

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA



Casa abierta al tiempo

Representaciones Alimentarias en adolescentes con Comportamiento
Alimentario Diferenciado.

T E S I S

Que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

P R E S E N T A

Guadalupe Jacqueline Olalde Libreros

Comité de Tesis:

Directora: Dra. Sara Elena Pérez-Gil Romo

Fecha: Abril de 2014



My wife and my mother-in-law

W. E. Hills 1915

Vista por primera vez ésta ilusión óptica nos deja una impresión, podemos ver a la mujer joven o la mujer anciana, cuando alguien más nos dice que ahí hay además otra figura opuesta de la que vimos cuesta trabajo encontrarla. Posterior a ello, es cuestión de abrir nuestra percepción para verlas a ambas.

Así puedo describir mi paso por esta experiencia maravillosa llamada “Ciencias en Salud Colectiva”. Llegue con mis conocimientos cuantitativos, dispuesta a aprender nueva ciencia (para mí), y fui acompañada por mis docentes en el proceso de descubrir la otra cara de la salud pública: “la salud colectiva”.

Aquí aprendí y aprehendí que es compleja, diferente, interdisciplinaria y profunda.

Gracias a ello, tengo el gusto y compromiso de hacer una labor distinta, para observar e incluir a la totalidad del objeto (y sujeto) de estudio y ver el cuadro completo.

¡Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco, Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, gracias!

DEDICATORIA

Soy una mujer creyente de que existe una energía más allá de mis sentidos. La conozco con el nombre de Dios y le agradezco este momento y el trayecto que me trajo aquí.

A:

Mis padres **Jose Luis Olalde Pérez** e **Hilda Libreros Quiroz** son merecedores de todo mi amor y agradecimiento.

Mis abuelos paternos Irineo Olalde Palacios (†) y Maria Guadalupe Pérez Cervantes (†) con quienes me hubiera gustado mucho compartir y celebrar, de quienes recibí mucho amor.

Mi hermano Jose Luis Olalde Libreros por estar y acompañar este camino.

Mis tíos Ofelia Olalde Pérez, Estela Olalde Pérez, Roberto Olalde Pérez de quienes aprendí el concepto de familia, y los tíos Juan Pablo Saucedo, José Rosillo y María Luisa Ojeda, todos ellos sembraron amor y confianza en mi persona.

Mi sobrina Nina Fernanda Olalde Aguilar, a quien quiero ver crecer y cumplir sus metas, siempre feliz y plena de su vida.

Mis compañeros y amigos de curso, todos ellos sin duda contribuyeron con aprendizajes, cariño, entusiasmo y apoyo: Manuel, Verónica, Maribel, Clementina, Roselia, Margarita, Bertha, Fabiana.

Mis estimados profesores que compartieron su conocimiento conmigo.

Mi asesora de tesis: Dra. Sara Elena Pérez-Gil Romo. Maestra de vida, quien me apoyo incondicionalmente durante este trayecto, y con paciencia me ayudó a culminar. Todo mi cariño incondicional, respeto y admiración para ti.

Mis asesores y primeros lectores: Dra. Monserrat Salas Valenzuela quien amablemente me orientó y aconsejó para darle otro enfoque a este trabajo. Dra. Claudia Unikel Santocini quien me orientó para mejorar este trabajo sobre todo en el tema de los trastornos alimentarios.

Mis lectores y jurado:

Dra. Addis Abeba Salinas Urbina

Dr. José Alberto Rivera Marquez

Dra. Oliva López Arellano

Ante quienes finalice esta meta, y me ayudaron para que fuera posible.

Resumen

Esta investigación aborda un problema importante de salud que son los trastornos alimentarios. Partiendo del enfoque de la Salud Colectiva se aborda en mujeres adolescentes que son objeto de la presión social por adelgazar, a partir de las cuales se conocen las representaciones sociales alimentarias y corporales más importantes, haciendo además una propuesta conceptual para esta forma de alimentación y se desarrolla el análisis de los Determinantes Sociales en Salud.

Objetivo. Conocer las principales representaciones sociales alimentarias y corporales de dos grupos de mujeres adolescentes de 13 y 14 años, de dos escuelas secundarias del Estado de Veracruz, durante los años 2010 – 2011.

Material y métodos. Se utilizó una metodología cualitativa de tipo interpretativo, con entrevistas a nueve adolescentes, de las cuales se realizó análisis de contenido.

Resultados. Son semejantes sus representaciones alimentarias para los alimentos que contienen grasa, la mayoría se percibían con mayor volumen corporal, coincidieron en la importancia de estar delgada y reciben influencia proveniente de la televisión, de las revistas y de la publicidad. Existen diferencias en la forma de realizar dieta y algunas adolescente si recibieron expresiones negativas de su aspecto en el ámbito familiar.

Conclusiones. La información que comparten es similar en muchos temas, la diferencia entre los estratos sociales la hacen las prácticas alimentarias que tienen. Es necesario proveer de información referente a alimentación, para permitirles que tomen decisiones que no les afecte en su salud.

Palabras clave. Representaciones alimentarias, trastornos alimentarios, adolescentes.

Abstrac

This research addresses an important health problem that are eating disorders. On the basis of the collective health approach addressed in adolescent women who are subject to social pressure by weight loss, from which there are known social representations of food and body more important, making also a conceptual proposal for thisfor this, and develops the analysis of social determinants in health.

Objective. To know about the main social representations of food and body of two groups of female adolescents, of two high schools in the State of Veracruz, during the years 2010-2011.**Material and Methods.** There used a qualitative methodology of interpretive type, with interviews to nine teenagers of 13 and 14 years old, of which content analysis was performed. **Results.** Their food representations for foods that contain fat are similar, most were perceived with major body volume, agreed on the importance of being thin and receive influence from television, magazines, and advertising. There are differences in the way to diet and some teenagers if received negative expressions of her appearance in the family. **Conclusions.** The information that they share is similar in many topics, the difference between the social strata is done by the food practices that have. It is necessary to provide of information relating to supply, to allow them to take decisions that it does not affect them in his health.

Key words. Representations food, eating disorders, adolescents.

INDICE

Introducción	7
Justificación	10
Capítulo I. La alimentación como un hecho cultural	12
1.1 Alimentación: las representaciones sociales y prácticas	12
Capítulo II. La Salud Colectiva: su importancia en el abordaje del Comportamiento Alimentario Diferenciado	15
2.1 Salud colectiva	15
2.2 Comportamiento Alimentario Diferenciado	17
2.3 Determinantes Sociales en Salud	19
2.3.1 El nivel individual	19
a) Subjetividad y percepción	19
b) Representaciones sociales	21
c) El cuerpo	22
2.3.2 El nivel micro-social	27
a) La familia como mediadora	27
2.3.3 El nivel macro-social	29
a) Determinante económico	29
b) Determinante ideológico	30
c) Determinante político	37
Capítulo III. La adolescencia y la alimentación	42
3.1 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria	46
3.1.1 Epidemiología en México	47
3.1.2 Estudios de percepción corporal y trastornos alimentarios	48
3.1.3 Visión cultural de los trastornos alimentarios	55
Capítulo IV. El problema y objetivos	60
4.1 Objetivos	60
4.1.1 Objetivo general	60
4.1.2 Objetivos específicos	61
Capítulo V. El escenario	62
Capítulo VI. El trayecto metodológico	64
6.1 Población de estudio	66
6.1.1 Criterios de inclusión y exclusión	67
6.2 Acercamiento con las adolescentes	67
Capítulo VII. Resultados	70
7.1 Quienes son las entrevistadas	70
7.2 Alimentación: Representaciones sociales, preferencias y saberes	71
7.3 Representaciones sociales alimentarias de la familia.	80
7.4 Representaciones sociales alimentarias entre pares.	82
7.5 Representaciones sociales alimentarias de las adolescentes, vinculadas al cuerpo	83
7.6 Conocimiento de los trastornos alimentarios	89
7.7 Representaciones sociales alimentarias vinculadas al cuerpo, en la familia.	90

7.8 Representaciones sociales alimentarias vinculadas al cuerpo, entre pares.	91
7.9 Representaciones sociales alimentarias y corporales derivados de los medios de comunicación y publicidad.	93
Capítulo VIII. Conclusiones.	96
Capítulo IX. Discusión.	100
Capítulo X. Limitaciones de la presente investigación	107
Bibliografía	108

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Figura 1. Esquema de representaciones sociales alimentarias en adolescentes con Comportamiento Alimentario Diferenciado	40
Tabla 1. Características de la adolescencia	42
Tabla 2. Requerimientos nutricionales para la mujer adolescente	44
Tabla 3. Datos epidemiológicos de los trastornos alimentarios	46
Tabla 4. Factores de riesgo relacionados a los trastornos alimentarios	48
Tabla 5. Factores culturales relacionados a trastornos alimentarios	55
Tabla 6. Categorías de análisis	68
Tabla 7. Características de las entrevistadas de la escuela privada	70
Tabla 8. Características de las entrevistadas de la escuela pública	71
Tabla 9. Dieta de las entrevistadas de la escuela privada	71
Tabla 10. Dieta de las entrevistadas de la escuela pública	72
Tabla 11. Clasificación de los alimentos, de acuerdo a su contribución al peso, según las adolescentes entrevistadas en la escuela privada.	75
Tabla 12. Clasificación de los alimentos, de acuerdo a su contribución al peso, según las adolescentes entrevistadas en la escuela pública.	75

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Tablas con resultados del EAT-26	118
Anexo 2. Definiciones conceptuales y operacionales	122
Anexo 3 Cuestionario aplicado con EAT-26	123
Anexo 4. Figuras para valorar la percepción corporal	124
Anexo 5. Líneas de indagación para la entrevista	125

INTRODUCCIÓN

Esta investigación presenta un análisis entre los saberes y representaciones sociales alimentarios y la relación que tiene con las acciones de las personas que están en búsqueda de un ideal corporal, problema que se aborda desde la visión de la teoría de la Salud Colectiva, propia del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.

La alimentación es un fenómeno importante en la vida de cualquier individuo, es a la vez biológico y cultural, elegir lo que se come implica un criterio social de gustos y costumbres, aunque también existen criterios relacionados con la salud y la nutrición.

La problemática que da inicio a esta investigación es que diversos estudios han mostrado que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), afectan mayoritariamente a la población adolescente, se sabe que son enfermedades en las que se presentan conductas atípicas en el acto de la alimentación. El estudio de estos trastornos por parte de diversas disciplinas del área biomédica, ha arrojado desde finales del siglo pasado información suficiente acerca de esta enfermedad, con la consecuente propuesta del tratamiento a seguir, pese a su importancia hay un déficit de información acerca de lo que las personas (que se clasifican en riesgo o con un problema) piensan al respecto y cual es motivación para la toma de decisiones.

Además del enfoque biomédico, existen otros abordajes en la comprensión de la etiología de los TCA provenientes de la sociología y antropología que han centrado su interés en los aspectos socioculturales de la alimentación y de la percepción corporal, que permiten dar cuenta de su complejidad. Con las aportaciones de la Salud Colectiva se pretende obtener la comprensión del fenómeno considerando los determinantes sociales en salud y la parte subjetiva de las adolescentes, proponiendo una metodología cualitativa que permita conocer la percepción corporal, las representaciones sociales y los motivos que tienen mujeres estudiantes de escuela secundaria, para tener un comportamiento que desde el punto de vista biomédico se considera de riesgo. La selección de los sujetos se realizó mediante una metodología cuantitativa, con un instrumento de tamizaje únicamente con la finalidad de captar a las adolescentes que cumplieran con el criterio de riesgo, de acuerdo a la encuesta, para posteriormente realizar

entrevistas a las mismas y conocer el fenómeno que se estudia.

Se propone el concepto de Comportamiento Alimentario Diferenciado para llamar a esta problemática, considerando los determinantes sociales en salud y las representaciones sociales que tienen las adolescentes, planteando así una mirada social sobre un evento de salud.

La presente investigación se enfoca en conocer cuáles son las representaciones sociales alimentarias que tienen las adolescentes con proceso de TCA, cuál es la percepción corporal, cuales son las representaciones sociales del cuerpo y la influencia de los medios de comunicación en relación a los alimentos y al cuerpo que determinan la presencia del Comportamiento Alimentario Diferenciado, para conocer la relación entre algunos de los principales Determinantes Sociales en Salud en relación a las prácticas alimentarias referidas por el sujeto.

La investigación está organizada en diez capítulos. El primero habla de la alimentación y la importancia que tiene para el ser humano, su estudio desde el punto de vista antropológico y la relación con la percepción corporal.

El capítulo 2 expone las características del marco teórico definido para el abordaje del objeto de investigación, las perspectivas teórica y epistemológica necesarias para la aproximación al objeto de investigación, estableciendo la relación entre Salud Colectiva, se realiza la propuesta del concepto Comportamiento Alimentario Diferenciado, para definir el comportamiento de las adolescentes, que implica una mirada social, que es la propuesta de esta investigación. En este mismo capítulo se hace una descripción de los Determinantes Sociales en Salud y el alcance de los mismos en sus distintos niveles, en el nivel individual la relación que tiene la subjetividad, las Representaciones sociales y el cuerpo; en el nivel microsocial se menciona a la familia y en el nivel macrosocial se describen los determinantes sociales económico, ideológico y político, en relación a la temática central.

El contexto teórico necesario acerca de la adolescencia y la relación de este ciclo de vida con la alimentación, se presenta en el capítulo 3, además se contextualiza el problema de estudio al revisar algunos de los estudios epidemiológicos y culturales que se han realizado del tema.

El capítulo 4 delimita el problema de estudio y los objetivos.

Se describe el escenario y las características generales del lugar en donde

se recabó la información en el capítulo 5.

En el capítulo 6 ubica el marco metodológico, el diseño de investigación, las características del universo de estudio, de los sujetos y las formas de procesamiento de la información.

Los resultados se presentan en el capítulo 7.

Las conclusiones derivadas del análisis de los resultados se encuentran en el capítulo 8.

El capítulo 9 ofrece la discusión de los resultados obtenidos y finalmente en el capítulo 10 hay algunas consideraciones finales a partir de rutas de investigación a seguir, así como las limitaciones de esta investigación.

JUSTIFICACIÓN

Algunos problemas relacionados con la alimentación son los llamados trastornos alimentarios que son patologías dentro del orden de la salud mental, existen también conductas parciales de la enfermedad llamadas conductas alimentarias de riesgo que se presentan antes que la enfermedad alimentaria se desarrolle completamente, desafortunadamente éstas últimas son ahora muy comunes en la población adolescente, al grado de considerarse un problema de salud mental y de salud pública en constante ascenso.

Para finales del siglo pasado, ya existía información suficiente de la historia natural de esta enfermedad y se han establecidos protocolos de tratamiento integral que abarca la atención psicológica, psiquiátrica, médica y nutricional, reconociendo que es un problema de salud que requiere la participación de varios profesionales; sin embargo al parecer las recomendaciones propuestas para prevenirlos, no han sido totalmente eficaces ya que los trastornos alimentarios o las conductas alimentarias de riesgo se presentan incluso en zonas en donde antes no eran usuales (zonas rurales de países de occidente y en países orientales).

Un enfoque distinto hacia la etiología, proviene de las ciencias sociales, ya que antropólogos y sociólogos, que han estudiado los aspectos socioculturales de la alimentación y de la percepción corporal (parte importante de estos trastornos), han dado cuenta de que es un fenómeno complejo y que requiere recomendaciones más allá del tratamiento médico y de regímenes dietéticos específicos.

En nutrición, la mayoría de los abordajes que se han hecho han utilizado una metodología cuantitativa, lo cual deja de lado la posibilidad de comprender cuáles son las influencias y cómo la sociedad estimula la aparición de los padecimientos alimentarios. Por ello, con las aportaciones de la Salud Colectiva se pretende obtener explicaciones, desde el entorno y / o con la voz del sujeto, con una perspectiva que no deje de lado los determinantes sociales y la parte subjetiva que conforma el Comportamiento Alimentario Diferenciado.

La presente investigación está enfocada a conocer cuáles son las representaciones sociales alimentarias que tienen las adolescentes, la percepción corporal que tienen de sí, las representaciones sociales corporales y

las influencias del medio social, que expliquen el comportamiento alimentario.

Capítulo I. La alimentación como un hecho cultural

1.1 Alimentación: las representaciones sociales y prácticas

La alimentación es un acto social que todo ser humano practica a lo largo de su vida desde el nacimiento, en consecuencia, la comida –los alimentos- y el acto de comer se asocian a múltiples circunstancias que son significativas emocionalmente para el comedor en cuestión (Toro, 1996). Depende también de factores como los recursos disponibles y de condiciones tan particulares como el trabajo, la situación económica, la vida familiar o la vida social (Gracia, 2005).

Una gran parte de nuestras celebraciones se concretan en nuestras comidas compartidas, lo que lo reviste a múltiples significados más allá de lo nutricional y lo mismo puede suceder con el no comer. El no comer puede estar condicionado por celebraciones religiosas, prohibiciones colectivas o practicar el ayuno total o parcial como parte de ritos (Toro, 1996).

Debido justamente a la socialización permanente que se da en la alimentación, a los alimentos se les atribuyen ciertos significados y generalmente son clasificados en buenos o saludables y en su contraparte de malos y no saludables. Bertran (2006) identificó que los alimentos frescos y naturales, que no engordan y que son nutritivos fueron para las mujeres de estratos medios y altos las vitaminas, en contraste con las de estratos bajos que consideraron que lo saludable tenía que ver con lo higiénico. De igual forma lo saludable de los alimentos se relacionaba con el hecho de “no engordar”, como una clara referencia a la imagen corporal, principal preocupación entre las mujeres de los estratos medios y altos.

Contreras y Gracia (2005) confirman que a pesar de la gran oferta alimentaria que existe, ahora los alimentos culpables de ocasionar sobrepeso u obesidad son las grasas de origen animal y los azúcares, alimentos que cargan con el estigma social de que repercuten en la salud y en el aspecto físico, la comida es usada como un elemento para controlar el peso y la imagen del cuerpo.

La antropología de la alimentación enfatiza que los modos de alimentación son influidos por la cultura. Es así que los modos de alimentarse (cultura alimentaria) se refieren, según Busdiecker, Castillo y Salas (2000) a los hábitos alimentarios de una cultura en particular, incluyendo preferencias y

aversiones y *prácticas* en torno a la adquisición, distribución, preparación y consumo de alimentos. El alimento, siguiendo a este mismo autor, es entendido como una representación o significación de valores, creencias, símbolos y costumbres que se desean comunicar, siendo un producto social que se ha impuesto e internalizado lentamente en cada individuo. Cada alimento es investido de significado y este significado es parte de la herencia cultural.

Las prácticas alimentarias se consideran como un sistema organizado que incluye varios aspectos como son las normas y creencias que los grupos sociales comparten en relación con los alimentos y su manipulación, aspectos tales como la elección y compra, la preparación, combinación y consumo de alimentos (Contreras y Gracia, 2005; Pérez - Gil, 2006). Cabe recordar además que para muchos individuos, la alimentación no es vivida como un hecho central y todo lo que se relaciona con el hecho alimentario se subordina a otras prioridades (Espeitx, 2006).

De acuerdo con Bourdieu, “la mediación por la que se establece la definición social de los alimentos convenientes no es sólo la representación casi consciente de la configuración aprobada del cuerpo percibido, y en particular de su gordura o de su delgadez. Es, con mayor profundidad, todo el esquema corporal, y en particular la manera de mantener el cuerpo en el acto de comer, lo que se encuentra en la base de la selección de algunos alimentos” (1988:188).

En cuanto a la insatisfacción de la imagen corporal ha sido analizada como un factor relevante para la motivación de las personas para adoptar determinado tipo de comportamiento alimentario (como restringir el consumo de grasas y el consumo calórico). La auto-regulación también constituye un determinante del comportamiento alimentario. Herman y Polivy (citados en Silva, 2008), mencionan que la auto-regulación se opone a la regulación, es decir, la primera ocurre cuando nuestros procesos normales de regulación no nos permiten atender aquello que deseamos, siendo una tentativa de resolución del problema.

Silva, Pais y Cardoso (2008) ponen como ejemplo que cuando no hay satisfacción con el peso corporal o con la salud, se opta por resistir el impulso de comer lo que se desea, adoptar una alimentación más pobre en calorías, seleccionar los alimentos que se consideran seguros y evitar comer en determinada cantidad. Aunado a esto, se suma el discurso médico nutricional,

que instituye normas dietéticas saludables, regula el peso y reconoce a la obesidad como una enfermedad que representa una trasgresión a la norma y mezcla a la delgadez con salud y belleza (Gracia, 2006). A la par, la importancia del cuerpo delgado hizo que convergieran los intereses médicos y estéticos, por lo que la regulación y el control social de las conductas humanas se han centrado en la normalización dietética (Gracia, s/a).

Sobre este tema Martín (2007), comenta que el discurso médico es usado para legitimar o impulsar prácticas que respondan a otras razones, como el control del peso. Las personas adecuan sus prácticas a la información recibida entre otros factores, porque la alimentación no es únicamente una cuestión de salud, en ella existen factores prácticos, negociaciones y esquemas morales que sobrepasan el ámbito de la alimentación y la salud. La constante proliferación de los mensajes más diversos produce escepticismo pues la información cambia y la población entonces, se siente legitimada para hacer caso omiso de aquello que no corresponda con sus esquemas cognitivos, con sus gustos, con sus estrategias identitarias y los placeres de la vida cotidiana (Martín, 2007).

Capítulo II. La Salud Colectiva: su importancia en el abordaje del Comportamiento Alimentario Diferenciado (CAD)

2.1 Salud colectiva

Para estudiar el proceso Salud – Enfermedad en la población, la salud colectiva propone la comprensión de los determinantes del proceso, referidos en su contexto histórico y en su organización social. Para efectos de este trabajo, se revisarán algunos aspectos teóricos derivados de la salud colectiva que faciliten la comprensión del CAD.

Rodríguez y Jarillo (2011) mencionan que la salud colectiva problematiza y construye el objeto de estudio de forma transdisciplinaria, totalizadora y compleja. El concepto de determinación se contrapone al concepto de causa, de esta forma el carácter social e histórico de la salud y de la enfermedad se explica porque son momentos de un mismo proceso. La determinación es una categoría central en la explicación de este proceso. Hablar de la historicidad del proceso salud – enfermedad, es hablar de las circunstancias que están definidas en condiciones y contextos específicos de la sociedad de los individuos.

Moreno señala que la salud como objeto y razón de la práctica de la medicina requiere de la comprensión de su significado biológico y su trascendencia social y cultural (2007). Bibeau y Corin (citados en Moreno, 2007) apuntan que la complejidad del proceso salud-enfermedad resulta del énfasis del estudio de las experiencias subjetivas de enfermarse y reafirman la necesidad de contar con una aproximación macro social para comprender el contexto local; es decir, exploran la relación entre los sistemas semiológicos de significados, las condiciones externas que producen la enfermedad (contexto económico-político y los determinantes históricos) y la experiencia de enfermarse.

Rösen (1985) plantea que la enfermedad no existe como “naturaleza pura”, sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea. Este mismo autor, comenta que entre el hombre y la naturaleza existe una cultura que está ligada a las estructuras sociales y está relacionada con la familia, la comunidad, el estado y con sus formas económicas que varían ampliamente tanto histórica como geográficamente.

A su vez Peña Saint Martin menciona que el estudio de la salud en las

poblaciones ha dejado atrás un enfoque unilineal de la enfermedad y la muerte y ha incluido los procesos vitales humanos con las condiciones de vida tales como la reproducción, nacimientos, desarrollo físico, **la alimentación, representaciones corporales**, etc. Desde este enfoque son fenómenos multidimensionales, complejos, irreducibles a explicaciones clínicas, objetivas, modelos adaptacionistas o de causa-efecto. Estos “procesos vitales humanos” no están apartados de las relaciones sociales, los patrones culturales y la construcción de subjetividades; y sin consideración de la acción y la cultura de los sujetos. Las estructuras sociales en donde se mueven los sujetos permanecen porque son asumidas y recreadas por ellos mismos, porque los subjetivan e incorporan en sus prácticas cotidianas. Estas estructuras no son rígidas ni estáticas, sino constantemente recreadas y reelaboradas a través de la interacción de contextos estructurales, entornos particulares y acciones individuales.

Breilh (2003) explica que las necesidades no básicas son históricamente producidas, generadas por individuos que pertenecen a la colectividad. En términos generales, la producción económica de los bienes y la distribución, están ligados a los intereses de las clases hegemónicas que crean satisfactores y necesidades de acuerdo a su conveniencia.

Desde su enfoque crítico, la medicina social privilegia el estudio de la desigualdad social que determinan los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones y de las políticas públicas. Bronfman (citado en Castro, 2011) propuso una estrategia para clasificar a la población en grupos socioeconómicos estratificados y así poder estudiar la salud-enfermedad y su relación con la desigualdad.

Derivado de lo anterior, podemos decir que el objetivo de la salud colectiva es generar conocimientos y propuestas de solución sobre los problemas de salud de grupos sociales (el nivel individual sólo reconoce un acercamiento parcial); asimismo, asume un nivel más inclusivo que permite entender los procesos vitales, incluyendo la salud–enfermedad como respuesta de los grupos humanos que viven en sociedad, proponiendo contribuir a fortalecer las capacidades para el desarrollo óptimo de los proceso vitales de los grupos (López-Peña, 2006).

Gracia (2009) señala que en biomedicina la visión del ser humano y de la

cultura ha sido fragmentada mientras que la sociología y la antropología han explicado las prácticas alimentarias por factores exclusivamente sociales. Por ello establece que es necesario pensar la alimentación como un fenómeno complejo que engloba aspectos biológicos, psicológicos y sociales para que de esta forma se establezca un diálogo pluridisciplinar entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud.

2.2 Comportamiento Alimentario Diferenciado (CAD)

Desde la perspectiva de la biomedicina los trastornos alimentarios son patologías del ámbito mental y son un conjunto de síntomas, signos y conductas de riesgo que puede presentarse en diferentes entidades clínicas y con distintos niveles de severidad; no se refiere a un síntoma aislado ni a una entidad específica claramente establecida, pero se reconocen varias enfermedades como la anorexia y la bulimia principalmente.

Para esta investigación desde la teoría de la Salud Colectiva que contempla el proceso Salud-Enfermedad-Atención en su contexto sociohistórico y la experiencia subjetiva del sujeto, se hace el planteamiento de hacer referencia a estas patologías con la siguiente denominación: “**Comportamiento Alimentario Diferenciado**” (CAD), entendiendo que el comportamiento es la manera de proceder que tienen las personas en relación con su entorno y que incluye en su concepto la parte cultural, diferenciado porque éstas formas de alimentación que asumen las adolescentes no se apegan a una norma biomédica, ni dietética sino que está focalizado en conseguir la delgadez que en el contexto social actual es sinónimo de belleza y reviste de significados para cada una de ellas. De ésta forma, podemos visualizar que las prácticas alimentarias y representaciones sociales alimentarias y corporales que las adolescentes dicen tener, obedece a su contexto social, no se niega que la presencia de alguno de estos rasgos pueden conducir a una de las patologías alimentarias que ya han sido mencionadas, aún mejor, porque se entiende la importancia que tienen este tipo de comportamiento, aunado a la comprensión de los determinantes sociales en salud, es que se plantea este concepto en un contexto de totalidad y de comprensión de este proceso.

La alimentación es un hecho cultural y social importante en la cual se expresan las interacciones sociales y biológicas, mediadas por la cultura donde

acontece y en este trabajo se pretende conocer cómo se manifiesta en las adolescentes, expresado en sus representaciones sociales alimentarias y en la búsqueda del ideal corporal. Dichas representaciones sociales alimentarias y corporales permitirá aproximaciones a las razones fundamentales que las conduce a la toma de decisiones en su alimentación, para ello retomo a autores como Gracia, en el sentido de que la misma es un fenómeno complejo.

Las enfermedades relacionadas con el consumo de alimentos, se encuentran situados en dos extremos, por una parte, se encuentra el exceso en el comer que predispone al sobrepeso y a la obesidad y por el otro lado se sitúa la deficiencia en la ingesta de manera voluntaria que dá lugar al CAD, que deriva biomédicamente en los llamados trastornos de la conducta alimentaria. Se argumenta que estos problemas son el resultado de los estilos de vida contemporáneos: para el sobrepeso y obesidad se reconoce que existe un aumento debido a la gran oferta de alimentos industrializados y comida rápida que contribuyen al exceso de peso, aunado a la insuficiente actividad física realizada; en su contraparte, la creciente importancia hacia la figura corporal delgada, influye para que se practique una disminución en la ingesta de alimentos, sobre todo de aquellos con alto contenido calórico.

Se hace énfasis que el CAD tiene un fundamento social, dado que existe un modelo corporal delgado al que se le atribuyen valores de belleza y que ha sido introducido por esta misma, específicamente por una sociedad de consumo. Gracia (s/d) de la misma forma los califica como “síndromes vinculados a la cultura”, los cuales son definidos como el conjunto de signos y síntomas que se restringen a determinadas culturas según las características psicosociales. Bordo (citada en Gracia, s/d) va más allá de los planteamientos feministas y menciona que los trastornos están basados en la interacción de los factores existentes en los ámbitos macro y micro. Se discute la parte subjetiva relacionada con este hecho, en la que todos los individuos tienen la capacidad para crear una distancia reflexiva respecto a las imágenes socioculturales, pero no todos responden de la misma manera al ideal, hay quienes son receptores pasivos y simples reproductores de la imagen construida socialmente. El cuerpo delgado que es el ideal de belleza actual, es producto de un proceso de producción comercial y cultural de nuestra época, el cuál debe ser bello, agradable y lucir a la moda. En la actualidad el medio para conseguirlo o

mantenerlo es adoptando prácticas alimentarias que evitan el consumo de determinados alimentos, incluyen en ocasiones la ingestión o uso de sustancias y productos corporales que prometen su obtención o recurren a la provocación del vómito para evitar que el alimento consumido ocasione aumento de peso, de ésta manera al cabo de determinado tiempo y a consecuencia de éste tipo de prácticas se presenta lo que llamamos un trastorno alimentario.

Con el planteamiento del CAD, se pretende hacer un acercamiento distinto con las adolescentes, para evaluar sus representaciones sociales alimentarias y vinculadas al cuerpo y el origen de ellas, reconocer si efectivamente es población en “riesgo” o si sus decisiones se establecen en y desde el ámbito social y si son una forma de respuesta a las exigencias actuales sobre el individuo.

2.3 Determinantes Sociales en Salud

Infante (1994) menciona que el enfoque preventivo de la sociología de la salud (medicina social) abarca todos los niveles de la realidad social: a) el individuo en sociedad, b) el nivel micro social, c) el meso social y d) el macro social. Aún cuando la autora los menciona dentro del área de la prevención, resulta una clasificación útil que permitió ubicar en este caso, la posición de cada parte del proceso de los CAD y así explicar sus determinantes.

2.3.1 El nivel Individual

En el nivel individual existen las siguientes áreas: la percepción, explicación, actitudes y comportamientos individuales hacia la salud y la enfermedad. El contexto que existe alrededor del individuo influye sobre su percepción de lo adecuado y de lo anormal y afecta su tolerancia y sus actitudes hacia las conductas preventivas. Por ejemplo, la alimentación, los hábitos y la higiene son producto tanto de las condiciones materiales de la existencia, como de las relaciones sociales que se conforman en la transformación de la naturaleza por el hombre, de sistemas culturales y de valores específicos.

a) Subjetividad y percepción.

