UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA NACIONAL

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

Programa Psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar Anorexia y Bulimia

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA EDUCATIVA

P R E S E N T A:

Georgina Sandoval Martínez

Directora de tesis: Alma Dzib Aguilar

MÉXICO D. F. ABRIL, 2006

AGRADECIMIENTOS

Primeramente le agradezco a Dios por darme la luz y fuerza para seguir adelante. También le agradezco a mis padres Georgina y Javier su apoyo incondicional, tanto económico como moral. A mi hermano Javier y abuelos Paulita y Epi por ayudarme a hacer mi sueño realidad. A mis amigos. A mi compañero, novio y amigo Hugo, gracias por estar conmigo en este camino.

Quiero agradecer al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, en especial al Dr. Mariano García por abrirme las puertas en el terreno de la educación para la salud. Y a la Química Aida Ruiz. Así como al colegio Teifaros.

A la Universidad Pedagógica Nacional, en especial al Anuario Educativo Visión Retrospectiva, quisiera corresponder a mis colegas y amigas, en especial a la Dra. Tereshina y a la Mtra. Estela por apoyarme en el proceso. A mi asesora Alma por hacerme valorar el trabajo de una tesis.

En general quiero agradecer a todas las personas e instituciones que hicieron posible la realización de ésta tesis.

ÍNDICE

Resumen.....5
Introducción.....6
Planteamiento del problema…….……..8
Justificación……..……10
Objetivos……..…12

Capítulo I.- Marco teórico……...13
Antecedentes de la educación para la salud……..13
Educación para la salud en el ámbito escolar……..…17
Trastornos de la conducta alimentaria……20
Anorexia nervosa……..…22
Historia…….....22
Criterios diagnósticos……..24
Etiología……27
Sintomatología……...…..29
Bulimia nervosa.....……..31
Historia……...…..31
Criterios diagnósticos……..32
Etiología……35
Sintomatología……...…..37
Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en México……39
Factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios…….....42
Imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria…… 46
Preadolescencia……..49
Teoría psicogenética……...53
Alimentación del preadolescente y su repercusión cognitiva……..……55
El juego como sustento en la Psicología educativa……..58
Tipos de juego base en la Psicología educativa……61
Estrategias lúdicas como recurso psicoeducativo……..……..64

Análisis del plan y programas y libro de texto de ciencias naturales para 6° grado de primaria y su vinculación con los trastornos de la conducta alimentaria……..……67

Capítulo II.-Método……..75
Tipo de estudio……....76
Sujetos…….....76
Escenario……..77
Instrumentos……77
Estudio piloto.....78
Programa psicoeducativo para preadolescentes del colegio privado……....79
Procedimiento……..82
Análisis de resultados……....84
Desarrollo del programa psicoeducativo.....85
Análisis e interpretación comparativa del conocimiento científico del pretest y del post test entre el grupo experimental y control.....100
Análisis e interpretación comparativa de las calificaciones del pretest y post test del grupo control y el grupo experimental.....119
Discusión……122
Conclusiones……124
Recomendaciones……....128
Experiencia profesional como psicóloga educativa.....129
Referencias……..…131
Anexos……...140

Resumen

El presente trabajo describe un panorama general sobre los trastornos de la conducta alimentaria en los preadolescentes, ya que dicha población tiene en su mayoría conocimientos erróneos sobre la alimentación y las acciones para bajar de peso, por lo que está expuesta a presentar riesgos de anorexia y bulimia, según el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Datos similares reporta la Dra. Gómez-Peresmitré (1998) encontrando que los jóvenes hacen dieta intencional y evitan alimentos *engordantes*, sin importar los riesgos que esto representa para su salud.

El objetivo de la presente investigación consistió en aplicar un programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia por medio de estrategias lúdicas, con el propósito de que amplíen sus conocimientos cotidianos y científicos sobre la alimentación sana y cuidado del cuerpo.

La muestra comprende 41 alumnos, en dos grupos (control y experimental) de 6º de primaria, con edades entre los 11 y 12 años, a los cuales se les aplicó un pretest. Después sólo el grupo experimental recibió el *programa psicoeducativo*, y por último a los dos grupos se les aplicó el post test. Obteniendo diferencias entre el grupo control y el experimental, favoreciendo a los participantes del grupo experimental. La investigación concluye que el programa psicoeducativo aportó nuevos conocimientos cotidianos y científicos de alimentación sana y cuidado del cuerpo entre los jóvenes participantes.

Introducción

En la actualidad, los t*rastornos de la conducta alimentaria* se han transformado en problemáticas que han ido incrementando, con el avance científico y tecnológico y de la difusión de medios de comunicación, así como también los malos hábitos alimentarios, entre muchos otros factores que afectan. Sin embargo, lo preocupante es que al parecer se están incrementando en poblaciones infantiles y juveniles sin diferenciar el ámbito sociocultural y educativo.

En este sentido, los trastornos de la conducta alimentaria representan un problema en diversos países, como Estados Unidos o Europa, particularmente en México según los resultados de la evaluación de las capacidades físicas en escuelas de educación básica, se encontró que de un millón de alumnos de primaria y secundaria el 50% padecen trastornos alimentarios, algún grado de sobrepeso u obesidad (Cancino, 2003).

De ahí que la educación para la salud alimentaria se convierte en una medida para la prevención e incluso corrección de hábitos alimentarios, que podrían ser carencias, excesos o desequilibrios, por que es importante enseñar a satisfacer los requerimientos nutricionales para impulsar el desarrollo potencial de cada niño en la escuela (Salas, 2003).

El presente trabajo titulado *Programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia,* busca responder a una necesidad de una población en riesgo basado en la capacidad que tiene el psicólogo educativo de realizar programas educativos para dar soluciones a problemáticas psicoeducativas. En este caso se diseñó un programa psicoeducativo para preadolescentes que se encuentran en riesgo de presentar anorexia y bulimia del colegio privado y por medio de estrategias lúdicas adquirió nuevos conocimientos de alimentación sana y cuidado del cuerpo.

El trabajo se encuentra estructurado de la siguiente manera: en la primera parte está detallado lo que es el planteamiento del problema y la justificación de la investigación.

Posteriormente se divide en dos capítulos, el primero se refiere al sustento teórico, el cual fundamenta el marco teórico conceptual. Comenzando a plantear los antecedentes de la educación para la salud y la importancia que tiene dentro del ámbito escolar. Continuando con la explicación de los trastornos de la conducta alimentaria, como son la anorexia y bulimia, abordando los temas de historia, criterios diagnósticos, etiología y sintomatología. Posteriormente se analiza el tratamiento y los factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios. Como un factor importante se destaca la imagen corporal y como temas posteriores la preadolescencia, la teoría psicogenética y la relevancia que tiene la alimentación del preadolescente y su repercusión cognitiva. Después se explica el juego, los tipos de juegos y las estrategias lúdicas como recurso psicoeducativo. Finalmente se realiza un análisis del contenido de acuerdo con el objeto de estudio de esta investigación del plan y programas de ciencias naturales para 6° de primaria correspondiente al año 1999, así como del libro de texto del alumno en materia de ciencias naturales, propio del año 1993.

El segundo capítulo está dedicado al sustento del método de la investigación, se presentan los objetivos, participantes, escenario, tipo de estudio, instrumentos y procedimiento de la investigación. También dentro de este capítulo se encuentra la descripción del programa.

Por último, se presenta el análisis de resultados del programa psicoeducativo, así como su evaluación, posteriormente se realizó la conclusión, discusión y sugerencias, constituyendo éste como el final del trabajo de investigación.

Planteamiento del problema

Los trastornos de la conducta alimentaria (T. C. A) son actualmente un problema en gran parte del mundo, por ejemplo en Estados Unidos y Europa la prevalencia de anorexia nervosa va desde 0.5 hasta 3.7%, y en relación con la bulimia se estima que van desde 1.1 a 4.2% (García, 2003). Y en la ciudad de México los trastornos de la conducta alimentaria también representan un problema de salud, pues el 0.9% de los hombres y el 2.8% de las mujeres padecen algún tipo de trastorno alimentario, mientras que a nivel nacional el 0.6% de los hombres y el 1.8% de las mujeres en la población urbana presentan trastornos (Barriguete, 2004).

Aunque lo más importante es que hay poblaciones jóvenes de niños de 5° y 6° grado en un estudio realizado por la Dra. Gómez-Peresmitré (1998) que reportan estar haciendo dieta intencional y evitan alimentos *engordantes* (pan, tortillas, tacos, tortas y similares), además los niños aceptaban que estaban haciendo dieta con propósitos relacionados con el peso y no con la cantidad ingerida de alimento, por lo cual representa ser un problema de imagen corporal, esto quiere decir que es un factor de riesgo en el desarrollo de los desórdenes alimentarios. Por lo cual, los preadolescentes posiblemente están llevando a cabo hoy en día sus creencias de los alimentos en acciones que pueden perjudicar su salud y desarrollo cognitivo.

Al respecto en el año de 1998 se observó un aumento importante en la demanda de llamadas telefónicas al Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, solicitando orientación para atender algunos de los trastornos de la conducta alimentaria. En promedio eran 10 llamadas telefónicas, de las cuales 4 aproximadamente daban diagnóstico de anorexia y bulimia (Unikel, 1998). Con lo anterior se traduce que los trastornos alimentarios en México comienzan a representar dificultades para la salud en la población.

Posteriormente dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, se desarrollaron dos instrumentos para la identificación de los factores de riesgo para la salud integral de niños de 7 a 11 años y el otro de adolescentes de 12 a 19 años de edad. Después aplicaron el cuestionario a 4 planteles oficiales y 4 planteles privados de 4° a 6° grado de primaria. En el estudio lo más relevante fue que detectaron a escolares que tienen conocimientos erróneos sobre alimentación y llevan a cabo acciones para bajar de o para controlar su peso corporal (García, 2000).

