Sin embargo, una concepción holista de la Psicología no considera necesario explicar el comportamiento psicológico como una abstracción explicativa que atribuya causas internas (mentalismo). Tampoco hace referencia a la respuesta del organismo (conductismo Skinneriano), lo único que se requiere es especificar los detalles

La atribución simbólica de supuestos procesos internalistas mediante los cuales el sujeto filtra, construye y transforma la realidad resulta innecesaria en la explicación de lo psicológico. Además, esta atribución propicia una confusión teórica al plantear una explicación alterna (internalista) a la interacción de eventos prístinos cuando esta última es suficiente para explicar el funcionamiento psicológico (Kantor, 1971). Al no contemplar la incidencia directa de los factores sociales, ambientales y biológicos en la concepción de lo psicológico, se asume un reduccionismo maquinista causal que estigmatiza a los enfermos y los convierte en responsables de su padecimiento.

Una aproximación holística de la de salud, considerando su dimensión psicológica, requiere despojarse de constructos causales fatalistas que limiten su ámbito de ocurrencia a la designación de estados internos de bienestar de naturaleza biológica y/o psicológica. Especialmente, en el análisis de las enfermedades multicausales, tanto la Psicología como, en particular, la Psicología de la Salud, deben realizar una transformación conceptual que trascienda la ostensividad ontológica internalista espuria y fatalista de la Psicología contemporánea. La incorporación de teorías de campo interactivo que consideran la influencia directa de factores biológicos, históricos, socio-culturales y ambientales proporciona una amplia perspectiva explicativa del factor psicológico y facilita la intervención multidisciplinar de las enfermedades multicausales.

3. MODELOS TEÓRICOS DE LOS DESÓRDENES ALIMENTICIOS

Son numerosas las explicaciones teóricas que pretenden dar respuesta a los desórdenes alimenticios. Sánchez-Sosa y cols. (2010) realizaron una clasificación del desarrollo evolutivo de estas teorías sobre los desórdenes alimenticios de acuerdo a cuatro ejes o corrientes teóricas generales:

- 1) **Teorías Psicopatológicas.** Los modelos que se engloban en esta orientación teórica tienen en común la atribución de los desórdenes alimenticios a causas internas. La característica principal de estos modelos es la consideración de los desórdenes alimenticios como trastornos producto de una psicopatología de origen individual.
- 2) **Teorías Sociales.** La influencia cada vez mayor de los aspectos sociales como factores determinantes en el comportamiento humano ha dado lugar a modelos sociales que explican la relación de variables culturales y contextuales con los

3) **Teorías Eclécticas.** Los modelos eclécticos consideran la incorporación de diversas explicaciones teóricas que lejos de formar una estructura integradora se convierten en una "ensalada" conceptual producto de hibridaciones teóricas endebles.

4) **Teorías de Campo.** Estos modelos consideran que todos los eventos son interacciones complejas de numerosos factores en situaciones específicas. La explicación psicológica no busca causalidades productoras o creadoras de fenómenos, sino más bien trata de poner de manifiesto el sistema de interdependencias existentes entre los elementos participantes en ese campo psicológico.

En los siguientes epígrafes desarrollamos con mayor profundidad los cuatro enfoques teóricos presentados, así como los modelos más representativos que pertenecen a estas teorías.

3.1. TEORÍAS PSICOPATOLÓGICAS

En esta corriente teórica destacan los modelos psicoanalíticos y cognitivo afectivos. Las diversas concepciones psicoanalíticas tienen en común que consideran los desórdenes alimenticios como una psicopatología que no se constituye conceptualmente con una nosología propia, sino que es una forma sintomática de otra estructura clínica llámese neurosis, perversión o psicosis (López, 1999). Es decir, los desórdenes alimenticios suponen una expresión de otros trastornos psicológicos establecidos en los sistemas diagnósticos psicoanalíticos. Los modelos explicativos que hacen referencia a procesos y/o estructuras cognitivas consideran que la alteración de la imagen corporal es el factor psicológico determinante, tanto en la etiología como en el diagnóstico de los desórdenes alimenticios.

3.1.1. El Modelo Psicoanalítico

La perspectiva psicoanalítica considera que los desórdenes alimenticios son la expresión simbólica oral de un conflicto intrapsíquico. Según Ajuriaguerra (1976), la conducta de ingesta está ligada a preocupaciones sexuales relacionadas con la creencia de una fecundación por la boca y por la comida, por lo que la anorexia simbolizaría el temor a ser fecundada y, la obesidad simbolizaría el embarazo. Estas interpretaciones, propias de la época Victoriana, se remontan a 1895. En este año, Freud, en su manuscrito G sobre la melancolía, sostiene que la neurosis alimentaria paralela a la

melancolía es la anorexia y representa una melancolía en presencia de una sexualidad rudimentaria.