En este nivel se encuentra la subjetividad como parte importante en la contextualización de este objeto de estudio que son las representaciones

sociales alimentarias de mujeres adolescentes, ya que la medicina social y la salud colectiva contemplan su estudio dentro de su paradigma, distinguiéndose de la visión dominante en la que impera únicamente la condición biológica cuando de salud se habla.

Dentro de esta área destaca la aportación de Freud, quien proveyó de información para conocer la parte subconsciente del ser humano. Mencionó que la construcción del yo y del super yo, implican la internacionalización de los valores de un marco social dado y ese proceso tenía como centro el marco familiar y en parte la educación, aunque Kardiner (1939) menciona que actualmente los medios masivos también contribuyen en gran medida a esta construcción.

Según Freud (en Kardiner, 1939) la identificación es un mecanismo que expresa un lazo emotivo. Gracias a la cultura las personas tienen la tendencia a incorporar las presiones externas y los individuos desean cumplir el ideal colectivo y aumentar con ello su sentimiento de importancia. La identificación es un proceso mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma total o parcialmente sobre el modelo de éste. El proceso de subjetivación se presenta gracias a los modelos identificatorios, los cuales se convierten en modelos ideales que en mayor o menor medida, se internalizan en los receptores y se convierten en la guía de actitudes, comportamientos y valores, entre otros (Kardiner, 1939).

Los valores y significados se redefinen además en procesos de interacción cotidiana en los espacios de socialización como la familia, la escuela o el trabajo mismo, en donde el carácter simbólico se destaca por las interacciones de las dimensiones objetiva y subjetiva. Las personas debido a la capacidad interpretativa, le dan sentido a las acciones para enfrentar las circunstancias, acontecimientos o personas que se le presenten. Es un acto personal que otorga sentido a la práctica en el transcurrir y en los resultados. Por ello la subjetividad es más que un proceso fisiológico o psicológico, es un proceso social (Kardiner, 1939).

Por otra parte, la percepción como lo distingue Vargas (1994), es la materia prima sobre la cual se incluyen determinado tipo de cualidades y al mismo tiempo, las características cualitativas de los objetos. Esto deriva de las estructuras significantes (que son el punto de partida para organizar socialmente los

elementos del entorno y el marco de referencia sobre el que se organizan las siguientes percepciones), que pueden expresarse como conceptos colectivos en forma de categorías como los tamaños, los colores, cantidades o texturas. Cuando algo se califica de desagradable, se hace desde la perspectiva de las características de la percepción por su forma, tamaño y textura y también desde la perspectiva de los valores sociales en donde se integran y experimentan las cualidades, según la norma cultural.

b) Representaciones sociales.

Las representaciones sociales representan el pensamiento social o conocimiento del sentido común, sus contenidos y su relación con la construcción mental de la realidad. Se edifican sobre la base de intercambios verbales y no verbales, de interacciones entre acciones, comportamientos y comunicaciones en el espacio público de vida de individuos. Tanto Moscovici, como Jodelet (Jodelet, 2011) afirman que toda representación es socialmente construida y compartida en el seno de diferentes grupos, está relacionado con otros sujetos y con un objeto y sirve de guía de acción en la vida práctica y cotidiana.

Lo anterior permite entender que en el caso de la valoración que se hace comúnmente de los alimentos como “buenos” o “malos” para el cuerpo, es una representación que se asume primero en el ambiente familiar y después un intercambio social entre conocidos; también se deriva de la información que proviene de los medios de comunicación.

Vargas (1994) continúa expresando que el proceso de las estructuras perceptuales se realiza a través del aprendizaje, mediante la socialización del individuo en el grupo del que forma parte, en donde median las pautas ideológicas y culturales de la sociedad. La psicología ha sido la disciplina que se ha encargado del estudio de la percepción y tradicionalmente la ha definido como “el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización” (Vargas 1994:48). El juicio es una característica básica de la percepción.

Vargas (1994) señala que uno de los elementos importantes que definen a

la percepción es el reconocimiento de las experiencias cotidianas. A través del reconocimiento de las características de los objetos, se construyen y reproducen modelos culturales e ideológicos que permiten explicar la realidad con una cierta lógica de entre varias posibles que se aprende desde la infancia y que depende de la construcción colectiva y del plano de significación en que se obtiene la experiencia y de donde ésta llega a cobrar sentido. La percepción debe ser entendida como relativa a la situación histórico-social pues tiene ubicación espacial y temporal. Además es un proceso continuo en donde “están de por medio una serie de procesos en constante interacción y donde el individuo y la sociedad tienen un papel activo en la conformación de percepciones particulares a cada grupo social” (Vargas 1994:48).

c) El cuerpo

Zaner y Merleau-Ponty (citados por Aisensosn, 1981) dejan establecido que si hay para nosotros objetos - o imágenes- en el mundo, es porque somos conciencias encarnadas, lo que es una manera de considerar hombre y mundo en correlación mutua, el cuerpo nos instala en el mundo. Gracias al cuerpo es como se establece ese vínculo, que incluye desde luego el vínculo yo-el otro. El cuerpo es base de operaciones del sujeto y en casi toda experiencia honda participa nuestro cuerpo; en el amor, en el odio, en el miedo o en la valentía. El cuerpo vivido de cada uno integra su mundo vivido. Podría decirse entonces que nos sentimos corporalmente tal como es preciso que nos sintamos, en correspondencia con nuestro proyecto de mundo particular. A decir de la autora, la corporeidad no es un objeto, es algo más que eso, nos permite relacionarnos con el mundo.

Sentiremos nuestro cuerpo según nos sintamos en general en relación a nosotros mismos, al mundo y a los otros, en esa experiencia compleja en la que intervienen tendencias constitucionales, condicionamientos naturales e histórico sociales y el influjo de los vínculos interpersonales tempranos y de estadios evolutivos posteriores, en interacción constante con circunstancias objetivas presentes. A la vez, el sentimiento del propio cuerpo influirá en la configuración de actitudes y expectativas, y éstas paulatinamente irán plasmando modificaciones en la estructura de la personalidad alcanzada (Aisensosn, 1981).

Tanto a nivel psicológico de esquema corporal, como a través del concepto filosófico de cuerpo existencial, se sabe que con el cuerpo sufrimos y

gozamos, con él nos sentimos en comunión con el otro o distantes, en él se depositan sentimientos de dignidad o de humillación, de responsabilidad, de pudor, él da en parte la tónica de nuestra seguridad en nosotros mismos o de nuestros sentimientos de dependencia; es el cuerpo lo que nos convierte en una presencia en el mundo y en un prójimo para el que al construir nuestro peculiar punto de vista nos permite organizar un mundo dotado de sentido a partir de la percepción (Aisenson, 1981).

Scheper, Lock y García (1987) señalan en su artículo que en antropología médica, existe la consideración de tres cuerpos: 1) en el nivel más auto evidente está el cuerpo individual. En el sentido fenomenológico de la experiencia vivida del cuerpo que existe aparte de otros, 2) el cuerpo social referido a los usos del cuerpo como símbolo natural, social y cultural. Desde el punto de vista de la salud, el cuerpo sano ofrece un modelo de integridad orgánica, el cuerpo enfermo ofrece un modelo social de desarmonía, conflicto y desintegración. Recíprocamente la sociedad en salud y enfermedad, ofrecen modelos para entender el cuerpo, 3) en el tercer nivel se encuentra el cuerpo político: refiriéndose a la regulación, sobrevivencia y control del cuerpo (individual y colectivo) en reproducción y sexualidad, en trabajo y en ocio, en enfermedad y otras formas de desviación y diferencias humanas.

Las tres dimensiones del cuerpo de acuerdo con los autores anteriores son:

1) El cuerpo individual: es comúnmente la oposición fundamental entre el espíritu y la materia, mente y cuerpo y lo real e irreal. La medicalización inevitablemente conlleva una extraña identificación entre el cuerpo individual y social y a la tendencia de transformar lo social dentro de lo biológico. El cuerpo fue el lugar que proveía emociones, donde estaban los materiales crudos, la mercancía de la cual el mecanismo solidario estaba forjado en el interés de la colectividad. La relación de los individuos con la sociedad, está basada en una percepción de la oposición natural entre la demanda social y el orden moral y el egocentrismo, impulsos, deseos y necesidades. Los individuos están dotados con una auto-conciencia de mente y cuerpo que permite ver al mundo y a otros seres humanos como entidades separadas y al mismo tiempo tener una imagen corporal interna.

2) El cuerpo social: Considera al cuerpo como un símbolo, que se

construye culturalmente de acuerdo a las visiones particulares de la sociedad y las relaciones sociales. En este cuerpo social se ve claramente lo que la cultura representa y en donde el manejo del cuerpo individual se vuelve tema de discusión, para mencionar un ejemplo nos referimos al tema de hacer una dieta o la de realizar ejercicio; o la discriminación por no estar dentro de los patrones definidos en salud o en belleza.

3) El cuerpo político: la cultura ha provisto de reglas para controlar el cuerpo individual de acuerdo con las necesidades del orden social y político imperante. Este cuerpo político se ve afectado y se va construyendo mediante las prácticas sociales por el entorno cultural e histórico desde los niveles más concretos y cotidianos como la alimentación. Cuando está adentro de los estándares, es bueno y todo aquello que está fuera, es malo. En muchas sociedades (incluyendo la nuestra) el cuerpo correcto, político y culturalmente es el hermoso, fuerte y saludable. El cuerpo políticamente correcto (y económicamente también) puede suponer distorsiones grotescas de la anatomía humana, incluida en varios tiempos y lugares, como el pie de las mujeres chinas, las 16 pulgadas de cintura, la apariencia pálida y tuberculosa del siglo XIX y las anoréxicas y bulímicas de la sociedad contemporánea (Scheper, Lock y García, 1987).

Concluyen los autores que se relacionan estos tres cuerpos mencionados mediante las emociones. Son el camino por el cual el cuerpo, la enfermedad y el dolor son experimentados y proyectados en imágenes del bien o mal funcionamiento del cuerpo político y social.

Similar aportación realiza Carrizosa (1999), al señalar que el cuerpo es representante de nuestra presencia en el mundo, el cual juega un papel protagónico no sólo por sentir, moverse y expresarse, sino porque el cuerpo es el terreno en el que emergemos como sujetos y con el cual batallaremos nuestra subjetividad a lo largo de nuestra vida. Cuerpo y subjetividad se implican mutuamente.

Martínez (2004), ayuda a profundizar en el tema, mencionando que el cuerpo está estrechamente ligado a transformaciones sociales profundas, a cambios en los modos de producción y a la emergencia de nuevas formas de dominación. Una de las razones es que el cuerpo sigue siendo mercancía en esta cultura consumista. La autora se basa en teorías feministas para desarrollar el

tema de la política de los cuerpos, señala que entre las técnicas que producen un cuerpo más femenino se distingue el siguiente: el que pretende conseguir un cuerpo de cierto tamaño y configuración, como con la cirugía estética, los regímenes, las dietas, cuyo extremo se encuentra en la bulimia y la anorexia; funcionando como un sistema de micro-poderes. Sin embargo, lo más importante de este proceso es que este poder no está únicamente en los propios agentes de socialización, de tal forma que la ausencia de una estructura formal o institución, crea la impresión de que la producción de la feminidad es voluntaria y natural. El cuidado del cuerpo no sólo hace referencia al tema de la salud, sino también a sentirse bien, hay sujeción del cuerpo para ajustarse a las normas contemporáneas de salud y belleza (Martínez, 2004).

Bourdieu (1990), explica que en el caso de la mujer, el cuerpo la exalta y es un objeto estético, por ello invierte en él y con lo que se relaciona que es la belleza, la elegancia, la ropa y el porte. Además como el modelo dominante que es, se convierte en la aspiración del resto de las mujeres, quienes quieren identificarse y pretenden apropiarse de esos signos de distinción.

Como ya se ha mencionado, el cuerpo, su variación y su significación social o corporeidad son el resultado de una naturaleza dual de lo humano y su biología y su cultura que demanda la construcción de un discurso singular para explicar su origen e identidad, tal como lo explica Vera (2002). El cuerpo se ofrece como doble objeto de conocimiento: el cuerpo que todos pueden percibir y el cuerpo del cual uno mismo es consciente en toda su magnitud. A la vez que el propio cuerpo proporciona información sobre el ser y el estar, posibilita la toma de conciencia de la existencia del otro que no es igual a mí. Este cuerpo no sólo es vía de conocimiento, es a la vez vía de acción en la medida en que la percepción del cuerpo propio y ajeno y del resto de la realidad es una característica activa que da sentido al ser y a la acción. En la noción del cuerpo propio, continúa Vera se introduce la idea del cuerpo como pertenencia y se sugiere la idea del mismo como instrumento, algo que libremente podemos manipular. El acto de vivir el cuerpo propio involucra funciones como la sensación y la percepción.

Merleau-Ponty (1993) afirma que el cuerpo es de alguna manera el vehículo de estar en el mundo. Tener cuerpo significa tener conciencia del mundo por medio de él y así ver al individuo como un sujeto. Ricoeur (citado en Vera, 2002) pone énfasis en la intencionalidad y la voluntad asociada a ésta, en

tanto que la intencionalidad se ejerce en el cuerpo, con un continuo “yo quiero”, “yo actúo”, en donde la acción es un cuerpo con potencialidades y donde la voluntad y la intención son primordiales. Los motivos de la acción dependen de la intencionalidad del sujeto, intencionalidad que depende a su vez de los valores propios del contexto donde el sujeto interacciona.

La sensación y percepción determinan entonces, la intencionalidad para manejar el cuerpo. La acción del no comer voluntario, el comer restringido, la aceptación o rechazo de los alimentos, tienen que ver con una intencionalidad que el sujeto tenga y que puede ser la delgadez; la cual depende a su vez del valor otorgado a la belleza en su contexto social.

En la práctica de la totalidad de las culturas, la belleza de la mujer recibe una consideración más explícita que la del hombre. El atractivo del cuerpo masculino suele depender más de sus habilidades y poderes que de su complexión y aspectos físicos. La mujer tiende a cifrar su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen que piensan los demás acerca del mismo. El auto concepto femenino suele fundamentarse significativamente en su atractivo corporal, mientras el de los varones acostumbra a basarse en la eficacia y en el estar en forma. La valoración subjetiva y social del cuerpo, al igual que cualquier otra atribución de valores, está drásticamente determinada por la cultura alimentaria (Piera, 1986).

La experiencia del “cuerpo alienado” se presenta de forma desigual para los miembros de las diferentes clases por la posibilidad de realizarla: para algunos la oportunidad de vivir el cuerpo propio bajo la gracia es mayor debido al reconocimiento o a la inversa, la probabilidad de sufrir el cuerpo en el malestar, la incomodidad, la timidez, es más fuerte cuanto mayor es la desproporción entre el cuerpo ideal y el cuerpo real, entre el cuerpo soñado y la mirada de los otros (Bourdieu, 1988).

En este nivel individual, la subjetividad expresada en los valores y atribuciones que se otorgan a los alimentos da forma a las representaciones sociales alimentarias de las adolescentes. Es de suma importancia también la percepción corporal, dado que la valoración que se realiza del propio cuerpo influye para la toma de decisiones del cuidado personal, en las tres dimensiones del cuerpo que ya se mencionaron: el cuerpo individual, el cuerpo social que es el que se muestra al exterior y el cuerpo político que dicta las reglas acerca de lo

que es correcto, de ésta forma se busca alcanzar el estereotipo corporal idóneo de la actualidad.

2.3.2 El nivel micro-social

En el nivel micro-social, Infante (1994) sitúa al nivel del individuo en sociedad y las organizaciones sociales complejas intermedias como la familia y las redes sociales que fungen como instancias a través de las cuales se relaciona el medio social inmediato del individuo con los procesos sociales más amplios.

Marx (en Althusser, 2000) acuñó el término de “totalidad social” el cual se entiende como la estructura de toda sociedad, constituida por “niveles” articulados por una determinación específica: la infraestructura o base económica y la superestructura que comprende dos niveles: la jurídico-política y la ideológica. Los Aparatos Ideológicos del Estado (AIE) funcionan mediante la ideología como forma predominante, pero utilizan secundariamente y en situaciones límites, una represión muy atenuada y simbólica.

Bajo la premisa anterior, se consideran aparatos ideológicos del Estado la familia y los medios de comunicación/ información (prensa, radio, televisión, entre otros) los cuales serán abordados por su importancia en el proceso del CAD. Los AIE son instancias mediadoras entre el nivel individual y el nivel macrosocial.

a) La familia como mediadora.

Como parte de los AIE, la familia constituye un ámbito de relaciones sociales de naturaleza íntima, donde conviven e interactúan personas emparentadas de generaciones distintas. Se construyen fuertes lazos de solidaridad, se entretajan relaciones de poder y autoridad. Se definen obligaciones, responsabilidades y derechos, con arreglo a las normas culturales y de acuerdo a la edad, el sexo y la posición en relación de parentesco de sus integrantes. La dinámica familiar provee valores y conductas al adolescente.

La familia representa una continuidad simbólica que trasciende a cada individuo y generación y a través de ella se transmiten las señas de identidad de los miembros del grupo. Las pautas y patrones de comportamiento de un individuo dentro de su núcleo familiar se originan en la sociedad, destacándose la dimensión cultural, cuya influencia se extiende a los valores, creencias y percepciones; por ello resulta muy importante estudiar los valores que son

fundamentales a las imágenes y prácticas sociales dentro de la misma familia. Salles y Tuirán (1998) asocian a la familia con diversos significados como por ejemplo, unión, amor, hogar, bienestar, comprensión, educación, cuidados y apoyo, entre otros. La forma en que los padres interactúan con los adolescentes influye de forma decisiva en la forma en que estos avanzan a la adultez (Craig, 2009). Por ello, la familia es un ámbito de desarrollo importante y es prioritaria en relación a otras esferas de nuestra vida pública o privada.

Menéndez (1993) menciona que en relación a la influencia de la familia en la construcción de nuestros conceptos de salud y enfermedad, la familia es el lugar donde no sólo se inicia la carrera del enfermo, sino donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación. La familia constituye la unidad donde de forma directa o como mediadora se constituyen y operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad de los diferentes grupos etarios. El autor sugiere que el origen de un enfermo es su sistema familiar y éste revela sus sistemas de representaciones y prácticas respecto del proceso salud-enfermedad-atención. Se ha planteado con cierta recurrencia que algunos tipos de estructuras familiares posibilitan la emergencia de determinados padecimientos mentales ya sea de la unidad o de algunos de sus miembros, es considerada como uno de los núcleos explicativos de la patología social que afecta a la misma; la familia emerge como la principal causa de ciertas pautas alimentarias, el mantenimiento de tabúes alimentarios, la automedicación o resistencia a acciones recomendadas por el sector salud (Menéndez, 1993).

Las familias, en sus estrategias de reproducción, privilegian determinados atributos de los distintos establecimientos educativos en función de su experiencia educativa y su intención de mantener o mejorar su posición en la estructura de las relaciones de clase (Bustos, s/a). La posición en estratos sociales y las perspectivas sociales que se tengan contribuyen en la decisión que toman los padres de familia, en la elección de la escuela para sus hijos.

Un aspecto importante en la función socializadora es la que experimentan las personas, en este caso las adolescentes con sus pares. El grupo de pares se refiere a un grupo de la misma edad en donde sus miembros tienen la misma o similar edad, se consideran iguales por el medio en el que interactúan, poseen pautas, valores y cultura propios. En estos grupos existe un aprendizaje entre

ellos, en relación a temas de interés de acuerdo a su edad y a su medio social, temas que abarcan la música, el entretenimiento, la moda, el sexo opuesto entre otros, es por ello que esta relación es importante en el desarrollo de los jóvenes y conduce de cierta manera la forma que tienen de interactuar en la sociedad.

En este nivel se ubica a la familia como parte constituyente de la interacción con las adolescentes, las familias proveen información ya que cada miembro de la misma transmite sus propias representaciones sociales y prácticas.

2.3.3 El nivel macro-social

En este nivel de acuerdo con Infante (1994) se ubica a las formaciones sociales las cuales son producto de su propia historia socio-económica y política y constituyen los determinantes de los diferentes perfiles patológicos, así como de la respuesta social organizada para atender a sus condiciones de salud.

a) Determinante Económico

El capitalismo fue el sistema económico surgido en Europa en el siglo XVI y la propiedad privada fue la forma predominante de organización. De acuerdo con Marx (1975), se prioriza la acumulación del capital, gracias a las mercancías que genera plus valor (para los dueños de los medios de producción). Bajo este modelo lo importante es la producción y venta de mercancías, al mismo tiempo que se crea al consumidor y se ensalza el consumo, conduciendo esto a un círculo en donde participan el consumo como necesidad y finalidad y la producción como inicio y creación de objetos de consumo.

Actualmente se desarrolla en México una economía capitalista debido a que durante la segunda mitad del siglo XIX se conjuntaron las condiciones para su consolidación (Ramírez, 2012). Es así que se configura una sociedad de mercado, una colectividad que otorga importancia al cambio de valores y actitudes en relación al consumo *light* de todo tipo de productos (Lechner, citado en Aponte 2001).

Por otra parte la publicidad es una herramienta importante ya que utiliza factores de atracción que se relacionan con las necesidades que las personas tienen (Biagi, 1999). La publicidad tiene un papel esencial, porque al moldear las necesidades y las expectativas de los individuos en función de la demanda

económica, el productor/publicista es quien dirige el ritmo de la producción mediante la organización del deseo de consumo (Aponte, 2001).

En México con la instauración del modelo neoliberal en la década de los 80's del siglo pasado, se establecieron numerosas empresas privadas de todo tipo, pero fue en los 90's que se empezó a perfilar de forma más nítida cómo el proceso económico influyó en la aparición del CAD. En primer lugar se menciona a la industria de la moda que produjo ropa de dimensiones pequeñas, la "talla cero" que sólo hacía posible su uso en mujeres con delgadez extrema, en segundo lugar se menciona a la industria cosmética la cual produce cremas y jabones corporales que "queman" la grasa corporal y reducen talla y celulitis y a la par se encuentra la industria farmacéutica que produce medicamentos que ayudan a disminuir el apetito y acelerar el metabolismo de las grasas; también existe la industria que fabrica aparatos deportivos que igualmente coadyuvan a la reducción de peso y talla y por último se encuentra la industria de alimentos que constantemente innova en la producción de alimentos bajos en grasa y calorías.

Aunado a todo lo anterior, cada vez hay mayor número de clínicas que realizan mesoterapia u operaciones de liposucción y gimnasios con enfoque en técnicas de reducción de peso y aparatos reductores, todo esto con la finalidad de que las mujeres tengan un cuerpo esbelto.

b) Determinante Ideológico

En la esfera ideológica, se encuentran las imágenes que se han ido formando en relación al cuerpo y a su manejo a través del tiempo. En este apartado se hará mención a la relevancia que se le ha dado al cuerpo a través del tiempo. Para Toro (1996) una cultura puede determinar los criterios de la valoración, concretamente los concernientes a la estética corporal, pero por supuesto no puede conseguir que todos sus miembros moldeen sus cuerpos de acuerdo con aquellos criterios. Los desfases entre el modelo corporal cultural y el cuerpo real de cada individuo concreto serán forzosamente fuente de malestar y de ansiedad. Los grandes fenómenos que intervinieron en esta situación universal quedaron descritos por Fallon (citado por Toro, 2006) aludiendo a nuestro actual acontecer, en primer lugar la cultura que establece la norma estética del cuerpo, en segundo lugar la parte biológica individual que no siempre ayuda a conseguirlo (por ejemplo dotarnos de un cuerpo de talla

grande), en tercer lugar la cultura que puede ayudar a modificarlo (la posibilidad de comer menos) y por último el estatus como parte del grupo cultural (ser mujer y poseer autoestima), factores que influyen en la forma en que la persona insta el camino para conseguirlo.

Desde las sociedades primitivas hasta la Edad Media, el patrón dominante del cuerpo femenino fue el cuerpo corpulento. Durante el siglo XIV, las estrictas normas sociales en las mujeres incluían el recato en el comer, situación que se pone como antecedente para evitar los “excesos” alimentarios, hace más de 600 años. Para la mujer no comer en demasía y limitar la ingestión alimentaria era lo correcto y lo moral. Por ejemplo, se evitaban ciertos alimentos “inflamatorios” como el café, té y chocolate, carnes en salazón y especias; pan y tortas calientes, confitería; nueces, uvas y alcohol; las jóvenes consumían vinagre para adelgazar y arroz para estar más pálidas. Inmediatamente antes de la Primera Guerra Mundial se plantearon abiertamente las dietas restrictivas como instrumento para modificar el volumen o la silueta corporal (Toro, 1996). De esta forma el patrón estético corporal de delgadez se instauraba y los comportamientos que la favorecían socialmente también, es así que se conforma la idea de que mediante un cuerpo delgado se logra la aceptación social y por ende, la aceptación de uno mismo y la autoestima suficiente.

La restricción en el consumo de alimentos se imponía, y continuaba además con recomendaciones como las que sugería el Dr. John H. Kellogg, quien creó en 1906 la industria de alimentos para desayunos, con la única intención de compensar los efectos de vivir en una civilización industrial, para proteger a sus conciudadanos de los riesgos de la excitación de su apetito sexual provocado por los alimentos insalubres. Se difundió a la par, una notable preocupación por el funcionamiento intestinal. La comida debía ser sana y limitada. Las purgas permitían compensar los posibles excesos y devolver al organismo el equilibrio supuestamente extraviado, los enemas, los laxantes y ejercicio físico se sumaron posteriormente a conseguir y mantener la necesaria “*pureza intestinal*” (Toro, 1996).

Actualmente se siguen dictando medidas en relación a la comida y el cuerpo, esto lo podemos ver en comerciales de televisión con la promoción del “Plan Special K”, de los cereales Kellogg’s, el cual aconseja en el desayuno y en la cena el consumo del mencionado cereal para conseguir un abdomen plano y

una figura esbelta en cuestión de pocas semanas.

La restricción alimentaria que en su mayor parte se practica ahora, continúa estando en función de un determinado concepto de la belleza y de salud. Los valores estéticos y el cuidado del cuerpo son un medio de aceptación social y resultan ser el motor ideológico de muchas de estas prácticas (Contreras y Gracia, 2005).

La moda ha sido una referencia importante en la forma en que se proyecta el cuerpo femenino a través de los años. Toro (1996) hace una reconstrucción de cómo la moda y la cultura se entrelazan para seguir dictando las pautas del cuerpo femenino. El tipo de cuerpo aceptado y valorado positivamente en una determinada época es el que ha determinado las características del vestido especialmente del femenino.

Menciona el autor que a partir del siglo XIV, en las sociedades cortesanas de Europa la vestimenta debía hacer denotar las formas corporales, aún cuando el cuerpo modelo era la de una mujer gruesa. Durante el siglo XVIII, a la par que se evitaba el exceso en el comer, el cuerpo delgado sustituye al redondeado como consecuencia del establecimiento de un paladar fino y como medio para distinguirse de las clases inferiores.

El siglo XIX se consideró la antesala a la cultura de la delgadez, en esa época se acentuó la cintura y para principios del siglo XX, la moda prefería vestir cuerpos alargados y delgados. En la época de la posguerra (II Guerra Mundial) las competencias por un cuerpo se oficializan y se extienden por el mundo occidental, haciendo del cuerpo femenino objeto de contemplación, valoración y comparación colectivas. En las sociedades occidentales, la colectividad considera y acepta como positivo que mujeres, jóvenes compitan entre sí por las formas del cuerpo y que la ganadora sea la que representa la normatividad sociocultural corporal (Toro, 1996).

Las modelos de alta costura que además promocionan diversos artículos (coches, perfumes, joyería, etc.) son cada vez más delgadas y son prototipos a seguir porque promueven a su vez los criterios estéticos corporales ideales. La juventud de las modelos las sitúa más cerca de las expectativas de las adolescentes, quienes terminan siendo las más indefensas ante estos impactos y las más susceptibles a los trastornos alimentarios (Toro, 1996).

El cuerpo lleva marcas histórico-sociales, biológicas, políticas o pulsionales propias de cada época. Actualmente en el cuerpo apreciamos la apariencia física, por sus gestos y expresiones se conoce el mundo interior y se puede advertir incluso una realidad social y cultural (Aponte, 2001).

Alves y Magalhães (2006) citan a Boltanski en relación a la preocupación que existe con el cuerpo y la variación entre las clases sociales. Cuanto más elevada es la jerarquía social, son mayores los cuidados estéticos. En las clases sociales privilegiadas, se observa un mayor consumo de productos de tratamiento para el cuerpo y una práctica de estilo de vida más saludable. De acuerdo con Torres (2008) en nuestra sociedad, la modernidad le rinde culto al cuerpo, es un símbolo y fetiche de la cultura de las masas. De igual forma lo llama Guzmán (2008) quien menciona que a partir de las exigencias hacia el cuerpo moderno existen una serie de actividades que incluyen la cosmética, la estética, las dietas y el ejercicio.

Torres (2008) enfatiza que este culto al cuerpo tiene modelos cuyos objetivos son: 1) convertirse en referente para los grupos sociales y 2) que el cuerpo se exprese, no para su disfrute sino para alienarlo, deformarlo y enfermarlo. Uno de estos modelos es el de las adolescentes y jóvenes anoréxicas, figura que se ha impuesto la meta de adelgazar; ser obesa es síntoma de “fealdad”, “mal gusto” y vergüenza estética.

Este nuevo ideal estético creado en buena medida por los diseñadores de modas y las grandes compañías transnacionales dedicadas a la elaboración de productos de belleza femenina y promovido por los medios de comunicación, ha sido perpetuado por la imagen surgida en los años 90’s del siglo pasado con las llamadas top-model, que han impactado la subjetividad femenina. Las adolescentes y jóvenes desean ajustarse a este nuevo canon de “belleza”, cuyas características son: juventud, buena estatura, delgadez extrema y rostro bello (Torres, 2008), y el cual se ha asociado con problemas de comportamiento alimentario.

Guzmán (2008) señala que en México y América Latina se ha adoptado ese ideal de cuerpo que no tiene correspondencia con nuestros cuerpos, pero que de lograrlo resulta efectivo, el cuerpo se convierte en objeto, ya que “un buen cuerpo sabiéndolo utilizar” puede conseguir canonjías que no se obtendrían de otro modo. A todo esto se suman también casas editoras que han invadido el

mercado con cientos de libros de dietas adelgazantes, al igual que los proveedores de servicios (los gimnasios, los spa), los cirujanos plásticos, etc. (Toro, 1996). Aunado a lo anterior, se encuentra el mercado de trabajo, el cual exige para el ingreso al mismo, entre otras cosas como la capacidad y la eficiencia, una buena o excelente presentación física. Asimismo, una gran cantidad de artistas contribuyeron también en la última década del siglo pasado a este culto al cuerpo, al realizarse liposucciones para tener una figura delgada, poniendo de moda estas prácticas.

La vivencia del cuerpo según refiere Guzmán (2008) es con angustia por no ser el cuerpo deseado, no existe disfrute de él. Hay una percepción de odio por aquello que molesta, sobra o falta, puesto que hay una suposición de que no hay agrado hacia los otros, y si llegara a haber una interpretación de forma consciente, ésta sería ajena a la deseable.

Por lo que respecta a los medios de comunicación, éstos son aparatos ideológicos de información y los medios masivos son las instituciones hegemónicas del presente y resulta obvio que transmitan contenidos acordes con la estructura económica, social y política vigente (Guinsberg, 1994). Estos medios constituyen una característica propia de la sociedad moderna, tienen implicaciones para diversos e importantes ámbitos de la vida social, entre ellas el consumo y el cambio social, con una especial capacidad para moldear la opinión pública e imponer la voluntad de pequeños grupos que detentan poder (McQuail, 1972). Cada vez es mayor la cantidad de opciones - canales televisivos, radio, diarios, revistas e Internet - que ofrecen diversidad de información influyente en la gran mayoría.