Por esta razón se propuso un programa psicoeducativo para estos preadolescentes, el cual se fundamentó como la columna vertebral de esta investigación y con base al hilo conductor se resaltó solamente en la población de preadolescentes de 11 y 12 años los que ya se encuentran en riesgo de presentar anorexia y bulimia. Y así pues, contestar la siguiente pregunta de investigación:

¿El desarrollar un programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia, basado en estrategias lúdicas, aportará un nuevo aprendizaje de alimentación sana y cuidado del cuerpo?

Justificación

En el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, dentro de la investigación que realizaron, se encontraron poblaciones de preadolescentes que tienen conocimientos erróneos sobre alimentación, pues llevan a cabo acciones para bajar o controlar el peso y se encuentran restringiendo alimentación (García, 2000). Entonces es importante que como psicóloga educativa retome los resultados, conclusiones y parte de la población de la investigación del Hospital de Nutrición para aplicar un programa psicoeducativo basado en estrategias lúdicas que permita aportar un nuevo aprendizaje de alimentación sana y cuidado del cuerpo en estos preadolescentes.

Así como los especialistas de los trastornos de la conducta alimentaria plantearon la importancia de la prevención primaria y la relevancia de la educación como factor determinante en la disminución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Rojo y Barriguete, 2004), entonces significa que los psicólogos educativos, maestros y padres de familia tenemos que poner atención en los escolares porque son una población vulnerable a padecer en un futuro trastornos de la conducta alimentaria.

El programa psicoeducativo se realizó en un colegio privado, porque en la comparación que hicieron en el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán entre las escuelas públicas y privadas, encontraron que en las privadas los escolares tienen familiares que han estado a dieta con el fin de bajar de peso, la relación era de 70% a 52%. También reportaron que un 87% de los niños había realizado dieta, en cambio en la escuela pública era un 83% (García, 2000).

Por otra parte, siguiendo con la investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán se tomaron en cuenta a los niños de 11 años, porque en un estudio reportado por la Dra. Gómez-Peresmitré (1998), en esta edad los

escolares ya tienen determinados intereses relacionados con *hacer dieta* y esto es considerado como un factor de riesgo. Además para prevenir, Rojo (2004) explica que las poblaciones que presenten menos de 13 años son las más sensibles, porque los trastornos de la conducta alimentaria se presentan antes de los 20 años. Así mismo los niños de 11 años se encuentran en la transición del estadio de operaciones concretas y el estadio de operaciones formales, según Piaget y a través del juego de reglas, el niño asimila de manera significativa los conceptos (Díaz, 1997).

Dentro del programa psicoeducativo se utilizaron estrategias lúdicas por la importancia que según Decroly, Monchamp (1986) dicen que el juego es un medio educativo y terapéutico naturalmente atractivo e importante en el desarrollo total del niño. También en el proceso del juego no sólo se desarrollan funciones psíquicas aisladas, sino que tiene lugar la transformación de la psique del niño en su conjunto, es decir de manera integral (Cabrera, 1995).

Asimismo, la Dra. Gómez-Peresmitré (2005) menciona en sus aportes de investigación durante 10 años, cómo ha utilizado las estrategias lúdicas para encontrar los factores de riesgo en niños, preadolescentes y adolescentes para hacer después la prevención y han resultado los juegos la mejor forma de desarrollar habilidades sociales, desarrollar audiencias críticas o disonancia cognoscitiva (Sánchez, 2003).

El juego es el principal medio de enseñanza, de otra manera el niño se aburre y no le interesaría y por supuesto el psicólogo educativo es el que está más preparado para hacer educación para la salud y para realizar un trabajo interdisciplinario (Gómez-Peresmitré, 2005).

Entonces, una labor fundamental del psicólogo educativo, dentro de la escuela, consiste en diseñar, aplicar y evaluar programas psicoeducativos, siendo así el hilo conductor para dar soluciones acerca de las problemáticas actuales, en este caso de los trastornos alimentarios. Con esto como psicóloga educativa el hacer un programa

psicoeducativo acerca de los trastornos alimentarios aportará una manera de combatir un gran problema de salud pública en México y además los niños tendrán una visión divertida de aprender nuevos conocimientos de alimentación sana y cuidado del cuerpo.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de la presente investigación consiste en aplicar un programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia, por medio de estrategias lúdicas, con el propósito de que amplíen sus conocimientos cotidianos y científicos sobre la alimentación sana y cuidado del cuerpo.

Objetivos específicos:

- Diseñar, aplicar y evaluar un programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia.

- Promover el aprendizaje de nuevos conocimientos cotidianos y científicos sobre alimentación sana y cuidado del cuerpo.

- Planear y promover estrategias lúdicas para que exista un aprendizaje significativo en la población del estudio, de la importancia del cuidado del cuerpo.

CAPÍTULO I.- Marco teórico

"*Si hoy no notas cómo come, mañana*
no habrá nadie a quien notar"
Clínica "Comenzar de Nuevo", Monterrey, 2004.

El presente capítulo se ha dividido en los siguientes apartados: en primer lugar en los antecedentes históricos de la educación para la salud, especialmente en el ámbito escolar, así como los trastornos de la conducta alimentaria principalmente en anorexia nervosa y bulimia nervosa.

En segundo lugar en la etapa de la preadolescencia, sustentándose con la teoría psicogenética y la importancia de la alimentación durante este periodo de la vida; y en tercer lugar es mencionado el juego como estrategia psicoeducativa para formar el programa psicoeducativo, y finalizando con el análisis del plan y programa de estudio además del libro de texto de ciencias naturales para 6° grado de primaria y su vinculación con los trastornos de la conducta alimentaria.

Antecedentes de la educación para la salud

El hablar de salud no necesariamente se relaciona con la medicina, porque se ha comprobado que por muchos inventos médicos que lleven a cabo las poblaciones, no se puede sostener la salud. Como psicóloga educativa es necesario que se ayude a los maestros a llevar a cabo labores educativas y que les permita a las poblaciones enfrentarse con sus problemas de salud (Ancarola, 1990). Esto implica concebir la salud no solamente como medida terapéutica, sino como eje en la acción colectiva para el bien social (Devries, 1997).

Entonces la salud y la educación se encuentran estrechamente ligadas, ya que éstas contemplan la preservación y la formación de sus propios integrantes; por un lado, la salud conserva y protege la vida, y por el otro lado, la educación forma a los miembros de una comunidad; así pues tienen diversos puntos en común, por ejemplo: las dos tienen problemas referentes a la comunidad, comparten un significado importante en la sociedad, son para el bien social, son derechos que aprueba el estado, coinciden contextualmente en la historia (Devries,1997).

Los antecedentes históricos de la educación para la salud parten del Informe Lalonde en Canadá en el año 1974, en el que se reconoce que las enfermedades pueden ser prevenidas y la estrategia es dar información y educación para la transformación de los estilos de vida. Así es como a través de los tiempos se ha ido reconstruyendo el concepto por consensos, declaraciones y conferencias internacionales, la última fue la IV conferencia internacional de promoción de la salud de Yakarta en 1997, en la declaración se afirman principios, estrategias y métodos (González, 2001).

Para hacer un trabajo funcional se propone que la educación para la salud se realice de manera interdisciplinaria e integral, es decir por un lado en la escuela integrando áreas curriculares como la matemática, estadística, expresión escrita, tecnología, ciencias naturales, etc, para identificar generadores de aprendizajes a elementos de conflicto del entorno del alumno. Y por el otro lado que intervengan especialistas de los campos de salud en general, en este caso psicólogos educativos (Sciotto, 1998).

También es necesario que se desarrolle la educación para la salud en todas las instituciones sociales: familia, hospitales, clubes, asociaciones, etc. Sin embargo, es en la escuela donde se implementan mayores proyectos de salud pública por ser un ámbito propicio para desarrollarse, y los maestros son agentes naturales para promover los cambios de conducta en salud.

El docente es un actor principal dentro del aula, debido a que él es responsable de los alumnos gran parte del tiempo en que se encuentran dentro de la escuela, entonces le corresponde incluir de manera didáctica los temas de salud, así el maestro debe aprovechar cada ocasión que se presente para interesar a los alumnos y hacerlos participar en las acciones para mejorar su nivel de vida y a proteger su salud y la de la comunidad (Ancarola, 1990).

Al mencionar a los educadores se reconocen, según Sciotto (1998) tres niveles de interrelación entre docentes, salud y educación. Al primero le corresponden las cuestiones directas a los alumnos de la educación para la salud, implícitamente siendo abordados interdisciplinariamente, incluidos en el proyecto institucional. El segundo nivel de interrelación entre educación y salud, ejecutado indirectamente a través de las actividades de intercambio y de integración entre los equipos asistenciales de apoyo a la labor docente, como el psicólogo educativo. El tercer aspecto a considerar está más vinculado con la experiencia y la posibilidad de pensar en términos de salud, y por ende con la formación profesional, que con la función de aprendizaje.

Ahora bien, dentro de la institución educativa existen diversos riesgos para la salud de la comunidad escolar y entre ellos se encuentran los problemas nutricionales, por ejemplo “la desnutrición infantil, los escolares desnutridos, la identificación de los factores de riesgo nutricionales, la prevención del déficit nutricional: leche, comedor escolar, merienda reforzada. La economía doméstica, la higiene de los alimentos, la obesidad, los trastornos de la conducta alimentaria” (Sciotto, 1998: 67).