Esta pseudo explicación intelectualista y descontextualizada se utiliza como marco de referencia para el desarrollo de múltiples interpretaciones, las cuales han variado en función del interés conceptual, asociándose a la melancolía, la psicosis o la histeria. Pese a esta multiplicidad de asociaciones, este modelo no ha podido aportar elementos pertinentes en el plano descriptivo, predictivo y de intervención sobre los desórdenes alimenticios (Almenara, 2003). Como ejemplo de estas explicaciones, desde la perspectiva transpersonal Jungiana se considera que la anorexia es un camino hacia la individuación, en el cual la mujer se reúne con la Madre y recupera el significado que tiene su existencia femenina (Araya, 2001).

En resumen, las posturas psicoanalíticas, conceptualizan los desórdenes alimenticios como una psicopatología que carece de una nosología propia, pues es una forma sintomática de otra estructura clínica, llámese neurosis, perversión o psicosis (López, 1999). El modelo psicoanalítico, coincide con otros enfoques psicopatológicos de los problemas asociados a la alimentación es su relación con trastornos de personalidad, especialmente asociado a rasgos obsesivos, histéricos y compulsivos (González, Unikel, Cruz y Caballero, 2003).

3.1.2. Modelos Cognitivo-Afectivos

Estos modelos definen los desórdenes alimenticios como un trastorno de la imagen corporal, conceptualizado como una alteración perceptiva y actitudinal (afectiva y cognitiva) caracterizada por la preocupación exagerada por algún defecto imaginario o sobreestimado de la apariencia física. Según Gardner (1996) la imagen corporal incluye dos componentes. El componente perceptivo hace referencia a la estimación del tamaño y la apariencia. El componente actitudinal recoge los sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo.

La insatisfacción de la imagen corporal (alteración actitudinal) ha sido considerada como uno de los factores predisponentes clave en la explicación de los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA), mientras que las distorsiones perceptivas del tamaño corporal (alteración perceptiva) son un criterio diagnóstico importante (Baile, Raich y Garrido, 2003). Así, las alteraciones de la imagen corporal 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.

Numerosas investigaciones han confirmado la relación directa y significativa entre la insatisfacción con la imagen corporal y medidas preclínicas de trastornos de conducta alimentaria (Ballester, de Gracia, Patiño, Suñol, y Ferrer, 2002; Benedito, Perpián, Botella, y Baños, 2003; Espina, Ortego, Ochoa; Alemán y Juaniz, 2001; Sánchez-Sosa, 2007). Sin embargo, otros estudios muestran resultados contradictorios. Así, Johnson y Wardle (2005) determinaron que tanto las dietas restrictivas como la insatisfacción de imagen corporal aparecían como los factores que mejor predecían la ingesta alimenticia anormal asociada al infrapeso. En un estudio similar Sánchez-Sosa, Villarreal-González y Moral (2009) señalaron que, el índice de masa corporal se relaciona con una mayor insatisfacción respecto a la imagen corporal y con una mayor presencia de conducta alimentaria de riesgo. También, tanto la insatisfacción de imagen corporal como la conducta alimentaria de riesgo están más asociadas con el sobrepeso que con el infrapeso.

Estas contradicciones sugieren que un modelo psicopatológico basado en alteraciones perceptuales y actitudinales de la imagen corporal no tiene capacidad teórica para explicar la conducta alimentaria de riesgo. Por tanto, la conceptualización de la imagen corporal como una distorsión perceptiva o cognitiva en términos de representaciones mentales (Rivarola, 2003) derivadas de un proceso cognitivo de comparación, autoevaluación y autorechazo (Baile, Guillen y Garrido, 2002) carece de validez empírica. Además, los hallazgos reportados conducen hacia un concepto de la imagen corporal como normatividad social respecto al grado de aceptación y/o adopción al modelo estético de delgadez impuesto por la cultura occidental.

La inconsistencia de elementos empíricos que confirmen plenamente las explicaciones psicopatológicas ha dado paso a concepciones que contemplan otros parámetros explicativos como las variables socioculturales.

1.3. TEORÍAS SOCIALES

Los modelos explicativos socioculturales sostienen que en el comportamiento alimentario de una persona inciden factores culturales, sociales, económicos y políticos. Los seres humanos evolucionan y se desarrollan en un constante ir y venir de similitudes y diferencias derivadas de su potencial genético, su nicho ecológico, su

herencia cultural y su historia conductual (Díaz-Guerrero, 1972). En consecuencia, desde estas teorías, la conducta alimentaria no puede reducirse a aspectos meramente biológicos y psicológicos internalistas (Stephen, 2006). La alimentación es un hecho complejo que se explica desde una perspectiva multidimensional, en la cual interaccionan la biología y las respuestas adaptativas desarrolladas en cada contexto, tomando en cuenta como factores no solo el lugar sino también el tiempo. Por tanto, la conducta alimentaria adquiere una dimensión social, cultural e identitaria.