Roiz (citado en Guinsberg, 2003) señala que una de las líneas centrales de la argumentación que se utiliza para persuadir a los destinatarios es la cultura de la imagen como forma idónea de la persuasión, como control social de los valores sociales y modelos de comportamiento, difundido por los medios masivos. La influencia de los medios de comunicación empieza en los años veinte con la aparición de los diarios y revistas, posteriormente el inicio del cine resulta ser un acontecimiento importante. Un hecho definitivo y poderoso es la presencia de la televisión, gracias a la poderosa influencia de las imágenes visuales que maneja, y asociado a todos estos medios de comunicación, se encuentra la publicidad que se convierte en un sistema transmisor de ideales, normas y valores (Toro, 1996;

Aponte, 2001)

Su importancia (sobre todo la televisión) radica en que su influencia se realiza en paralelo a otras instituciones: familia y escuela, e influye al sujeto de dos formas: directa a través de la recepción personal e indirecta a través de las personas con las que se interactúa, que ya recibieron múltiples contenidos (desde hábitos alimentarios a formas de conducta). Logran que los individuos tengan la necesidad de consumo, de mercancías o modelos que se convierten en el centro de la vida actual, ya que están internalizadas como propias las necesidades del sistema, que prometen dar lo que se busca (status, y bienestar, belleza y felicidad) (Guinsberg, 1994).

Erreguena (2002) arguye que la lógica del uso de la televisión se articula en la diferencia de clases. Los hábitos de clase franquean los usos que se dan a la televisión, en los modos de ver y de organizar el tiempo y espacio cotidianos. La televisión como medio nos hace pensar que lo que vemos se puede obtener, que es fácil ser como aquello que se ve cotidianamente. La televisión muestra muchas imágenes que se interiorizan, muestran tendencias y estilos que se pueden copiar. El cuerpo de los actores, artistas y conductores es uno de los productos que se venden y se muestran, haciendo que la estética que se presenta sea un modelo a seguir (Erreguena, 2002).

La publicidad sigue siendo un instrumento de la actividad económica y su mención en este determinante se debe a que también incide en la ideología de sus receptores. Adorno (2008), se rebelaba contra la fusión “monstruosa” de la cultura, la publicidad y la diversión industrializada que entrañaba la manipulación y estandarización de las conciencias. Aponte (2001) resalta que los medios de comunicación y la publicidad, contribuyen al consumo de bienes simbólicos y valores culturales.

Los discursos y los mensajes emitidos tienen un papel en la construcción de las representaciones e inciden en las prácticas. Son relevantes e interactúan con otros factores igual de importantes. Los discursos y mensajes que legitiman, justifican o presentan como necesaria o deseable una decisión, en todo caso la hacen parecer más acertada, más gratificante o más sugestiva, pero no son la causa primera o única de la puesta en práctica o toma de decisiones. La lógica de consumo se rige actualmente por consideraciones sobre la salud o la estética (Erreguerena, 2002).

La publicidad promueve formas de consumo que se amoldan de acuerdo a las posibilidades productivas, hacia todos los sectores de población para que las personas conozcan las mercancías e ideologías y se convenzan de la necesidad de comprarlas, tenerlas y consumirlas. (Guinsberg, 1987). Como ejemplo de ello se mencionan a los info-comerciales que entraron en la programación nacional en su mayoría en la última década del siglo pasado y que promueven la compra de ampollitas, medicamentos, pastillas, cremas, aparatos reductores, ropa, entre varios otros, que son un apoyo para conseguir el cuerpo ideal.

Uno de los modelos ideales de la publicidad es la de la mujer, que transmite un modelo de mujer a la que le importa solamente la felicidad que le otorga el consumo y lo que tiene que hacer, como comportarse y como actuar, qué y cómo vestir y embellecerse, como ser buena anfitriona. Se utiliza también como objeto sexual, así la mujer debe ser bella para gustar y mostrarse, conquistar y vencer (Guinsberg, 1987). De esta manera, los medios de comunicación y la publicidad incide fuertemente en las personas, ya que son receptoras de información de infinidad de artículos para el cuerpo, para que escojan el mejor de entre la inmensa competencia que existe, además de ser incesantemente bombardeados por imágenes de cuerpos perfectos y hermosos. Además el aspecto físico de las modelos utilizadas en la mayoría de los comerciales es como lo describe Cruz (2008), una silueta espigada, con "líneas estiradas y gestos aligerados", busto pequeño, caderas perfiladas y muslos largos.

Los medios de comunicación y la publicidad controlan y moldean el ideal del cuerpo, sobre el cuerpo desde la televisión se emite y se adopta gran parte de la información que regula el pensamiento y conducta de las personas, se modela su mente y su cuerpo, impone modelos regulares de conductas, crea opiniones uniformes, emite juicios, elige ganadores y omite a perdedores. Se ha pasado del control del espacio público ejercido por el Estado y sus instituciones, al espacio privado: familiar, del trabajo, oficina, donde a través de la televisión se busca la uniformidad corporal, la homogeneidad mediante la similitud de los cuerpos; la regulación del comportamiento individual y social, el control del pensamiento y la imposición de modelos y conductas que se manifiestan en las prácticas sociales (García, 2007).

García (2007) menciona que la televisión impone los modelos sobre los que se debe sustentar la vida social ideal, los buenos modales, costumbres, gustos, gestos, moda, sueños y anhelos de la sociedad. La misma autora añade que los medios incluyen en gran medida imágenes de cuerpos humanos, a través de textos e imágenes van destilando mensajes y señales que entre otras consecuencias, facilitan la difusión y consiguiente interiorización directa o encubierta al servicio de importantes grupos empresariales dedicados a la elaboración de productos o servicios destinados específicamente a conseguir disminuciones de peso o supuestas remodelaciones de la silueta corporal. Existen estudios que demuestran que la exposición a este tipo de anuncios comerciales crean una insatisfacción por el propio cuerpo que conducen a incrementar la sintomatología relativa a los trastornos alimentarios.

Los medios masivos y las nuevas tecnologías proponen valores, normas, imágenes, estereotipos y formas de ser. Son la institución instituida/instituyente del Imaginario Social (Erreguerena, 2002). La publicidad crea una necesidad primaria de identificación con un estereotipo, al remodelar la realidad social según la visión subjetiva de la sociedad (Aponte, 2001).

El determinante ideológico tiene gran importancia en la construcción simbólica que se hace del cuerpo, ya que el estereotipo de belleza se establece como norma social y éste se complementa con la actividad económica que ha permitido la producción y comercialización de productos que conducen a la delgadez, reforzado por la publicidad y los medios de comunicación.

c) Determinante Político

Se menciona al cuerpo en primera instancia dado que es en este territorio en donde se refleja el manejo que se hace de él, principalmente por grupos de poder que dictan normas en el manejo y construcción del mismo.

La política de los cuerpos ha determinado que el cuerpo no existe solamente como artículo biológico o como un bien material, sino dentro y a través de un sistema político, a través del cuál el cuerpo se va construyendo, influyendo en los hábitos y conductas que se construyen social e históricamente; los cuerpos son el resultado de una construcción que se realiza mediante prácticas sociales, las cuales están atravesadas por relaciones de fuerza (García, 2007).

Desde la edad clásica existen referencias de una gran atención al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican. En el transcurso de los siglos XVII y XVIII las disciplinas en torno al cuerpo llegaron ser fórmulas generales de dominación. El cuerpo humano entra en un mecanismo de poder que lo explora, lo desarticula y lo recompone, una “anatomía política” para que actúen como se desea y para que opere como se quiere, con las técnicas, según la rapidez y la eficacia que se determina. La disciplina fabrica así cuerpos sometidos, ejercitados y dóciles y disminuye las fuerzas del cuerpo referidos en términos políticos de obediencia (Foucault, 1976).

Esta nueva anatomía política es una multiplicidad de procesos, de origen diferente, de localización diseminada, que coinciden, se repiten o se imitan, se apoyan unos sobre otros, se distinguen según sus dominios de aplicación, entran en convergencia y dibujan poco a poco el diseño de un método general. Existen varias instituciones disciplinarias y técnicas minuciosas que tienen su importancia porque definen cierto modo de adscripción política y detallada del cuerpo, que no han cesado desde el siglo XVII de invadir dominios cada vez más amplios, como si tendieran a cubrir el cuerpo social entero. Pequeños ardides dotados de un gran poder de difusión, acondicionamientos sutiles, de apariencia inocente, pero en extremo sospechosos, dispositivos que obedecen a inconfesables economías o que persiguen coerciones sin grandeza (Foucault, 1976).

El cuerpo femenino es un cuerpo vigilado, constreñido tanto por las representaciones genéricas como por el discurso médico asociado a las construcciones culturales de belleza y de ser mujer (Cruz, 2008). Guzmán (2008) agrega al respecto que en estos cuerpos ya no es necesario el castigo, dado que con el sólo hecho de saberse vigilados se mantienen dentro de la norma, porque de no ser así, serán excluidos, separados o aislados de la sociedad.

Por otra parte se puede hablar de la medicalización del cuerpo en el sentido en que éste es normado por medio del discurso médico. Baz (1993) indica que la “dieta” o “régimen” puede ser considerada como una categoría importante para pensar la conducta humana en lo que se refiere al vínculo con el cuerpo.

Cruz (2008) menciona que las campañas de salud también se confabulan con el modelo hegemónico de la belleza, con discursos en relación a la salud.

Estos difunden la importancia de mantener la circunferencia de cintura en determinados parámetros, cuidar de sí mismo con dietas balanceadas y hacer ejercicio. De esta forma se asocia un cuerpo esbelto con uno saludable que se enfoca en la silueta.

El CAD está determinado también por la actividad del Estado y su intervención dentro del sector público, específicamente en el sector salud. Hay que mencionar que en el Plan Nacional de Salud existe el Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia (SSA, 2010) que encamina sus acciones a detectar e intervenir de manera temprana la aparición de trastornos alimentarios. Sin embargo dentro del régimen económico neoliberal en el ámbito de la salud, existe apoyo para la concentración monopólica como elemento de competitividad, propugnando la desregulación total y la legalización de toda informalidad (Tetelboin, 1998).

A este respecto se han logrado algunos avances dentro de este determinante, con la participación de los actores políticos, algunos derivados de propuestas internacionales y nacionales, que ayudan a regular sectores que determinan el CAD: a) Derivado de la muerte de algunas modelos internacionales a causa de la anorexia (hace menos de un quinquenio) y la presencia de casos de hospitalización por estas causas (El Universal, 2006), surgió la propuesta legislativa en México de la “Ley de Tallas”, que logró la eliminación de la venta de ropa “talla cero”, obligando a los industriales a que vendieran ropa de tamaño más grande (La Jornada, 2007); b) En el tema de la nutrición se revisó el contenido nutrimental de los alimentos para advertir de los problemas en salud que ocasiona el consumo excesivo de algunos de ellos, así fue mencionado por el Senador Saro Boardman, el 1º de Agosto de 2008, aunque el tema base fue la obesidad infantil (Canal del congreso); c) la participación de la Procuraduría Federal del Consumidor al evaluar productos Light y encontrar incumplimiento con la norma oficial NOM-086-SSA1-1994. “Bienes y Servicios. Alimentos y Bebidas no alcohólicas con modificaciones en su composición”, (Revista del Consumidor, 2008); d) La identificación de páginas electrónicas que promueven los trastornos alimentarios, en el mes de noviembre de 2008 fue el motivo por el cual se exhortó a la Secretaría de Seguridad Pública a intervenir para regular dicha información (Senado de la República); e) la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) el 19 de mayo del 2011 decomisó en los 16 meses

previos, 320 mil productos de libre venta, conocidos también como productos milagro, todos ellos productos publicitados para bajar de peso o como coadyuvantes. (COFEPRIS 2011); f) en julio del 2011 concluyó el análisis del Reglamento Sanitario para regular la publicidad y evitar así la difusión de mensajes engañosos en relación a los productos mencionados anteriormente (Excelsior, mayo-2011). Aunque aún para el 3 de agosto de 2011, el titular de la COFEPRIS señalaba que sólo uno de 10 productos 'milagro' que se publicitaban por televisión se mantenía con esta práctica, (Excelsior, agosto-2011). Debe señalarse que actualmente se siguen transmitiendo comerciales con productos adelgazantes, como el "Metabol Tonic"; g) finalmente el 29 de enero del 2012 se dio a conocer que la Ley General De Salud en Materia de Publicidad, entró en vigor el 2 de marzo del mismo año, acortando la difusión de los productos milagro (El economista, 18 de enero de 2012).

Además con el estado de bienestar en crisis y el desmantelamiento de los sistemas de salud, se originó una división en la población entre quienes pueden resolver sus necesidades en el mercado y la población pobre que es focalizada (Tetelboin, 1998). De ésta manera surge por necesidad lo que De Souza (1998) denomina "el tercer sector", que son organizaciones sociales que siendo privadas no tienen fines lucrativos y que respondiendo a objetivos sociales públicos no son estatales, para la atención de ésta problemática

Como ejemplo de lo anterior se puede citar uno de los mensajes de prevención que se transmitió aproximadamente en marzo-abril del año de 2007, financiada por una fundación privada, a través de un comercial de agua de la marca "e pura", lanzando una campaña pro donativo de apoyo a la lucha contra la anorexia y la bulimia de la fundación Ellen West (Comercial transmitido en 2007). Esta organización desde 2005 ha proyectado campañas de prevención y lucha contra los TA (Fundación Ellen West, Campañas).

En referencia a clínicas y centros que puedan atender a personas enfermas de algún trastorno alimentario, se contabilizaron hasta el año 2008, quince clínicas privadas especializadas, cuatro en la ciudad de México y el resto en Guadalajara, Monterrey, Mazatlán y Morelia, siendo mucho menor el número de las clínicas a nivel público que existen: tres clínicas en total, dos en ciudad de México y una en Guadalajara (Unikel, 2004).

El determinante político establece pautas en relación al tema del cuerpo,

este debe estar delgado para ser considerado sano y se dicta una norma que se hace cumplir de forma sutil, porque son las propias mujeres quienes se vigilan y corrigen si se encuentran fuera de lo establecido; además la acción del Estado como regulador es mínima, ya que existen vacíos por la falta de aplicación en la regulación sanitaria al mercado de productos para el cuerpo, lo que ha dado lugar a la presencia de CAD en nuestra sociedad. Es muy probable que en la expresión de las entrevistadas no se refleje la conexión de este determinante y las formas de alimentación que asumen, además de los cuidados en su estética corporal, pero en un nivel macro estos determinantes existen y subjetivan a las adolescentes.

Las representaciones alimentarias de adolescentes en proceso de CAD, y sus determinantes sociales se estructuran de la siguiente manera.

Nivel individual:



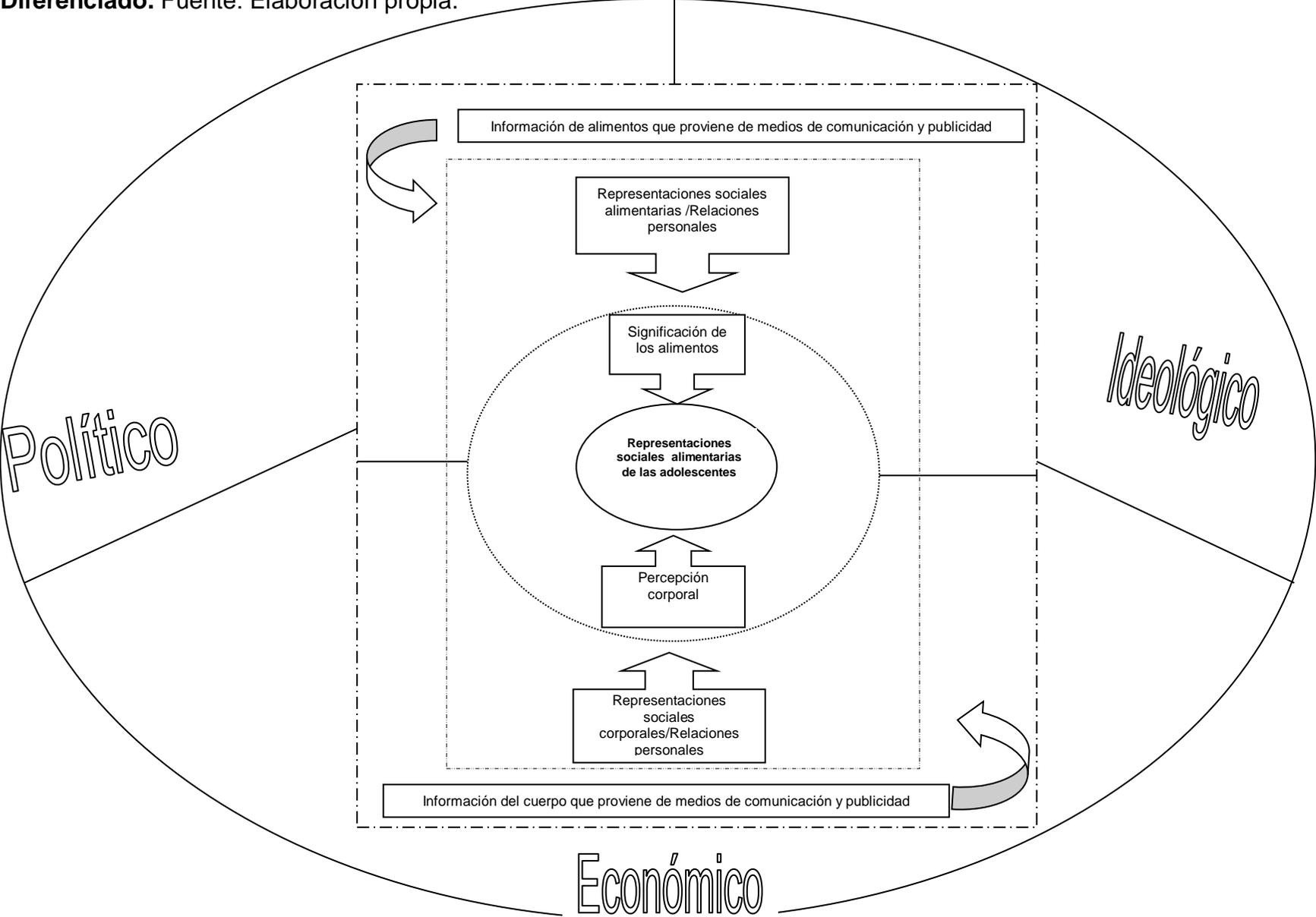
Nivel microsocioal:



Nivel macrosocioal:



Figura1. Esquema de Representaciones Sociales Alimentarias en adolescentes con Comportamiento Alimentario Diferenciado. Fuente: Elaboración propia.



La belleza, el concepto del cuerpo y la alimentación, son construcciones que van cambiando con el tiempo y que dan forma a los imaginarios sociales, el que se representa al cuerpo actualmente es aquel que muestra a la delgadez como el estereotipo a seguir. Desde estos determinantes: social, económico y político, la televisión, el cine, las revistas y el Internet a través de las imágenes que proyectan y de la información, dan forma a ese imaginario social. El sujeto, subjetivado por esa información, transforma esa idea de la creación social y las adolescentes en aras de modificar el cuerpo, cambian sus prácticas alimentarias y las significaciones que tiene de los alimentos que eligen comer.

Capítulo III. La adolescencia y la alimentación

De acuerdo con Nelson (2009) la adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y 20 años, en donde se experimentan cambios rápidos en la estructura corporal y el funcionamiento fisiológico, psicológico y social, marca la transición entre la infancia y el estado adulto y progresa a través de tres periodos distintos.

Tabla 1. Características de la adolescencia

Edad	Adolescencia		
	Temprana 10-13	Media 14-16	Tardía 17-20 y más
Desarrollo biológico	Caracteres sexuales secundarios. Comienzo del crecimiento rápido.	Pico de crecimiento en altura. Cambios en la forma y composición corporal. Acné y olor corporal. Menarquía.	Físicamente maduro. Crecimiento más lento.
Desarrollo cognitivo y moral	Operaciones concretas. Moralidad convencional.	Aparición del pensamiento abstracto. Puede percibir las implicaciones futuras, pero no aplicarlas a la toma de decisiones. Cuestiona costumbres.	Idealismo. Capaz de pensar las cosas detenidamente.
Concepto de sí mismo	Preocupado por los cambios corporales. Timidez sobre la apariencia y el atractivo.	Preocupación sobre el atractivo. Aumento de la introspección.	Imagen corporal más estable. El atractivo puede todavía ser una preocupación.
Familia	Aumenta la necesidad de privacidad.	Conflicto sobre el control y la independencia. Lucha por la aceptación de una mayor autonomía.	Separación emocional y física. Aumento de la autonomía.
Compañeros	Búsqueda de afinidad.	Participación intensa en el grupo de compañeros. Los compañeros proporcionan ejemplo de comportamiento.	El grupo de compañeros disminuye su importancia.
Sexual	Ansiedad y preguntas sobre los cambios.	Inicio de las relaciones y la actividad sexual. Preguntas sobre la orientación sexual.	Consolidación de la identidad sexual.

Fuente: Nelson, 2009.

Durante la adolescencia es frecuente la comparación social, proceso mediante el cual se evalúa la capacidad, conducta, características de

personalidad, apariencia, y reacciones entre otros. Al salir de la etapa de la niñez, ya tienen una idea bastante clara de su tipo, proporciones y habilidades corporales, además de tener ideales corporales. Son más sensibles acerca de su apariencia y cuando su auto imagen no corresponde al ideal corren el riesgo de tener un trastorno alimentario (Craig, 2009).

Los adolescentes obtienen de los grupos de referencia muchas ideas concernientes a los roles y valores. Los grupos de referencia pueden estar compuestos por individuos con quienes interactúan (los pares) y con los que mantienen relaciones estrecha y son indispensables para adquirir habilidades sociales. En ocasiones el adolescente se siente más atraído por valores de otro individuo, este otro puede ser un amigo íntimo, un hermano mayor, una artista o atleta, cualquiera cuyas ideas y conductas admire y es de mayor impacto en las adolescencia (Craig, 2009).

Muchos adolescentes tienen conductas de riesgo por diversas razones, tal vez no conozcan los riesgos o subestimen los resultados negativos, se concentran principalmente en los beneficios previstos. Quienes tienen una adecuada autoestima y noción de pertenencia no suelen mostrar conductas de alto riesgo (Craig, 2009).

En la etapa de la adolescencia existe un periodo en el que aumenta el crecimiento y se considera muy vulnerable desde el punto de vista nutricional, debido a que: a) existe mayor demanda de nutrimentos debido al crecimiento, b) hay cambio en el estilo de vida y en los hábitos alimentarios, lo que afecta al consumo y c) existen necesidades especiales debido a la actividad o desarrollo de alguna patología.

La finalidad principal del metabolismo de los macronutrientes (hidratos de carbono, proteínas y lípidos) contenidos en los alimentos es producir energía para mantener las funciones del organismo. El concepto es simple:

Balance de energía = Ingreso energético - Gasto energético

Si el ingreso energético es igual al gasto, el individuo está en equilibrio energético; si el ingreso es mayor que el gasto, el balance es positivo y se almacenará; si el gasto es superior al ingreso, el balance es negativo y se oxidará la reserva endógena de energía. El control energético de los alimentos ingeridos se determina por la energía contenida en los hidratos de carbono, proteínas y lípidos. (Simal, 1999).

El peso corporal es un parámetro regulado mediante elementos de control en distintos niveles. A corto plazo son el control de la ingesta, que determina la cantidad y el tipo de alimentos a ingerir y la energía que se pierde por la termogénesis en forma de calor. La ingesta puede ser controlada voluntariamente o de forma semiautomática por el apetito, el cual es la necesidad selectiva y consistente en tomar algún alimento concreto (Fernández, 1999).

Las necesidades energéticas de un individuo de acuerdo con la OMS se definen “como el nivel de ingesta energética que tiene un individuo con un tamaño y composición corporal y una actividad física compatibles con un estado de buena salud a largo plazo, así como con una calidad de vida satisfactoria” (Simal, 1999: 591), por ello las recomendaciones son el promedio de las necesidades para grupos de individuos.

Tabla 2. Requerimientos nutricionales para la mujer adolescente

Requerimientos nutricionales	
Mujer	Kcal / día
Edad	
11-14	2 200
15-18	2 200

Fuente: Stang, 2001

El control del peso corporal es un proceso necesario para la supervivencia, pero actualmente el desarrollo cultural y tecnológico y la disponibilidad de una gran variedad de alimentos, ha otorgado al hombre cierta independencia en la elección que se manifiesta en sobrepeso y obesidad (Fernández, 1999). Durante la adolescencia se dan una serie de circunstancias que favorecen la aparición de desequilibrio entre aportes y necesidades que conducen a alteraciones del estatus nutricional (Hernández, 1999).

Los problemas nutricionales que se pueden presentar en la adolescencia son de tres tipos distintos: por la forma de comer, por la presencia de algún trastorno o por aumento de las necesidades energéticas (Hernández, 1999).

1. Formas no convencionales de alimentación

- Irregularidad en el patrón de alimentos.

- Abuso de las comidas de preparación rápida.
 - Consumo de alcohol.
 - Dietas vegetarianas.
2. Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)
- Anorexia y bulimia nervosa.
 - Síndrome de temor a la obesidad.
 - Polifagia y obesidad.
 - Conductas alimentarias de riesgo
3. Aumento de los requerimientos
- Embarazo.
 - Actividades deportivas.

Para definir a los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) la décima clasificación internacional de la OMS de las enfermedades, plantea criterios diagnósticos más extensos que el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) en el área de la alimentación, que incluyen implicaciones etiopatológicas (Gómez, 1999), por ejemplo, para la anorexia nervosa se menciona la pérdida significativa de peso y un índice de masa corporal < 17.5 , considerado como peso bajo, restricción del consumo de alimentos, vómitos provocados, utilización de laxantes, fármacos que quitan el apetito o diuréticos, además de practicar ejercicio físico de forma excesiva. Se hace referencia a la distorsión de la imagen corporal y alteraciones endocrinometabólicas secundarias a la pérdida de peso y un retraso o detención de la pubertad.

Al hablar de la bulimia nerviosa se presenta una preocupación constante por la comida con episodios de polifagia (comer en exceso), la utilización de diferentes técnicas compensatorias frente al aumento de peso como lo son el vómitos auto-provocado, el uso de laxantes, tener periodos intermitentes de ayuno e ingerir fármacos, además del miedo a subir de peso y engordar (Gómez, 1999).

Hay sujetos que presentan síndromes parciales de estas enfermedades, que pueden desarrollar un TCA y existen también personas que no llegan a ser considerados casos, pero manifiestan “síndrome subclínico” o “conductas alimentarias de riesgo”, que incluyen la práctica de dietas restringidas, ayunos, ejercicio excesivo, uso de diuréticos o laxantes y vómito auto provocado, sensación de pérdida de control al comer, con el fin de perder peso (Unikel,

2006).

Las complicaciones médicas referidas son en su mayoría secundarias a la presencia de malnutrición y en general revierten con el retorno a una dieta razonablemente normal y consecución de un peso aceptable. Se presentan en distintos sistemas: sistema cardiovascular, bradicardia y baja presión arterial (Gómez, 1999); dentro del sistema gastrointestinal se observa desgaste del esmalte dental en pacientes que vomitan, existe hipertrofia parotídea, esofagitis, disminución en la motilidad intestinal y estreñimiento (Schebendach, 2001); a nivel renal cursan con deshidratación y la falta de minerales puede llevar a un fallo renal crónico; las complicaciones hematológicas se relacionan con la anemia principalmente; en el sistema endócrino se presenta amenorrea, en el sistema esquelético se observa con frecuencia la osteoporosis y las fracturas; y finalmente las complicaciones dermatológicas son asociadas con piel seca y amarillenta (Gómez, 1999).

3.1 Epidemiología de los trastornos de la conducta alimentaria.

En este apartado se describirán algunos de los estudios epidemiológicos y los hallazgos que abordan los trastornos alimentarios estudiando distintas variables. Primero se mencionarán aquellos que miden la prevalencia, posteriormente los relacionados con la insatisfacción corporal, con la baja autoestima y por último con la influencia que ejerce la publicidad y la familia sobre el consumo de alimentos y la imagen del cuerpo, los datos que se presentan investigan factores de riesgo y actitudes desde el punto de vista biomédico.

Tabla 3. Datos epidemiológicos de los trastornos alimentarios

Autor	Año	País	Resultado
Barriguete	2003	México	Grupo de riesgo: mujeres de 16-19 años.
ENSANUT	2012	México	Conductas alimentarias de riesgo. Preocupación por engordar: 19.7% en mujeres. Adolescentes de 14-19 años las de mayor prevalencia.

3.1.1 Epidemiología en México

Existen numerosos estudios que demuestran el aumento de la incidencia y prevalencia de los trastornos alimentarios y cómo afectan los trastornos alimentarios, no sólo a mujeres de estratos sociales altos, como en un inicio se creía, sino a la población en general; se sabe también que no es exclusivo de las zonas urbanas ya que se empieza a presentar en las zonas rurales en donde la percepción y preocupación por el cuerpo es ya un factor considerado desencadenante del trastorno. La revisión de estos estudios nos permitirá conocer una parte de lo que se ha realizado hasta el momento.

Barriguete (2003) en un estudio realizado en México encontró que un grupo de riesgo son las mujeres entre 16 y 19 años de edad. Un 0.9 por ciento de los hombres y 2.8 por ciento de las mujeres presentaron riesgo de padecer un trastorno de la conducta alimentaria. Los estudios epidemiológicos indican que alrededor de 0.5 por ciento fueron de mujeres con anorexia, con una letalidad de 10 por ciento en pacientes que han tenido tratamiento. Por su parte, la bulimia nerviosa se presentó entre el uno y el tres por ciento de las mujeres aunque se ha observado que los síntomas bulímicos existen en el 19 por ciento de la población adolescente.

En la última encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT, 2012), en el apartado de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, se muestra que fueron más frecuentes la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come, por sobre las otras variables medidas. En las adolescentes, la principal conducta de riesgo fue la preocupación por engordar (19.7%), cifra que aumento en comparación con lo reportado en la ENSANUT 2006 (18.3%). En los varones, la conducta de riesgo más frecuente fue hacer ejercicio para perder peso (12.7%).

Al comparar la frecuencia de conductas para intentar bajar de peso entre adolescentes de ambos sexos, en las adolescentes fue más frecuente hacer ayuno, dietas, tomar pastillas, diuréticos o laxantes. En la comparación entre grupos de edad, los varones de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de conductas de riesgo, como comer demasiado y hacer ejercicio, que los adolescentes de 10 a 13 años. Por otro lado, las adolescentes de 14 a 19 años tuvieron una mayor prevalencia de todos los trastornos de la conducta alimentaria (excepto inducir el vómito) que las adolescentes de 10 a 13 años.

3.1.2 Estudios de percepción corporal y trastornos alimentarios

Existen varios estudios que han identificado en distintas poblaciones como factor de riesgo a la percepción corporal, se describen algunos de ellos.

Tabla 4. Factores de riesgo relacionados a los trastornos alimentarios.