En este sentido, en México en el año de 1996 se crearon las escuelas promotoras de salud, con el apoyo internacional por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con la intervención nacional de las Secretarías de Salud y de Educación Pública, así se fundaron 20,000 escuelas promotoras de salud a nivel preescolar, primaria y

secundaria, se realizó el proyecto con el propósito de tener un modelo a seguir (González, 2001).

El proyecto se basa en la salud integral del escolar, que considera aspectos físicos, mentales y sociales para el desarrollo de los alumnos en cuatro vertientes, y el concepto de escuela promotora de salud se le asigna a aquella escuela en donde se trabajen de forma organizada las cuatro vertientes, y estas son las siguientes:

1. Educación para la salud: se orienta hacia la adquisición de conocimientos y el desarrollo de hábitos, actitudes, valores y habilidades para una vida saludable;

2. Prevención y detección oportuna de riesgos y problemas de salud: se orienta hacia problemas que interfieren con el adecuado crecimiento y desarrollo, influyen en el desarrollo psicosocial y son atendidos en el centro de salud y detectados en la escuela;

3. Promoción de ambientes escolares saludables: se orienta hacia la conservación, creación y modificación del ambiente físico, del cuidado de las instalaciones, inmobiliario, áreas de recreación. También se orienta hacia las actividades culturales, recreativas y sociales;

4. Participación social en la escuela: se orienta hacia la colaboración organizada de la comunidad escolar, instituciones, grupos y autoridades en el cuidado de la salud de los alumnos y su entorno (SEP, 1998).

El psicólogo educativo dentro de la escuela es partícipe junto con los profesores y personal del colegio, así como los padres, en labores de las cuatro vertientes antes mencionadas, así el trabajo se convierte en interdisciplinario, por lo tanto, para los psicólogos educativos es importante que se prepare también en el ámbito de la educación para la salud.

Educación para la salud en el ámbito escolar

Cuando mencionamos el término educación, es importante darnos cuenta que conlleva en sí mismo la connotación de formación de los miembros de una comunidad; por ejemplo, Devries lo define diciendo que "provee los instrumentos básicos para la comunicación entre ellos y el manejo de un lenguaje común, así como la aptitud para elaborar críticamente la información y la capacitación para el trabajo y la convivencia" (Devries, 1997: 10).

En este sentido, como seres sociales vamos adquiriendo experiencias de la familia y en general del entorno donde nos encontremos, actualmente hasta de los medios de comunicación; sin embargo, se dice que la escuela es la que muchas veces prepara para la vida, por eso se hace mención de la importancia que tiene la escuela dentro de la comunidad; por lo tanto, la escuela debe constituirse en una situación vital, donde aprendamos a resolver problemas mediante la vivencia (Ancarola, 1990).

También a la escuela se le demanda satisfacer requerimientos asistenciales inmediatos, como apoyo a necesidades básicas insatisfechas de la población. Es decir, que la sociedad demanda a la escuela, además de logros pedagógicos, también que aporte medidas preventivas que desarrollen situaciones de salud para que existan hábitos saludables en la vida (Sciotto, 1998).

La escuela ha sido históricamente una institución de referencia con gran significación en la comunidad y en la vida familiar. Aunque actualmente los medios de comunicación le hacen batalla, emitiendo mensajes contradictorios que producen un doble efecto, así tanto actitudes como valores, gestos y hábitos negativos y positivos a la vez confunden a las poblaciones más jóvenes. Finalmente, lo que se busca es que la escuela, como institución formal, apoye a los alumnos a discernir la información, comparar y concluir sus ideas e intereses para formar ciudadanos responsables de sus

actos. Por tanto, la escuela puede y debe constituir un instrumento clave en una política preventiva de salud (Devries, 1997).

Para llevar a cabo la ejecución de acciones preventivas requerirá necesariamente, por parte de quienes las lleven a cabo, el conocimiento de las causas que determinan la aparición de las enfermedades. Se busca que la escuela sea integral con un estado de equilibrio, en donde los alumnos bien alimentados, sin enfermedades, lleguen a adquirir los conocimientos con mayor capacidad (Sciotto, 1998).

Entonces, el papel preventivo de la educación se basa en la consideración de que con una buena formación y adecuados elementos informativos, el individuo estará capacitado para desarrollar una actitud racional. El objetivo es promover aquellas decisiones que contribuyan al fortalecimiento de la salud integral, individual y colectiva (Ancarola, 1990).

En México, dentro de la Ley General de Educación se establece en la fracción X del artículo 7º, que una de las acciones educativas es la de fomentar la solidaridad para concienciar la prevención de la salud y el rechazo de los vicios. Además se menciona también dentro de la ley en el artículo 4º que “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud” (Báez, 2002: 88). Es decir que desde niños hasta adultos tienen el derecho de la salud, por lo tanto la educación es un canal primordial para generar programas y acciones preventivas de enfermedades.

Por lo tanto, la escuela constituye el principal agente de salud. Entonces al contemplar las características antes señaladas y como medio apto para efectuar programas y acciones preventivas, la escuela como institución se encuentra capacitada para realizar campañas:

a) directas sobre el propio organismo (por ejemplo, programas de vacunación);

b) de detección y tratamiento temprano de patologías (de la visión, cardíacas, psíquicas, etc);

c) directas en la formación de hábitos de higiene personal (corporal general, bucal, etc.);

d) de mediano plazo sobre la adquisición de hábitos perjudiciales para la salud propia (tabaquismo, alcoholismo, drogas, malos hábitos alimentarios, etc.);

e) directas, inmediatas y mediatas, a través de la adquisición de hábitos, actitudes, conductas lúdicas y deportivas colectivas;

f) informativas y formativas sobre enfermedades transmisibles (por ejemplo, el sida, enfermedades venéreas);

g) indirectas sobre la práctica de hábitos perjudiciales para la salud de terceros (alcoholismo, tabaquismo, drogas, malos hábitos alimentarios, etc);

h) de formación de actitudes en relación con las condiciones de salubridad del medio ambiente (tratamiento de los desperdicios, hábitos de higiene pública, protección y defensa de los recursos naturales, etc.);

i) de prevención de conductas antisociales (falta de contemplación o respeto por el otro, actitudes autoritarias, comportamientos discriminatorios, etc) (Devries, 1997).

El sistema educativo constituye también una red institucional eficaz para la prevención de una catástrofe epidemiológica de la infancia y la juventud (Devries, 1997).

Consecuentemente a los términos educación y salud, se les puede conocer como *salud para la educación* o como *educación para la salud*, aunque suenen como un juego de palabras, en realidad son dos requisitos necesarios para que se realice la enseñanza-aprendizaje, porque si no existe la salud del alumno o del docente, repercute en el proceso educativo. Y al contrario, la educación puede ser un factor favorable para la conservación de la salud.

Trastornos de la conducta alimentaria

En general los trastornos de la conducta alimentaria son tres: anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (las comilonas o comer compulsivamente), según Norman (2001); ahora bien, para definir los trastornos de la conducta alimentaria es fundamental aclarar que no son enfermedades, sino síndromes conductuales que se desarrollan en individuos que manifiestan una serie de características psicológicas, biológicas y socioculturales (Norman, 2001).

Es importante considerar que a lo largo de la historia se han utilizado diversos términos para designar a los trastornos de la conducta alimentaria, por ejemplo en la Edad Media, el ayunar era considerado un rito divino, después en los siglos XV y XVI el ayuno fue considerado una práctica satánica, pero más tarde en el siglo XVIII, el no comer se volvió un espectáculo; por último en los siglos XIX y XX es cuando la abstinencia y el ayunar se encuentran en función de la belleza corporal (Toro, 1996).

Estados Unidos de América se presentan cifras acerca de que hay 60% de obesos en comparación con el resto del mundo (Green, 2004) y registraron durante el 2000 a 30.5 obesos, de los cuales se consideran niños de 6 a 11 años con un 15.3 %

de niños con sobre peso (Jakicic, 2004); esta lipofobia ha contribuido al incremento de los trastornos de la conducta alimentaria, y en cierta medida lleva al seguimiento de dietas restrictivas que ha alcanzado un nivel alto de incidencia (Gómez, 2002); por ejemplo en los años 90´s se presentaban datos del 40% de las mujeres adultas y el 61% de las adolescentes, quienes se encontraban haciendo dieta por influencia social (Gómez, 2002).

Ahora bien, se ha hecho énfasis en que la mujer caucásica es la de mayor riesgo. En este sentido, Akan y Grilo, Powell y Khan en un estudio longitudinal de 3 años en relación con la imagen corporal, dieta y tabaquismo con chicas blancas, hispanas y afro-americanas, encontraron que 90% de las adolescentes blancas e hispanas expresaba algún tipo de aspecto negativo sobre su cuerpo, mientras que las jóvenes afro-americanas en un 60% eran conscientes de la diferencia entre el ideal de belleza y el real de belleza (citados por Gómez-Peresmitré, 2002).

Actualmente la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en México es mayor que en otros tiempos, según los reportes periodísticos del año 2003, Sylvia Ortega quien es Subsecretaria de Servicios Educativos para el Distrito Federal, da a conocer que de un millón de alumnos de primaria y secundaria el 50 % de los niños de educación básica en la Ciudad de México presentan algún grado de sobrepeso, obesidad o desórdenes alimentarios (Cancino, 2003).

En particular en las zonas de Tacubaya y Santa Fe, los jóvenes presentan trastornos de la alimentación en un 70% de los casos. Este dato lo dio a conocer el estudio realizado por médicos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Galán, 2003).

Lo que destaca es que una de las últimas cifras mencionadas por Montilla-Bravo (2001) señala que hay niñas con anorexia y bulimia de 9 años, tienen un índice de un 15% a un 20% de mortalidad.