De esta manera, comprender la alimentación implica examinar las categorías taxonómicas de los alimentos que cada cultura elabora respecto a los productos alimenticios y a las prácticas alimenticias referentes a la producción, distribución y consumo de los alimentos que determinan el comportamiento alimentario (Contreras, 2007). Para este autor, la alimentación está pautada por el sistema de creencias y valores existentes en cualquier cultura y momento determinando. Estas circunstancias condicionan qué alimentos son aceptados o rechazados en cada situación y para cada tipo de persona.

Este tipo de condicionantes ideológicos son aspectos importantes a considerar en el análisis de la conducta alimentaria, en donde es trascendental la influencia cultural inclusive de algunas prácticas de carácter religioso (Oliveras-López y cols., 2006; Contreras, 2007). En consecuencia, desde estos planteamientos teóricos, se elaboran categorías de alimentos (saludables y no saludables, convenientes y no convenientes, ordinarios y festivos, buenos y malos, adultos e infantiles e inclusive femeninos y masculinos). Hesse-Biber, Leavy, Quinn y Zoino (2006) establecen que los desórdenes alimenticios tienen un origen psicológico y social. Por lo tanto, las investigaciones orientadas hacia la determinación de la influencia cultural en los desórdenes alimenticios deberán de contemplar diversos aspectos de aculturación y/o identificación étnica (White y Grilo, 2005).

Estudios etnográficos han encontrado diferencias transculturales en relación a la forma corporal ideal. Frente al ideal de delgadez de la cultura occidental, existen otras culturas en la que el prestigio social se asocia con la acumulación de grasa, ya que ésta se relaciona con un mayor acceso a recursos alimenticios lo que refleja mayor potencial económico y social (Swami y Martin, 2006). En esta línea, Regan y Cachelin (2006) encontraron diferencias en los comportamientos relacionados con dieta restrictiva entre un grupo de mujeres asiáticas y un grupo de hispanas, afroamericanas y caucásicas. Sin

Sin embargo, estudios realizados por Willemsen y Hoek (2006), así como Arnsperger (2007) cuestionan la noción de protección cultural respecto a los trastornos alimenticios ya que sus resultados respaldan la importancia que tiene la influencia contextual sobre la condición étnica.

Desde estos modelos también se ha planteado la relevancia de diversos contextos (familia, escuela, comunidad etc.) tanto en la etiología como en el mantenimiento de estos problemas. Investigaciones a este respecto han encontrado relaciones significativas entre diversas variables familiares y los desórdenes alimenticios (Magallanes, León, Arias y Herrera 1999; Villasfís-Keever, Pineda-Cruz, Halley-Castillo y Alva-Espinosa, 2001). Respecto a los efectos que el apoyo social tiene en relación con la conducta alimentaria, se ha constatado que el apoyo social tiene un efecto positivo y la protección de las relaciones sociales en los ámbitos de bienestar físico y psicológico (Fommeler y cols., 2006).

Sin embargo, en estos trabajos no se ha tenido en cuenta la multiplicidad de variables que determinan el desarrollo, la estructura, y funcionamiento de las relaciones sociales, por lo que es preciso que estas deban de ser analizadas en niveles diferentes incluyendo el personal, interpersonal, y situacional (Herrero y Gracia, 2004). Además, la identificación de factores socioculturales y familiares asociados a la etiología de los desórdenes alimenticios, así como la prevalencia de la enfermedad entre la población general, provocan una amplia discusión sobre las posibilidades de prevención y detección precoz, en diversos contextos sociales como pueden ser el ámbito educativo, la familia y los medios de comunicación (March y cols., 2006).

3.3. TEORÍAS ECLÉCTICAS

Existe un consenso casi generalizado respecto a la etiología multicausal de los desórdenes alimenticios, en el cual destaca la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Acosta-García, Llopis, Gómez-Péresmitré y Pineda, 2003; March y cols., 2006; Toro y Vilardell, 1987). Sin embargo, numerosos modelos explicativos que pretenden integrar diversas variables carecen de una estructura teórica explicativa, ya que lo único que hacen es referir empíricamente relaciones entre variables con significancia estadística. Mientras siga prevaleciendo la idea de que la ciencia avanza por un proceso de confirmación fáctica en lugar de la confrontación de

generan confusión conceptual (Khun, 2006). Un claro ejemplo de estas 'ensaladas' conceptuales son los modelos psicodinámicos de Hilde Bruch y Mara Selvini-Palazzoli y el modelo multidimensional de la anorexia de Toro y Vilardell.