Autor	Año	País	Resultado
Internacionales			
Hill y Silver	1995	Inglaterra	Niñas de 9 años. El sobrepeso afecta la socialización y conduce a una inadecuada alimentación.
Montero, Morales y Carbajal	2004	España	Mujeres de 18-30 años. Insatisfacción corporal.
Polivi y Herman	2004		Insatisfacción corporal debida a los medios de comunicación.
Beato, Rodriguez, Belmonte y Martínez	2004	España	Adolescentes de 13 años. Existencia de insatisfacción corporal.
Parker, Lyons y Bonner	2005	Estados Unidos.	Jóvenes de 23-26 años. Alteración en la percepción corporal.
Skarderud, Par y Edlun	2005	Noruega	Mujeres de 16 años en promedio. Conducta hacia la delgadez e insatisfacción corporal.
Dea, Bisi y Martins	2005	Brasil	Jóvenes de 16 años en promedio. Insatisfacción corporal.
Toro	2006	España	Adolescentes de 11-12 años y jóvenes de 17-18 años. Insatisfacción corporal.
Glauert, Rhodes, Byrne y Fink	2009	Australia	Mujeres de 17-31 años. Insatisfacción corporal por occidentalización del ideal corporal.
Nacionales			
Unikel et al.	2006	México	Adolescentes de 12-19 años. Conductas de riesgo: preocupación por engordar, métodos purgativos y restrictivos y sobreestimación del peso corporal.
Olalde	2007	México	Jóvenes de 18-21 años. Conductas de riesgo: reducción de ingesta alimentaria (alimentos de alta densidad energética), preferencia hacia alimentos light.
Figuroa, García,	2010	México	Mujeres de 15-19 años. Preocupación por

Revilla, Villareal y Unikel			aumentar de peso y ejercitarse. Presión social por alcanzar el ideal estético.
Saucedo y Unikel	2010	México	Adolescentes de 15-17 años. Insatisfacción corporal.

La conducta de realizar dieta o de regular la propia conducta alimentaria se puede presentar en la edad temprana, tal y como lo demostraron Hill y Silver (1995) en una investigación realizada en Inglaterra, con niñas de 9 años de edad. Los resultados del estudio señalan que el sobrepeso es percibido y asociado con baja conducta para socializar, que afecta el curso académico, conducen a una mala salud o alimentación inadecuada y a no tener buena figura. Esto indica que las niñas reflejan las normas de las sociedades occidentales y revela su miedo por volverse obesas. La delgadez y la dieta juntas incrementan la prevalencia de síntomas de desórdenes alimentarios entre adolescentes. Un fuerte deseo de la delgadez se asocia con problemas de conducta alimentaria.

En Madrid se valoró la percepción de la imagen corporal de un grupo de 158 universitarios entre 18 y 30 años de edad (65 hombres y 93 mujeres), mediante modelos anatómicos que correspondían a determinados valores de índice de masa corporal. Montero, Morales y Carbajal (2004) comparó dicha percepción con los valores reales del índice de masa corporal para poder detectar posibles alteraciones de la auto-percepción. El 52,3% de los hombres y el 38,7% de las mujeres eligieron modelos que correspondían a sus IMC reales, es decir los hombres se auto-percibieron más cercanos a su cuerpo real que las mujeres. El 41,1% de la población femenina y el 18,5% de la masculina se auto-percibieron más gordos de lo que son. Este tipo de estudios avalan la utilidad del uso de modelos anatómicos en la investigación sobre alteraciones de la percepción de la imagen corporal eliminando el error de la 'no respuesta' y el de la sobrevaloración e infravaloración en el caso de tener que disponer del peso y la talla auto-referidos (Montero, 2004).

Polivy y Herman (2004) demostraron que la mujer se siente mal cuando es bombardeada por mensajes de que no son lo suficientemente delgadas. Muchos estudios muestran que la exposición a las imágenes de los medios, dejan una insatisfacción corporal, afecta la autoestima y dejan emociones negativas. El efecto de la exposición a estas imágenes probablemente sea la pauta para iniciar

una dieta, lo cual conduce hacia la aparición de desordenes alimentarios. La insatisfacción corporal es a menudo un precursor esencial de TA, entre más intensa es la insatisfacción, más es el intento para perder peso y hacer dieta.

En la provincia de Ciudad Real, España, se estudiaron adolescentes de 13 años que fueron monitoreados y evaluados dos años después. La muestra fue de 1076 jóvenes de ambos sexos, 500 hombres y 576 mujeres, a quienes se les aplicaron 6 cuestionarios en ambas ocasiones entre ellos el EAT-40. Las chicas tuvieron 7 veces más riesgo de insatisfacción corporal. Se encontró que la autoestima positiva es un factor protector de la insatisfacción (Beato, Rodriguez, Belmonte y Martínez, 2004).

Uno de los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios (TA) y que se encuentra presentes en las personas con diagnóstico de anorexia o bulimia es una alteración en su percepción corporal, tal y como lo describe un estudio realizado en Chicago con la prueba SCOFF¹ en 297 graduados del University Northwestern Health Services, para conocer la presencia de desordenes alimentarios en jóvenes de 23 a 26 años. Al utilizar el DSM-IV se detectaron un chico con Bulimia nervosa y 59 con TA no especificado, de los cuales 32 resultaron positivos a la prueba SCOFF. De la muestra, el 82% mostró insatisfacción con su peso y forma corporal. Aunque muchos estudiantes no presentaron TA, sí manifestaron tener una molestia con su imagen corporal y la mayor preocupación fueron el peso y la forma. La dieta y el disgusto por la imagen son factores de riesgo para los TA y son frecuentemente el primer paso para desarrollar una patología (Parker, Lyons y Bonner, 2005).

Skarderud, Par y Edlun (2005) identificó que en los jóvenes existe una motivación para conseguir una composición corporal diferente y que las ideas que tienen acerca de la salud y la comida que consumen están guiadas en el caso de los varones, por el objetivo de tener menos grasa y más músculo. Esto quedó demostrado en un estudio realizado en 61 adolescentes residentes de instituciones públicas en Oslo, 59% del sexo masculino y 41% del femenino, con promedio de edad de 16 años. El grupo control fue de 196 estudiantes urbanos en Suiza, con promedio de edad de 15 años. Se utilizó en Eating Disorder Inventory², Child Versión (EDI-C). El predictor significativo fue la conducción a la

¹ SCOFF. Acrónimo en inglés de sick, control, one, fat, food.

² Versión adaptada a población infantil del *Eating Disorder Inventory-2* (elaborado por Garner) y

delgadez junto con la insatisfacción corporal. El ejercicio y el entrenamiento para algunos fueron utilizados como un camino a la delgadez, buscando la sensación de control, vía conductas restrictivas y reducción de peso.

Entre agosto y diciembre de 2005, en el centro Salesiano del Menor en Vitoria ubicado en Brasil, fue realizado un estudio con 334 sujetos de ambos sexos con edad promedio de 16 años, utilizando una entrevista semi-estructurada. Se encontró que la gran preocupación fue tener belleza física y que las expectativas del cuerpo estaban dentro del patrón de belleza dictado por los medios de comunicación y la sociedad. En las mujeres se percibió insatisfacción corporal, además de mencionar que los conceptos de cuerpo y belleza están asociados a la profesión que se ejerza (Déa, Bisi y Martins, 2010).

Toro (2006) comparó la prevalencia de trastornos alimentarios, los riesgos socio-culturales y la imagen corporal en dos poblaciones de mujeres adolescentes de 11–12 años a 17-18 años, en 329 estudiantes de México y en 467 estudiantes de España de similares condiciones socioeconómicas. En ambos grupos alrededor del 50% de las mujeres querían tener mayor talla de busto, las mexicanas deseaban tener brazos más delgados y hombros estrechos y las españolas deseaban caderas y piernas más delgadas.

Sobresale del estudio anterior que la apariencia física y la preferencia por la delgadez entre mujeres parece ser una de las causas de los trastornos alimentarios. Las actitudes de riesgo son rápidamente transmitidas por las revistas los medios y la moda. Una de cada cuatro adolescentes Mexicanas nunca desayunaba, comparado con el 5.8% de las Españolas, además de que igual número de mexicanas estaban a dieta y tenían mucha más presión por adelgazar por parte de sus padres y amigos. Casi el 40% de ellas sentían presión para cambiar su forma corporal, de parte de sus padres en comparación con el 4% de las chicas Españolas. Dos de cada cuatro Mexicanas dijeron que sus hermanos las habían criticado o reído de ellas a causa de su figura, su peso o sus hábitos para comer. Esto según el estudio de Toro, aporta ciertas explicaciones al porqué las Mexicanas tienen hábitos irregulares para comer y no comen la dieta normal. El 70% de las españolas consideraban a alguna parte de su cuerpo gorda, en comparación con un 59% de las mexicanas (Toro, 2006).

que consta de 91 reactivos. Evalúa actitudes y conductas relacionadas a la alimentación, el peso y la imagen corporal

En una Universidad del oeste de Australia participaron 62 mujeres caucásicas de 17 a 31 años y se utilizaron 19 imágenes que iban de un IMC de 12 al 30 (Glauert, Rhodes, Byrne y Fink, 2009), se observó que la insatisfacción corporal aumentó, confirmando los hallazgos de otras investigaciones acerca de que la internalización del ideal occidental afecta la percepción del cuerpo. La insatisfacción corporal a menudo mide la diferencia entre el cuerpo ideal y la percepción del actual en ese momento. La autora concluye que esta vulnerabilidad necesita ser cambiada, las mujeres necesitan aprender habilidades que las ayude a desarrollar imágenes más reales de lo que es un cuerpo real y un cuerpo ideal. Esto para reducir el sentimiento de insatisfacción asociado a la constante comparación con cuerpos delgados y evitar la manipulación de la exposición visual de esos cuerpos

En México se han realizado varias investigaciones al respecto, relacionando la percepción de la imagen corporal y la presencia de trastornos alimentarios. Unikel (2006) en un estudio realizado en estudiantes del Distrito Federal identificó la tendencia de conductas alimentarias de riesgo en un periodo de 1997 – 2003. Encontró al comparar tres mediciones, que los más afectados son los adolescentes varones de entre 12 y 13 años (1.3% en 1997 a 3.8% en 2003) y las mujeres de entre 18 y 19 años (3.4% en 1997 a 9.6% en 2003). Se detectó una relación entre las conductas de riesgo y el mayor nivel escolar del padre. Las conductas de riesgo encontradas fueron la preocupación por engordar, el uso de métodos purgativos y restrictivos, sobreestimación del peso corporal por parte de las mujeres.

El estatus socioeconómico ha sido considerado como un factor de riesgo para desarrollar desordenes alimentarios, particularmente la presión para ser delgado se incrementa con la posición social. Bojorquez y Unikel (2012) realizaron un estudio en adolescentes de la ciudad de México en donde reportaron que la característica más común es que entre mas alto es el estatus socioeconómico, están más inclinados a desear la esbeltez. Realizaron tres mediciones durante los años de 1997, 2000 y 2003, acerca de la percepción corporal en relación al estatus socioeconómico y el nivel educativo de los padres. Resultó significativo el que las personas que tuvieran un nivel socioeconómico más bajo, sobreestimaban el peso corporal. Y en el grupo socioeconómico más alto, resultó que las adolescentes eran más conscientes de comer una dieta saludable.

La formación de la imagen corporal en la infancia, así como los cambios en la imagen se ven influenciados por las relaciones sociales de las personas y de acuerdo a los diferentes estratos en que habitan, el acceso a los recursos materiales y poder. Aunque antes se consideraba que la mayor preocupación por la imagen se encontraba en los estratos medios y altos, esto puede haber cambiado con el tiempo de desarrollo humano e histórico (Unikel, 2006).

Una investigación realizada en el año de 2005 con jóvenes universitarias de la Facultad de Nutrición en la ciudad de Xalapa, Veracruz, que presentaron riesgo de presentar TA, mostró que las prácticas alimentarias que mencionaron fue reducir la ingesta alimentaria, principalmente de aquellos alimentos que consideraban como alimentos de alta densidad energética, evitar alimentos de los grupos de hidratos de carbono, proteínas, grasas y alimentos que tuvieran alto contenido en kilocalorías y preferir alimentos *light*, tomar grandes cantidades de agua, ingerir medicamentos para adelgazar y contar el número de calorías de los alimentos (Olalde, 2007).

Figuroa (2010) por su parte, identificó la relación entre el modelo estético corporal de belleza, la insatisfacción con la imagen corporal y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes inscritas en el ciclo escolar 2007-2008. Fue un estudio transversal analítico en una muestra de 257 mujeres entre 15 y 19 años de edad, estudiantes de bachillerato en la ciudad de Colima, México. Se recopilaron datos mediante el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo, la Escala Visual de Satisfacción Corporal para Mujeres Adolescentes y el Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal

El análisis de frecuencias señaló que 8.3 % de las estudiantes obtuvo una puntuación de riesgo en el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias. Sobresaliendo una excesiva preocupación por subir de peso y llevar a cabo ejercicio en exceso para alcanzar este fin, hacer dieta por lo menos dos veces en una semana en los últimos tres meses y darse atracones de comida. En cuanto a la insatisfacción con la imagen corporal, 66 % se consideró en riesgo debido a que deseaba una figura más delgada (Figuroa, García, Revilla, Villareal y Unikel, 2010).

También se demostró que los mensajes del medio social tienen impacto en el comportamiento y pensamiento de los jóvenes, promoviendo conductas de riesgo y promoviendo actitudes negativas hacia el sobrepeso. En la muestra

estudiada se confirmó que existe influencia de la presión social por alcanzar el ideal estético de delgadez a través de la publicidad y los modelos sociales propuestos por la misma, la cual produce malestar con la imagen corporal en el sentido de desear una figura corporal delgada, y que se agrava cuando se ha interiorizado el ideal estético establecido socialmente (Figuerola et al, 2010).

Saucedo y Unikel (2010) midió la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo (CAR) y su relación con la interiorización del ideal estético de delgadez y con el IMC, en estudiantes de ambos sexos de nivel preparatorio y licenciatura en una escuela privada de la ciudad de Pachuca, Hidalgo. Se trabajó con una muestra de 845 sujetos (381 hombres y 464 mujeres) de los cuales 45.1% eran de nivel preparatoria con un rango de edad de 15 a 17 años. Se aplicaron el Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias (CBCAR) y el Cuestionario de Actitudes hacia la Figura Corporal.

La prevalencia de CAR en las mujeres fue de 8.4% y en los hombres de 2.9%. En las mujeres de preparatoria fue de 9.0% y de 7.9% en las licenciaturas. Se encontró que la preocupación por engordar, los atracones, la falta de control al comer, el ejercicio excesivo, el vómito autoinducido, el uso de laxantes y de pastillas fue mayor en las estudiantes de preparatoria; en tanto que los ayunos, las dietas y el uso de diuréticos fue mayor en las estudiantes de licenciatura (Saucedo, 2010).

Los porcentajes de preocupación por engordar, sensación de falta de control al comer, vómito auto-inducido, ayunos, dietas, pastillas, diuréticos y laxantes fueron mayores en las mujeres y los porcentajes fueron de 84.2% en preparatoria y el 80% en licenciatura y que se relacionaba con una mayor interiorización de una figura delgada (Saucedo y Unikel, 2010).

Entre los factores de riesgo más estudiados como favorecedores del seguimiento de CAR están: el Índice de Masa Corporal (IMC) y la insatisfacción con la imagen corporal, esta última como resultado de la interiorización de una figura corporal delgada (Saucedo y Unikel, 2010).

En los estudios mencionados anteriormente se puede observar que los principales factores encontrados que se consideran de riesgo en las adolescentes para tener un trastorno alimentario son la preocupación por engordar y tener insatisfacción hacia su figura corporal, así como omitir el desayuno y hacer dieta para bajar de peso.

3.1.3 Visión cultural de los trastornos alimentarios

Un aspecto importante de la valoración de la percepción de la imagen corporal es que se usa como medida de la autoestima y del grado de satisfacción con la propia imagen.

Tabla 5. Factores culturales relacionados a trastornos alimentarios.

Autor	Año	País	Resultado
Altabe	1996	Estados Unidos de Norteamérica	Estudiantes de 21 años en promedio, de distintas étnias. Insatisfacción corporal mayor en caucásicos
Unikel, Mora y Gómez	1999	México	Mujeres de 13-17 años. La gordura se percibe de forma negativa.
Halvarsson, Lunner y Sjoden	2000	Suiza	Estudiantes de 7 años. A mayor Índice de Masa Corporal, mayor deseo por perder peso.
Hausenblas y Fallon	2006	Estados Unidos.	Imagen corporal negativa conduce a desordenes alimentarios
Shroff y Thompson	2006	Estados Unidos.	La crítica se asocia a la internalización de la delgadez.
Bertran	2006	México	La presión social empieza en edades tempranas.
Viana, Lopes y Guimaraes	2008	Brasil	La selección de alimentos se aprende en la familia.
Canals, Sancho y Arija	2009		Madre con insatisfacción hacia la figura de la hija promueve trastornos alimentarios.
López, Torres y Unikel	2010	México	Mujeres de 15-19 años. Dietas estrictas y ejercicio.
Amo	2011	Brasil	Se restringe la alimentación por cuestiones emocionales.

En un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Florida, Estados Unidos de Norte América, en el que participaron 150 estudiantes con una edad promedio de 21 años, 150 hombres y 185 mujeres de cuatro grupos étnicos: Africanos, Asiáticos, Caucásicos e Hispano-Americanos, se apreció lo siguiente: la insatisfacción corporal fue más alta en caucásicos con 10.41% seguidos de los hispanos con 10.08%, con valores más bajos los africanos con 7.59% y por último los asiáticos con 6.16 %. Lo anterior medido a través de una

prueba llamada Figure Rating Scale³ (Altabe, 1996).

Por otra parte en México, Unikel, Mora y Gómez (1999) realizó un estudio en donde abordó a 148 mujeres, entre 13 y 17 años de edad, divididos en dos grupos: estudiantes de ballet (n=70) y estudiantes de secundaria y preparatoria (n=78) de escuelas públicas y privadas de la ciudad de México. Se utilizó un cuestionario autoaplicable para medir presencia de conductas anómalas del comer y distorsión de la imagen corporal.

La percepción negativa acerca de la gordura fue mayor entre el grupo de estudiantes de ballet (89%) en contraste con el grupo de estudiantes de secundaria y preparatoria (63%). Se obtuvieron opiniones referentes a los daños a la salud a nivel físico y mental, en segundo lugar fueron mencionados los aspectos negativos considerando al cuerpo con gordura poco atractivo y definiciones de desagrado, en tercer lugar las opiniones se dirigieron hacia la falta de autocuidado, además de considerarse a la gordura como un obstáculo para la actividad, para conseguir ropa y por el rechazo que ocasiona. Las estudiantes de ballet presentaron mayor porcentaje de conductas anómalas al comer y el seguimiento de dietas (65.7% vs 32% estudiantes de secundaria y preparatoria), además estas conductas anómalas al comer se relacionan con una opinión negativa hacia la gordura (Unikel, 1999).

Halvarsson, Lunner y Sjoden (2000) en Uppsala central evaluó la dieta, hábitos dietéticos familiares, forma del cuerpo, actividad física y hábitos alimentarios en 50 estudiantes de 7 años de edad de cuatro escuelas, se usó la versión Suiza del Children's Eating Attitudes Test (ChEAT), realizándose dos mediciones, para confirmar la pérdida de peso en edades tempranas. El valor de la demanda cultural de ser delgados se incrementa con el paso de la edad. Quienes querían perder peso tenían los más altos valores de IMC y de insatisfacción corporal. El problema potencial fue que las encuestadas eran pequeñas de edad para entender las preguntas, pero valorar las conductas y actitudes alimentarias en esta población es un primer paso para realizar un mapeo de factores de riesgo para desarrollar TA y también para conocer su etiología.

La presión que existe para tener un cuerpo tonificado en la mujer y

³ Son nueve siluetas que van de las muy delgadas a las figuras con obesidad, para escoger la figura que mejor representa la percepción corporal.

musculoso en el hombre recibe como recompensa un físico atractivo. El peso normal y la imagen corporal negativa son el principal componente y resulta predictor de la depresión, obesidad, desorden del cuerpo dismórfico y desórdenes alimentarios. La imagen negativa es un componente importante y predictor de una variedad de problemas de salud, entre ellas TA (Hausenblas y Fallon, 2006), en donde parece existir una relación importante entre los conceptos que los familiares manejan en relación a la obesidad o delgadez y sus conductas hacia los hijos.

Shroff y Thompson (2006) enfatizan la relación existente entre la familia y los amigos con personas con trastornos alimentarios. La conversación y la crítica son asociadas con una gran internalización de la delgadez ideal e insatisfacción corporal. Por el contrario un factor protector de acuerdo a estos investigadores es no hablar acerca de dietas o tener amigas a la que no le importe el peso.

En un estudio realizado en la ciudad de México sobre la significación sociocultural de la alimentación, se encontró que las mujeres daban una connotación de saludable a aquellos alimentos que no engordan y que ayuda a cuidar la imagen corporal, haciendo extensiva esta práctica alimentaria a la hija, a quien cuidaba de su alimentación para evitar que estuviera obesa. Algunas madres en la cena, daban a las hijas exclusivamente fruta con yogur, mientras que eran permisivas con la alimentación del hijo. Es decir, la presión de la imagen corporal sobre las mujeres empieza desde edades tempranas y el miedo a la obesidad más que un problema de salud se expresa como una cuestión de imagen, como un valor que debe aprenderse desde la infancia (Bertran, 2006).

Viana, Lopes y Guimaraes (2008) afirma que seleccionar e ingerir alimentos es una conducta aprendida de los agentes de socialización, por factores afectivos y por la interacción madre-hijo-familia. La publicidad especialmente la que aparece en la televisión y la satisfacción o insatisfacción con el cuerpo se muestran como poderosos determinantes de los hábitos alimentarios en los jóvenes.

Los factores del medio social también influyen en las personas para que se desarrollen trastornos alimentarios. La presión sociocultural de ser delgado es uno de los determinantes del desarrollo de TA, esto ocurría más en sociedades en donde la comida es abundante. La autoimagen es percibida y comparada con un físico delgado ideal, que interrumpe su autovaloración y puede conducir al

desarrollo de un TA. Se argumenta que la exposición a la idealización de los medios de comunicación induce que las mujeres se sientan incómodas acerca de ella misma, le impide entender que los patrones alimentarios que adopta la conduzcan a un deterioro en su salud y a desarrollar un trastorno alimentario. El mensaje general es que la delgadez es sinónimo de belleza como lo muestran los medios de comunicación, revistas, televisión, películas, entre otros al utilizar modelos, actrices y figuras públicas muy delgadas.

Ya se ha insistido en el papel que juega la familia en la adquisición de prácticas alimentarias de riesgo entre la población escolar. Es el espacio donde se transmiten varias de las ideas relacionadas con el peso, la forma, la importancia de la apariencia física y las actitudes al comer. Los resultados de una investigación realizada en 17 escuelas primarias de Tarragona, en la que se aplicó la encuesta EDI⁴ a niños, niñas y padres, mostraron que los puntajes más altos estuvieron en el grupo que identificaron con trastornos alimentarios, la madre fue quien demostró mayor insatisfacción hacia la corporalidad de la hija, provocando inseguridad social. Por parte del padre hubo actitudes de perfeccionismo hacia la figura, insatisfacción corporal e inseguridad social. Estos datos refuerzan la hipótesis que madres y padres influyen en trastornos alimentarios en adolescentes tempranos (Canals, Sancho y Arijia 2009).

López, Torres y Unikel (2010) tuvo el objetivo de explorar la concepción cultural de la delgadez en mujeres adolescentes de 15 a 19 años, que cursan nivel medio superior del sur de la zona metropolitana de Guadalajara. Se realizaron entrevistas estructuradas. Los resultados muestran que la delgadez es un concepto cultural, mencionando que el cuerpo delgado es sinónimo de estatus social, belleza, salud, elegancia, aceptación social y perfección, lo cual genera insatisfacción y búsqueda de ese ideal a través de realizar dietas estrictas y ejercicio físico.

Otro estudio con diseño transversal, llevado a cabo en Fortaleza, Brasil, con estudiantes de secundaria de escuelas públicas y privadas, detectó que restringir la alimentación es una estrategia asumida por cuestiones emocionales, el 17.9% de los entrevistados manifestó no comer para aliviar algún tipo de malestar. También existe la posibilidad de que las referencias de belleza femenina

⁴ Eating disorder inventory. Instrumento de 91 preguntas, para conocer la actitud de los padres hacia el hijo y el desarrollo de trastornos alimentarios

de los grupos económicos menos favorecidos sean distintas a los patrones de exigencia de los de los grupos con mejor situación económica y que sea más difícil realizar las prácticas que observan en los grupos hegemónicos debido a restricciones financieras. Los adolescentes que restringen su ingesta, perciben sus hábitos como normales (Amo, 2011).

Se puede concluir de las investigaciones mencionadas que los aspectos culturales que tienen influencia en el desarrollo de trastornos alimentarios son la presión para ser delgado por parte de la familia, el deseo de perder peso por existir insatisfacción corporal y la constante información del ideal femenino de belleza proyectada a través de los medios de comunicación.

Capítulo IV. El problema y objetivos

Las enfermedades siempre han acompañado a la humanidad durante la historia de su evolución, en un inicio se creía que eran castigo divino al comportamiento del hombre. Hubo grandes pensadores y científicos que buscaban la verdad más allá de lo espiritual y sus descubrimientos han permitido que existan explicaciones biológicas a las enfermedades transmisibles, a pesar de encontrarse con muchos obstáculos en años anteriores para ser aceptados, finalmente las teorías científicas establecen dicha relación. Actualmente las explicaciones se empiezan a tornar complicadas cuando aparecen las enfermedades crónicas y degenerativas, que son enfermedades multifactoriales, complejas y con un fuerte componente social en su génesis.

Existen numerosas investigaciones de corte médico, epidemiológico, del área de psiquiatría, psicología y nutrición, que se han realizado con la finalidad de encontrar explicaciones biológicas o psicológicas a la presencia y desarrollo de los trastornos alimentarios, en varias de las fases de la enfermedad: su aparición, en fases intermedias en donde se identifican sintomatologías parciales o en fase crítica (de hospitalización), incluso existen estudios que parecen determinar el inicio de las enfermedades mencionadas, con la presencia o ausencia de ciertas sustancias cerebrales.

A partir de la inquietud de conocer los motivos que tienen las personas cuando adoptan comportamientos alimentarios para adelgazar, lo que las puede conducir a una situación de inseguridad en salud, es que se plantean las siguientes preguntas de investigación:

1. ¿Cuáles son las representaciones sociales alimentarias de dos grupos de mujeres adolescentes, de los alimentos y del cuerpo?
2. ¿Cuál es la influencia que proviene de las redes sociales cercanas, de la publicidad y los medios de comunicación en las representaciones sociales alimentarias de dos grupos de mujeres adolescentes?

4.1 Objetivos

4.1.1 Objetivo general

Conocer las principales representaciones sociales alimentarias y corporales de dos grupos de mujeres adolescentes, de dos escuelas secundarias del Estado de

Veracruz, durante los años 2010 – 2011.

4.1.2 Objetivos específicos

1. Describir las principales representaciones sociales alimentarias y corporales de dos grupos de mujeres adolescentes, de dos escuelas secundarias.
2. Identificar y comparar las principales representaciones sociales alimentarias y corporales, de dos grupos de mujeres adolescentes, de dos escuelas secundarias en relación a la familia.
3. Identificar y comparar las principales representaciones sociales alimentarias y corporales, de dos grupos de mujeres adolescentes, de dos escuelas secundarias en relación a los pares.
4. Identificar y comparar las principales representaciones sociales alimentarias y corporales, de dos grupos de mujeres adolescentes, de dos escuelas secundarias derivadas de los medios de comunicación.

Capítulo V. El escenario

La ciudad de Xalapa de Enríquez, es la capital del estado de Veracruz. Limita al norte con los municipios de Naolinco, Jilotepec y Banderilla, al sur con Coatepec y Emiliano Zapata, al este con Actopan y al oeste con Rafael Lucio y Tlalnelhuayocan. Su clima es semicálido húmedo, con lluvias casi todo el año.

Sus orígenes mesoamericanos provienen de tres culturas originales: olmeca, huasteca y totonaca. Algunos historiadores citan el año de 1313 como la fecha en que se fundó, pero fue un lugar de emplazamiento de diversas tribus. En esa época no tuvo importancia como centro religioso o económico. En 1380 se fundan 4 barrios: al sur Tlalnecapan y Tecuanapan, al norte Xallitic y en el oeste Techacapam, que con el tiempo formaron un solo asentamiento llamado Xallapan. En el periodo colonial Xalapa se erige como el lugar de descanso entre el trayecto del puerto de Veracruz y la ciudad de México. En 1791 se eleva a la categoría de villa y para 1825 se eleva a municipio. Cinco años después la nombran ciudad. (Gobierno del estado de Veracruz, 1998).

La principal actividad económica se concentra en los servicios sociales y personales (administración pública, instrucción pública, servicios médicos y asistencia social, asociaciones comerciales, profesionales y de laboratorio, diversión y cultura), seguida de la industria de la construcción, comunicaciones y transporte e industria manufacturera. A finales del siglo XX tuvo un gran crecimiento y desarrollo comercial, equiparable al de las grandes urbes, ya que en un periodo reciente se han instalado plazas comerciales, agencias automotrices, grandes hoteles, hospitales privados y numerosas escuelas y universidades privadas.

Existen diferencias entre la educación pública y la educación privada, tanto por la calidad de la educación que se imparte, como por la forma en cómo se accede a dichos espacios de educación, que tiene que ver con el aspecto económico y las expectativas de las familias y los educandos. Sánchez (s/a) menciona que la escuela es parte del sistema reproductor que contribuye a fijar la posición social de los grupos sociales y de los individuos. La salud colectiva en el estudio del proceso salud-enfermedad-atención, distingue las desigualdades de este proceso entre grupos humanos, por ello se realizó esta investigación en dos grupos distintos, diferenciados por estratos sociales, específicamente por el acceso al tipo de educación que en este caso se

diferencia por el tipo de acceso a una escuela pública o privada.

Para el año 2010, Xalapa contaba con una población de 5 años y más que asistían a la escuela de 129,146, de los cuales 63,309 eran del sexo masculino y 65,837 del sexo femenino (INEGI, 2010).

La escuela privada seleccionada para este estudio fue la “Secundaria Técnica José María Morelos y Pavón”, fundada en 1954 que en un inicio se ubicó en el llamado seminario menor de la ciudad de Xalapa. Esta escuela recibe a estudiantes de diversas clases socioeconómicas, siendo la mayoría de ellos de la clase media y una minoría de clase alta. Tiene un sistema de becas que permite recibir y atender alumnos de distintos grupos sociales. La mensualidad que cobraban en el año 2010 para el grado de secundaria fue de \$1, 500. Para ese mismo año tenía una población estudiantil de 383 alumnos, de los cuales 140 alumnos eran de primer grado, 125 de segundo y 118 de tercer grado. Existen tres grupos de cada grado escolar.

Por lo que respecta a la escuela pública, se seleccionó la “Escuela Secundaria y de Bachilleres Experimental”, fundada en 1959. El nivel socioeconómico de los alumnos varía del nivel medio a bajo. El origen del estudiantado es de las colonias cercanas al plantel y para 2009, la matrícula era de 504 estudiantes. Para primer grado el número era de 191 alumnos, para segundo fueron 166 y para el tercer grado fueron 147. La demanda de atención escolar ha aumentado siendo necesario que desde el 2009 se abrieran 5 grupos para primer grado con horario matutino y vespertino.

Capítulo VI. El trayecto metodológico

Se consideró necesario realizar un abordaje cualitativo que permitiera ampliar el conocimiento desde la perspectiva de las adolescentes hacia las categorías a estudiar, apoyada en un instrumento cuantitativo para la selección del sujeto.