Por otra parte, la Secretaría de Salud presenta cifras sobre mortalidad por anorexia nervosa a nivel nacional y las estadísticas presentan casos de 15 hasta 85 años o más, que la causa de su muerte fue por (anorexia) falta de apetito (Unikel, 1998).

Al respecto de las cifras señaladas por Montilla (2001), en su tesis “terapia cognitivo-conductual en pacientes con anorexia nervosa” comenta que lo grave es la mala información que existe y la escasa atención que se le ha prestado a estas enfermedades en México, porque en los últimos años, comenta, se ha presentado un aumento, pese a lo cual no se cuenta con la información adecuada ni suficiente de las características de la enfermedad que contribuya a la prevención de la misma.

Dentro de este trabajo sólo se tomarán en cuenta dos trastornos de la conducta alimentaria que son: anorexia nervosa y bulimia nervosa. Hay quienes se preguntan por qué es *nervosa*, la respuesta la da la Dra. Gómez-Peresmitré (2005) al comentar que el decir *nerviosa* es una mala traducción de los españoles que es un mal término, en realidad lo adecuado es decir *nervosa*, que quiere decir que es de origen mental o psiquiátrico.

En el siguiente apartado se abordan lo más ampliamente posible los temas de anorexia y bulimia, retomando la historia, los criterios diagnósticos, etiología y sintomatología de cada uno correspondientemente.

Anorexia Nervosa

Historia

El término *anorexia nervosa* proviene, según Barriguete (Citado por Salcedo, 1999) del término griego an, restrictivo y orexis, significa hambre, es decir, rechazo al alimento.

Dentro de la historia en el siglo I los griegos mencionan el término anorexis para designar a la falta de deseo, por otro lado Galeno (129-209 D. C.) para comentar su libro “Epidemias del Corpus Hippocraticum” dice que los griegos llaman anorektous y ansitous a quienes rechazan los alimentos (Tisera-López, 1996).

En la Edad Media tardía, las mujeres seguían un modelo en el cual comían muy poco porque creían que era una de las maneras para desprenderse de sus lazos terrenales e intensificar su espiritualidad. El restringir sus alimentos era un rito más como dormir en piedras, por lo tanto muchas mujeres ayunaban con la finalidad de facilitar experiencias místicas y no como actualmente con el miedo a engordar (Holtz, 1997).

Después en 1840, Imbert describe dos tipos de anorexia, como son: la anorexia gástrica, está como un trastorno del estómago y la segunda anorexia nervosa, como una alteración de las funciones cerebrales, pérdida del apetito y gran variedad de síntomas neuróticos, melancólicos, coléricos y ansiosos (Toro, 1996).

Posteriormente en 1864, el doctor Richard Morton encontró un caso de una adolescente inglesa de 18 años, que desarrolló amenorrea, al paso del tiempo comía menos y sufrió ataques sincopales y en 1868 a pesar de los cuidados y tratamiento la paciente no cooperó en recuperar su peso, finalmente murió. Morton lo llamó “consumación nerviosa” o “consunción nerviosa” para referirse a una degeneración corporal ocasionada por una perturbación del sistema nervioso, así como la ansiedad (Toro, 1996).

Pero fue hasta 1873, cuando fue descrita la anorexia psiquiátricamente por primera vez por el francés Ernest Laségue, quien publicó un artículo titulado “De la anorexia histérica” (Strada, 2002). Laségue y William Gull en 1878 son realmente los primeros que dieron mayor información médica de la anorexia nervosa, por lo tanto la

American Psychiatric Association los reconoce como los primeros teóricos en dar un diagnóstico, el miedo a estar o llegar a estar obesas, a pesar de estar emaciadas (Strada, 2002).

El miedo anormal a volverse obeso aparece claramente en los años de 1875 en el estudio de Worthington y en 1890 con Charcot, en el cual una paciente decía que se prefería morir antes que estar gorda. A partir de estas fechas aparecieron más reportes en Estados Unidos, Francia, Alemania, Inglaterra e Italia de anorexia (Holtz, 1997).

Freud, Fenichel, Abraham y Melanie Klein definen a la anorexia como una neurosis y la relacionan con la melancolía y la histeria, explicándola como una pérdida del libido por un conflicto simbiótico con los padres (Chinchilla, 1995).

Lo importante de la designación de la anorexia en el siglo XIX es que todavía no existía la cultura de la delgadez como moda, sin embargo se encontraba como padecimiento, el no comer o rechazar el alimento como lo designa Habermas los reportes de anorexia en el siglo XIX no eran propiamente enfermedades alimentarias puesto que les faltaba el ingrediente del terror a engordar (Holtz, 1997).

Sin embargo, en el siglo XX, se transforma la anorexia nervosa a las demandas culturales de la delgadez, avanzando como una enfermedad en las jóvenes mujeres por su obsesión de encontrarse dentro de las “normas de la belleza” (Tisera-López, 1996).

Criterios diagnósticos

El Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, DSM IV TR The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (López, 2002) es el manual en donde se especifican los trastornos de la conducta alimentaria. La anorexia y la bulimia fueron reconocidas por primera vez en el año de 1980 por la Asociación Psiquiátrica

Americana como condiciones psicopatológicas en la tercera edición de este manual (Montilla, 2001).

De acuerdo al DSM-IV (López, 2002) la *anorexia nervosa* (AN) se caracteriza por:

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o del valor mínimo normal, considerando la edad y talla (pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable);
- Miedo intenso a ganar peso, o a convertirse en obeso a pesar de estar delgado;
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la auto-evaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal;
- En las mujeres en edad de menstruar, hay presencia de amenorrea (por ejemplo ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos). Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales.

Con estos criterios diagnósticos se puede establecer claramente si una persona presenta anorexia, porque una vez que se tenga la sospecha de padecer alguno de los síntomas antes mencionados, aunque sean mínimos en niños, preadolescentes o adolescentes es importante acudir a un centro especializado como paciente o persona cercana a él. Ya que solamente un equipo interdisciplinario especializado es el que puede dar el mejor diagnóstico.

Así también se consideran dos tipos de anorexia nervosa:

1. Tipo restrictivo: la pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo;

2. Tipo compulsivo/purgativo: dentro de este tipo de anorexia, la persona ha caído en la conducta de comer compulsivamente o purgarse (por ejemplo, mediante la inducción del vómito o el uso exagerado de laxantes, diuréticos o enemas).

La anorexia nervosa se reconoce por un prolongado y severo rechazo a comer que puede traer consecuencias graves como la muerte. El deseo de adelgazar voluntariamente en las anoréxicas, se agrava de tal forma que se convierte en una enfermedad autónoma e independiente de la voluntad de la persona, por lo que se va consumiendo cada vez más entre las fobias, obsesiones, temores, rituales de defensa, pérdida de intereses, aislamiento, ambivalencia, desesperación, incomprensión de los demás, compulsiones, pérdida de libertad, autodominio y autocontrol absurdo y confuso (Chinchilla, 1995).

Para poder saber el peso adecuado para cualquier persona es importante saber el IMC (Índice de Masa Corporal) esta medición puede ser tomada de la siguiente manera: IMC= peso/ talla^2 . Los valores que a continuación se presentan se encuentran validados por muestras mexicanas (Saucedo y Gómez-Peresmitré, 1997).

IMC	Clasificación
Menor 15	Emaciación (peso muy abajo del normal)
15-18.9	Peso por abajo de lo normal
19- 22.9	Peso medio o normal
23-27	Sobrepeso
Mayor 27	Obesidad I

Así entonces el IMC permite de manera teórica y práctica estimar y clasificar de manera simple el peso corporal y es de bajo costo, y lo tendrá que hacer un nutriólogo o médico especialista (Gómez-Peresmitré, 2001).

El diagnóstico de la anorexia implica que el paciente se rehúse a mantener el considerado “peso por debajo de lo normal” y que manifieste temor a engordar, (Scherer, 2002 citando a Zúñiga). La anorexia al ser diagnosticada se requiere que la persona acuda con especialistas, es decir, con un equipo interdisciplinario constituido por médicos, psicólogos, nutriólogos, etc, porque en gran parte de los casos las chicas llegan de emergencia al hospital por encontrarse en un estado grave de salud, los médicos sólo las estabilizan e intentan dar tratamiento pero las chicas al no reconocer su diagnóstico llegan a recaer (Gutiérrez, 2001).

Etiología

Hoy en día se sabe que las causas son diversas, para ello, autores como: Gómez-Peresmitré (2002), Unikel (1998), Saucedo (1996), entre otros, afirman que no hay ninguna causa específica, es más bien multicausal, ya que hacen la referencia de que los medios de comunicación emiten un mensaje ambivalente en relación con los hábitos dietéticos, por una parte invitan a comer y beber constantemente, y por otra presentan la delgadez como algo saludable y relacionado con el éxito en la vida a todos niveles.

Una de las posibles causas es la presión social fuerte en las niñas, que de forma precoz manifiestan un excesivo temor por el sobrepeso, por lo que inician regímenes de adelgazamiento, fuera de todo control médico; la exageración de este tipo de comportamiento se puede observar en dos trastornos severos de la conducta alimentaria de base psiquiátrica, como son la anorexia nervosa y la bulimia (Román, 1998); del mismo modo, constantemente en la televisión, radio, revistas y medios masivos de comunicación nos encontramos con la publicidad de la delgadez como representante de éxito.

La suposición popular y científica es que la desenfrenada preocupación por la delgadez y las dietas típicas de las sociedades occidentales es una causa directa de los trastornos de la conducta alimentaria, sin embargo como ya se mencionaba antes, se

ha establecido que los trastornos de la conducta alimentaria son multideterminados y que la cultura es sólo uno de los muchos factores que contribuyen al desarrollo de estos trastornos (Gross, 2004).