3.3.1. Modelos Psicodinámicos

Durante la década de los setenta del pasado siglo surgen planteamientos teóricos neopsicoanalíticos que, además de conservar las concepciones intrapsíquicas y protoexperienciales del psicoanálisis ortodoxo, integran eclécticamente nuevos elementos explicativos. Las dos autoras principales de estos modelos son Hilde Bruch (1973) y Mara Selvini Palazzoli (1974). La Dra. Hilde Bruch, de orientación neo Freudiana, expresa en sus postulados una clara tendencia ecléctica, al incorporar en su explicación las etapas de la evolución cognitiva Piagetanas. Bruch (1982) atribuye las alteraciones de la imagen corporal a un déficit del yo, en lo que se refiere a autonomía y dominio del propio cuerpo, que da lugar a un sentido de ineficacia personal.

Para Bruch (1973) la distorsión de la imagen corporal y las disfunciones alimentarias tienen un carácter simbólico, puesto que representan formas de camuflaje de diversos problemas que por otros medios no ha sido posible resolver. Bruch (1981) menciona una serie de características que distinguen el síndrome de anorexia nerviosa: una persecución implacable por la delgadez, una preocupación casi delirante por la imagen corporal, una incapacidad para identificar el hambre con otros estados de tensión corporal, falta de identidad y un sentido de ineficacia paralizador.

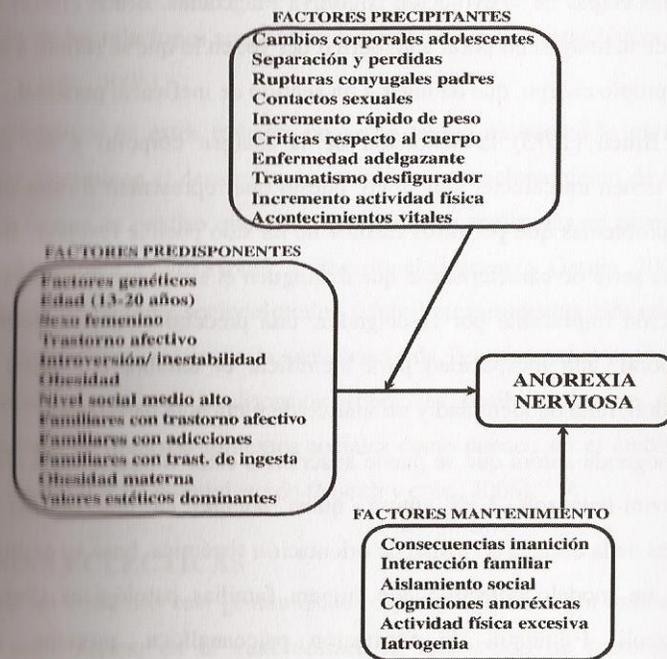
Una segunda autora que se puede adscribir a estos modelos es el elaborado por la Dra. Selvini-Palazzoli. Esta autora, quien además es una de las principales representantes de la escuela de Milán de orientación sistémica, basa su explicación de la anorexia en un modelo colectivo que sugiere familias patológicas (Selvini, 2001). Selvini-Palazzoli, Psiquiatra de formación psicoanalítica, propone, además, la implementación de la terapia sistémica paradójica en el tratamiento de la anorexia la cual no cuenta con una base teórica que sustente su aplicación. Las aportaciones terapéuticas de la terapia sistémica a través de Selvini-Palazzoli se centran en un eficientísimo terapéutico de ahí su carácter ecléctico.

3.3.2. Modelo Multidimensional de la Anorexia

Un intento por encontrar una explicación holística de los desórdenes

Tera y Vilardell (1987). Estos autores consideran que la anorexia es un trastorno psicobiológico y psicosomático complejo en el que intervienen múltiples factores predisponentes, precipitantes y de mantenimiento (Ver Figura 1). Los factores predisponentes se refieren a aspectos genéticos, la edad, el sexo (femenino), psiquiátricos (trastorno afectivo introversión) y familiares con antecedentes psiquiátricos. Los factores precipitantes están relacionados con acontecimientos vitales como separación y pérdidas, rupturas conyugales, así como cambios relacionados con el aumento rápido de peso. Finalmente, los factores perpetuantes o de mantenimiento están relacionados con aislamiento social y cogniciones anoréxicas.

Figura 1. Modelo Multidimensional de la Anorexia



El modelo multidimensional de la anorexia parte de una concepción médico-biológica, en el que tanto el factor biológico como el psicológico siguen manteniendo un carácter causal pues se siguen conceptualizando los desórdenes alimenticios como una psicopatología. Por tanto, este modelo, más que una integración teórica, ofrece una reducción explicativa internalista de los factores interactuantes.

En resumen, los modelos eclécticos de los desórdenes alimenticios se orientan hacia una psicología popular producto del lenguaje ordinario validado por las prácticas lingüísticas sociales. En consecuencia, estas teorías no representan una evolución en las concepciones psicológicas sino más bien son el resultado de una crisis de cultura que pareciera estar empeñada en eliminar las fronteras entre el conocimiento científico y el conocimiento ordinario lo cual ha propiciado confusión conceptual en nuestra disciplina (Ribes, 2004). Sin embargo, la psicología contemporánea ha evolucionado hacia modelos de campo, los cuales consideran la influencia directa de diversos factores.