El primer paso fue identificar a las adolescentes que posteriormente iban a ser candidatas a entrevista y para ello se aplicó la encuesta llamada Test de Actitudes Alimentarias, (Eating Attitud Test) EAT-26, que mide el riesgo de desarrollar un trastorno alimentario, aplicado en este caso a la población de adolescentes femeninas de dos escuelas secundarias, una pública y otra privada. Este cuestionario es un instrumento de tamizaje utilizado para grandes poblaciones y el procedimiento de puntuación es mediante una escala tipo Likert (Eat-26, 2010) y fue desarrollado por David M. Garner y Paul E. Garfinkel del Clarke Institute of Psychiatry de Toronto, Ontario Canadá. La sensibilidad de la prueba es del 77% y la especificidad es de 95%. El poder predictivo positivo es de 79%, y el poder predictivo negativo es del 94% (Iñarritu, 2004).

El EAT puede utilizarse como un índice de la severidad de las preocupaciones típicas entre mujeres con Trastornos alimentarios (TA), particularmente en cuanto a la motivación para adelgazar, miedo a ganar peso y restricción alimentaria.

La calificación para el instrumento es la siguiente: de la pregunta número 1 a la pregunta número 25, la respuesta “*siempre*” recibe 3 puntos, muy a menudo 2, a menudo 1, alguna vez, raramente y nunca reciben 0 puntos. Para la pregunta número 26, se calificó de la siguiente manera: la respuesta siempre, muy a menudo y a menudo reciben 0 puntos, alguna vez 1, raramente 2 y nunca tres puntos. Una vez sumados el total de puntos, el tener un puntaje final igual o superior a 20, supone un riesgo para desarrollar un TA (Eat-26, 2010).

Existe además una clasificación para conocer los factores que estudia el EAT que están divididos en tres grandes grupos: *factor de bulimia*, de la pregunta número 1 a la pregunta número 6; *factor de control oral* de la pregunta número 7 a la pregunta número 13 y el *factor de dieta* de la pregunta número 14 a la pregunta número 26 (Raich, 1998), de esa forma se conoce cuál o cuáles son las conductas o actitudes más frecuentes y que pueden ocasionar u ocasionan un TA en ésta población de estudio.

Esta herramienta ha sido validada y utilizada en Europa y Estados Unidos, para conocer la existencia de TCA, sin embargo, aunque en México no ha sido validada, ha sido utilizado a partir del 2001 en el servicio de psiquiatría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán” (Iñarritu, 2004).

Para tener una mayor fiabilidad, se realizó la prueba Alfa de Cronbach al EAT-26, en 132 encuestas aplicadas en población adolescente, el resultado fue de 0.77, considerado como suficiente para garantizar la fiabilidad de este instrumento al ser el filtro para seleccionar a las participantes para la etapa de la entrevista. Para analizar el EAT-26 fue utilizado el paquete de Windows Excell para capturar la información de los cuestionarios. Se calcularon frecuencias simples para conocer la tendencia de las respuestas.

En segundo lugar se buscó conocer la percepción corporal que tenían las entrevistadas mediante la identificación de su cuerpo y el cuerpo ideal, de entre varias figuras corporales que les fue proporcionada al inicio de la primera entrevista. Ver anexo 4.

Las figuras fueron tomadas del estudio realizado por Osuna Ramirez (2006), para evaluar el componente perceptivo en población adulta mexicana. La sensibilidad y la especificidad para la percepción de la imagen corporal fueron de 87.6 y 48.9% respectivamente. Para esta investigación se hizo una modificación a la figura 1, que originalmente representa peso normal la cual se adelgazó para dar una referencia de bajo peso.

Posteriormente, con el propósito de tener un acercamiento a los discursos y conocer la significación de los sujetos, en relación a sus vivencias de acuerdo a las variables de estudio, se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas (Valles, 2003) a las adolescentes.

El análisis de las entrevistas fue Interpretativo y se utilizó la teoría del interaccionismo simbólico el cual se fundamenta en que el comportamiento humano es auto dirigido y observable en dos sentidos: el simbólico y el interaccional. Cualquier persona planifica y dirige acciones con relación a la otra y confiere el significado a los objetos que utiliza para realizar sus planes. La interacción entre individuos presupone una comunicación de significados compartidos, reconocidos e interpretados. El individuo auto interactúa viéndose a partir de los ojos de los otros. La profundidad de esta investigación fue del tipo

descriptivo / comprensivo

Las etapas de esta investigación fueron las siguientes:

1. Investigación documental: Se delimitó el aspecto del problema a investigar. Se hizo la búsqueda de antecedentes empíricos y marcos teóricos.
2. Trabajo de campo con las participantes.
3. Análisis de los datos.

6.1 Población de estudio

El total de encuestas EAT- 26 aplicadas fueron 81 en total en las dos escuelas elegidas, el muestreo se realizó buscando de preferencia a adolescentes de grados superiores. No existió un tamaño de muestra definido, el objetivo que se perseguía era identificar a la población en riesgo de acuerdo al EAT-26. Se aplicaron 31 encuestas en la Escuela Secundaria y de Bachillerato Experimental y 50 en la Escuela Secundaria Técnica Particular Morelos. Se les preguntó mediante un auto reporte los datos de peso y talla, para posteriormente calcular el Índice de masa corporal.

Se cuidaron los aspectos éticos, para ello la aplicación del instrumento elaborado expresamente para esta investigación, no entrañó ningún riesgo para los sujetos en quienes se aplicó y los datos fueron confidenciales. En esta fase fue necesario conocer la identidad de las adolescentes, ya que al obtener una calificación igual o mayor a 20 en el EAT-26, la adolescente se consideraba una candidata para participar en la entrevista.

La forma de recolección de los datos fue mediante un cuestionario auto aplicable, el cual tenía al inicio una breve explicación del objetivo de estudio, además de preguntas relativas al nombre, edad, peso y talla, padecimiento de alguna enfermedad y en la parte final se dispuso el EAT-26 y únicamente fue con fines de poder seleccionar a las entrevistadas, ya que de acuerdo a la calificación del instrumento, una calificación igual o mayor a 20 define a la persona con riesgo.

Como segundo paso, se seleccionaron a las candidatas a la entrevista que de acuerdo a la encuesta EAT-26 calificaron con puntos de riesgo para un TA, el grupo de cada escuela fueron 4 adolescentes pero en la escuela pública se agregó una participante durante el transcurso de la investigación y mediante la entrevista se pretendió conocer si dicho riesgo se manifiesta en las Representaciones Sociales de las adolescentes.

6.1.1 Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron a las alumnas que respondieron más del 80 por ciento del cuestionario y se encontraran al momento de la aplicación del mismo. Se excluyeron a las alumnas que respondieron tener una patología considerada dentro de los factores de confusión.

Dentro de esta parte de la investigación fue necesario tomar en cuenta los factores de confusión para trastornos alimentarios, ya que en otras investigaciones se reportaron que no tomar en cuenta el padecimiento de algunas patologías, causaba confusión por que los síntomas son similares, por ello en la encuesta entregada a las adolescentes se les cuestionó si padecían alguna enfermedad diagnosticada, y si alguna de las que reportaban eran enfermedades tales como: Síndrome de fatiga crónica, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus, hipoglucemia, hipertiroidismo, síndrome metabólico, cáncer, tuberculosis y enfermedad celiaca. En el cuestionario no se preguntó específicamente acerca del padecimiento de estas patologías, se les preguntó si tenían alguna enfermedad y si contaban con el diagnóstico médico, si la adolescente reportaba alguna enfermedad y obtenía una puntuación de riesgo, se excluía del estudio.

6.2 Acercamiento con las adolescentes

Una vez identificadas a los sujetos con puntaje de riesgo de acuerdo con el EAT-26, se dio el acercamiento y se les comunicó del objetivo de la investigación. Cuando ellas aceptaron participar, se les proporcionó un formato de consentimiento informado dirigido a los padres de familia, para que firmaran de conformidad acerca de la participación de sus hijas en la investigación.

Para la realización de las entrevistas se acordó previamente con las adolescentes el día y la hora en que se realizarían las mismas y se notificaba a las autoridades escolares, realizando la misma dentro de la institución educativa, previo aviso a la persona responsable, acto seguido la prefecta o profesor era la encargada de ir por la adolescente y asignarnos un lugar para realizar la entrevista. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente se realizó una transcripción de las mismas.

La identidad de las participantes fue protegida al otorgarles un pseudónimo durante la narración.

Las entrevistas de la escuela pública se realizaron durante el segundo semestre del año 2010 y las de las adolescentes de la escuela durante el primer semestre del año 2011. La guía de entrevista estuvo conformada por los siguientes rubros:

a) Información socio-demográfica

b) Representaciones sociales

b.1 Pensamientos y sentimientos de las adolescentes (temores, preocupaciones, esperanzas, gratificaciones) en relación al tema de los alimentos, en el contexto familiar, de los pares, de la publicidad y de los medios de comunicación.

b.2 Pensamientos y sentimientos de las adolescentes (temores, preocupaciones, esperanzas, gratificaciones) en relación al tema del cuerpo, en el contexto familiar y de los pares, y debido a la información que reciben de la publicidad y de los medios de comunicación.

Fue utilizado el programa de Atlas Ti, para facilitar el análisis de la información, basado en las categorías de la Tabla 6, las cuales surgieron al tomar en cuenta los resultados de algunos estudios que identificaban aspectos importantes en la alimentación y en la percepción en los problemas alimentarios.

Tabla 6. Categorías de análisis

Teórica	Analítica
Representaciones sociales alimentarias	Significación de los alimentos, que conforman las prácticas alimentarias. Alimentos saludables Alimentos no saludables Comida chatarra Grasa Calorías Dieta Alimentación familiar Alimentación en la escuela Creencias de los alimentos referidos (o provenientes) en: Familia, pares. Creencias de los alimentos referidos (o provenientes) en: Publicidad y medios de comunicación Trastornos alimentarios
Representación sociales del cuerpo	Significación del cuerpo. Ejercicio Percepción Ideal corporal Sobrepeso y obesidad Cuidados del peso corporal Creencias del cuerpo referidos (o

	provenientes) en: Familia, pares. Creencias del cuerpo referidos (o provenientes) en: Publicidad y medios de comunicación
--	--

Fuente: Elaboración propia

El procesamiento comenzó con la recolección de datos. Una vez realizada y grabada la entrevista, el archivo en audio fue transcrito en el programa operativo Word, posteriormente se utilizó el programa Atlas Ti. Se identificaron las categorías o subtemas clave por escuela, lo que permitió analizar el corpus de información de manera mas simplificada.

Una vez efectuada la descripción, se identificaron en los temas las concordancias y divergencias de la información, para posteriormente redactar la teoría.

Capítulo VII. Resultados

En la Escuela Secundaria Técnica Particular Morelos se aplicaron 50 cuestionarios, el 12% (n=5) fue considerado de riesgo pero fueron excluidas dos adolescentes, una de ellas porque se tuvo conocimiento de que se encontraba próxima a tener una cirugía y debía bajar de peso, siendo probable que sus respuestas estuvieran condicionadas por esa causa y la otra adolescente porque respondió tener hipertiroidismo.

Por lo que respecta a las adolescentes de la escuela Experimental, se aplicaron 31 cuestionarios y 4 de ellos (12.9%) tuvieron puntaje considerado de riesgo en el EAT-26.

En respuesta a la autopercepción corporal que dijeron tener cuando se les mostró las figuras corporales, las adolescentes en su mayoría se percibieron con un cuerpo de mayores dimensiones. La figura ideal para la mayoría de ellas fue aquella que representaba una figura delgada, con un IMC normal. Esto se confirma con las respuestas de las entrevistadas al manifestar que se “sentían gordas” o con “mayor abdomen” y que la figura ideal era una figura delgada.

7.1 Quienes son las entrevistadas

Tabla 7. Características de las entrevistadas de la escuela privada

Escuela privada “José María Morelos y Pavón”					
Nombre	Edad	Grado escolar	Empleo de los padres	Composición familiar	Domicilio
Jessica	14 años	Tercer grado	Padres médicos de profesión. Trabajadores de hospitales del sector salud	Familia nuclear Padres y una hermana	Fraccionamiento de clase alta
Michelle	14 años	Tercer grado	Madre educadora con licenciatura en derecho, trabaja en un magistrado. Su padre es abogado y tiene una constructora	Familia nuclear Padres y una hermana	Fraccionamiento de clase media alta.
Anahí.	14 años	Tercer grado	Padre arquitecto, madre profesora	Familia nuclear Padres y una hermana	Fraccionamiento de clase media alta
Zaira.	13 años	Segundo grado	Padre empleado de gobierno, madre ama de casa	Familia nuclear Padres y un hermano	Colonia popular.

Tabla 8. Características de las entrevistadas de la escuela pública

Escuela pública Escuela Secundaria y de Bachilleros Experimental					
Nombre	Edad	Grado escolar	Empleo de los padres	Composición familiar	Domicilio
Julieta	14 años	Segundo grado	Padre es empleado, madre ama de casa	Familia nuclear Padres y una hermana	Colonia popular.
Marcela	14 años	Segundo grado	Padres atienden negocio propio	Familia extensa Padres y la familia de su tío.	Colonia popular.
Lizet.	14 años	Segundo grado	Padre obrero y madre ama de casa	Familia nuclear Padres y tres hermanos	Colonia de un municipio conurbado a la ciudad de Xalapa
Celeste.	14 años	Segundo grado	Padre inmigrante. Madre ama de casa.	Familia extensa Madre, hermana y abuelos maternos	Colonia popular.
Rosario.	14 años	Segundo grado	Padre empleado y madre ama de casa	Familia extensa Padres, hermana y dos primos	Colonia popular.

Inicialmente en la escuela pública fueron seleccionadas sólo cuatro adolescentes, pero durante la primera entrevista fue mencionada por la mayoría una compañera quien resultó ser considerada un referente de belleza por parte de ellas y aunque dicha adolescente no obtuvo puntaje de riesgo de acuerdo al EAT-26, se produjo el acercamiento y se le hizo la invitación para participar en la investigación, siendo positiva su respuesta.

7.2 Alimentación: Representaciones sociales, preferencias y saberes.

Con el objeto de conocer qué acostumbran comer, se les preguntó cuál era su dieta habitual y las respuestas se aprecian en el siguiente cuadro.

Tabla 9. Dieta de las entrevistadas de la escuela privada

Nombre	Desayuno	Media mañana (en la escuela)	Comida	Media tarde	Cena
Michelle	Cereal (de caja) y jugo de naranja, o chocomilk con galletas	Empanadas o fruta (jícama y pepinos) y un boing	Sopa o arroz y carne asada o molida o caldo de pollo o atún.	Sabritas, muy rara vez pan (tostado 2 piezas) con mantequilla y azúcar o licuado.	Quesadillas o cereal (Special K o corn flakes o zucaritas) o yoguth con fruta

Anahí	Cereal (de caja)	Una barrita (de cereal) y jugo	Sopa o arroz y guisado	-----	-----
Zaira	Hot cakes y licuados	Dos gorditas, galletas y un boing de mango	Sopa o arroz y guisado	-----	Café con leche y pan.
Jessica	-----	Antojitos	Carne o pescado y ensalada	-----	Cereal (de caja)

Cómo se puede observar, las adolescentes realizan al menos 3 comidas al día y su alimentación es variada. Las entrevistadas mencionaron comer antojitos y galletas. Aunque en la escuela venden chicharrones y palomitas ninguna de ellas consume estos productos porque dicen que “tienen mucha grasa”. Zaira dijo que en ocasiones comparte el desayuno con sus amigas, la finalidad al parecer es comer menor cantidad de un alimento:

Zaira - “Me compré dos gorditas, pero a la primera le di la última mordida a una amiga y la otra le di nada más una mordida y la tiré, porque ya no me cabía”. (E. Privada, 2011)

Tres de las entrevistadas estaban acostumbradas a comer en compañía de sus padres, Jessica fue la excepción, comía regularmente sola; en su casa llevaban una dieta del régimen de “Quita kilos” su hermana y su mamá. La carne permitida en ese régimen es pescado o pollo y Jessica prefería no comerlos, además de cenar poco para no subir de peso: - *“trato de cenar poquito, para, pues ahí balancear [...] para que no engorde tanto”*

A diferencia de lo que comentaron las chicas de la escuela **privada**, la mayoría de las entrevistadas de la escuela **pública** realizan sólo dos comidas al día.

Tabla 10. Dieta de las entrevistadas de la escuela pública

Nombre	Desayuno	Media mañana (en la escuela)	Comida	Cena
Lizet	Chocomilk, pan o cereal (de caja) con leche, o licuado de fruta	En ocasiones torta y refresco, en otras ocasiones jugo de naranja o panqués.	Carne de pollo y tortillas (5 o 6 piezas)	-----
Rosario	-----	-----	Fruta, sopa o lo que encuentre en su casa	Lo mismo de la comida de mediodía.
Celeste	-----	-----	Frutas y verduras, y lo que guisan en	Cereal (de caja) con leche o agua y pan tostado

			casa como sopa o arroz,	
Marcela	-----	Torta (no diario)	-----	Cereal (de caja) o pan.
Julieta	-----	Chetos (que comparten entre las amigas)	Guisado y dos tortillas	-----

Por lo que se refiere al consumo de agua las adolescentes de la escuela **privada** refirieron tomar aproximadamente de litro y medio a dos litros de agua al día. La consumen preparada, combinada o con jugo diluido como agua de limón o con sabor. Tres adolescentes de la escuela **pública** manifestaron no tomar suficiente agua y los líquidos que consumen son jugo de naranja o refresco de cola la cual toman en gran cantidad, sólo dos de ellas dijeron consumir dos litros de agua. Lizet mencionó que su maestra de ciencias les aconsejó que tomaran un litro de agua antes de entrar a cada clase porque eso les ayudaba a poner más atención.

Con el objeto de conocer cuáles son los alimentos que más les gustan a las entrevistadas, se les preguntó acerca de este tema. Los alimentos que dijeron gustarles a las entrevistadas de la escuela **privada** de acuerdo a Anahí fueron las frutas y verduras, además de pensar que son saludables.

Michelle - "Las empanadas...es que me gustan, luego las veo y la verdad si les veo mucha grasita y digo: ah sí han de engordar, pero aun así me las cómo". (E. Privada, 2011)

En cuanto a los alimentos que mencionaron en general no gustarles y no comerlos son la sopa, pollo, pescado, lechera, galletas, jitomates o la mayoría de las verduras, en el caso particular de Anahí eran aquellos alimentos que tienen grasa y los antojitos.

Los alimentos que no son del agrado, para las adolescentes de la escuela **pública**, son muy variados, desde las verduras, avena, hamburguesas, mayonesa, carne con grasa y alimentos que se preparen con grasa.

Ante la constante mención de la palabra grasa, se les cuestionó que era lo que les significaba o representaba y con qué lo relacionaban. En la escuela **privada**, las entrevistadas dijeron que la palabra grasa lo relacionan con mayonesa, mantequilla, carne de res o de cerdo, alimentos fritos, palomitas, chicharrones y carne asada.

Anahí no recordó en donde fue que escuchó por primera vez que la grasa

engorda, pero fue aproximadamente a los diez años y Michelle mencionó que fue cuando estaba en quinto de primaria, lo escuchó en la televisión, en programas con menciones al cuerpo de las personas: *Michelle-“No sé, en series o en algunos programas”*.

Lizet de la escuela **pública** mencionó que la carne frita, la chuleta, los tacos, los antojitos y la mayonesa son alimentos grasosos.

Lizet -“la carne como que a la hora que la frías sacan un buen de grasa y todo eso”, “la carne de cerdo, juuuuhg tienen muchas grasas”, “los antojitos están bien grasosos”.(E. Pública, 2010)

Rosario indicó que el plátano y el mango son alimentos grasosos, sin responder con certeza porqué piensa así, también el yogurt y el chocolate (porque provocan la aparición de barros y “engordan”), la leche y las fritangas. Marcela incluso dijo que la grasa hace daño al estómago porque promueve el aumento de peso.

Julieta -“Entre más grasas consumes, más subes de peso y además te puedes enfermar de colesterol y eso”.

Lizet-“Para mí engordar”. “Porque la grasa, la grasa es lo peor que puede existir en todo el mundo!, lo peor porque engordan”.
(E. Pública, 2010)

Al preguntarles cuáles alimentos consideran saludables y no saludables, las entrevistadas de la escuela **privada** coincidieron en clasificar en la primera categoría a las frutas y las verduras y en la segunda a las papas industrializadas, pan, refrescos, tortillas y coca-cola.

Para las entrevistadas de la escuela **pública** los alimentos saludables son las verduras, la manzana, el plátano y la zanahoria, los jugos son más saludables que los refrescos, mientras que entre los alimentos no saludables están los tacos (por la grasa y el colesterol) y la carne de cerdo. Marcela mencionó a las frutas, argumentando que la mayoría son saludables, particularmente ella come sólo las que le gustan: mango, durazno, plátano y manzana. Los cereales los clasificó en “término medio” de saludables, al igual que el yogurt y a los embutidos: *“ahí la llevan de entre malos, porque tienen unas cosas...tienen calorías”*, enfatizando que la carne de cerdo no es saludable porque tiene grasa y los dulces son “malos” para la salud. Rosario también clasificó en “término medio” de saludables a los cereales (de caja) y al yogurt, el cual depende si es natural o de sabor, siendo éste último clasificado como no bueno (o saludable).

Bajo la misma temática también respondieron que es lo que consideran como alimentos que causan aumento de peso y cuales no.

Tabla 11. Clasificación de los alimentos, de acuerdo a su contribución al peso, según las adolescentes entrevistadas en la escuela privada.

Nombre	Alimentos que no causan aumento peso	Alimentos que causan aumento de peso
Jessica	“Verduras, frutas, pollo y pescado”.	“Leche condensada, pan y tortilla, antojitos, hamburguesas, papas, comida chatarra y dulces y lo que tiene mucha azúcar”.
Zaira	“Frutas y verduras, cacahuates y refresco el cual no engorda porque es líquido”.	“Todo lo que tiene grasa, antojitos, galletas, carne (si se come mucho) y más la de cochino, jamón y chorizo”.
Michelle		“Comida chatarra y empanadas”.

Tabla 12. Clasificación de los alimentos, de acuerdo a su contribución al peso, según las adolescentes entrevistadas en la escuela pública.

Nombre	Alimentos que no causan aumento peso	Alimentos que causan aumento de peso
Celeste	-----	“Hamburguesas y papas”
Lizet	-----	“Las grasa, lo dulce como el pan y los refrescos, sabritas y galletas, yogurt y tacos”.
Julieta	-----	“Tacos de la calle”.
Marcela	-----	“Comida chatarra y pizza si se come demasiado. La grasa”.

Respondieron sin dificultad al identificar los alimentos que causan aumento de peso: Lizet-“Es que para mí todo engorda (con cierto aire de desesperanza), el pan y todo eso...engorda! Engorda esto, engorda lo otro”. (E. Pública, 2010)

También se indagó acerca de lo que conocen como comida chatarra. En la escuela **privada**, respondieron que son las “sabritas”, las papas y las galletas.

Dos de las entrevistadas de la escuela **pública** respondieron que la comida chatarra es lo que se vende en la calle y tienen muchas calorías y aclararon que sólo la comen cuando les invitan. Ellas piensan que la comida chatarra no es saludable porque tiene grasa. Marcela fue más específica al decir que la comida de la calle son las “cacalas⁵, las garnachas y los antojitos”. Parte de las representaciones sociales alimentarias que tienen es la importancia de las

5. Las cacalas son frituras de harina, de forma rectangular, la cual se preparan con mayonesa, queso y salsa, a la que

calorías en los alimentos que consumen y el interés fue conocer si acostumbran medirlas o contarlas. En la escuela **privada** Jessica fue la única que dijo hacerlo y manifestó que lo hacía antes en su anterior escuela, por sentirse más presionada.

Jessica- “porque antes, como que me importaba mas estar más delgada y ya después cuando entré precisamente a esta escuela ya no me importaba, y ya las dejé de contar.” (E. Privada, 2011)

En la escuela **pública**, sólo dos adolescentes respondieron afirmativamente. Julieta comentó que contaba las calorías de forma consciente para organizar su alimentación, aún cuando recibía críticas de sus compañeros. Aproximadamente a los doce años inicio en ésta práctica, debido a que una maestra de biología al hablarles sobre nutrición les explicaba los conceptos de calorías y lípidos. Al igual que Lizet quien inicio a los doce años, por ver a otras mujeres de su edad que ella consideraba que tenían bonito cuerpo y querer verse como ellas.

Lizet-“Decía cuando tenga catorce o quince años quiero ser así, luego empecé a subir de peso y empecé a decir: tengo que medir más lo que como, lo que tiene lo que como, así”. (E. Pública, 2010)

Julieta dijo saber el contenido de calorías de algunos alimentos y mencionó a los helados, la coca cola que tiene 84 calorías por 200 mililitros y las canelitas que tienen 48 calorías en dos galletas. *Julieta- “Y como traen seis galletas, yo digo que serían como...unas...llegando a trescientas calorías, ¿no?”.* También las hamburguesas y los dulces “Glorias” tienen muchas calorías, para ella era frecuente medir la cantidad de calorías y grasas que consumía y por esa situación recibía regaños. De esta forma se interesó e el tema de la alimentación.

Julieta-“Por información de los libros, que nos dicen que tienes que consumir tantas calorías al día y ya de ahí puedes ir midiendo tus calorías que vas comiendo”. (E. Pública, 2010)

De acuerdo con sus respuestas, Julieta debe consumir aproximadamente 1200 calorías diarias, y “*aún a su pesar*”, como ella señaló, sí llegó a comer más de esa cantidad sobre todo cuando su mamá le insistía que comiera pan de dulce. Marcela por su parte no cuenta las calorías, pero suponía que si comía demasiadas calorías iba a subir de peso. Ella hizo una diferencia entre grasas y calorías, para ella las calorías provocan aumento de peso, pero no tanto como

también se le puede agregar pollo, lechuga, y pico de gallo (cebolla, jitomate y chile picado en cuadros muy pequeños).

con el consumo de grasa.

Rosario hizo una diferencia entre grasa y calorías, la primera se acumula, mientras que las segundas son parte de nuestro organismo.

Rosario- “No se... se me viene a la mente que las calorías son normales, que siempre las hemos tenido, y que las grasas se van acumulando si uno no hace ejercicio (...) ajá, si estás sin hacer nada de ejercicio y no corres, las grasas se van acumulando, mientras que las calorías son algo normal, que le hacen falta a nuestro cuerpo”. (E. Pública, 2010)

Los planes de alimentación siempre deben ser adecuados y realizarse con asesoría, éstos son conocidos comúnmente como dieta y realizar una dieta de reducción sin supervisión y por decisión propia sin necesitarlo, desde el punto de vista nutricional se considera inadecuado, ante este cuestionamiento las adolescentes entrevistadas en la escuela **privada** manifestaron que sí han hecho dieta, con la finalidad de bajar de peso pero en ningún momento pensaron en dejar de comer.

Jessica dijo que se controla no comiendo ciertos alimentos dulces y para ella “comer mucho” significa excederse en las comidas o comer muchas “cosas que no nutren” y añadió, “cuando como mucho pienso que me voy a poner más gorda”. Para Michelle “comer en exageración” significa “seguir comiendo aunque esté uno lleno”. Zaira por su parte mencionó que su forma de controlarse era servirse una sola vez, una cantidad normal y dejar una pequeña cantidad de comida. Anahí por su parte dijo que consideraría ir a ver a un nutriólogo para poder bajar de peso o hacer ejercicio.

Zaira - “No una dieta, sino dejar de comer lo que engorda, o sea el pan y eso”

Jessica - “Cuando me puse a dieta no es que no quisiera comer ni nada, o sea no tenía esa idea”

Michelle - “Pues verdura, bueno fruta ya la como, pero así más fruta y trato de no comer tanta, tanta carne porque la verdad no es que me engorde, sino que me cae mas pesada....” (E. Privada, 2011)

Con respecto a la dieta en la escuela **pública** las entrevistadas mencionaron que dejaban de comer en ocasiones o que se sometían a un régimen de dieta. Celeste dejó de comer (hasta dos días seguidos) porque dijo que no sentía apetito, pero que no hacía dieta y en su lugar prefería realizar ejercicio de manera excesiva, y de vez en cuando dejar de comer. Julieta

mencionó que *“había dejado de comer algunos días”*, afirmó haberlo hecho ocho meses antes de realizada la entrevista, y en esa ocasión solamente comía sábados y domingos. Ella comentó que inició en ésta práctica a los trece años imitando a una compañera quien estaba acostumbrada a no comer nada, ambas sólo comían una paleta o un chicle. Aún cuando tuvo deseos de consultar a un nutriólogo, no lo hizo por temor al regaño por haber dejado de comer. Señaló *“se que debo debe comer y que debo realizar mucho ejercicio si es que en verdad quiero estar delgada”* y ha sentido culpa por las consecuencias que pudiera tener por haber dejado de comer. En los días en que se llevaron a cabo las entrevistas dijo que compartía una torta con sus amigas o comía solamente un taco en la escuela.

La tercera adolescente que también ha recurrido a la práctica de no comer fue Lizet: *“no fue por tanto tiempo, sólo fueron dos semanas aproximadamente, no desayunaba y no comía”*. Después de eso optó por dejar de cenar y comer menor cantidad de alimentos. No hacía dieta porque dijo que no iba a poder realizarla y que no veía resultados en las personas que sabe que están a dieta. Dijo sentir que se preocupa por lo que come más que otras personas y que no es grato dejar de comer lo que se le antoja, además sentía culpa por la forma en que se alimenta porque sabía que no está bien lo que hace.

Rosario expresó que *“dejar de comer es una pérdida de tiempo”* y que no se quería parecer a su tía. Manifestó ver a su tía demacrada y enfermiza a causa de un problema alimentario. La entrevistada refirió que antes comía mucho durante dos o tres días y posteriormente dejaba de comer por cuatro o cinco días y reiniciaba su alimentación con alimentos que considera ligeros, como el cereal, otra práctica que manifestó hacer es dejar de comer dos días, por lo menos una vez por semana. Al momento de la entrevista aseguró comer regularmente pero en menor cantidad.

Marcela dijo que las dietas que prescriben los médicos son muy extremas y que no iba a poder llevarlas porque ya lo ha intentado en alguna ocasión sin resultado. Ella dejó de comer hasta por tres días y después comía cereal y yogurt solamente. A pesar de haber visitado al médico y haber tenido riesgo de anemia, mencionó que no comía por dos razones: porque le daba asco por las mañanas y porque no tenía ganas de comer, incluso comentó que había pensado en comprar pastillas (de las que anuncian en la televisión) para disminuir el abdomen. Abundó

en describir la forma en que cuida lo que come, de preferencia si se quita el exceso de grasa a los alimentos, porque le hostiga. Este control en el consumo de grasa lo inició cuando cumplió trece años. En ocasiones cuando tenía deseos de comer pero sentía asco, optaba por tomar un jugo de naranja. Entre las sensaciones que Marcela experimentó cuando dejó de comer fueron mareos constantes, náuseas y dolor en la boca del estómago.

Tres de las entrevistadas dijeron que sentían culpa cuando comían mucho o cuando comían algo que les hacía subir de peso. Para dos de ellas cuidar el peso significaba tener control y preocupación sobre el cuerpo. Solo una entrevistada relacionó la delgadez con habilidad deportiva.

Acerca de las actitudes que tenían hacia la comida Celeste respondió que se servía personalmente sus alimentos para medir las raciones y que sentía que se llenaba muy rápido. Por otra parte Julieta también dijo que medía sus alimentos *“Yo tomo una porción muy chiquita (de embutidos). Ajá, la mitad, menos de la mitad (de una salchicha)”*, y aunque dijo que sí se le antojaba comer, hacía el esfuerzo de no hacerlo, porque iba a subir de peso.