Los medios de comunicación pueden ser desencadenantes de la enfermedad, los ejemplos claros de la cultura de la delgadez, se ven reflejados en los comerciales, en los cuales bombardean de imágenes y anuncios de personajes delgadísimos, en una revista mexicana de gran difusión entre estudiantes, que presentaron las 50 mujeres más guapas en octubre de 1997, con sus estaturas y pesos corporales. Posteriormente en un artículo de la Dra. Gómez obtuvieron el índice de masa corporal (IMC= peso/ talla^2) y encontraron que un 68% de las mujeres más guapas tiene un IMC de 15.6 a 18.9 , significa peso por debajo de lo normal (Gómez-Peresmitré, 2001).

La anorexia nervosa se puede ver representada durante la pubertad cuando aparecen sus primeras manifestaciones y se estructura como síntoma. No hay que olvidar que esta sintomatología se manifiesta en muchachas jóvenes. Esta evidencia clínica pone en primer plano la conexión entre la pubertad femenina y la anorexia. La pubertad es un encuentro con el sexo opuesto y pone en juego las identificaciones, las mujeres, las jóvenes en particular, enfrentan una pregunta básica acerca de ser mujer y una búsqueda de modelos de identificación (Strada, 2002).

La familia también se ha mencionado como causa de la enfermedad o sintomatología de desajustes y conflictos, por ejemplo el que la enfermedad afecta a niñas brillantes, amistosas, de buena conducta, de familias aparentemente amorosas, estables, bien educadas y sobresalientes (Papalia, 1988). Otra situación es que finalmente las familias suelen negar el conflicto y se rehúsan a discutirlo, se detecta el medio familiar de la anoréxica es gris, cerrado y opresivo. A menudo se trata de familias sobreprotectoras, exigentes, de padres perfeccionistas y escrupulosos que tienen altas expectativas acerca del rendimiento de los hijos (Strada, 2002).

Por otro lado, la interpretación que da el psicoanálisis, es que para explicar el síntoma anoréxico es necesario observar qué buscan las chicas anoréxicas, que es comunicarse pero no encuentran destinatario, habiendo frustrado el sentimiento de expresión, muestran en su cuerpo lo que no pudieron decir con palabras. Esta hipótesis se encontró porque la mayoría de las anoréxicas se queja de no ser escuchada, ni querida, ni respetada, así es como ella se siente. El planteamiento psicoanalítico dice que hay que escuchar a la anoréxica: “se trata de poner palabras a lo más central en el ser humano, la relación con su inconsciente, el espacio de su subjetividad individual, único aquello que lo representa en su singularidad” (Strada, 2002: 14).

La escuela y la familia son los ámbitos en donde se desarrolla el preadolescente, por lo tanto, es en donde el psicólogo educativo hace énfasis en su trabajo diario, por lo cual es importante no seguir dando explicaciones al padecimiento, sino ahora lo importante es prevenir a las generaciones más jóvenes para que no sigan con patrones mortales.

Sintomatología

Los síntomas de la enfermedad son también diversos, pueden ser unas chicas que les interese la alimentación que les gusta cocinar, hablan de recetas y sugieren a otros qué comer. Hacen reuniones con el propósito de comer, pero luego ayunan prolongadamente, se auto inducen al vómito, abusan del ejercicio y de los laxantes (Papalia, 1988). Las personas con anorexia pueden realizar cualquier cosa para bajar de peso, empiezan a reducir drásticamente su ingestión calórica, y la hiperactividad continua a pesar de no tener grasa corporal. Las dietas que realizan suelen ser monótonas o muy excéntricas (Goldman, 2001).

En su carácter llegan a mostrar obstinación y tenacidad, esta actitud las conduce a enfrentamiento con otros, particularmente la autoridad médica y su entorno social y

familiar. Estos pueden poner en práctica varios recursos: seducción, chantaje, cuidados maternales y llamadas al sentido común y a su inteligencia (Strada, 2002).

La persona anoréxica puede experimentar deterioro en sus sentimientos ambivalentes como amor, odio, depresión, labilidad de estado de ánimo, retraimiento social, o y falta de interés sexual, así como cubren su cuerpo exageradamente (Gross, 2004).

Físicamente, tienen cambios primarios y secundarios. Los primeros corresponden por ejemplo a la amenorrea, pérdida de peso. En cerca de 20% de los casos, precede a cualquier pérdida obvia de peso, y algunas pacientes buscan ayuda para este problema en lugar de parar su anorexia (Gross, 2004).

En los cambios secundarios se encuentran problemas en el sistema cardiovascular (arritmias, bradicardia, hipotensión, disminución del volumen sanguíneo), cambios en el sistema gastrointestinal (dolores abdominales, estreñimiento, hinchazón, vómitos, flatulencias), en el sistema renal (formación de cálculos), manifestaciones hematológicas (anemia), entre otros, como desajustes electrolíticos, caída de cabello. (Toro, 1996). Los daños pueden ser también osteoporosis, pérdida de músculo, desmayos, fatiga y debilidad en general, resequedad en la piel, crecimiento de pelo delgado en el cuerpo para mantener calor, constipación crónica e infertilidad (Scherer, 2002).

El deseo de adelgazar voluntariamente, poco a poco se va agravando de tal forma que se convierte en una enfermedad autónoma e independiente de la voluntad de la persona, más que físicamente es mental, por lo que entre fobias, obsesiones, temores, rituales de defensa, aislamiento, desesperación, incomprensión, compulsiones, pérdida de la libertad, autodominio y autocontrol absurdo se va consumiendo el paciente (Chinchilla, 1995).

Siguiendo con el tema de los trastornos de la conducta alimentaria, a continuación se hace mención de la bulimia nervosa, que es también otro padecimiento del comer que es importante retomar.

Bulimia Nervosa

Historia

La definición de *bulimia* proviene, según Barriguete (citado por Salcedo, 1999) del griego y significa: "hambre de buey", ésta se caracteriza por la ingesta rápida y en un tiempo corto (menos de dos horas) ingiriendo alimentos altos en calorías, como por ejemplo: pastelillos, chocolates, botanas, etc. Posteriormente tienen conductas compensatorias para evitar el aumento de peso, tales como: abusar de laxantes, diuréticos o enemas, autoinducirse al vómito y hacer demasiado ejercicio.

La historia de la bulimia nervosa es distinta de la anorexia porque no se encuentran periodos que la dividan como tal, sin embargo se sabe que existían grupos en algunas épocas que realizaban el vómito después de atracones. Por ejemplo, los griegos acostumbraban los vómitos como prácticas religiosas y sociales. También en Roma, se realizaban grandes banquetes en las clases medias y altas, en los cuales los invitados podían acudir cuando se sintieran satisfechos a un lugar destinado para vomitar. En la Edad Media, el vómito era una forma en que la persona podía expulsar sus pecados y era un medio para dominar su apetito sexual (Chinchilla, 1995).

Durante el siglo XVIII, los atracones y el vómito comienzan a considerarse como problemas. En 1743, James es quien menciona el trastorno y lo distingue entre boulimus, que se refiere a atracones que finalizan en desmayos y caninus apetitus, que son atracones que terminan en vómito (Toro, 1996).

En 1950, se describía la bulimia como un patrón de conducta de algunos sujetos obesos. Posteriormente en 1960 y 1970 se reconoció como un aspecto relacionado con la anorexia nervosa (Norman, 2001).

A la par que investigaban la anorexia nervosa encontraron el padecimiento de la bulimia, se creía que sólo era un síntoma de la misma anorexia. Se separan como diferentes padecimientos en 1980 en la edición del DSM-III y DSM-III-R, que es el manual de trastornos mentales. Y la última versión está en el DSM-IV-R en donde se hace la diferencia de los diferentes desórdenes alimentarios, que son: anorexia nervosa, bulimia nervosa y trastorno no especificado (Holtz, 1997).

Actualmente la bulimia nervosa también se caracteriza como problema de la cultura de la delgadez, porque a cualquier precio quieren ser muy delgadas, un ejemplo claro de los medios de comunicación que transmiten a los jóvenes es el de un comercial de una firma comercial importante, que mencionan un mensaje como este: “prefiero decir mi edad que mi talla”, con un contenido como si el tener un trastorno de la conducta alimentaria fuera lo normal (Gómez-Peresmitré, 2002).

Criterios diagnósticos

Según el Manual Estadístico y Diagnóstico de los Trastornos Mentales, DSM IV TR The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM IV TR la Bulimia se caracteriza por:

- Atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por lo siguiente:

- Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (ej. periodo de dos horas) en cantidad superior a la ingesta de otro individuo en un tiempo similar y en circunstancias similares.

- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (ej. sensación de no poder dejar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

- La influencia que tiene el peso y la figura corporal es determinante en gran medida sobre la evaluación que se tenga de sí mismo. Se presentan conductas compensatorias, recurren a provocarse el vómito, exageran el uso de laxantes, diuréticos, enemas y otros medicamentos, ayunan o hacen demasiado ejercicio;

- Esta alteración se puede presentar aún fuera de algún episodio de anorexia nervosa. La compulsión al comer y las conductas compensatorias se presentan, en promedio, cuando menos dos veces por semana durante tres meses;

- La autoevaluación está influida, en forma exagerada, por la forma y el peso;

La anorexia se puede llegar a mezclar con la bulimia en algunos casos, puesto que el dejar de comer o saltarse comidas provoca involuntarias comilonas que el mismo cuerpo responde, ahora bien, por esto es importante estar al pendiente como psicólogo educativo de las conductas de los preadolescentes si empiezan a realizar dietas restrictivas.