3.4. TEORÍAS DE CAMPO

La concepción de campo en psicología se apoya en la experiencia de disciplinas como la astronomía y la física, las cuales se fundamentan en que la noción de estructura ofrece una representación más adecuada de los fenómenos propios. Así, el concepto de estructura pasa a ser el aspecto común entre estos postulados como alternativa analítica al atomismo de otros enfoques psicológicos. Específicamente, el adoptar 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.

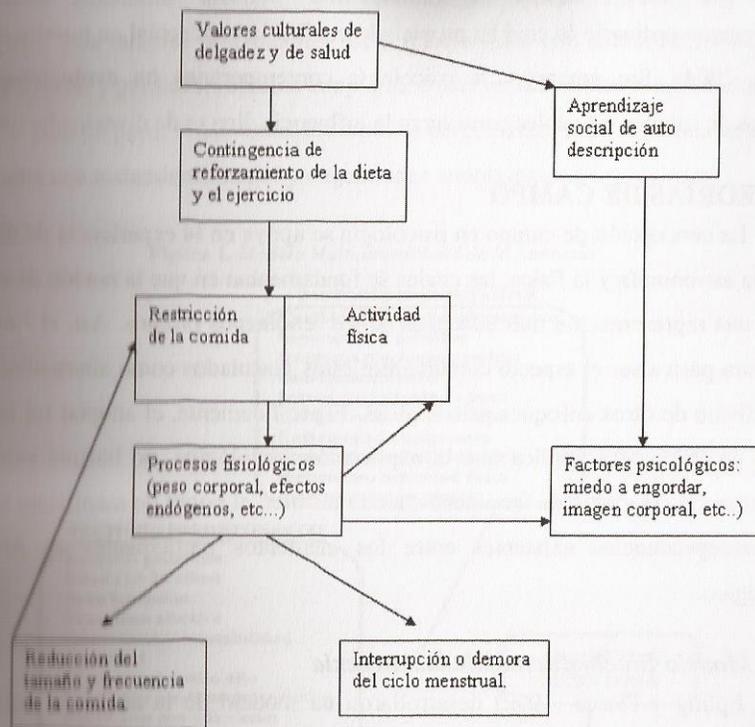
3.4.1. Modelo Bioconductual de la Anorexia

Epling y Pierce (1992) desarrollaron un modelo de la anorexia considerando factores culturales, conductuales y biológicos. Este modelo, fundamentado en el Análisis Experimental del Comportamiento, analiza las relaciones funcionales que regulan la anorexia y explica la influencia de la sensación de hambre y del aprendizaje social en los síntomas físicos y psicológicos. Cuando en los sujetos de peso normal o bajo se incrementa el nivel de actividad el apetito disminuye. Esta condición propicia un ciclo incremento actividad-reducción de ingesta que en situación experimental con infrahumanos provoca el deceso de los sujetos (Ver Figura 2) (Pierce y Epling, 1994).

El componente cultural del modelo de anorexia por actividad se centra en el ideal de belleza occidental cuya característica es la extrema delgadez, este parámetro cultural propicia que se refuercen las dietas restrictivas y el incremento de actividad física. Un aspecto muy importante de este modelo es que sostiene que los síntomas físicos y psicológicos de la anorexia van seguidos antes que precedidos por la actividad inducida por el hambre. Esto quiere decir que aspectos que anteriormente se

relacionaban como posibles causas de anorexia como la distorsión de imagen corporal en realidad es una consecuencia del estado biológico propiciado por la restricción alimenticia.

Figura 2. Modelo Bioconductual de la Anorexia



3.4.3. Modelos Ecológicos

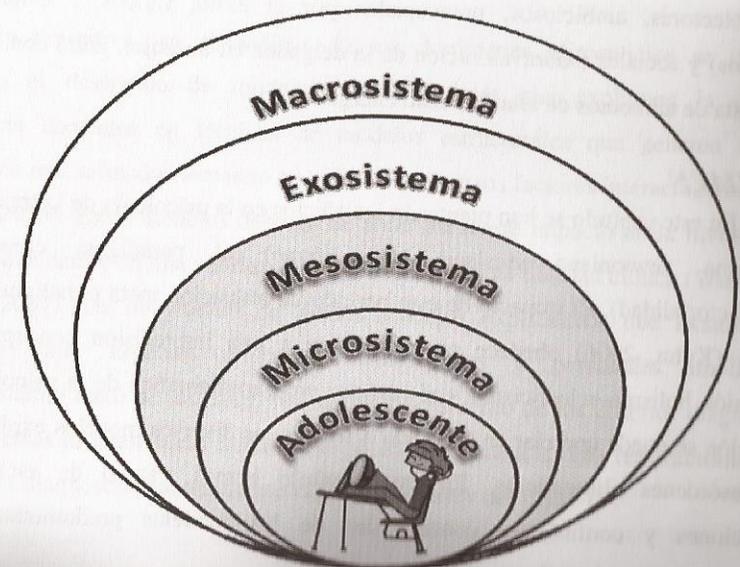
Una aproximación teórica que utiliza diversos parámetros explicativos es el modelo de desarrollo ecológico de Bronfenbrenner. Esta teoría considera que el individuo crece y se adapta a través de intercambios con un ambiente organizado en estructuras concéntricas que incluyen desde el análisis de la influencia cultural, los entornos sociales de influencia indirecta, así como contextos de influencia directa como familia, escuela y amigos. Bronfenbrenner denomina a esta estructura ambiente ecológico y la divide en cuatro contextos (Ver Figura 3):