Por otra parte también decidía qué comer de acuerdo a la cantidad de calorías que tienen los alimentos, al leer las etiquetas de los alimentos: *“ajá, porque dicen que el atún de aceite tiene más calorías que los de agua”*. Mencionó que evitaba comer incluso lo que le gustaba como el chocolate, porque le causaba acné, y no comer lo que piensa que le hace daño como las sopas Maruchan porque supo que *“se pegan en el estómago”* (antes comía dos al día). Sentía culpa cuando comía más de lo que ella misma se permitía.

Julieta-“Me siento llena y...de que me siento culpable de que comí un buen (4 tortillas). A veces me llego a enojar, porque siento que si como más voy a seguir engordando mas”. (E. Pública, 2010)

La siguiente categoría surgió para conocer cuál es la fuente de información acerca de la alimentación y saber si tienen inquietud por informarse más. Tres entrevistadas de la escuela **privada** estuvieron de acuerdo en que hacía falta conocer más al respecto. Michelle contestó que hay mucha información que los libros no incluyen y que sería mejor si un nutriólogo les dijera que pueden comer. Jessica expuso que antes no sabía que algunos alimentos causan el aumento de peso y los comía pensando que eran saludables y pensaba que estaba bien dejar

de comer porqué así iba a adelgazar. Anahí por su parte piensa que tener información de la alimentación no es suficiente, para ella es preferible concientizarse de que hay que comer sano.

Mientras que en la escuela **pública** refirieron su clase de ciencias en donde recibieron información acerca de las calorías de los alimentos y la importancia de controlar su ingesta, siendo este medio el que les dio información acerca de las calorías.

7.3 Representaciones sociales alimentarias de la familia

Respecto al intercambio de ideas que se produce en el contexto familiar y en sus redes cercanas que son los compañeros de la escuela, se les preguntó acerca de las ideas que comparten con ellos en relación a los alimentos y los cuidados en la alimentación.

De acuerdo a las entrevistadas de la escuela **privada**, el cuidado del peso si existe en algunos familiares, como en el caso de Jessica, quien dijo que su abuela cuida su salud de forma rutinaria, alimentándose correctamente, lo que para ella significa que *“no come entre comidas, toma mucha agua y hace ejercicio”* y también su hermana quien recientemente había empezado a cuidar su alimentación siguiendo un régimen especial y gracias al cual logró reducir 10 kilogramos de peso.

Michelle también mencionó a una hermana que cuida su peso, aduciendo que debido a su baja de estatura, tiene que cuidarse más. Zaira por su parte refirió que su hermano (quien en ese momento cursaba con obesidad), estaba haciendo ejercicio en la escaladora y se ponía una chamarra para sudar, además de que tomaba unas pastillas para bajar de peso, las cuales iba a sustituir por otras con alcachofa. Su mamá les ha hecho la observación de que no es bueno comer hasta llenarse, porque eso lo escuchó en un programa de radio. Estas adolescentes mencionaron que sus familiares se cuidan “comiendo bien”, Anahí sólo comentó que en su familia comen sólo si tienen hambre.

En relación a llevar algún tipo de dieta, Jessica mencionó que con el régimen de Quita kilos que sigue su hermana, en su casa suprimieron el consumo de carne roja y consumen sólo pescado cuatro veces a la semana y pollo el resto de los días, además de suficientes verduras, abundante agua simple y sólo dos piezas de pan o tortilla al día, aún cuando el pan casi no lo comen.

Pero Jessica no se adhirió al mismo tipo de alimentación porque compraba a escondidas otros alimentos.

En casa de Michelle, su mamá tomó la decisión de que la familia comiera igual que su hermana quien compraba sus propios alimentos para ponerse a dieta con la finalidad de tener una alimentación sana, además de regular la alimentación de acuerdo a lo que aprendió alguna vez cuando ella estuvo a dieta.

Michelle -“Es que antes iba con una doctora que hacía que bajaras de peso, entonces ella le daba unas dietas que pues no te hacían que bajaras tanto, que quitaras algunas cosas de las que tu comías o sea, que te iba quitando la comida, entonces ya, ya agarró esas recetas y ya las va haciendo con nosotros y ya así nos funcionaba y todo”. (E. Privada, 2011)

Dijo que su mamá incluía “cosas naturales” en su alimentación, como fruta y verdura, pollo o pescado, cereales y tortillas porque le gustan a su mamá.

Los comentarios recibidos en casa en relación a la forma de comer de las adolescente dependen de la percepción que tienen sus padres al respecto y en todas fue común que les dijeran que comieran más. Incluso el padre de Jessica le había ofrecido llevarla a consulta con un nutriólogo, porque era mejor llevar una dieta controlada y porque no quería que dejara de comer sólo para bajar de peso.

Las entrevistadas de la escuela **pública** mencionaron también tener cuidados, como Marcela quien dijo recibir cierta presión para que aumentara la cantidad de comida y para que tomara vitamina B, que su hermano llevaba. En ocasiones su mamá la obligaba a comer y junto con sus tías le insistían que comiera algo más, como un pan o tortillas cuando ella no quería. Su mamá argumentaba que dejar de comer le podía provocar una enfermedad y por esa razón la obligaban a comer. Por otra parte relató que sus primas hacen ejercicio para cuidarse y no dejan de comer

Marcela mencionó que en su familia tenían como costumbre tomar refrescos diariamente y en relación a los cuidados que existen en su casa, su mamá es la persona que la ha influido en relación al cuidado de la alimentación ya que se interesó en cuidar lo que se come en su casa, obteniendo información en las revistas.

Para Lizet la única ocasión de comer “*porquerías*” (como llamó a la comida chatarra) se presentaba cuando salía con sus papás de compras. Dijo que su mamá es quien cuida la alimentación, sirviéndole poca cantidad de comida y

cuidando la forma de cocinar ya que a la carne le quita la grasa, lo que hacía posible que pudiera comer antojitos hechos en casa y con poca grasa, además dejaron de comprar pan; antes Lizet comía hasta tres piezas y media pero cuando dejó de comer su mamá fue quien demostró preocupación.

Coincide con la forma de cocinar y cuidar la alimentación, la mamá de Rosario: *“mi mamá cocina con cuidado”*, lo que significa que no le pone “muchísima” grasa a la comida y se basa en los consejos de un libro cuando hace la comida, ya que ella siempre ha intentado que lleven una buena alimentación en casa. La influencia del cuidado de la alimentación para Rosario provino de una hermana mayor quien desde pequeña ha atendido ese aspecto, siendo ella la persona que le dio consejos acerca de cuáles son los alimentos que tiene que comer para no subir de peso.

Según lo expresado por dos adolescentes, en su casa recibieron comentarios por comer en exceso: *Marcela-“Pero me decían: si comes tanta tortilla vas a engordar”*. Las entrevistadas dijeron que sí han limitado el consumo de un determinado alimento por lo que han escuchado en casa: *Lizet-“Es que una vez estaban hablando de todo lo que contenía: las grasas y no sé qué, yo no entendí muy bien pero mi mamá dejó de comprar salchichas”*. También Rosario pensó que algunas frutas engordan porque alguien de su familia se lo dijo.

Rosario-“Bueno, tengo una hermana que es mayor que yo y ella ha llevado siempre una dieta normal y le dije: oye hermana ¿Cuáles son ese tipo de alimentos? Y me dice: es el plátano, pero ya no me acuerdo bien si es el mango o que otro”. (E. Pública, 2010)

Con respecto a las dietas de reducción que se han realizado en el seno familiar, dos entrevistadas respondieron afirmativamente.

7.4 Representaciones sociales alimentarias entre pares

Otra red importante en donde ocurre intercambio de información es con los amigos y compañeros de escuela. Las entrevistadas de la escuela **privada** mencionaron que entre amigas no hay comentarios en forma de críticas respecto a la forma de comer, Jessica mencionó que sus amigas comen “muchísimo” pero hacen ejercicio y dijo que en su anterior escuela era más importante ese cuidado *“porque allá eran muy (risas) mamonas y casi no comían en el recreo”*. Aunque sí se fijan en la cantidad y calidad de los alimentos que consumen, cómo lo refirió

Anahí al mencionar a una amiga que come diariamente una manzana o una barrita de cereal y cacahuates.

En las adolescentes de la escuela **pública**, las ideas que circulan al respecto de la alimentación son de cuidarse o dejar de comer, dos chicas refirieron que es una situación “*muy fuerte*” y que es una práctica regular el que sus compañeras dejen de comer, asegurando que un 80% de sus compañeras lo realizan.

Lizet-“Inclusive mi amiga y yo dejamos de comer por dos semanas y estuvo a punto de desmayarse”.

Rosario-“Bueno a Berenice que es la que sí le ha afectado la dieta. Se veía que lo hacía porque los chavos no le hacían caso.”. (E. Pública, 2010)

Una amiga de Lizet cuidaba mucho su peso y sólo cenaba, no comía en la escuela y como consecuencia tuvo gastritis, fue precisamente con esa amiga con quien tomó la decisión de que ambas dejaran de comer durante dos semanas. Otra amiga le dijo que no hiciera cosas indebidas, que su peso era normal y que no estaba gorda.

Julietta también dejó de comer junto con otra compañera, sólo comían una paleta o un chicle durante el día, pero al cambiar su círculo de amigas, volvió a comer, ya que recibió algunos consejos respecto a la forma de comer en la escuela, le dijeron que primero comiera una torta (aunque la compartiera con 3 o cuatro personas) y posteriormente comiera chatarra (“chetos” con salsa). Además sus amigas la regañaban porque ya no quería comer y contaba las calorías. Señaló también que cuando alguna compañera deja de comer no se hacen comentarios al respecto, es una práctica que se realiza y se mantiene en privado.

Marcela al igual que la anterior entrevistada, compartía su comida durante el recreo y también recibió consejos para que no dejara de comer porque eso la conduciría a tener una enfermedad.

7.5 Representaciones sociales alimentarias de las adolescentes, vinculadas al cuerpo

A las entrevistadas se les cuestionó acerca de la percepción que tenían de su cuerpo. En la escuela **privada**, dos de las adolescentes se sentían gordas, el resto de ellas se sentía normal, mencionando estas últimas que sólo les hacía

falta ejercitarse. Anahí se percibía “panzoncita” y su percepción de que estaba subiendo de peso era por la acumulación de grasa que llamó “llantitas”.

El ejercicio lo relacionaron con el cuerpo y “*el estar en forma*”. Dos de ellas realizar ejercicio, aproximadamente por una hora, tres veces por semana, toman clases de baile o hacen caminatas, bicicleta o escaladora. Anahí manifestó que se ejercita porque no tiene actividad en las tardes y Michelle dijo que pensaba principalmente en bajar de peso y quería que le quedara el vestido de quince años. El anhelo corporal para ellas es estar delgadas y no estar flácidas por subir y bajar de peso. El referente del peso ideal para Michelle es: “*como 50*” (kilos); “*mmm si estuviera más delgada estaría un poco más a gusto*”

En relación a la percepción corporal que tienen las adolescentes de la escuela **pública**, tres de ellas respondieron que se sentían gordas y eso les producía insatisfacción. Celeste primero mencionó que antes “era muy gordita”, no se consideraba muy alta y de su persona le gustan sus ojos, en cuanto a su peso en ese momento mencionó no ser “gordita” pero tampoco tan delgada. Dijo sentirse muy pesada y que cuando a veces dejaba de comer determinado tiempo, sentía que su abdomen se hacía más pequeño y le gustaba como se veía, pero cuando de nuevo subía de peso quedaba insatisfecha por el hecho de comer y subir.

Julieta: “*Un poco rellena, un poco gordita y sin cadera*” es como se percibía, aunque mencionó que le gustan su cabello y sus ojos. “*A veces si me siento bonita y otras veces no*” y en ocasiones se ha sentido mal cuando está frente al espejo. Lizet mencionó sentir que tiene peso de más y se compara con una compañera que tenía exceso de peso. Ella llegó a pesar casi sesenta kilos. Marcela se deprimió porque cuando entró a la escuela pesaba más y con el paso del tiempo se sintió “gorda”. Se pesaba cada vez que podía para saber si subía o bajaba de peso. El disgusto con su cuerpo era por tener exceso de abdomen.

Marcela: “Pues, a veces cuando me veo no me siento tan mal, tan fea, pero tampoco tan bonita. Y ya es cuando digo ¡no! ya estoy engordando, ya no me veo como era antes”. “Siento que tengo mucha panza...(risas) bueno así digo: ya me pesa la lonja”. (E. Pública, 2010)

Rosario mencionó que el hecho de subir de peso le recordaba su niñez cuando se comparaban con otras mujeres que estaban delgadas.

Rosario-“A veces me he sentido incómoda. Pero eso me pasó a

los siete años, me miré al espejo y decía que así no quería estar porque todas mis amigas estaban demasiado escurridas". (E. Pública, 2010)

Dos adolescentes comentaron que cuando se sentían mal por su aspecto físico pensaban en hacer ejercicio para mejorar su cuerpo y también que las personas ya no las iban a tomar en cuenta por subir de peso, además de sentir incertidumbre y malestar al pensar que las otras personas iban a hablar de ellas y de su apariencia ya que habían escuchado hablar de cómo se cataloga a otros por su aspecto. Dos de ellas mencionaron el tema de la autoestima, Celeste dijo que su autoestima está *"un poco baja"* y Lizet mencionó que la autoestima de una persona delgada es "mejor" que el de persona con sobrepeso.

Se buscó conocer un referente corporal que les pareciera ideal y de preferencia que fuera una persona pública para poder ubicar la correlación. Las personalidades nombradas en la escuela **privada** fueron actrices y cantantes jóvenes como: Avril Lavigne, Megan Fox, Barbara Mori, Anahí y Scarlet Johansson. Ellas consideran que el ideal del cuerpo de una mujer sería *"estar muy delgada"*, o *"no estar muy gorda"*.

Jessica - "Tampoco tan delgada, pero así delgada como, Avril Lavigne, así me gusta"

Anahí - "Pues que no esté así extremadamente delgada, porque siento que estaría desnutrida o así tampoco muy muy gorda".

Jessica - "Hay una amiga aquí que tiene bonito cuerpo que está así, haz de cuenta que está muy delgadita de las caderas y está muy pompona, está muy delgada".

Michelle: "Scarlet Johansson se veía más delgada y acinturada" en Iron Man 2". (E. Privada, 2011)

Ninguna pudo explicar en dónde escucharon que estar delgada es la forma ideal de belleza, pero si saben que no les gustaría tener sobrepeso. *Jessica - "Que no se, al verme gorda no me vean mas bonita o sea me vean fea por estar gorda"*.

Estar delgada significa verse bien como comentó Jessica, *"lucir mejor, sentirse bien consigo mismas"*. Reconocieron el valor que tiene la delgadez ante la sociedad, el trabajo que quieran conseguir dependerá del hecho de estar delgadas, sobre todo si quisieran ser modelo como dijo Michelle. En la escuela **pública**, tres de las entrevistadas respondieron que deseaban estar más delgadas. Igualmente la comparación abarcó a las personas que salen en los medios, se comparaban con Katy Perry o con la vocalista del grupo Paramore.

Julieta-“Pues dicen que esta actriz está bien de todo que no le falta nada, 90-60-90”. “O la vocalista de Paramore que no está ni gorda ni flaca”. (E. Pública, 2010)

Julieta mencionó que una persona delgada se preocupa menos por su físico en comparación con una persona con sobrepeso y que ella se iba a sentir satisfecha cuando estuviera delgada. Dos adolescentes más, indicaron que la belleza no es lo más importante, cuenta más la personalidad y la auto-aceptación.

Julieta-“Pues nos gusta estar bien, ser bonitas para que todos nos reconozcan. Pero hay desventajas, o sea, te pasas de la mano y puedes llegar a tener enfermedades alimenticias”. (E. Pública, 2010)

Al relacionar la ropa con el cuerpo, Lizet y Marcela dijeron que estando delgadas las personas se ven mejor. *Marcela-“Delgada te ves bien, ya así gorda siento que me veo toda....(hace señas de exceso de volumen abdominal)”*.

Se exploraron los sentimientos que tienen con respecto al sobrepeso y a la obesidad. En la escuela **privada**, las entrevistadas manifestaron varios sentimientos hacia el sobrepeso, Jessica ha sentido enojo cuando le hacen comentarios acerca de su forma de comer, lo que ha ocasionado que no quiera comer en ese momento. Por su parte Zaira sintió culpa por comer “mucho” y sintió miedo a subir de peso.

Al preguntarles que piensan al sentirse con sobrepeso o grasa en el cuerpo respondieron con connotaciones negativas y malestar: *Jessica -“Si, como que me siento sucia por dentro cuando como muchas cosas”. Anahí - “Ah, trato de no comer eso y comer mas cosas que no tengan tanta grasa”, Zaira mencionó tener miedo de pesar mucho, porque no le gustaría tener sobrepeso y por las críticas que pudiera recibir y Anahí lo relacionó con la salud.*

Por su parte Lizet de la escuela **pública** mencionó haber vivido una situación de estrés en relación al peso cuando su papá le preguntó si estaba embarazada por el peso que tenía.

*Lizet-“Dije ¡no! hasta qué grado he subido de peso”.
Lizet-“Si estuviera gorda me sentiría preocupada, (risas) traumada, pero lo principal sería que diría: ah estoy gorda y lo tengo que bajar así a la fuerza y no sé cómo le haría pero tengo que bajar esos kilos que tengo encima. De ahí me cuidaría mucho, mucho, muchísimo en lo que como y a veces inclusive, no comería si estuviera gorda”. (E. Pública, 2010)*

A Rosario en una dinámica dentro de una clase en la que tenían que

imaginar a sus compañeros dentro de algunos años, un compañero le dijo que la imaginaba como la mujer más “gorda” del mundo y ese comentario le provocó miedo de que no la quisieran por su peso, Rosario: *“¿A quién le gusta que la imaginan como la mujer más gorda del mundo?”*

Los sentimientos que dijeron tener ante los comentarios o críticas fueron negativos, desde sentir obsesión por la belleza, sentirse ofendidas y con malestar y enojo, situación que llevó a una de ellas a no sentir apetito durante dos días, cuando le comentaron cómo la imaginaban en el futuro. Además mencionaron que la delgadez y una presentación física aceptable es importante para ingresar al mercado laboral:

Celeste-“Hay personas que van a buscar empleo y porque no estén bonitas o estén gordas no les ofrecen el trabajo, aunque tenga una carrera y buen nivel académico. Y a otras que no tienen ni carrera ni nivel académico se los ofrecen porque están bonitas o tienen un cuerpo bien”. (E. Pública, 2010)

Julieta-“Si hay relación porque cuando quieres pedir un trabajo te lo dan por la presentación”.

Al interrogar a las adolescentes sobre el momento en que comenzaron a preocuparse por el cuerpo, muchas de ellas coincidieron que fue cuando entraron a la secundaria porque sus pares o sus amigas se comparaban con otras personas.

Marcela-“Escuchaba a muchas amigas que engordar es feo, entonces empecé a pensar así. No sé, no quiero engordar porque me voy a ver fea”. “Porque no quiero volverme fea, fea”.

Celeste-“Desde que estaba chiquita estaba más llenita, yo como una pelotita y me comencé a dar cuenta que todas las chavas estaban más flaquitas que yo y me empecé a sentir mal”. “Cuando empecé a ver todas las niñas y me di cuenta que yo estaba más grande de lo normal pues me empecé a sentir triste y una cosa me llevó a la otra”. (E. Pública, 2010)

El sobrepeso lo relacionan con la fealdad, como se puede observar en lo que manifestaron dos de ellas.

Marcela- “no quiero engordar porque me voy a ver fea”.

Lizet-“Para mí es estar fea. Porque luego veo a las personas gordas y digo: no quiero tener ese cuerpo. Siento que si soy gorda voy a estar fea y no me va a quedar la ropa que me gusta”. (E. Pública, 2010)

Fue tal el rechazo a la idea de tener sobrepeso, que ante el hipotético caso

de tener que elegir tener acné o tener exceso de peso, Lizet respondió que prefería tener acné.

Los sentimientos que dijeron tener cuando cabía la posibilidad de subir de peso o cuando se sentían gordas, fueron enojo, culpa, miedo, malestar y eso las lleva a querer tomar decisiones tales como dejar de comer, además de conceptualizar el sobrepeso como fealdad o sentirse sucias por dentro.

Las ideas y conceptos que llegan a generarse al respecto de otras personas con sobrepeso y obesidad son muy importantes porque determinan actitudes hacia la misma.

Al respecto de su comportamiento con las personas que tienen sobrepeso, las adolescentes de la escuela **privada** dijeron que a sus compañeros les critican, hacen comentarios ofensivos con groserías y burlas. Michelle dijo que ella y sus amigas se llegaron a preguntar, cómo era posible que esas personas se pudieran descuidar tanto. Además refirieron que sus compañeros varones son más directos en sus calificativos y comentarios.

Anahí -“No pues así de, hay así de está fea o algo así”.

Michelle -“No en cuanto a que le digan gorda o algo así, no, sino que, como que indirectas, ay qué bonito corres ó que rápido, no sé, cosas así, exacto si son burlas”. (E. Privada, 2011)

También mencionaron que se presenta la discriminación, el rechazo y la risa hacia quienes están excedidos en su peso corporal. Esta conducta de criticar a otros no es frecuente y se realiza dentro de los grupos pequeños de amigas. Los compañeros no se comportan igual con todas las personas que tienen sobrepeso, sólo hacia las personas sobre las que no sienten simpatía, que no son sociables o que no se llevan con ellos y respetan a las personas que ellos consideran “buena onda”, además los hombres con sobrepeso no reciben críticas. Jessica agregó que en su anterior escuela este tipo de críticas se hacían con el propósito de molestar todo el tiempo.

Al indagar cuáles creían que eran los sentimientos de sus compañeros con sobrepeso, Michelle comentó que depende del carácter de las personas, a algunos no les importa lo que digan de ellos y a otros sí y esto impacta en su autoestima; ella veía que la conducta de algunos es de aislamiento, se relacionan solamente con un grupo de amigos y no con el resto de los compañeros.

Cuatro de las chicas de la escuela **pública** manifestaron sentirse mal por

aquellas compañeras que tienen sobrepeso y que consideran cercanas, piensan que están obsesionadas por el peso y que se sienten excluidas, feas y que los compañeros no las ven con interés romántico.

Marcela-“Dicen: voy a bajar de peso porque me siento mal así. No puedo verme así y no puedo ponerme los pantalones acá. Eso sí me ha pasado”.

Sin embargo también piensan que hay compañeras a las que no les importa su peso. Los compañeros del salón de clase son más duros en sus observaciones, por ello las críticas que se realizan a las personas importan mucho, según lo dicho por Marcela y Lizet.

Marcela-“Especialmente porque hay chavos que luego les dicen que parecen elefante y todo eso... como que les hacen burla a las gordas”.

Lizet-“No es que Socorro es un puerquito y empezaron a decir cosas...ay no sé, se me hizo...no sé. Al grado de que mis compañeros me digan también eso”. (E. Pública, 2010)

Dos entrevistadas respondieron que las críticas sirven para que la persona con sobrepeso piense en mejorar su aspecto y así evitar ser juzgada, no obstante esos juicios causan daño emocional y eso se ve reflejado en el comportamiento que tienen.

Lizet-“Son sosas”.

Julieta-“Con mi compañera Socorro, antes le hacían burla de que estaba gorda. Yo creía que si llegaba a tener mucho peso me tratarían igual a mí”. (E. Pública, 2010)

7.6 Conocimiento de los trastornos alimentarios

Ésta categoría de conocimiento acerca de que son los trastornos alimentarios surgió casi al final de las entrevistas cuando se les preguntó si conocían a alguna persona con algún trastorno alimentario y sus respuestas fueron mas amplias. En la escuela **privada** casi todas conocían a una persona que tenía síntomas de algún problema alimentario o estaba en recuperación. Jessica conoció en su anterior secundaria a una alumna de preparatoria, la última vez que la vio fue en una presentación de ballet que tuvo dicha compañera y en ese momento tenía un año en recuperación de bulimia por lo cual estuvo a punto de morir. Dijo que claramente se veía mal, y se impresionó al saber que era casi

imposible que pudiera a volver a su peso normal.

Jessica -"Casi se muere, me habían dicho que casi se muere, se le veían todos los huesos... horrible, o sea se veía horrible. No llamaba la atención cuando bailaba sino su cuerpo, sino, muy feo."
"Si la vi bastante delgada, como en las fotos que ves en internet y así de las personas sí, o peor". (E. Privada, 2011)

Michelle refirió que su prima (mayor que ella) estaba muy delgada y que sabía que nunca vuelven a recuperar su peso, *"Pues así como que la ves y dices, ay se va a quebrar, ay"*. Ella pensaba que probablemente lo que originó el problema era que su prima es aprehensiva e hizo caso de comentarios que le hicieron en la escuela. Anahí comentó que una amiga suya tenía bulimia y empezó a sentirse mal de salud. Aunque cree que ya se estaba controlando, negó saber si la familia de su amiga sabía algo al respecto.

Cuando se les pregunto qué era lo que pensaban de las personas que conocieron con ese problema, dijeron que actuaron mal, que no era necesario llegar a tales extremos para estar delgadas, simplemente había que comer saludablemente y hacer "mucho" ejercicio.

Tres adolescentes de la escuela **pública** afirmaron tener conocimiento de lo que son los trastornos alimentarios por tener directa o indirectamente a alguien conocido. En el caso de Julieta, supo que la hija de una conocida de su mamá tuvo anorexia y había muerto un año antes de realizada esta entrevista y esto le produjo miedo. En los otros dos casos fueron familiares cercanos: Marcela lo vivió con una prima que estuvo anémica por el problema alimentario que tuvo, y también dijo que sintió miedo cuando se sintió mareada por no comer, asegurando que se sentiría mal si alguien le dijera que tiene anorexia, pero manifestó que aún así estaría dispuesta a vivir en esa situación, Rosario por su parte vió a dos personas cercanas con ese tipo de situaciones, una tía y una amiga con bulimia: *Rosario: "Sentí que estaba acabando con su vida pues porque no tenía por qué hacer eso"*.

7.7 Representaciones sociales alimentarias vinculadas al cuerpo, en la familia.

En relación a las ideas que se tienen del cuerpo y los cuidados de él, se indagaron su procedencia y se encontró que existe preocupación por el peso en algunos familiares de las entrevistadas de la escuela **privada** y la mayoría de las

personas son del sexo femenino, además de conocer si existen comentarios relacionados al cuerpo. Las entrevistadas de la escuela privada dijeron no recibir ningún tipo de comentario al respecto. Caso contrario de las adolescentes de la escuela **pública**, en donde tres de ellas si respondieron afirmativamente a ésta situación. Celeste recibió comentarios cuando era niña, sus tías le decían: “*pelotita*”, “*chimoltrufia*”, “*bodoque*” y dijo que esa experiencia le dejó una sensación de malestar con su cuerpo, Julieta recibió observaciones hacia su figura de parte de su hermano, quien le decía que estaba “muy gorda” y Lizet también dijo que es señalada por su peso, únicamente su abuela le dijo que no se preocupara por su figura ni por lo que comiera.

Al resto de las chicas de ésta escuela sus madres les dicen que no se preocupen por su peso. La madre de Rosario le dice que no es bueno estar demasiado delgada, *Rosario: “Me dice que para qué quieres estar toda flaca, si son puro pellejo”*, aunque su abuela la critica; y cuando Marcela iniciaba comentarios negativos hacia su persona su mamá le aconsejaba que se sintiera conforme con su cuerpo, porque en realidad ella está delgada y no tiene que causarle problemas esta situación.

7.8 Representaciones sociales alimentarias vinculadas al cuerpo, entre pares.

Una situación que se presenta entre las adolescentes es la comparación entre pares, las adolescentes de la escuela **privada** dijeron que efectivamente se comparan entre ellas, a lo cual una de ellas dijo percibir a tres de sus amigas “muy delgadas”. Verse en el espejo también es una práctica común y frecuente en la escuela durante el recreo, para peinarse o compararse entre si, además de comentar entre ellas lo relacionado a su peso corporal, a la forma en que se perciben y al aumento de peso. Cuando se comparaban con otras personas, dijeron ver a las demás personas más delgadas o que notan atributos de las que ellas carecen.

Jessica refiere que en su anterior escuela existía mayor presión para el cuidado del cuerpo, y que dicha situación si la influía “*un poco*”, sus compañeros veían con mayor énfasis los defectos de los demás. El ideal corporal que se manifestó en todas y entre sus pares hombres es que la mujer sea delgada o por lo menos que no tenga sobrepeso. Además los comentarios entre las amigas

durante el receso, iban en el sentido de dejar de comer, porque comer supone subir de peso (aunque se referían a disminuir la cantidad de comida). Entre ellas se veían con volumen abdominal (“panzonas”), aunque dijo que no lo manifestaban con mala actitud. Zaira contestó que la comida no es un tema de conversación, lo han comentado cuando han tenido alguna clase en particular.

También en la escuela **pública** las entrevistadas dijeron compararse con otras personas, sobre todo con aquellas personas a quienes se quieren parecer. En general su punto de comparación son sus propias compañeras, aquellas que consideran que están bonitas o más delgadas; o también compañeras más grandes y que tienen cuerpo más desarrollado, lo cual las lleva a buscar ese ideal. Tres chicas manifestaron querer parecerse a las personas con quienes se comparan, ya sean sus compañeras o personas que ven por la televisión, principalmente porque desean estar delgadas.

Lizet-“Buena mis amigas están más delgadas y me siento así como gorda”.

Marcela-“Es que veo a las demás y veo que están delgadas y quiero estar delgada”. (E. Pública, 2010)

Otro motivo para desear tener diferente cuerpo era cuando recibían críticas, sin embargo mencionaron que recibían escasa presión para adelgazar y la finalidad de ello es gustarles a sus compañeros.

*Lizet-“La mayoría de mis amigas como que cuidan su figura así de: ay estoy delgada, así de: ay la blusa pegada y que no se qué”.
“Recibes críticas y tratas de cambiar eso”.*

Julieta- “Porque cuando estas gorda te lo dicen”. (E. Pública, 2010)

Sólo dos de ellas respondieron que se ven en el espejo y encuentran defectos y exceso de peso. Marcela se veía en el espejo diez veces o más durante el día. Verse ante al espejo es una costumbre en algunas de ellas, pero compararse con alguien más es algo que realiza la mayoría.

Se quiso identificar también si conocen cuál es el ideal corporal femenino para sus compañeros. Todas las entrevistadas de la escuela **privada** coincidieron en que a la mayoría de los hombres les gustan las mujeres que estén delgadas, bonitas, formadas y definitivamente sin sobrepeso. Zaira dijo que ese ideal

depende del tipo de persona, si no es “sencillo” (refiriéndose a su personalidad), sí le importa la figura, Michelle por su parte piensa que si los hombres buscan a una mujer de buen cuerpo entonces ellos no quieren nada formal con esa persona.

En tres de las adolescentes de la escuela **pública** el ideal corporal para los hombres es que les gustan las mujeres delgadas y formadas.

Rosario-“No les interesa tanto que estén flacas. Les interesa si tienen presencia, si tienen de atrás y de adelante. Es lo que más les interesa”.

Lizet-“Es que los chavos siempre ven a una chava por su cuerpo”.

Julieta-“Luego dicen no porque está gordita, como que se avergüenzan”. (E. Pública, 2010)

De igual forma coinciden todas que el ideal de un hombre es una mujer delgada, lo que incrementa el interés de ellas por alcanzar dicho ideal.

7.9 Representaciones sociales alimentarias y corporales derivados de los medios de comunicación y publicidad.

Otra red importante que provee información y que moldea la subjetividad de las adolescentes, son los medios de comunicación (televisión, e internet) y la publicidad.