Se consideran dos tipos de bulimia nervosa:

1. La de tipo purgativo, en la cual el individuo practicará regularmente el vómito o uso exagerado de laxantes, diuréticos o enemas;

2. La de tipo no purgativo, en donde el sujeto no hará uso de laxantes, no practicará el vómito, diuréticos o enemas en exceso. Hará uso de otras conductas compensatorias como ayunar o hacer ejercicio exagerado (López, 2002).

Dentro de la bulimia no se encuentra una pérdida de peso grave y en ocasiones tampoco se llega a presentar la amenorrea, por lo tanto es más difícil diagnosticar y las chicas bulímicas pueden durar más tiempo con la enfermedad y vivas que las anoréxicas. Algunos pacientes conservan el peso normal al alternar las comilonas con periodos prolongados de ayuno o hacen ejercicios en exceso, a estos bulímicos les llegan a llamar *bulímicos del ejercicio* (Norman, 2001).

Para hacer un diagnóstico de la bulimia se requiere de hacer un registro de atracones episódicos, recurrentes a la conducta compensatoria para bajar de peso, purgas episódicas, uso de laxantes, vómito, etc (Scherer citando a Zúñiga, 2002).

La bulimia se caracteriza por múltiples periodos de recaídas y mejorías, para tratar este padecimiento también es importante que se encuentre atendido el paciente por un equipo interdisciplinario (Norman, 2001).

Para la anorexia y la bulimia hay menos enfermos que sólo registren un padecimiento, por lo que se encuentran combinados. La diferencia entre anorexia purgativa y bulimia radica en que los primeros adelgazan hasta los huesos y en los bulímicos su peso puede fluctuar (Scherer citando a Zúñiga, 2002).

La evidente superposición entre los pacientes con bulimia nervosa y el subgrupo bulímico de los pacientes con anorexia ha conducido a algunos investigadores a cuestionar si en realidad estos son trastornos diferentes. Sin embargo, quienes sufren bulimia tienden a ser mayores, es menos probable que posean antecedentes de clase media y alta, resulta más probable que hayan presentado sobrepeso en el pasado y participado en conductas autodestructivas o antisociales e impulsivas (como robo, abuso de sustancias o provocarse daño deliberado) (Gross, 2004).

Es conocido entre las jóvenes bulímicas que existen diversas técnicas para autoinducirse al vómito y “mañas” que ellas pueden hacer para que nadie las descubra;

sin embargo, para nosotros como psicólogos educativos cercanos a la educación de niños y jóvenes, es contraproducente utilizar explícitamente las historias de anoréxicas y bulímicas para concienciar a los jóvenes, nuestra labor en dado caso es la de prevenir por medio de un trabajo interdisciplinario, en donde los médicos, psiquiatras, nutriólogos, etc, realicen la parte en donde pueden intervenir, y los psicólogos educativos apoyemos a los padres y profesores para desarrollar habilidades en los alumnos, en materia de comunicación, aprendizajes sociocognitivos, aprendizajes de nutrición adecuada y cuidado de la salud, etc.

Etiología

La bulimia, al igual que la anorexia tiene padecimientos multifactoriales, es decir que son factores que interactúan y componen un sistema que puede encontrarse en los diferentes ámbitos como son: familiar, individual, socio-culturales, psicológicos, algunos dicen que hasta biológicos (Saucedo, 1996). Hay estudios donde se afirma que puede ser hereditaria o se puede presentar por desajustes químicos (Hall, 1997).

Principalmente se piensa que es un padecimiento psicológico y emocional, porque la bulimia reduce la autoestima, culpa y vergüenza. Se calcula que el 60% de los pacientes que padecen enfermedades alimentarias reporta haber sufrido abusos sexuales. Al parecer el comer compulsivamente para quien fue abusado sexualmente es una protección tanto física como emocional. Y el vomitar puede ser una vía para expresar y liberar la ira y el autodesprecio (Hall, 1997).

La bulimia aparece la mayoría de los casos en la adolescencia o en el inicio de la edad adulta en sujetos que tratan conscientemente de adelgazar. El comienzo suele presentarse cuando existen cambios de situación de vida, como iniciar la universidad, separación del hogar, cambio de trabajo, etc. La evolución puede ser crónica, en donde se den periodos de mejoría relativa y empeoramiento de los síntomas (Norman, 2001).

Otra causa que según Hall (1997), por la cual las mujeres pueden desencadenar una bulimia es por lo que la mayoría de las mujeres de la cultura de la delgadez sienten la necesidad de ocultar los periodos menstruales y de controlar los olores corporales. Incluso las mujeres que han sido madres sienten que deben después aplanar sus estómagos, por lo tanto una enfermedad alimentaria puede suavizar el dolor de las presiones de ser mujer.

Sin embargo, hoy en día se han incrementado el número de hombres con bulimia dentro de la enfermedad, es entendible que los hombres puedan sentir estas emociones con una intensidad mayor puesto que en la bulimia se caracteriza por ser de mujeres. Así también se negarán muchos hombres a pedir ayuda, y algunos se negarán a tener la enfermedad. La mayoría de las investigaciones concluye que no hay diferencias cuando se comparan a los hombres y mujeres bulímicos (Norman, 2001).

Se ha encontrado que las personas bulímicas provienen de familias disfuncionales, depresivas, con padres alcohólicos o drogadictos y con historias de comedores compulsivos. Los niños que pertenecen a familias como éstas pueden llegar a creer que la comida- vómito es el escape para sus problemas (Hall, 1997). Se ha documentado que los bulímicos perciben a sus familias como poco expresivas, recreativas, se sienten en un ambiente hostil, rechazante, impulsivo. También la bulimia ha sido asociada con la carencia de afecto paterno, patrones desajustados en la familia (Saucedo, 1996).

Las teorías psicodinámicas insisten en que la naturaleza simbólica de las comilonas como manifestaciones de satisfacción de los deseos sexuales y agresivos, por tanto, los vómitos autoinducidos después de las comilonas podrían representar autocastigo originado por los remordimientos a causa de fantasías (Norman, 2001).

La publicidad hacia la delgadez emitida hacia poblaciones de niñas y adolescentes que reciben son constantes ambivalencias de mensajes en donde la

apariencia es más importante que sus pensamientos o sentimientos. Por tanto, se enfrentan a bombardeos de imágenes femeninas vistas como objetos (Hall, 1997).

En una investigación realizada por el doctor Barriguete en 1997 y 1999 en Michoacán, encontró que la cultura de la delgadez afecta a diversas poblaciones. Como es el caso de los purépechas quienes mostraron poca o ninguna preocupación por el peso delgado como prototipo de belleza. En cambio los michoacanos que emigraban a E. U. A, afirmaban sentirse solos y su alimentación cambiaba. Como el caso de una chica de 18 años de origen purépecha que emigró a Estados Unidos, al estar sola y depresiva comía en exceso, después por la culpa se autoinducía al vómito (Scherer, citando a Barriguete, 2002).

Como ocurre con la anorexia nervosa, la insistencia cultural en el aspecto juvenil delgado como el modelo único y sobrevaluado de belleza con éxito puede contribuir a la incidencia creciente de los trastornos de la conducta alimentaria (Norman, 2001).

Sintomatología

Los pacientes con bulimia casi siempre están conscientes de su conducta y a menudo hacen grandes esfuerzos para ocultarla. Se preocupan mucho por su aspecto físico y muestran una autoestima muy dependiente de la percepción de la forma y tamaño de su cuerpo. Su conducta sexual puede variar de promiscuidad a abstinencia sexual. Este trastorno se acompaña también de otros diversos síntomas relacionados con control insuficiente de los impulsos, como alcoholismo, abuso de sustancias, robos menores y automutilación (Norman, 2001).

La personalidad de los pacientes con bulimia se caracteriza por periodos de depresión e intentos de suicidio, además de reportar muchos problemas en el control de impulsos en diferentes áreas de su vida, así como dificultad para relacionarse con los demás (Saucedo, 1996). Los episodios de bulimia pueden ser precipitados por sucesos

estresantes, el rompimiento de reglas dietéticas autoimpuestas o quizá sean planeados (Groos, 2004).

Las bulímicas expresan miedo cuando tienen sus comilonas e informan que sólo cuando las nauseas y el dolor abdominal se vuelven intensos, es cuando interrumpen o caen dormidos, o cuando se inducen al vómito (Norman, 2001). De inicio, los atracones proporcionan un alivio placentero del apremio por comer y de otros tipos de tensión; pero poco después se presentan culpa y repugnancia (Groos, 2004).

La depresión es común (principalmente como síntoma secundario al trastorno alimenticio) y existe considerable labilidad del estado de ánimo. No es poco usual que quienes sufren el trastorno piensen en el suicidio o que, de hecho, intenten suicidarse después de los atracones de comida. Mientras que la negación es un aspecto típico de la anorexia, quienes presentan bulimia generalmente están muy conscientes de que tienen un grave problema y requieren ayuda, pero suelen ocultarlo (Saucedo, 1996).

Durante el desarrollo de la bulimia se presentan alteraciones físicas y biológicas, aunque mantienen su peso normal o no muy bajo tienen un alto riesgo de padecer cardiopatías, perforación de esófago, ruptura gástrica, pancreatitis y hernia hiatal (Chinchilla, 1995). Los incidentes repetidos de vómito causan una disminución de potasio que induce debilidad, arritmia cardiaca (ritmo cardiaco irregular) daño renal. También pueden presentarse infecciones urinarias y crisis epilépticas. El esmalte dental se erosiona por el ácido gástrico producido a causa del vómito (Groos, 2004).