1) *Macrosistema*. Bronfenbrenner (1979) lo describe como correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor orden (micro, meso y exosistema).

Se refiere a los sistemas de creencias, ideología, estilos de vida y formas de organización social prevalentes en una cultura.

- 2) *Exosistema*. Entornos que no necesariamente incluyen a la persona en desarrollo como participante activo, pero en los cuales se producen hechos que lo afectan. Gaxiola y Frías en el 2008 lo definen como el sistema de relaciones más próximas de las personas, enmarcadas por las instituciones que median entre la cultura y el nivel individual, como medios de comunicación, organismos judiciales, instituciones de seguridad y la iglesia.
- 3) *Microsistema*. Bronfenbrenner, (1979) lo define como el patrón de actividades, roles y relaciones interpersonales que la persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado, con características físicas y materiales particulares el cual está caracterizado fundamentalmente por la familia.
- 4) *Mesosistema*. interrelaciones entre los distintos microsistemas en los que la persona participa activamente.

Figura 3. Modelo Ecológico (Bronfenbrenner, 1979)



Desde el modelo ecológico, el desarrollo individual se lleva a cabo a través de los intercambios que la persona establece con su ecosistema inmediato que sería la familia y otros ambientes más distales como la escuela (Gracia y Musitu, 2000). Esta perspectiva teórica plantea que los problemas de conducta en la adolescencia no pueden

atribuirse únicamente al individuo, sino que deben considerarse como el producto de una interacción entre éste y su entorno. Si analizamos el problema de los desórdenes alimenticios desde este enfoque, debemos considerar que sus causas son múltiples y complejas y que es preciso examinarlas en términos de interacción entre individuos y contextos (Díaz-Aguado, 2002).

3.4.3. Modelos Psicosociales

Desde esta perspectiva, Musitu ha desarrollado una línea de investigación sobre la identificación de factores de riesgo y protección asociados a la implicación del adolescente en problemas de conducta. Este modelo considera que problemas como las conductas delictivas o el consumo de sustancias son fruto de un equilibrio de fuerzas entre la acumulación de factores de riesgo y de protección (Jiménez, 2006). Siguiendo esta línea teórica, Marín (2002) considera que en la etiología de los problemas alimenticios se debe de contemplar una combinación de factores biológicos (genéticos y neuroquímicos); psicológicos (perfeccionismo, expectativas personales altas, tendencia a complacer las necesidades de los demás y baja autoestima); familiares (padres sobreprotectores, ambiciosos, preocupados por el éxito, rígidos y evitadores de conflictos) y sociales (sobrevaloración de la delgadez en la mujer, junto con estímulos de ingesta de alimentos de alta densidad energética).

RESUMEN

En este capítulo se han planteado los efectos en la psicología de la transición del paradigma newtoniano-cartesiano (causa-efecto) al paradigma constructivista (multifactorialidad). El impacto de este periodo de transición meta paradigática de la ciencia (Kuhn, 2006) obedece principalmente a una imprecisión conceptual de la dimensión holismo-eclecticismo y el carácter pre paradigático de la psicología. Esta transición se puede apreciar en el estado actual de los diversos modelos explicativos de los desórdenes alimenticios. En este capítulo hemos tratado de esclarecer las limitaciones y confusiones conceptuales de los modelos predominantes en la explicación de los desórdenes alimenticios.

El desarrollo de modelos psicológicos tienen que contar con una sólida base teórica que contemplen aspectos ontológicos y epistemológicos que consideren el carácter pre-paradigático de la Psicología en donde aun no hemos podido consensar un objeto de estudio propio (Ribes, 2000). Esto es particularmente importante ya que,

como hemos visto a lo largo del capítulo, los modelos explicativos de los desórdenes alimenticios tienen como característica en común el considerar la Psicología como una ciencia multiparadigmática.