Los programas de televisión que dijeron ver las informantes de la escuela **privada** son norteamericanos principalmente y se transmiten por televisión de paga. Dos programas citados son protagonizados por adolescentes y jóvenes, y otros programas son de los canales de Disney chanel y caricaturas, otras dos adolescentes reportaron ver programa de modas los cuales les llaman la atención por los consejos que presentan acerca de la forma de vestir de las mujeres, y afirmaron que en ocasiones se fijan en los cuerpos de ellas, haciendo que surja el deseo de estar como esas personas porque son delgadas y porque ven continuamente esos cuerpos en la televisión.

Las revistas que les gustan leer son de moda y también aquellas dirigidas a adolescentes, por los reportajes y fotos de sus artistas.

Acerca de la información de alimentos que leen en las revistas, una de ellas respondió que si ha analizado las dietas que publican y la posibilidad de llevarlas a cabo. Tres entrevistadas utilizan el internet para chatear y usar el

correo electrónico o el facebook.

Los programas que dos chicas de la escuela **pública** dijeron ver son programas transmitidos por televisión de paga como MTV o Discovery Chanel, aunque también mencionaron a las telenovelas.

Lizet-“Si porque veo muchos programas en MTV que se llama Made o algo así. Entonces ahí es donde las chavas bajan de peso y llegan a tener una bonita figura y no sé, a lo mejor te meten esos ideales de tener un bonito cuerpo”. “A mí me gusta ver un programa que se llama Discovered Woman Health o algo así...Y siempre pasan cuando las operan y les quitan toda la grasa ¡ayyy! por eso no me gustaría estar gorda porque siento que me faltaría hacer lo mismo ¡y no!”. (E. Pública, 2010)

Con respecto a la información obtenida acerca de los alimentos, sólo Marcela respondió que llevó una dieta que venía en revistas que compraba su mamá.

En relación al cuerpo todas coincidieron en que la mayor influencia para pensar que la delgadez es importante provino de la televisión, porque la imagen de las mujeres es muy delgada, aunque hubo una adolescente que mencionó ver internet a través de videos.

Julieta-“Principalmente creo que en la televisión, después en la escuela y después en toda la sociedad”. –“Porque por ejemplo en la televisión salen muchas chavas que están bonitas y te dicen que si no estás como ellas no vas a conseguir nada en la vida”.

Rosario-“Es que las que salen en la tele luego están muy flacas y todas las mujeres quieren ser como ellas”.

Julieta-“Luego salen en la tele anuncios de chavas usando cierta ropa y te dan ganas de estar como ellas”.

Rosario-“Yo creo que las dos (T. V. e internet) porque luego en internet salen anuncios con mujeres escurridas y ahí van todas las chavitas”. (E. Pública, 2010)

Se investigó acerca de la influencia de la publicidad en productos (medicamentos y alimentos). En las adolescentes de la escuela **privada** la opinión se dividió, dos de ellas dijeron que en ocasiones si tienen ganas de probar algunos de los alimentos que promueven los comerciales porque contienen poca grasa o carbohidratos, las pastillas para bajar de peso, porque ya las conocen y han visto que si son efectivas y los aparatos de ejercicio. Por otro lado, dijeron que no creen en la información acerca de las pastillas para bajar de peso por que

los anuncian por televisión, ni tampoco lo relativo a los alimentos light.

La publicidad resultó ser importante influencia para ellas, por el hecho de que ven la delgadez en las modelos y la ropa que usan, mencionando casi siempre esa relación. Michelle mencionó que primero ve que producto anuncian y después el cuerpo de la modelo.

En la escuela **pública** todas las adolescentes dijeron no hacer caso a los productos que ofrecen porque no sirven y son gastos innecesarios.

Julieta-“La mayoría de los productos no sirven nada pero hay uno que si sirve creo que se llama Siluet 40”. “Me dijo mi hermana que es el único que sirve pero a la vez no es tan bueno porque sí bajas mucho de peso cuando lo empiezas a tomar, pero si lo dejas vuelves a subir”.

Celeste-“Hay anuncios y dicen bajas tantos kilos en tantos días”.

Lizet-“Es que ahora todos los comerciales tratan de adelgazar, de cuidar tu figura”. (E. Pública, 2010)

Rosario fue la única que mencionó a la alimentación como parte del camino para alcanzar la esbeltez: *“Algunas cosas sí les hago caso, pero en general es mejor llevar una buena alimentación”.*

Acerca de la influencia de los comerciales en relación al cuerpo, tres informantes mencionaron que les influye para que ellas deseen estar delgadas.

Celeste-“Porque luego pasan comerciales que te dicen que te ves gorda o que te ves mal...cosas así. Como ya te ves en el espejo y dices: ya estos gorda. Suele pasar por ejemplo las modelos o algo así por el estilo me hacen sentir muy inferior a ellas”.

Julieta-“Si porque te pones a pensar que te gustaría ponerte eso y luego no te lo puedes poner porque estas toda gorda”. (E. Pública, 2010)

Todas responden afirmativamente cuando se les preguntó si la información que se transmite en los comerciales o en los programas las pone a pensar constantemente en el tema de la esbeltez. Celeste: *“Pues hablemos que pienso en eso unas cinco veces al día. Luego digo voy a bajar de peso o en el metabolismo o que estoy muy llenita”.*

Capítulo VIII. Conclusiones

En primer lugar es importante señalar que se dio cumplimiento a los objetivos del estudio, ya que se conocieron algunas de las principales representaciones sociales de las entrevistadas, acerca de su alimentación y el cuerpo, además de identificar similitudes y diferencias entre los dos grupos de adolescentes, para caracterizar el CAD de la población.

La Ciencia en Salud Colectiva permitió elaborar una teoría de los determinantes sociales en salud en relación al CAD y conocer de la voz de las adolescentes elegidas por el EAT-26 sus representaciones sociales, para conocer a partir de sus relatos, los modos de alimentación relacionadas con su entorno y entender la importancia del proceso de subjetivación.

Por lo tanto el CAD de las adolescentes tiene muchas similitudes entre los estratos estudiados, en primer lugar es importante aclarar que este comportamiento denota un riesgo en salud y de continuar con algunas de éstas conductas pueden desarrollar un trastorno de la alimentación.

La entrevista permitió conocer un poco de la historia de las entrevistadas en relación a su alimentación, la influencia de la familia y de amigos, así como de los medios de comunicación, para vislumbrar diferencias y semejanzas en dos estratos sociales distintos, información que no sería posible conocer sólo con la aplicación del instrumento.

Es rescatable mencionar que el núcleo familiar es importante, dado que las opiniones y críticas que escuchan hacia su cuerpo son interiorizadas y eso a su vez junto con otros aspectos determina la autoestima y percepción, que se refuerza en el ámbito escolar, en la interacción con sus compañeras y con la información de los medios de comunicación.

El Comportamiento Alimentario Diferenciado (CAD) en las adolescentes es contar calorías o cuidar su alimentación, vigilando lo que comen ya sea comiendo lo que consideran apto para el peso o compartiendo la colación en la escuela entre varias, para sentir que comen menos.

Este cuidado en las adolescentes de la escuela **privada** tiene una diferencia en relación al tiempo de la cena, porque relatan que si cenan algo ligero y las adolescentes de la escuela **pública** dicen que no lo hacen y procuran no comer entre comidas; además de que su forma de hacer dieta o cuidarse es dejar de comer por algún tiempo.

Al relacionar los significados que atribuían a los alimentos, se puede percibir que el componente “salud” es el primero y sus representaciones sociales alimentarias son relacionar lo natural con lo sano o bajo en grasa y la grasa como causa del sobrepeso. La representación social de grasa es que es la causa del incremento de peso y la relacionan con algunos alimentos como aderezos (mayonesa, mantequilla, chocolate), carne y su forma de preparación que es cocinada en aceite, aunque también mencionaron algunos alimentos que no se consideran altos en grasa (mango y plátano), pero si son altos en hidratos de carbono.

La información es recibida en gran medida en la familia y por parte de los pares y de esta manera las adolescentes forman juicios acerca de la forma de comer, no se encontró relevante que sigan las dietas publicadas en las revistas que consultan.

Por otra parte la representación social de la palabra “gordo” que es la que comúnmente utilizan para referirse al sobrepeso u obesidad, es igual a “feo”, “indeseable” y que priva las ganas de comer, por tal motivo una persona con éstas características será criticada, rechazada y discriminada, razón por la cual se aíslan y presentan baja autoestima; y puede traducirse como un castigo que recibe la adolescente por salirse de la norma establecida; la vigilancia del cuerpo aquí se hace presente aunque no sea de forma consciente.

Las representaciones sociales acerca del cuerpo nos permiten conocer que una persona con sobrepeso tiene insatisfacción, tristeza, enojo y depresión por las consecuencias ya mencionadas, no aceptación del propio cuerpo y frustración por un ideal corporal no alcanzado, razón por la cual aparece el deseo de controlar la alimentación, con dieta, dejar de comer, hacer ejercicio, tomar pastillas, etc. Claramente se puede ver que la representación social lleva a una acción.

Los hombres con sobrepeso son menos criticados, lo cual confirma las teorías en relación al valor sobreestimado de la mujer que esta cifrado en su apariencia.

El concepto de esbeltez es otra representación social de cuerpo ideal, es un anhelo de la mayoría de las adolescentes entrevistadas, es el cuerpo que se aprecia y admira, el que ayuda a tener éxito y felicidad en la vida; al contrario de la obesidad el cual en su representación social significa algo indeseable y algo

que no se quiere tener.

La relación entre la ropa y el cuerpo fue una asociación interesante por la cuestión de imagen y surgió durante las entrevistas, al mencionar que se quieren ver delgadas para lucir a la moda y verse tal como las imágenes que toman de referente, ya sea de las revistas o de los artistas que admiran. También les influyen los programas de éxito en donde las personas logran bajar de peso, ellas ven el producto final, pero no reflexionan que detrás de todo eso existe modificación de hábitos alimenticios y disciplina en el ejercicio. Esta información que reciben las subjetiva, ya que se identifican con esos modelos y los internalizan, queriendo tener resultados rápidos cuando deciden modificar su alimentación y su cuerpo.

La comparación entre el propio físico y el de otra persona es común, sobre todo con personas más delgadas que ellas. La presión para bajar de peso al parecer es auto-impuesta por el juicio que realizan, ya que dijeron no recibir ese tipo de coerción de nadie, únicamente es para evitar críticas y comentarios negativos a su apariencia. La percepción corporal se retroalimenta de los comentarios que se realizan en su entorno cercano lo cual las influye más, de esta forma la vigilancia se manifiesta de forma sutil, ya que no se realiza de forma directa, pero se encuentra interiorizada. En el contexto de la escuela pública dijeron que existía escasa presión entre los pares para bajar de peso, en comparación con el contexto de la escuela privada.

Sus conocimientos acerca de los trastornos alimentarios, fueron únicamente que una de las consecuencias es un cuerpo muy delgado y que se asocia a dejar de comer y vomitar.

De esta forma fue posible conocer el Comportamiento Alimentario Diferenciado de las adolescentes, en donde se identificó que sus conocimientos de la alimentación y cuidado del cuerpo, provienen del círculo familiar y se enriquece en el intercambio entre pares y de los medios de comunicación. El ideal corporal de la delgadez es el mismo, no importa si el mensaje proviene de medios televisivos públicos o privados, de revistas o de internet, la diferencia la hacen las prácticas referidas, para los estratos sociales.

No existen diferencias acerca de los significados de los alimentos o del ideal corporal que tienen ambos grupos de población, la diferencia se encuentra relacionada a los recursos económicos con los que cuentan, con la posibilidad de

comprar alimentos para llevar una dieta distinta o poder consultar a un especialista, por tanto la desigualdad entre los grupos sociales se manifiesta de esta forma.

La publicidad de alimentos y los productos para adelgazar que son anunciados no ejerce influencia sobre las adolescentes para modificar sus hábitos, aunque si cuestionan su efectividad, en cambio si les afecta ver imágenes de mujeres delgadas en los promocionales, y por ello quieren asemejarse a lo que ven; estas imágenes utilizadas por la publicidad, interviene en su subjetividad, porque se comparan y modifican su autoestima.

Finalmente es importante resaltar que abordar esta temática desde la perspectiva de la Salud Colectiva, nos permite ver el Comportamiento Alimentario Diferenciado, como un proceso de la Salud-enfermedad-Atención de la población estudiada. La adolescencia en sí es una etapa vulnerable ya que el adolescente es más consciente de sí mismo y de su imagen corporal, además de que se evalúan a partir de la comparación con los demás y si algunos procedimientos se mantienen por largo tiempo (como el de dejar de comer, por ejemplo) interrumpen su adecuado desarrollo y suman riesgos para enfermedades futuras, lo cual es lamentable ya que los jóvenes son importantes para el futuro social y productivo de este país. Si consideramos todos estos elementos descritos y analizados anteriormente, podemos proveer a las adolescentes de un transitar con salud hacia su adultez.

Capítulo IX. Discusión

Partiendo de los resultados obtenidos en las entrevistas en lo que se refiere al hábito del desayuno y la ingesta de comida en la colación (o recreo escolar) estaba más establecido en las adolescentes de la escuela privada, que en las adolescentes de la escuela pública, aunado a que algunas entrevistadas de la escuela pública ya presentaban síntomas como náuseas o asco al comer, lo cual quiere decir que dicha situación las ponía en riesgo tal como lo menciona Toro (2006) que tener hábitos irregulares al comer, derivadas de la presión ejercida sobre ellas y su cuerpo, las puede conducir a una enfermedad.

En relación al acompañamiento y cuidado que tienen las adolescentes se observó que el hecho de comer en familia permite a los padres darse cuenta de la cantidad y calidad de alimentos que ingieren sus hijas y por consiguiente hay cuidado al respecto de los hábitos de alimentación. La mayoría de las entrevistadas manifestaron restringir el consumo de ciertos alimentos, esta selección se debe a una conducta aprendida primariamente en la familia, como lo mencionó Viana, et al (2008); los alimentos sanos fueron señalados como sinónimo de alimentos naturales en ambos grupos de estudio, resultados similar al mencionado por Bertran (2006), al decir que las mujeres dan una connotación de saludables a los alimentos que no engordan.

Al ser la grasa la causa del incremento de peso evitan consumirla, esto influye en el momento en que toman decisiones alimentarias. Contreras y Gracia (2005) ya han reportado esta situación al mencionar que las personas ven a la grasa como la culpable de ocasionar aumento de peso y la cual es evitada para efectos de controlarlo. Las grasas son estigmatizadas por ser la sustancia que causa el sobrepeso y la obesidad, aun cuando no identifiquen acertadamente que es o en qué alimentos se encuentra, las adolescentes las relacionan estrechamente a la acción de engordar y esta circunstancia les produce miedo.

Controlar la ingesta de los alimentos o la cantidad de los mismos fue una acción manifestada en la mitad de las adolescentes de ambas escuelas, esta actitud restrictiva representa el control como camino a la delgadez, tal como lo menciona Skarderud, et al (2005), Olalde (2007) y Silva, et al (2008).

También atribuyen a los alimentos propiedades obesigénicas de la información que han escuchado o han interpretado. Los alimentos efectivamente

contienen calorías que proporcionan energía para realizar trabajo cotidiano, sin embargo el consumo de ellos no provoca aumento de peso por sí solo; sino que está condicionado por un consumo de energía (en forma de calorías) que cuando no es gastado se almacena en forma de grasa, dichas calorías provienen de todos los alimentos. Un plan de alimentación equilibrado coadyuva al mantenimiento y a la disminución del peso. Basarse en lo que saben y creen y tomar decisiones tales como ponerse a dieta sin asesoría, dejar de comer durante algún tiempo como alternativa o auto-regularse puede provocarles problemas de salud y conducirlos a un trastorno alimentario.

De acuerdo a la etapa fisiológica en la que se encuentran las adolescentes, es necesario cubrir un mínimo de kilocalorías porque están en crecimiento y madurando biológicamente, sus ideas acerca del control de su alimentación y de las calorías puede ocasionar deficiencias que conducen a enfermedades como anemia y desnutrición.

Todas hicieron dieta en la escuela privada o se limitaban en la ingesta de alimentos, pero no dejaron de comer, en contraste con las adolescentes de la escuela pública en la que la mayoría dejó de comer en alguna ocasión por días o durante una semana. Los datos coinciden con Parker, et al (2005) Toro (2006) y ENSANUT (2006) acerca de que la dieta y el ayuno con el objetivo de bajar de peso es un primer paso para desarrollar una patología y es un factor de riesgo para trastornos alimentarios. Además de que la finalidad es alcanzar el concepto de belleza como lo dicen Contreras y Gracia (2005), Viana, et al (2008) y Vera (2002) quienes señalaron que la insatisfacción corporal es un poderoso determinante de los hábitos alimentarios.

Las entrevistadas de la escuela pública dijeron vigilar más el contenido de calorías y subestimaron la cantidad que una adolescente debe de comer, dado que los requerimientos calóricos para un adolescente son aproximadamente 2200 kilocalorías diarias (Stang, 2001). Entre las adolescentes de ambas escuelas existen distintas decisiones alimentarias, lo que puede ser reflejo del cuidado que hay en sus hogares, ya que las adolescentes de la escuela privada realizan comidas en familia, mientras que las chicas de la escuela pública, arguyendo falta de tiempo o malestar físico, no comían de manera voluntaria o lo hacían de forma aislada. Todas las entrevistadas dijeron sentir presión por el concepto estético, sin embargo el que las entrevistadas de la escuela pública

decidieran controlar la alimentación dejando de comer puede indicar que sintieran mayor exigencia para conseguir la delgadez, cuidando su alimentación (o lo que ellas consideraban que significaba cuidar la alimentación).

La información que demostraron tener con respecto al concepto de las calorías, de las grasas y de la alimentación es resultado de su contexto. Los temas abordados en el ámbito escolar seguramente cumplen con lo establecido por los programas de estudio de enseñanza media, sin embargo las adolescentes demostraron interés por saber más. En consecuencia obtener información de la alimentación, de dietas, de consejos para bajar de peso, etc., de otras fuentes, las sitúa en la posibilidad de obtener información errónea, lo cual las coloca en un estado de vulnerabilidad nutricional y es evidente que existe necesidad de asesoría pertinente.

Al hablar del tema de los trastornos alimentarios las entrevistadas se mostraban consientes de la gravedad de estos problemas y las chicas de la escuela privada en su mayoría demostraron comprender la seriedad de la situación en contraste con una de las entrevistadas de la escuela pública, esta diferencia se puede deber al apoyo y los recursos de la red familiar, ya que las familias de las adolescentes de la escuela privada tenían mayores cuidados de sus hábitos alimentarios y había la existencia de otros apoyos externos tales como acudir con un especialista en nutrición, pagar clases de ejercicio o comprar ciertos alimentos.

De igual forma también se pudo conocer su percepción corporal y de qué manera re-significan lo que escuchan de sus redes cercanas. La mayoría de las entrevistadas sobreestimó su peso, esta molestia con la imagen es factor de riesgo para los trastornos alimentarios de acuerdo con Parker et al (2005), Déa et al (2010), Hausenblas y Fallon (2006). Al seleccionar las siluetas corporales que hacían referencia a su propia imagen, se observó que sobreestimaron su peso, tal como se encontró en Montero et al (2004).

La auto percepción corporal de las adolescentes refleja cómo se ven a ellas mismas, algunas sobreestimaban su apariencia, porque consideran tener mayor peso del que realmente tienen, esto es parte de la etapa en la que se encuentran, ya que es en la adolescencia que el cuerpo cambia y desean parecerse a otros, pero también es producto de la constante información y de la influencia que reciben de su entorno, circunstancia que les causa malestar con su

físico. El ingreso a la secundaria refuerza esta situación, ya que la interacción con sus compañeras mayores, aunado a la percepción de que hay mayor atención masculina hacia las chicas más desarrolladas, las hace anhelar esa corporalidad; dicho ambiente cambia o refuerza su percepción de que la delgadez es la forma perfecta.

En ambos contextos las adolescentes manifestaron que el ideal corporal es la delgadez y que la gordura es algo indeseado. Datos similares a lo que apunta Toro (2006) quien destaca que esa preferencia por la delgadez es un factor de riesgo y Kardiner (1939) menciona que las figuras que aparecen en los medios masivos favorecen la construcción del ideal en su subjetividad.

Se comparan además con personas del medio artístico y dichas artistas se convierten en su modelo a seguir. Seguramente aún no comprenden que un artista se debe a su imagen y que su aspecto no es una circunstancia fortuita, cuidan su aspecto con ejercicio, dieta y cirugías si fuera el caso.

El ideal corporal de delgadez y las críticas y comentarios negativos hacia las personas con sobrepeso, son similares a lo que Shroff y Thompson (2006) encontraron al decir que la conversación y la crítica se asocian con la internalización de la delgadez ideal e insatisfacción corporal. En la descripción del ideal corporal surge la relación delgadez – belleza pero pasa inadvertido que están en crecimiento y desarrollo y por ende su cuerpo sigue cambiando y aumento de peso y talla.

En ambas escuelas la importancia de la esbeltez se mencionó por el valor que tiene en la sociedad actual y la importancia que tiene para el mercado laboral, como lo ha señalado Guzmán (2008) quien menciona que un buen cuerpo ayuda a obtener beneficios. Se observa que todas las entrevistadas comparten el concepto del ideal corporal delgado y que esto refleja una construcción del cuerpo político tal como lo han indicado Scheper, Lock y García (1987) y Martínez (2004).

Para la mayoría sentirse con sobrepeso corporal, les provocaba enojo y culpa por comer de más, miedo, incomodidad y malestar por la imagen que dan hacia los demás, ellas experimentan la vivencia del cuerpo alienado como lo ha demostrado Bourdieu (1998) y el malestar aumenta cuanto mayor sea la distancia entre el ideal y el cuerpo real como lo citó Guzmán (2008).

La comparación del aspecto físico y los comentarios acerca de la forma de comer en el ámbito familiar estuvieron presentes en la mayoría, lo cual explica los

hábitos irregulares al comer de las adolescentes como lo dice Toro (2006).

El tipo de cuidados del peso corporal con atención en la alimentación y con el ejercicio es mayor en las entrevistadas de la escuela privada, situación similar a lo que Boltanski (mencionado en Alves 2006) cita que de acuerdo a la jerarquía social, entre mayor sea la posición en la escala social, mayores son los cuidados estéticos y la presión social es más fuerte.

Las entrevistadas de la escuela privada mencionaron el ejercicio y la alimentación “sana” como estrategia para no subir de peso, a diferencia de sus pares de la escuela pública, quienes mencionaron que una práctica común es dejar de comer, esta diferencia al parecer se relaciona con la situación económica, Amo (2011) ha sugerido que restringir la alimentación es una estrategia tomada por cuestiones emocionales y puede parecer un hábito normal, además de existir la posibilidad de que para los grupos sociales menos favorecidos económicamente, sea más difícil realizar las prácticas (adscribirse a una dieta, comer alimentos bajos en grasa, acudir a un especialista) que ven en los grupos hegemónicos.

La asociación entre las palabras gordo (a) como algo feo se produce de forma automática y refuerza la idea de que las personas delgadas son las más bellas y aceptadas por la sociedad, el culto al cuerpo se hace evidente con todas estas manifestaciones tal como lo ha citado Torres (2008).

La baja autoestima por no tener la delgadez que ansían conduce a un riesgo alimentario, situación que ya ha sido demostrada por Beato y Rodríguez (2004) dado que los autores mencionan que una autoestima positiva protege a las adolescentes de la insatisfacción hacia su cuerpo, Piera (1986) por otra parte refiere que la mujer cifra su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo.

La promoción de productos les afecta en el tema del cuerpo, al reconocer que la gordura no se acepta socialmente, tal como lo mencionan Guinsberg (1987) y Cruz (2008) que las imágenes de cuerpos perfectos y delgados son un modelo utilizado por la publicidad y que es la mujer de cuerpo bello la que transmite un ideal y que crea de esa manera la necesidad de identificación (Aponte, 2001). Estas expectativas generadas por los medios de comunicación conducen a la delgadez ya que la mujer se ve afectada cuando no es suficientemente delgada como aquello que ve como lo han citado Déa et al (2010)

y Polivy & Herman (2004).

Los programas de moda se vuelven importantes para la cuestión de imagen, ya que ejercen influjo y contribuyen en la subjetividad de la adolescente (Kardiner, 1939 y Guinsberg, 1994), con la constante transmisión de personas delgadas, haciéndoles pensar que para lucir bien es necesario tener un cuerpo esbelto, o que es fácil alcanzar esa figura.

Todo lo anterior, refleja que el CAD de las adolescentes forma parte de un proceso complejo, que vá más allá de una cuestión biomédica, en la que influyen el medio social y que en la interacción con algunos grupos sociales, se conforma la apreciación corporal y posterior a ello, las desiciones alimentarias para buscar alcanzar el ideal de belleza. Es un fenómeno que necesita de soluciones complejas.

Algunas recomendaciones que se sugieren son principalmente en materia de políticas de salud, para lo cual se considera necesario crear leyes en materia de regulación de la imagen corporal de las mujeres que se utiliza en la publicidad, de manera que no afecte la subjetividad de las adolescentes.

En materia de programas de atención, revisar el programa relativo a la atención del adolescente, para reforzar las líneas de acción que abarquen una vinculación con otras instituciones como la Secretaría de Educación Pública y que se provea de información en nutrición y psicología a la población de nivel secundaria y bachillerato.

Incluir al padre de familia en los programas de atención del adolescente, ya que la familia cumple un papel importante en la prevención y cuidado de la salud.

Hacer cumplir la prohibición de venta de productos poco nutritivos en las cooperativas escolares y ofrecer opciones saludables, para evitar que por temor a subir de peso, las adolescentes dejen de comer.

Hacer seguimiento de las propuestas legislativas en materia de etiquetado de alimentos y productos para bajar de peso para evitar consumo de productos riesgosos, así como regular la transmisión de comerciales de estos productos, en horarios no familiares, o prohibir definitivamente su difusión.

Incentivar la actividad física, con la creación o mantenimiento de los espacios urbanos existente así como promover actividades de recreación, para favorecer el buen estado de salud y autoestima de las adolescentes.

Realizar campañas de prevención efectivas, que incluyan personas

públicas, que tengan la característica de ser constantes, con mensajes cuidados y que hayan sido probados previamente en la audiencia a la que son dirigidos.

Capítulo X. Limitaciones de la presente investigación.

Durante el desarrollo y análisis de este trabajo de investigación se observaron algunas pautas que no hubo oportunidad de investigar, pero que se consideran importantes para profundizar en el Comportamiento Alimentario Diferenciado, ya que la influencia de los medios de comunicación o la información que manejen las adolescentes, puede cambiar.

La primera de ellas en el tema de una práctica alimentaria en particular, que es de dejar de comer, resultaría informativo conocer de quien provino el consejo, cuanto tiempo pasó para adoptar el comportamiento y los ideales que subyacen cuando deciden relizarlo, entre otras cosas.

La segunda limitación fue no haber explorado con mayor detenimiento el tema de las redes sociales, sobre todo de la circulación de información que ocurre en el Facebook, que si bien por ley no deberían tener acceso a esa red social, hay permisividad y por la red se muestran fotos de las adolescentes, por lo tanto sería muy enriquecedor conocer lo que piensan y sienten ante los comentarios que otros realizan a sus fotografías y que otro tipo de información les interesa buscar en esa red.

Se plantean los siguientes temas de investigación para seguir conociendo el CAD: conocer de donde proviene la información que se intercambia entre pares, con otra técnica que incluya a adolescentes consideradas como de riesgo a trastornos alimentarios y su círculo de amistades, además de ahondar en el tema e importancia de los medios de comunicación y de la publicidad, para saber en que sería posible intervenir y prevenir para el CAD, dado que las políticas publicas en salud proveen un nicho de oportunidad para regularizar a los medios y la información que se provee.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adorno, Theodor. 2008. *Crítica de la cultura y sociedad I*. Ediciones Akal. Madrid.
2. Aisensohn K. Aida. 1981. *Cuerpo y persona*. Fondo de cultura económica. México.
3. Altabe, Madeline. 1996. Ethnicity and Body Image: Quantitative and Qualitative Analysis. Convention of the Southeastern Psychological Association.
4. Althusser, Louis. 2000. [1970]. *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Ediciones Quinto Sol. México.
5. Alves-Ferreira, Vanessa; Magalhães, R. 2006. O corpo cúmplice da vida: considerações a partir dos depoimentos de mulheres obesas de uma favela carioca. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 11 (2): 483-490.
6. Amo, Vale. 2011. Comportamentos de risco para transtornos do comportamento alimentar entre adolescentes do sexo feminino de diferentes estratos sociais do Nordeste do Brasil. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 16 (1):121-132.
7. Aponte, Rosa María. 2001. Imago juvenil y publicidad televisiva en la era de la globalización. *Argumentos* 39, agosto. UAM-X.
8. Baz, Margarita. 1993. El cuerpo instituido. *Tramas*. Subjetividad y procesos sociales, no. 5, junio: 109-123. UAM-X.
9. Banch, Maria A. 2006. "Las representaciones sociales como perspectiva teórica para el estudio etnográfico de comunidades" en: *Representaciones sociales. Alteridad, epistemología y movimientos sociales*. Valencia, S. coordinadora. Universidad de Guadalajara, México.
10. Barriguete, Armando. 2003. Anorexia y bulimia nervosa: el control del miedo. *Cuadernos de nutrición*, 26 (6).
11. Beato-Fernández, L., Rodríguez-Cano, T., Belmonte-Llario, A., Martínez-Delgado, C. 2004. Risk factor for eating disorders in adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13 (5): 287-294.
12. Bertran, Miriam. 2006. Significación sociocultural de la alimentación en la ciudad de México. En: *Antropología y nutrición*. FUNSALUD, UAM. México.
13. Bojorquez, I; Unikel, C. 2012. Body Image and Social Class.