Algunas otras complicaciones de la bulimia son: piel deshidratada, uñas quebradizas, bradicardia e hipotensión, constipación por decremento en la motilidad intestinal, irritación de las mucosas bucales por el vómito provocado, alargamiento de las glándulas parótidas, dolor abdominal por el vómito y calambres por la pérdida de minerales en niños o jóvenes hay reducción en la estatura y decaimiento de la maduración ósea (Saucedo, 1996).

Así como también el abuso de laxantes puede irritar las terminaciones nerviosas intestinales, lo cual puede provocar contracciones, padecen de dolores rectales, gases, diarrea y tumores intestinales deshidratación severa, enfermedades digestivas, amenorrea, malnutrición, anemia, ampollas en la garganta, hemorragia interna, hipoglucemia, entre otras (Hall, 1997). Otros síntomas que lo acompañan son los edemas en pies y manos, dolor de garganta y fatiga (Norman, 2001).

Entonces, aunque las bulímicas no parezcan enfermas a simple vista pueden presentar graves problemas que al tiempo se verían los síntomas, por lo tanto es importante siempre estar atento como padre, maestro o tutor del niño en cuanto a sus actitudes, comportamientos, en sus diferentes ámbitos del preadolescente.

Tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en México

El tratamiento se debe iniciar tan pronto como se identifiquen los primeros síntomas, ya sea de anorexia o bulimia (Papalia, 1988). Por un lado, en el tratamiento de la anorexia nervosa tiene la finalidad de contrarrestar los efectos de inanición al promover el aumento de peso y restablecer el equilibrio nutricional normal (Norman, 2001).

Un ejemplo de enfoque en el tratamiento de la anorexia es el siguiente:

1.- Valorar y tratar las complicaciones médicas del ayuno.
2.- Decidir si es necesaria la hospitalización.
3.- Completar la investigación de laboratorio.
4.- Restaurar el equilibrio nutricional mediante una alimentación normal y alentar el aumento de peso.
5.- Diagnosticar y tratar la depresión.
6.- Identificar y tratar los conflictos psicológicos.
7.- Valorar a la familia.
8.- Proporcionar apoyo en curso.

En cambio en el tratamiento de la bulimia nervosa, es importante primero evaluar los mecanismos de purga, por lo tanto se ha encontrado gran dificultad e ineficacia en los tratamientos de bulimia que en los de anorexia porque tienden a recaer más fácilmente y un ejemplo de enfoque del tratamiento es el siguiente (Norman, 2001):

1.- Evaluar y tratar las complicaciones médicas relacionadas con bulimia nervosa.
2.- Averiguar los mecanismos de purga.
3.- Hospitalización cuando se requiera.
4.- Diagnóstico y tratamiento de las depresiones.
5.- Identificar y tratar los fundamentos psicológicos y cognitivos de la conducta bulímica.

Tanto en las bulímicas como en las anoréxicas lo más común es que sea llevada la chica al hospital y sea supervisada las 24 horas, en donde le darán el tratamiento de drogas para estimular el apetito e inhibir el vómito. Así como también es importante un trabajo interdisciplinario, en donde la psicoterapia individual y de familia son bastante relevantes (Papalia, 1988). La reeducación alimentaria, las terapias de grupo con formatos psicodinámicos, cognitivo-conductuales son formas de tratar la enfermedad.

En México los trastornos de la conducta alimentaria son problemas que están siendo tratados por los especialistas en el tema. A continuación se mencionan algunas propuestas que se han dado al respecto para la solución del conflicto:

1.- Sylvia Ortega Salazar, Subsecretaria de Servicios Educativos para el Distrito Federal, reconoció después de evaluar en una prueba a un millón de niños de nivel básico, que el 50% de estos padecen sobrepeso, obesidad y trastornos alimentarios. Y comentó que se adecuará el Programa de Educación Física, que tanto padres como alumnos tendrán conocimiento de éste. Y propuso el incremento de horas de clase en educación física en todas las escuelas públicas, desde preescolar hasta secundaria. Además puso en marcha el Programa Interinstitucional de Educación Saludable (Cancino, 2003).

2.- El Instituto Nacional de Psiquiatría estableció una clínica de trastornos de la conducta alimentaria, dentro de ésta les dan terapia interdisciplinaria, con consultas externas, terapias cognitivo-conductuales, terapia de imagen corporal, grupo de asesoría a padres, grupo socioeducativo, servicios de terapia familiar, nutriología y hospitalización (Galán, 2003).

3.- En la Universidad Autónoma de México se hizo en Octubre de 2003 un programa para reducir casos de anorexia y bulimia a través de tratamientos psicológicos, basados en tres estrategias, la primera es el análisis de mensajes publicitarios, la segunda se refiere a incidir en la modificación de actitudes y la última en el desarrollo de la asertividad. Este programa lo llevó a cabo la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré, en donde resaltó que la educación debe tomarse en cuenta en estos desordenes. Dijo que: *A la mujer se le educa como objeto sexual, para gustar a los demás; entonces es más factible que caiga y se enganche con querer estar delgada*. Además afirma que: *Las niñas deben aprender a decir no y defender sus razones, que esto tiene que ver con la autoestima* (Sánchez, 2003).

4.- Por último, las universidades se encuentran tan alertas que han propuesto, cuatro de ellas, reestructurar el artículo 3° constitucional porque sustentan que desde 1917 no se ha modificado el artículo y que sería conveniente integrar en la educación el correcto comportamiento nutricional en los alumnos, informándolos así, de esta manera (Arredondo, 2003).

Si seguimos buscando soluciones es grande la lista de lugares, especialistas, institutos y hospitales que atienden el problema, también hay diversos costos para los diferentes niveles socio-económicos, pero entonces qué ¿Continuamos curando cuando podemos prevenir? con relación a esto la Dra. Montilla (2001) nos confirma que es significativo proponer programas de prevención que se lleven a cabo en las escuelas, para favorecer un cambio de actitud en los adolescentes, dando información educativa; también plantea la importancia de trabajar en el desarrollo de instrumentos sencillos y

cortos, para que los maestros puedan hacer la detección en fases tempranas de los trastornos; esto les permitirá intervenir eficazmente y con tratamientos adecuados, además de prevenir.

Asimismo, citando a Gómez-Peresmitré (2005) resalta que más que implementar sólo programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en las diferentes poblaciones escolares, es relevante informar a padres de familia y maestros para que le den manejo e identificación adecuados a la problemática.

El comer de manera saludable y los peligros de las dietas son temas que deben ser incorporados en los planes de estudio de todas las primarias, secundarias y preparatorias. Debemos educar aún más a los padres, maestros y a los futuros padres, así como instructores de educación física, con miras a la detección temprana e intervención (Hall, 1997).

Existen diversos factores que pueden llevar a padecer los trastornos de la conducta alimentaria, por lo cual la Dra. Gómez-Peresmitré hace mención de los factores y su relevancia en poblaciones de preadolescentes, por lo tanto a continuación se toman en cuenta como fundamentos principales de la investigación.

Factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios

La Dra. Gilda Gómez-Peresmitré (2005) es destacada en el ámbito de la investigación de los trastornos de la conducta alimentaria; durante una entrevista aclara que su equipo se ha dedicado durante 10 años a trabajar en la detección de factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en México y principalmente, en la prevalencia y estadísticas de adolescentes, preadolescentes y niños, encontrándose que los factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo, favoreciendo al desajuste o al desequilibrio del

mismo, e incrementa la probabilidad de enfermedad y facilita las condiciones para la manifestación de un trastorno (Gómez-Peresmitré, 2000).

Menciona que los factores de riesgo en el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se han clasificado desde diferentes perspectivas, siendo las más importantes: 1) los asociados con imagen corporal; 2) los asociados con conducta alimentaria; 3) aquellos relacionados con el cuerpo, biológicos; 4) aquellas prácticas compensatorias (Gómez-Peresmitré, 2000).

Como intervienen diversos factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios, es conveniente explicar más a fondo cuáles son los más representativos:

- Ser mujer: hay estudios retrospectivos que evaluaron las expectativas corporales para las participantes en los concursos de belleza y revistas de moda, estos, encontraron que las dimensiones corporales de la mujer habían ido descendiendo significativamente de 1959 a 1988, además de que al mismo tiempo aumentó el número de anuncios en revistas populares femeninas relacionados con dietas reductivas, productos para bajar de peso (Montilla, 2001). También observaron que hay indicadores de riesgo en el género femenino aunque hace falta hacer más investigaciones al respecto (Gómez-Peresmitré, 1997).

- Estar en la preadolescencia y presentar insatisfacción con la imagen corporal: la etapa de la preadolescencia se encuentra llena de cambios, por lo que hay mayor vulnerabilidad en los jóvenes. Sin embargo, intervienen variables tanto familiares como sociales, psicológicas o individuales para el desarrollo de un trastorno alimentario. La imagen corporal es importante durante la pubertad por los cambios físicos y biológicos que presentan los estudiantes. La imagen corporal es una representación evaluativa, que está influenciada en el contexto socioeconómico, el entorno cultural en la construcción de una propia imagen corporal (Gómez-Peresmitré, 2001). También puede existir el miedo a madurar,

el deseo de permanecer en la seguridad de los años preadolescentes, dadas las excesivas demandas de la vida adulta, trayendo como consecuencia la inconformidad o disgusto con lo que uno es, desde el punto de vista físico (Montilla, 2001).