Tal concepción aunada a la confusión holismo-eclecticismo, ha favorecido en nuestra disciplina la proliferación de modelos eclécticos que pretenden integrar falsas conciliaciones teóricas y/o metodológicas de las distintas posturas en Psicología. Tomando en consideración lo anteriormente señalado, resulta necesario establecer las bases epistemológicas y metateóricas que sustentan una explicación científica con la finalidad de no plantear hibridaciones conceptuales eclécticas que lejos de integrar teorías solo propician confusión conceptual.

El carácter multifactorial de las modernas explicaciones en ciencia ha conducido a un replanteamiento psicológico de los desórdenes alimenticios y por ende encaminar los esfuerzos hacia la búsqueda de nuevos modelos explicativos acordes con la perspectiva holística de la ciencia. Finalmente, se propone la construcción de modelos explicativos que permitan integrar diversos factores socioculturales y personales bajo una concepción de campo.

En definitiva, en el análisis de los desórdenes alimenticios se considera necesario el desarrollo de modelos multifactoriales que expliquen la conducta alimentaria apoyados en técnicas de modelos estructurales que generen modelos predictivos más refinados tomando 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, y cols., 2007). La integración de dichos modelos explicativos que examinen las relaciones entre aspectos culturales, contextuales y personales implica un replanteamiento tanto de las categorías taxonómicas como de los criterios diagnósticos de las diversas problemáticas alimenticias y, en consecuencia, una reestructuración de los criterios diagnósticos actualmente validados a través del DSM-IV.

INFORMACIÓN RECOMENDADA

- Kantor, J.R. (1980). Manifiesto of Interbehavioral psychology. *Revista Mexicana de análisis de la conducta*, 6(2), 117-128.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.J. (2001). Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial. Madrid: Síntesis.
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 365-382.
- Sánchez-Sosa, J.C. (2009). Un Modelo Explicativo de Conducta Alimentaria de Riesgo en Adolescentes Escolarizados. (Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Nuevo León, México) Disponible en <http://www.uv.es/lisis/gonzalo/tesis-rey.pdf>.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M. y Musitu, G. (2010). Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un modelo de campo psicosocial. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León y Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.
- Ribes, E. (2008). Psicología y Salud. México: Trillas.
- Grupo contextos. <http://conducta.org/>
- Conductitlan. <http://www.conductitlan.net/>
- Acosta-García, M., López, J., Gómez-Péresmitré, G. y Pineda, G. (2005). Evaluación de la conducta alimentaria de riesgo. Estudio transcultural entre adolescentes de España y México. *International Journal of psychology and psychological therapy*, 5(3), 223-233.
- Almenara, C. (2003). Anorexia Nerviosa: Una Revisión del Trastorno. *Revista de Neuropsiquiatría*, 66, 53-63.
- Ajuriaguerra, J. (1976). *Manual de Psiquiatría Infantil (3ª Ed.)*. Barcelona: Toray-Masson.
- Araya, L. (2001). Anorexia: búsqueda religiosa desde el desorden Simbólico. *Revista Duoda*, 20, 17-49.
- Arnsperger, R. (2007). The Experience and Meaning of Body Image: Hearing the Voices of African American Sorority Women. *Body Image, an International Journal of Research*, 4(1), 1-14.
- 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.
- Benedito, M., Perpiñá, C., Botella, C. y Baños, R. (2003) Imagen corporal y restricción alimentaria en adolescentes. *Anales de Pediatría Facultad de Psicología. Universidad de Valencia*, 58(3), 268-72.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Persons Within*. New York: Basic Book.
- Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *The American Journal of Psychiatry*, 139(12), 1531-1538.
- Callego, J. (2000). Notas sobre la concepción de modelo por los manuales de técnicas de investigación social. *Empiria, Revista de metodología en ciencias sociales*, 3, 195-205.
- Contreras, J. (2007). Alimentación y religión. *Humanitas. Humanidades medicas*, 16, 13-31.
- Díaz-Aguado, M. J. (2002). *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Madrid: Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia. CNICE.
- Díaz-Guerrero, R. (1972). *Hacia una teoría histórico-bio-psico-socio-cultural del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Epling, W. y Pierce, W. (1992). *Solving the Anorexia puzzle: a scientific Approach*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I., Alemán, A. y Juaniz, M. (2001). Imagen corporal y trastornos alimentarios en estudiantes del país vasco: Un estudio piloto. *Clinica y salud*, 12(2), 217-235.
- Fuemmeler, B., Masse, L., Yaroch, A., Resnicow, K., Kramish, M., Carr, C. et al. (2006). Psychosocial mediation of fruit and vegetable consumption in the body and soul effectiveness trial. *Health psychology*, 25(4), 474-483.
- Gardner, R. (1996). Methodological issues in assessment of the perceptual component of body image disturbance. *British Journal of Psychology*, 87(2), 327-337.
- Gaxiola, J. y Frías, M. (2008). Un modelo ecológico de factores protectores del abuso infantil: un estudio con madres mexicanas. *Revista Internacional de Psicología Ambiental*, 9(1), 13-32.
- González, L., Unikel, C., Cruz, C. y Caballero, A. (2003). Personalidad y trastornos de la conducta alimentaria. *Salud Mental*, 3(26), 1-8.
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2004). Predicting social integration in the community among college students. *Journal of Community Psychology*, 32(6), 707-720.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. y Zoino, J. (2006). The mass marketing of disordered eating and Eating Disorders: The social psychology of women, thinness and culture *Women's Studies. International Forum*, 29, 208-224.
- Johnson, F. y Wardle, J. (2005). Dietary restraint, body dissatisfaction and psychological distress: A prospective analysis. *Journal of abnormal psychology*, 114(1), 119-125.
- 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.
- Kantor, J.R. (1971). *The Aim and Progress of Psychology and other Sciences: A Selection Of Papers*. Chicago: Principia Press.
- Kuhn, T. (2006). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Tercera edición. México: Fondo de cultura económica.
- López, L. (1999) Anorexia: Comer Nada. Una Perspectiva Psicoanalítica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19(72), 599-608.