- ThomasF.Cash, editor. Encyclopedia of Body Image and Human Appearance, Vol1.San Diego: AcademicPress. pp.153–159.
14. Bourdieu, Pierre. 1988. *La distinción: criterios y bases sociales del gusto*. Taurus. Madrid.
 15. Bourdieu, Pierre. 1990. *La dominación masculina*. Anagrama. España.
 16. Busdiecker, Sara; Castillo Carlos; Salas Isabel. 2000. Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev. chil. Pediatr*, 71(1). Santiago de Chile.
 17. Bustos Rosa María. S/a. La diferenciación del sistema educativo y su construcción social a partir de las estrategias de familias de sectores populares.
<http://www.feeye.uncu.edu.ar/web/posjornadasinve/area1/sociedad%20cono.pdf> Fecha de consulta: 8 de febrero de 2009
 18. Canal del congreso. Programa las comisiones del congreso. Salud.
http://www.canaldelcongreso.gob.mx/files/ve/LASCOMISIONESDELCONGRESO/2008_Archivo_LXLegislatura/SALUD1AGO08.pdf Fecha de consulta: 04/01/2012
 19. Canals, Josefa; Sancho, C; Arija, M. 2009. Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 18 (6): 353-359.
 20. Carrizosa Hernández Silvia. 1999. El cuerpo en la encrucijada de una estética de la existencia. En: *Significaciones e imaginarios*. CSH. Departamento de Educación y Comunicación. UAM-X. México.
 21. Castillo Terán Gabriela. 2007. El cuerpo construido. Memorias del III Congreso Internacional de Artes, Ciencias y Humanidades. El Cuerpo Descifrado, 23 al 26 de octubre de 2007. Instituto de Investigaciones Filológicas, UNAM. México.
 22. Castro, Roberto. 2011. *Teoría social y salud*. Lugar Editorial – UNAM. México.
 23. COFEPRIS 2011. Listado de "Productos Milagro" asegurados por COFEPRIS
http://portaldev.cofepris.gob.mx/Documents/LoMasReciente/lista_PM.pdf
Fecha de consulta: 29 de diciembre de 2011.
 24. Contreras Hernández Jesús, Gracia Arnáiz Mabel. 2005. Cuerpo, dieta y

- cultura. En: *Alimentación y cultura*. Perspectivas antropológicas. Editorial Ariel. España.
25. Craig, Grace. 2009. Desarrollo psicológico. Pearson. México.
 26. Cruz Salazar Tania. 2008. Horas bordadas, horas de espejo. Arreglo en jóvenes indígenas y mestizas. En: *Registros corporales*. Elsa Muñiz Coordinadora. Serie Estudios. UAM-Azcapotzalco. México. Cuadernos del CEAgro, No. 8: 33-38.
 27. Déa B.P., Bisi, M. C., Martins, T. 2010. Representações do corpo: com a palavra um grupo de adolescentes de classes populares.. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1): 87-95.
 28. De Souza Miyano María Cecilia. 2005. Concepto de evaluación por triangulación de métodos. En: *Evaluación por triangulación de métodos*. Lugar Editorial. Río de Janeiro.
 29. El economista. Rosas, T. FCH firma ley en contra de productos milagro.
<http://eleconomista.com.mx/sociedad/2012/01/18/calderon-limita-acuerdo-publicidad-productos-milagro>
 30. EAT- 26 www.health.umd/services/ed.attitudetest.pdf Fecha de consulta: 17/11/2010 21:00 hrs.
 31. ENSANUT 2006. INSP. <http://www.insp.mx/encuestoteca.html>
 32. ENSANUT 2012. INSP.
<http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
 33. Erreguerena, María Josefa. 2002. *Los medios masivos de comunicación como actualizadores de los mitos*. Cuadernos del TICOM. UAM-X. México.
 34. Espeitx Elena. 2006. *Las prácticas de consumo alternativas y el modelo dominante*. Cuadernos del CEAGRO. Revista de estudios sociales, económicos y técnicos del sistema agroalimentario. 8: 33-38. Argentina
 35. Excelsior, mayo-2011. Decomisa la Cofepris 320 mil productos milagro.
http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&seccion=dinero&cat=13&id_nota=738090 Fecha de consulta: 18 de diciembre de 2011.
 36. Excelsior, agosto-2011. Presume la Cofepris disminución del 80% de la venta de productos milagro.
http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&seccion=dinero&cat=13&id_nota=758268. Fecha de consulta: 29 de diciembre de 2011.

37. Fernández López, J. A., Remesar, B. X., Alemany, L. M. 1999. Cap. 16 Regulación de la ingesta de alimentos. En: *Tratado de Nutrición*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
38. Figueroa-Rodríguez, Ana, García-Rocha, Osiris; Revilla-Reyes Ana; Villarreal-Caballero Leticia y Unikel-Santoncini, Claudia. 2010. Modelo estético corporal, insatisfacción con la figura y conductas alimentarias de riesgo en adolescentes. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 48 (1): 31-38
39. Foucault, Michel. 1976. Disciplina, En: *Vigilar y castigar*. Siglo veintiuno editores. México, D. F.
40. Fundación Ellen West. Campañas.
http://www.ellenwest.org/index.php?option=com_content&view=article&id=115&Itemid=220 Fecha de consulta: 29 de diciembre de 2011.
41. García Cuevas, R. 2007. *El cuerpo sujetado*. Memorias del III Congreso Internacional de Artes, Ciencias y Humanidades. El Cuerpo Descifrado, 23 al 26 de octubre de 2007. Instituto de Investigaciones Filológicas, UNAM.
42. Gaytan Sánchez Patricia. 2007. El acoso sexual en lugares públicos: un estudio desde la Grounded Theory. *El Cotidiano* 143. Violencia y sociedad. México. Mayo- junio.
43. Glauert, Rebecca, Rhodes Gillian; Byrne Sue; Fink Bernhard; Grammer Karl. 2009. Body dissatisfaction and the effects of perceptual exposure on body norms and ideals. *International Journal of Eating Disorders*, 42 (5): 443–452.
44. Gobierno del Estado de Veracruz. 1998. *Enciclopedia Municipal Veracruzana*. Xalapa.
45. Gómez C. C., de Cos Blanco A. I., Fernández G. B. 1999. Trastornos de la conducta alimentaria. En: *Tratado de Nutrición*. pp: 759-770. Edit. Dias de Santos, España.
46. Gómez Tagle Silvia. 1983. Educación popular y clase obrera. *Nueva antropología*, vi (21), México.
<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/21/cnt/cnt4.pdf>
Fecha de consulta: 8 de febrero de 2009
47. Gracia Arnaiz Mabel. 2005. Maneras de comer hoy. *Revista Internacional de Sociología*, enero-abril.
48. Gracia Arnaiz Mabel. s/d. Els trastorns alimetaaris a Catalunya. Una

- aproximació antropológica. Col·lecció etrudis 23. Generalitat de Catalunya. Departament d'Acció Social i Ciutadania. Secretaria de Joventut. Barcelona.
49. Gracia Arnaiz Mabel. s/a. Relaciones entre biología, cultura e historia en el tratamiento de los trastornos alimentarios. En: *Food, imaginaries and cultural frontiers essays in honour of Helen Macbeth*.
50. Gracia Arnaiz Mabel. 2009. La emergencia de las sociedades obesogénicas o de la obesidad como problema social. *Rev. Nutr., Campinas*, 22(1):5-18, jan-/fev.
51. Guinsberg, Enrique. 1987. *Publicidad: manipulación para la reproducción*. Plaza y Valdez. UAM-X. México, D. F.
52. Guinsberg, Enrique. 1994. *Neoliberalismo / subjetividad / medios masivos*. II Foro Departamental de educación y comunicación: Psicología. UAM-X, CSH. Departamento de educación y comunicación, 1994. México, D. F.
53. Guzmán Adriana. 2008. Nuestros cuerpos hoy. En: *Registros corporales*. Elsa Muñiz Coordinadora. Serie Estudios. UAM-Azcapotzalco. pp. 441-455. México.
54. Halvarsson, K., Lunner, K., Sjoden P-O. 2000. Assessment of eating behaviours and attitudes to eating, dieting and body image in pre-adolescent Swedish girls: a one-year follow-up. *Acta Paediatr*, 89 (8): 996-1000.
55. Hausenblas, Heather. A., Fallon, Elizabeth A. 2006. Exercise and body image: A meta-analysis. *Psychology and health*, 21 (1): 33-47
56. Hernández Rodríguez M. 1999. Cap. 54. Alimentación y problemas nutricionales en la adolescencia. En: *Tratado de Nutrición*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
57. Hill, A.J. y Silver E.K. 1995. Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of body shape stereotypes. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorder*. 19 (6), 423-430 - agris.fao.org
58. Hilbert Anja, Tuschen-Caffier Bruna. 2005. Body-related cognitions in binge eating disorder and bulimia nervosa. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24 (4): 561-579
59. INEGI. 2010. Censo de Población y vivienda.
60. Infante, Castañeda Claudia. 1994. El enfoque sociológico en el estudio de la prevención de los problemas de salud. *Acta Sociológica*, 11:203-226

61. Iñarritu Pérez M. del C., Cruz Licea Verónica y Morán Álvarez Isabel. 2004. Instrumentos de evaluación para los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 5 (2) Abril-Junio. Revista electrónica: <http://www.respyn.uanl.mx/v/2/ensayos/ensayotca.htm>
62. Jodelet, Denise. 2011. Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco - Serie indagaciones - Nº 21 - Junio (133-154)*
63. Kardiner, Abram. 1939. *El individuo y su sociedad*. FCE. Estados Unidos.
64. Lipovetsky, Gilles. 1990. *El imperio de lo efímero*. Anagrama, Barcelona.
65. López Arrellano Oliva, Peña Saint Martín Florencia. 2006. Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Revista Medicina Social*, 1(3): 82-102.
66. López Coutiño Berenice, Torres López Teresa, Unikel Santocini Claudia. 2010. Concepciones culturales de esbeltez en las adolescentes de Guadalajara, Jalisco. En: *Estudios de niñez y juventud desde la perspectiva metodológica*. Universidad de Guadalajara.
67. Martín Criado Enrique. 2007. El conocimiento nutricional apenas altera las prácticas de alimentación: El caso de las madres de clases populares en Andalucía. *Rev Esp Salud Pública*, 81 (5): 519-528.
68. Martínez Barreiro, Ana. 2004. La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers*, 73: 127-152.
69. Mcquail, Denis. 1972. *Sociología de los Medios Masivos de Comunicación*. Paidós. Buenos Aires.
70. Menéndez, Eduardo. 1993. Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. En: *Familia, salud y sociedad*. Colección fin de Milenio, serie Medicina social. Universidad de Guadalajara, México.
71. Merleau-Ponty Maurice. 1993. *Fenomenología de la percepción*. Ediciones Península. Barcelona.
72. Montero, Pilar; Morales, Eva; Carbajal, Ángeles. 2004. Valoración de la percepción de la imagen corporal mediante modelos anatómicos. *Antropo*, diciembre. 8: 107-116.
73. Moreno-Altamirano Laura. 2007. Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento enfermedad-atención: una mirada socio antropológica. *Salud pública de México*, 49 (1): 63-70.

74. Nelson. 2009. Cap. 12. Adolescencia. En: *Tratado de pediatría*. Vol. 1 18ª edición. Elsevier, MASSON. España
75. Olalde Libreros, Guadalupe J. 2007. Factores de riesgo asociados a Trastornos de la Conducta Alimentaria en el Estudiante Universitario. Tesis de maestría no publicada. Instituto de Salud Pública. Xalapa.
76. Osuna Ramirez Ignacio; Hernández-Prado, Bernardo; Campuzano, Julio César; Salmerón, Jorge. 2006. Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autoreporte. *Salud pública de México*, 48 (2): 94-103.
77. Parker, SC; Lyons, J; Bonner, J. 2005. Eating disorders in graduate students: exploring the SCOFF questionnaire as a simple screening tool. *Journal of American College Health*, 54 (2): 103-107.
78. Pérez Gil, Sara. 2006. Prácticas alimentarias en familias de una comunidad rural: diferencias genéricas y sus significaciones. Tesis de doctorado. ENAH, México.
79. Pérez Gil, Sara E. y Romero Gabriela. 2007. Prácticas alimentarias en mujeres rurales: una nueva percepción del cuerpo? *Salud Pública de México*, 49 (1): 53 – 62.
80. Piera, Aulagnier. 1986. *Cuerpo, Historia, Interpretación*. Paidós. Buenos Aires
81. Polivy, Janet; Herman, C. Peter. 2004. Sociocultural idealization of thin female body shapes: an introduction to the special issue on body image and eating disorders. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23 (1): 1-6.
82. Raich R. M. 1998. ¿Cómo puedo saber si sufro un trastorno alimentario? En: *Anorexia y bulimia: trastorno alimentario*. Edit. Pirámide. España.
83. Ramírez Villalobos Estela. 2012. El desarrollo del capitalismo en México en la segunda mitad del siglo XIX. *Economía Informa* núm. 374, mayo – junio.
84. *Revista del consumidor*. 2008. Productos light. Enero, número 371: 38. ISSN 0185-8874
85. Rodríguez, MJM; Jarillo, SEC. 2011. Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. *Ciencia & Saude Coletiva*, 16 (Supl.1):847-854.
86. Rosen, George. 1985. *De la policía médica a la medicina social*. Siglo veintiuno editores. Argentina.

87. Salles, Vania; Tuirán, Rodolfo. 1998. Las familias contemporáneas: un estudio desde la cultura. En: *Procesos culturales de fin de milenio*. Coord. José Manuel Valenzuela Arce. Centro Cultural Tijuana. Tijuana, México.
88. Sánchez Herrera Javier. S/a. Clases sociales y elites políticas. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e acção. http://www.aps.pt/cms/docs-prv/docs/DPR4614dc8bcOe1c_1.pdf Fecha de consulta: 8 de febrero de 2009
89. Saucedo-Molina, Teresita de Jesús y Unikel Santoncini, Claudia. 2010. Conductas alimentarias de riesgo, interiorización del ideal estético de delgadez e índice de masa corporal en estudiantes hidalguenses de preparatoria y licenciatura de una institución privada. *Salud Mental* 33:11-19.
90. Stang, Jaime. 2001. Nutrición en la adolescencia. En: *Nutrición y dietoterapia de Krausse*. McGraw Hill Interamericana. Barcelona.
91. Schebendach, Janet. 2001. Nutrición en los trastornos de la alimentación. En: *Nutrición y dietoterapia de Krausse*. McGraw-Hill Interamericana. Barcelona
92. Scheper-Hughes, N., Lock, M. 1987. The mindful body: a prolegomenon o future work in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*. <http://www.jstor.org> 8 de marzo, 2006, 05:52:01
93. Senado de la República. LXI Legislatura. Gaceta del senado. <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=11399&lg=60> Fecha de consulta: 04/01/2012
94. Shroff, Hemal; Thompson, Kevin. 2006. Peer influences, body-image dissatisfaction, eating dysfunction and self-esteem in adolescent girls. *Journal of Health Psychology*, 11 (4): 533-551
95. Silva, I., Pais, J. L., & H. Cardoso. 2008. Porque comemos o que comemos? Determinantes psicossociais das eleçao alimentar. *Psicologia, saúde & doenças*, 9 (2): 189-208.
96. Simal, Antón. 1999. Cap. 38. Balance energético. Cálculo de las necesidades energéticas. En: *Tratado de Nutrición*. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.
97. Skarderud, Finn; Pär, Nygren; Edlund, Birgitta. 2005. "Bad boys" bodies:

- the embodiment of troubled lives. Body image and disordered eating among adolescents in residential childcare institutions. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. July, 10: 395-411.
98. SSA. 2010. Programa de Atención a la Salud de la Adolescencia. http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/adolescencia/interm_adolescencia.html
99. Toro, Joseph. 1996. *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Editorial Ariel, S. A. Barcelona, España.
100. Toro, Joseph et al. 2006. Eating disorders and body image in Spanish and Mexican female Adolescents. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 41:556–565
101. Torres García Fernando. 2008. Modelos hegemónicos, creaciones siniestras: el cuerpo en la cultura depredadora. Memorias del III Congreso Internacional de Artes, Ciencias y Humanidades. En: *Registros corporales*. Elsa Muñoz Coordinadora. Serie Estudios. UAM-Azcapotzalco. México.
102. Unikel Santocini Claudia, Mora Rios Jazmín, Gómez Perezmitré Gilda. 1999. Percepción de la gordura en Adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol 33 (1): 11-29
103. Unikel, Santocini Claudia. 2004. Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Salud Mental*. Febrero, 27 (1.): 38-49.
104. Unikel, Santocini Claudia; Bojórquez-Chapela, Ietza, Villatorio Velazquez; Fleiz Bautista Clara; Medina Mora, Maroa Elena. 2006. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Revista de Investigación Clínica*. Vol 58. (1). Enero-febrero. pp 15-27
105. Valles, S. Miguel. 2003. *Técnicas cualitativas de investigación social*. Cap. 6. Editorial síntesis. Madrid.
106. Vargas, M. Luz María. 1994. Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8): 47-53
107. Vera, José Luis. 2002. *Las andanzas del caballero inexistente*. Caps. II y IV. Centro de estudios filosóficos, políticos y sociales “Vicente Lombardo Toledano”. México.
108. Viana, Víctor; Lopes dos Santos, Pedro & Guimarães, Maria Júlia. 2008.

Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (2): 209-231

109. Zelman, Hugo. 1991. *Problemas en la explicación del comportamiento reproductivo (sobre las mediaciones)*. El Colegio de México. México

Anexo 1

. Evaluación del Eating Attitud Test, Escuela Secundaria Experimental. 2010.

Pregunta	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Alguna vez		Rara vez		Nunca		No respuesta	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1. Me preocupo por la comida (por lo que como)	5	16.1	3	9.7	1	3.2	7	22.6	11	35.5	3	9.7	1	3.2
2. A veces me atraco de comida y siento que no puedo parar	1	3.2	1	3.2	2	6.45	4	12.9	2	6.45	21	67.7		
3. Vomito después de comer	0		0		0		1	3.2	0		29	93.5	1	3.2
4. Siento que la comida controla mi vida	1	3.2	1	3.2	1	3.2	0		2	6.45	26	83.9		
5. Dedico demasiado tiempo y pensamiento a la comida	1	3.2	0		2	6.45	0		5	16.1	23	74.2		
6. Tengo el impulso de vomitar después de comer	1	3.2	0		0		1	3.2	3	9.7	26	83.9		
7. Evito comer cuando tengo hambre	1	3.2	2	6.45	1	3.2	0		8	25.8	19	61.3		
8. Corto mi comida en trozos pequeños	3	9.7	5	16.1	5	16.1	2	6.45	10	32.3	6	19.3		
9. Siento que los demás preferirían que comiera mas	1	3.2	1	3.2	2	6.45	4	12.9	7	22.6	16	51.6		
10. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	4	12.9	1	3.2	0		2	6.45	8	25.8	15	48.4	1	3.2
11. Tardo más que los demás en comer	9	29	2	6.45	3	9.7	6	19.3	5	16.1	6	19.3		
12. Me controlo en las comidas	7	22.6	3	9.7	3	9.7	4	12.9	8	25.8	5	16.1	1	3.2
13. Noto que los demás me presionan para que coma	2	6.45	0		2	6.45	2	6.45	12	38.7	12	38.7	1	3.2
14. Me da mucho miedo pesar demasiado	8	25.8	3	9.7	4	12.9	3	9.7	4	12.9	8	25.8	1	3.2
15. Tomo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	1	3.2	0		2	6.45	6	19.3	4	12.9	18	58.1		
16. Evito especialmente los alimentos con alto contenido de hidratos de carbono	0		2	6.45	1	3.2	5	16.1	10	32.3	13	41.9		
17. Me siento muy culpable después de comer	1	3.2	1	3.2	0		1	3.2	4	12.9	24	77.4		

Pregunta	Siempre		Muy a menudo		A menudo		A veces		Rara vez		Nunca		No respuesta	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18. Me preocupa el deseo de estar mas delgado	3	9.7	1	3.2	1	3.2	2	6.45	11	35.5	13	41.9		
19. Pienso sólo en quemar calorías cuando hago ejercicio	2	6.45	5	16.1	4	12.9	4	12.9	5	16.1	11	35.5		
20. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	4	12.9	3	9.7	1	3.2	3	9.7	9	29	11	35.5		
21. Procuo no comer alimentos con azúcar	0		0		1	3.2	4	12.9	9	29	16	51.6	1	3.2
22. Como alimentos de dieta	0		1	3.2	2	6.45	3	9.7	3	9.7	22	70.9		
23. Me siento incómodo después de comer dulces	0		0		0		4	12.9	8	25.8	19	61.3		
24. Me comprometo a hacer dieta	1	3.2	0		1	3.2	5	16.1	6	19.3	18	58.1		
25. Me gusta sentir el estómago vacío	1	3.2	0		3	9.7	0		5	16.1	22	70.9		
26. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	22	70.9	2	6.45	1	3.2	2	6.45	2	6.45	2	6.45		

. Evaluación del Eating Attitud Test, Escuela Secundaria Técnica Particular Morelos. 2010.

Pregunta	Siempre		Muy a menudo		A menudo		Alguna vez		Rara vez		Nunca		No respuesta	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1. Me preocupo por la comida (por lo que como)	7	14	4	8	11	22	14	28	7	14	7	14		
2. A veces me atraco de comida y siento que no puedo parar	0		0		0		5	10	10	20	35	70		
3. Vomito después de comer	0		0		0		2	2	5	10	43	86		
4. Siento que la comida controla mi vida	0		3	6	0		4	8	5	10	38	76		
5. Dedico demasiado tiempo y pensamiento a la comida	1	2	2	2	0		3	6	11	22	32	64	1	2
6. Tengo el impulso de vomitar después de comer	0		0		1	2	4	8	10	20	35	70		
7. Evito comer cuando tengo hambre	2	2	0		2	2	5	10	11	22	30	60		
8. Corto mi comida en trozos pequeños	4	8	7	14	2	2	7	14	14	28	16	32		
9. Siento que los demás preferirían que comiera mas	3	6	3	6	2	2	10	20	9	18	23	46		
10. Los demás piensan que estoy demasiado delgado	3	6	0		2	2	6	12	8	16	31	62		
11. Tardo más que los demás en comer	8	16	5	10	4	8	7	14	14	28	11	22	1	2
12. Me controlo en las comidas	9	18	12	24	4	8	4	8	11	22	10	20		
13. Noto que los demás me presionan para que coma	1	2	1		2	4	10	20	10	20	26	52		
14. Me da mucho miedo pesar demasiado	12	24	4	8	4	8	9	18	3	6	18	36		
15. Tomo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como	3	6	4	8	5	10	6	12	9	18	23	46		
16. Evito especialmente los alimentos con alto contenido de hidratos de carbono	1	2	1	2	1	2	10	20	11	22	26	52		
17. Me siento muy culpable después de comer	2	2	0		0		4	8	8	16	36	72		

Pregunta	Siempre		Muy a menudo		A menudo		A veces		Rara vez		Nunca		No respuesta	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
18. Me preocupa el deseo de estar mas delgado	4	8	3	6	4	8	5	10	13	26	20	40	1	2
19. Pienso sólo en quemar calorías cuando hago ejercicio	5	10	8	16	3	6	6	12	9	18	19	38		
20. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo	0		5	10	2	2	3	6	12	24	28	56		
21. Procuo no comer alimentos con azúcar	0		5	10	2	2	3	6	12	24	28	56		
22. Como alimentos de dieta	1	2	3	6	4	8	10	20	7	14	25	50		
23. Me siento incómodo después de comer dulces	2	4	1	2	1	2	8	16	4	8	34	68		
24. Me comprometo a hacer dieta	5	10	4	8	0		8	16	10	20	23	46		
25. Me gusta sentir el estómago vacío	0		0		1	2	7	14	5	10	37	74		
26. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas	32	64	6	12	4	8	4	8	4	8	0			

Anexo 2

Definiciones conceptuales

Prácticas alimentarias.- Sistema organizado que incluye varios aspectos como son las normas y creencias que los grupos sociales comparten en relación con los alimentos y su manipulación, aspectos tales como la elección y compra, la preparación, combinación y consumo de alimentos. (Pérez Gil, 2006).

Definiciones operacionales

Prácticas alimentarias.- Acciones que refieren las adolescentes, principalmente en relación al consumo alimentario, acerca del tipo de alimentos elegidos, la cantidad, combinación de los alimentos, horarios de consumo, lugares de consumo y acompañamiento al comer, también se incluyen descripciones acerca de la/s preparación/es y compra, y la existencia del consumo de sustancias o medicamentos obesigénicos.

Significado de los alimentos.- Atribuciones que se otorgan a los alimentos, partiendo de algún conocimiento acerca de los mismos, o de información obtenida por terceros y a través de los medios y la publicidad.

ANEXO 3 EAT-26

--	--	--	--

Con el propósito de poder conocer cuáles son tus hábitos y preferencias alimentarias, se realiza esta encuesta en la población adolescente.
Te pido respondas a las preguntas de este cuestionario, el cual se manejará de manera confidencial y sólo con propósitos estadísticos.
Agradezco de antemano tu colaboración.

Nombre: _____
 ¿Sabes si padeces alguna enfermedad y cuentas con el diagnóstico médico? Si No
 ¿Cuál es? _____
 ¿Cuánto crees que pesas? _____ ¿Cuál es tu estatura? _____

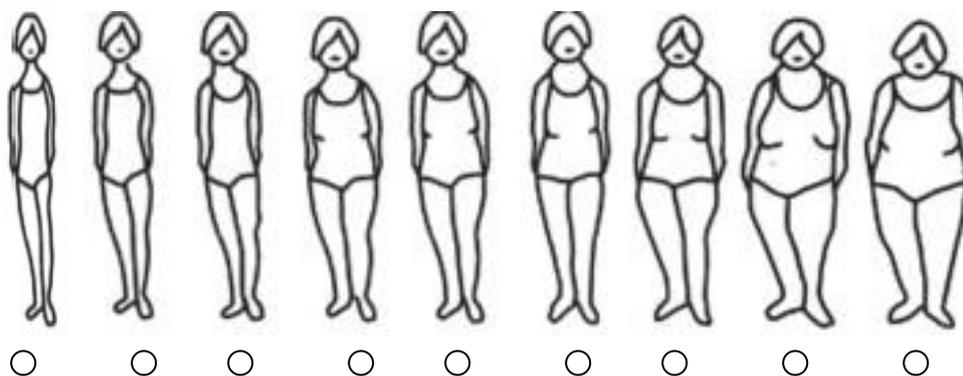
Tacha o marca una sola columna para cada pregunta.

	PREGUNTAS	Siempre	Muy a menudo	A Menudo	A Veces	Raramente	Nunca
1	Me preocupo por la comida (por lo que como)						
2	A veces me atraco de comida y siento que no puedo parar						
3	Vomito después de comer						
4	Siento que la comida controla mi vida						
5	Dedico demasiado tiempo y pensamiento a la comida						
6	Tengo el impulso de vomitar después de comer						
7	Evito comer cuando tengo hambre						
8	Corto mi comida en trozos pequeños						
9	Siento que los demás preferirían que comiera mas						
10	Los demás piensan que estoy demasiado delgado						
11	Tardo mas que los demás en comer						
12	Me controlo en las comidas						
13	Noto que los demás me presionan para que coma						
14	Me da mucho miedo pesar demasiado						
15	Tomo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como						
16	Evito especialmente los alimentos con alto contenido de hidratos de carbono						
17	Me siento muy culpable después de comer						
18	Me preocupa el deseo de estar mas delgado						
19	Pienso sólo en quemar calorías cuando hago ejercicio						
20	Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo						
21	Procuro no comer alimentos con azúcar						
22	Como alimentos de dieta						
23	Me siento incómodo después de comer dulces						
24	Me comprometo a hacer dieta						
25	Me gusta sentir el estómago vacío						
26	Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas						

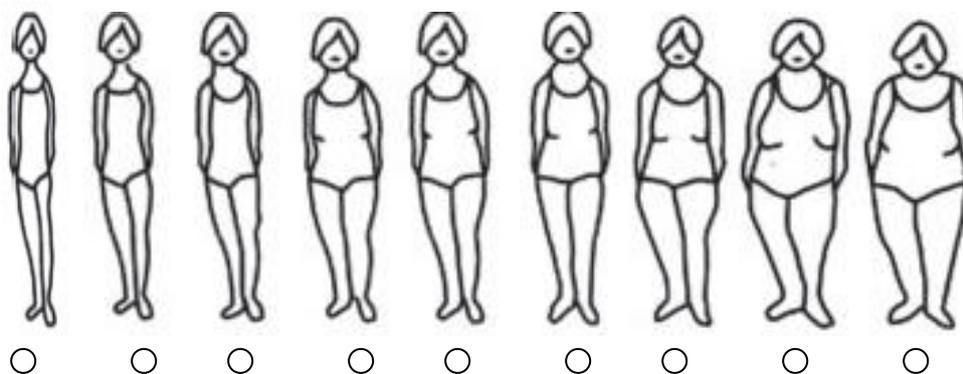
¡Gracias!

ANEXO 4

Señala la figura que corresponda a tu imagen actual, de acuerdo a tu percepción.



Señala la figura que corresponda a la imagen corporal ideal, de acuerdo a tu percepción.



ANEXO 5

Líneas de indagación para la entrevista.

1) Información socio demográfica.

¿Cuántos años tienes?, ¿Cuál es tu domicilio?, ¿con quien vives?, ¿en que año estás?, ¿tienes otras actividades, aparte de la escuela?, ¿Cómo te encuentras de salud?, ¿A que se dedican tus padres?

2) Representaciones alimentarias.

¿Qué es lo que acostumbras comer?, ¿Cuántas veces comes al día?, ¿Cuáles son tus horarios de comida?, ¿Cuáles son los alimentos que constituyen tu dieta?, ¿Quién prepara lo que comes?, ¿Comes igual que lo de tu familia?, ¿Te sirven lo que vas a comer?, ¿Qué alimentos prefieres comer? ¿Por qué?, ¿Qué alimentos evitas comer? ¿Por qué?, ¿Por qué prefieres algunos alimentos, sobre otros?, ¿Consideras que algunos alimentos sirven para adelgazar?, ¿consideras que algunos alimentos engordan?, ¿Qué cantidad de agua tomas durante el día?, ¿Realizas alguna dieta de reducción?

3) Pensamientos y sentimientos de las adolescentes (temores, preocupaciones, esperanzas, gratificaciones) en relación al tema del cuerpo.

¿Qué imagen tienes de ti misma?, ¿Podrías hacer una descripción de ti misma?, ¿Qué piensas de tu cuerpo?, ¿tienes algún ideal del cuerpo, el cual consideres ideal de la belleza?, ¿Qué cosa haces para conseguir lo que deseas? ¿Te sientes a gusto con tu cuerpo?, ¿te gustaría tener otra imagen o forma?, ¿Te da miedo no tener el cuerpo que quieres?, ¿por qué?, ¿Cómo te sientes de tener (o no, depende del caso) esa figura que quieres? ¿Cómo te tratan en tu familia?, ¿Has recibido comentarios acerca de tu cuerpo, por parte de tu familia?, ¿Te comparas con alguien?

4) Pensamientos y sentimientos de las adolescentes (temores, preocupaciones, esperanzas, gratificaciones) en relación a los temas de los alimentos y cuerpo, en el contexto familiar y de los pares.

¿Has tenido algún incidente con tu familia por tu forma de comer?, ¿Qué haces al respecto?, ¿Tu familia te da información acerca de la comida?, ¿Qué tipo de información?, ¿Siempre ha sido así, o a cambiado?, ¿Cómo consideras la forma en que tu familia come?, ¿Cómo describes físicamente a tu familia?, ¿Qué piensas de ellos?, ¿Te hacen comentarios acerca de tu físico?, ¿Qué tipo de comentarios hacen?, ¿Tu familia te comparan con alguien?, ¿tus amigos te comparan con alguien más?, ¿Cómo describes físicamente a tus amigos?, ¿Qué piensas de la forma de comer de tus amigos?, ¿Intercambian consejos acerca de la comida?, ¿Acostumbran comer juntos?, ¿Tienen un ideal de belleza?, ¿Por qué lo consideran un ideal?, ¿Hacen alguna actividad para conseguir ese ideal? ¿Por qué crees que te hacen comentarios de tu físico o platican de este tema?, ¿Cuál es tu actitud ante esos comentarios?, ¿cómo te sientes cuando te hacen comentarios acerca de tu forma de comer?, ¿cómo te sientes cuando te hacen comentarios acerca de tu físico?, ¿consideras que tienen razón en lo que te dicen?, ¿Qué piensan de las mujeres delgadas?, ¿Rechazan o critican a las personas pasadas de peso?, ¿Qué sientes y piensas cuando estas junto a una mujer delgada?

5) Pensamientos de las adolescentes en los temas alimentos y cuerpo, debido a la información que reciben de la publicidad y medios.

¿Cuándo ves la t.v. o videos o revistas, que consideras interesante en cuanto a los alimentos?, ¿En que te fijas cuando ves a una modelo de una revista o en un comercial?, ¿por qué te llama la atención?, ¿Te sientes identificada con los programas o revistas?, ¿Por qué?, ¿Cómo se llaman esas revistas o programas que ves?, ¿te llama la atención la información de los medios acerca de los alimentos?