- Magallanes, J., León, A., Arias, L. y Herrera, J. (1995). Prácticas de Salud y su relación con las características sociofamiliares de estudiantes de medicina. *Colombia Médica*, 26, 132-140.
- March, J., Suess A., Prieto, M., Escudero, M., Nebot, M., Cabeza, E. y Pellicer, A. (2006). Trastornos de la Conducta Alimentaria: Opiniones y expectativas sobre estrategias de prevención y tratamiento desde la perspectiva de diferentes actores sociales. *Nutrición Hospitalaria*, 21(1), 4-12.
- Marín, V. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria en escolares y adolescentes. *Revista chilena de nutrición*, 29(2), 86-91.
- Oliveras-López, M., Agudo, E., Nieto, P., Martínez, F., López, H. y López, M. (2006). Evaluación nutricional de una población universitaria marroquí en el tiempo de Ramadan. *Nutrición Hospitalaria*, 21(3), 313-316.
- Pierce, W.D. y Epling, W.F. (1994). An interplay between basic and applied behavior analysis. *The Behavior Analyst*, 17, 7-23.
- Regan, P. y Cachelin, F. (2006) Binge eating and purging in a multi-ethnic community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 39(6), 523-526.
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 26, 365-382.
- Ribes, E. (2004). La enseñanza de las competencias de investigación: ¿un asunto meramente metodológico o un problema de modulación teórica? *Revista mexicana de psicología*, 21(1), 5-14.
- Ribes, E. (2008). *Psicología y Salud*. México: Trillas
- Rivarola, M. (2003). La imagen corporal en adolescentes mujeres: su valor predictivo en trastornos alimentarios. *Fundamentos en humanidades*, 2(8), 149-161.
- Sánchez-Sosa, J.C. (2007). *Insatisfacción de Imagen Corporal e Índice de masa corporal en Relación con Conducta Alimentaria de Riesgo*. (Tesis inédita de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.
- Sánchez-Sosa, J.C., Téllez, A. y Villarreal-González (2010). Bioética en la Investigación en Psicología de la Salud. En Cantú, P. (Ed.), *Evaluación Bioética de la Investigación en Salud* (25-44). Monterrey: 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* (159-187). Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.
- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González M. y Musitu G. (2010). *Psicología y Desórdenes Alimenticios. Un modelo de Campo Psicossocial*. Monterrey: Universidad Autónoma de Nuevo León-Universidad Pablo de Olavide de Sevilla.
- Sánchez-Sosa, J.C. y Villarreal-González M. (2010). La Psicología de la Salud y los Desórdenes Alimenticios en México: Un Análisis Teórico y Prospectivo. En López, F. (Ed.), *Prospectiva de la Psicología de la Salud en México* (81-96). Pachuca: Consorcio de Universidades Mexicanas.
- Selvini, M. (2001). El futuro de la Psicoterapia: aprender de los errores. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(82), 9-21.
- Schlundt, D. G., y Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders. Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Stephen, C. (2006). Urie Bronfenbrenner (1917-2005). *American Psychologist*, 61(2), 173-174.
- Swami, V. y Martin, T. (2006). Does hunger influence judgments of female physical attractiveness? *British Journal of Psychology*, 97, 353-363.
- Toro, J. y Vilardell, E. (1987). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Martínez Roca.
- Villasís-Keever, M., Pineda-Cruz, R., Halley-Castillo, E. y Alva-Espinosa, C. (2001). Frecuencia y factores de riesgo asociados a desnutrición de niños con cardiopatía congénita. *Salud Pública*, 43(4), 313-323.
- Willemsen, E. y Hoek, H. (2006). Sociocultural Factors in the Development of Anorexia Nervosa in a Black Woman. *International journal of Eating Disorder*, 39(4), 353-355.
- 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 Disorder*, 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), 25-36