- Motivación para adelgazar, realizando dietas: la excesiva preocupación por la dieta y el peso, tanto por el deseo de perder peso, como por el temor exagerado a ganarlo. Las chicas jóvenes que realizan dietas tienen más propensión a desarrollar trastornos de la alimentación, afirma Gómez-Peresmitré (1998) ya que la restricción calórica y /o la práctica de ayunos, provoca un aumento en el apetito que puede traer como consecuencia atracones; así como, también provocar una disminución del metabolismo corporal que conduce a alteraciones de peso, sin importar la edad. Y el riesgo que tienen los dietantes adolescentes es ocho veces mayor que los que no hacen dieta (Gómez-Peresmitré, 1998). En un estudio de niños y niñas, de un total de 487 de escuelas públicas y privadas, encontraron que 121 niños hacían dieta intencional. En este caso los escolares que hacían dieta para bajar de peso consumían menos alimentos, y disminuía el consumo de alimentos tradicionalmente considerados como *engordantes* (pan, tortillas, tacos, tortas y similares) (Gómez-Peresmitré, 1998).

- Presión social: influencia que ejerce la familia, los amigos y los medios sociales para que una persona adelgace. Existen diferentes razones sobre la creciente popularidad de las dietas, entre ellas destaca el poder de los estereotipos sociales sobre la delgadez, significado de belleza, salud y autocontrol, mientras que la obesidad se asocia con autoindulgencia, glotonería y pereza. Entonces el resultado de presiones de una cultura de la delgadez, del peso/tamaño y forma real, con comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social, los factores que intervienen (Gómez-Péresmitré, 1997).También se destacan los factores cognitivos, por ejemplo el de la preocupación por la comida, que contribuye a exacerbar el problema de la conducta dietaria, como consecuencia

de la pérdida de peso y la autoinanición; los alimentos, la comida y el peso corporal comienzan a dominar el pensamiento del dietante (Gómez-Péresmitré, 2002).

- Deseo de tener una figura ideal, delgada y muy delgada, independientemente de que tenga el peso normal o se encuentre por debajo de éste. Encontraron indicadores o tendencias de riesgo similares a las documentadas en las muestras de adolescentes, se parecen a los preadolescentes: presentan insatisfacción con la imagen corporal, y sobreestimación de la misma, preocupación por el peso y una fuerte motivación y actitud favorable hacia la delgadez, en la que la figura ideal es, prácticamente, una figura anoréxica (Gómez-Peresmitré, 1997).

- Baja autoestima a causa de la apariencia: valoración de sí mismo a partir de la percepción de la imagen corporal. La distorsión de la imagen corporal, sobrestimación y subestimación, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal son otros factores más que encontraron en las investigaciones de la Dra. Gómez-Peresmitré (1997).

- Participación en actividades que involucren una presión alta para mantener el cuerpo delgado, y en las que además existe un alto grado de exigencia y competitividad como son: el modelaje, medio artístico, atletismo, ballet y patinaje, entre otros (Unikel, 1998).

Por último, los sentimientos generales de inadecuación, inseguridad, inutilidad, falta de control sobre la propia vida, desconfianza interpersonal, aversión generalizada hacia las relaciones interpersonales íntimas, aunado a ciertas características de personalidad complejas y problemas psicológicos son más factores de riesgo que

sumados o por sí solos permiten la detección de trastornos alimenticios que comprometen la salud y el destino de un gran número de jóvenes (Montilla, 2001).

Por lo tanto, es importante hacer énfasis en los agentes desencadenantes de problemáticas como anorexia y bulimia, si no es posible de una prevención, por lo menos de una identificación de las poblaciones en riesgo, en este caso los preadolescentes.

Imagen corporal en los trastornos de la conducta alimentaria

La imagen corporal es un aspecto que es tomado en cuenta dentro de los trastornos de la conducta alimentaria porque investigadores como: Strada (2002), Gómez-Peresmitré (2001), Román (1998) y Saucedo (1996) han encontrado que es un factor determinante en el desarrollo de la bulimia y anorexia, además que dentro del diagnóstico de los anoréxicos, una de las causas fundamentales está en una grave distorsión de la imagen corporal, con un importante componente depresivo y la consecuencia de la disminución de la ingesta es una severa desnutrición crónica.

Por lo tanto, es importante conocer el significado de imagen corporal. Según Gómez-Peresmitré (2001) a la Imagen Corporal la define de diversas maneras, entre ellas se considera una actitud hacia el propio cuerpo y la apariencia. Finalmente la definición más completa es que la imagen del cuerpo puede “concebirse como una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, entre ellas, la sensación de cuerpo que se tiene desde la niñez más temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de cambios físicos y biológicos” (Gómez -Peresmitré, 2001: 274).

También desde el punto de vista psicoanalítico se dice que la imagen del cuerpo se constituye en una relación estrecha con el semejante. Hay una mirada del otro que

tiene un papel determinante en la estructura del yo y de la imagen especular, que marca para cada sujeto la perspectiva de sus ideales y los mandatos a los que se va a someter (Strada, 2002).

La imagen corporal es una organización y elaboración cognoscitiva compleja y consciente de conjuntos y representaciones y afectos de la unidad de un cuerpo objeto y un cuerpo sujeto, esto se refiere a que existen realidades externas como: cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros y realidades internas como: la percepción de sí mismo, autoevaluación, auto atribución (Gómez-Peresmitré, 1998).

La autoimagen y la autoestima están relacionadas porque las dos se elaboran a lo largo de la vida, en situaciones vividas, percepciones, pensamientos, emociones y comportamientos que se derivan de la vida (Saucedo, 1996). Del concepto de autoimagen se derivan tres puntos importantes que son:

1. La imagen corporal. Se refiere a las características físicas o aspecto estético, es la representación mental del cuerpo. Constituye una parte importante de la autoestima.

2. La imagen de la personalidad. Son los rasgos que definen la forma habitual de comportarse y reaccionar en relación con los demás.

3. La imagen de las aptitudes. Son las cuestiones que explican las capacidades personales.

Las tres se interrelacionan y son variables que se tienen que tomar en cuenta en una intervención educativa para mejorar la autoimagen del anoréxico o futuro anoréxico (Saucedo, 1996).

Se ha establecido que la variable satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal es uno de los factores de riesgo asociados con los trastornos alimentarios y otras dificultades psicosociales, el tener satisfacción corporal contribuye a la adaptación personal y social, así como una autoestima alta, con un equilibrio emocional. Por lo tanto un cuerpo percibido de manera negativa o con insatisfacción corporal se relacionará con agentes de riesgo para padecer un trastorno alimentario (Gómez-Peresmitré, 2001).

Se distinguen dos modalidades de la disfunción de la imagen corporal, llamadas *distorsión perceptual del tamaño del cuerpo* y *disatisfacción evaluativa cognitiva*. La primera es cuando una persona presenta dificultades para medir con precisión su tamaño corporal. La segunda es la imagen corporal actitudinal que se refiere a una insatisfacción con el cuerpo. Por ejemplo un paciente con trastornos alimentarios calcula adecuadamente su talla pero se encuentra insatisfecho con su cuerpo. Finalmente, la discusión se encuentra en que existen más anoréxicos en el rubro de imagen corporal actitudinal que en el primero que es la distorsión perceptual del tamaño (Gutiérrez, 2001).

Las transformaciones de su cuerpo que tienen los preadolescentes, debido a su desarrollo de género y sexo, se ven confrontados por los estándares culturales de belleza en cuanto a la evaluación de sus propias imágenes corporales (a través de los medios y de las relaciones de los demás). Por lo tanto, se hace énfasis en la relación que existe entre preadolescencia femenina e imagen corporal, porque el Dr. Groos (2004) menciona que en sus investigaciones se observa gran relación entre la insatisfacción de las niñas con su apariencia y que ésta comienza durante la pubertad, junto con su descenso en autoestima. La comparación entre niñas con maduración temprana o tardía indica que la satisfacción con aspecto físico se asocia con el rápido y normal aumento de peso que es parte del crecimiento. Las niñas con maduración temprana tienen una imagen corporal menos positiva, a pesar del hecho de que tienen una mayor cantidad de pretendientes antes que las demás niñas. En contraste con los

niños maduros a temprana edad se sienten más atractivos y tienden a estar más satisfechos con sus cuerpos en aspecto físico y desarrollo muscular (Groos, 2004).

Esto puede producir un cambio que se manifiesta en prácticas dietéticas en niñas, lo que puede conducir a trastornos de la conducta alimentaria, por lo mismo es importante hacer énfasis en la satisfacción del cuerpo durante esta etapa crucial en la vida.

Preadolescencia

La adolescencia es un proceso evolutivo, cambiante, común en todo ser humano, y se inicia en la etapa puberal llamada adolescencia temprana o preadolescencia. En ésta comienzan a aparecer los signos sexuales secundarios (entre los 10 y 12 años), continúa con la adolescencia media, en la que los cambios puberales ya se encuentran establecidos (de 13 a 15 años), y termina en la adolescencia final, que puede ir desde los 16 años hasta los 18-20 años de edad (Gómez-Peresmitré, 2001).

Entonces, la etapa de la preadolescencia es un cambio de la niñez a la adolescencia, este es un periodo en que los individuos empiezan a alcanzar la madurez física y sexual (Woolfolk, 1996); también durante esta etapa comienza la aparición de los caracteres sexuales primarios y secundarios; el hecho físico fundamental que ocurre a esta edad es la aceleración del crecimiento en longitud y el aumento de la masa corporal, comúnmente conocido como el “estirón puberal” (Román, 1998).

La pubescencia se da antes que la pubertad, ésta es un estadio de rápido crecimiento fisiológico, es cuando maduran las funciones reproductivas y los órganos sexuales primarios y las características sexuales secundarias. La pubescencia dura dos años aproximadamente, se caracteriza por el crecimiento repentino del adolescente y termina en la pubertad. La secuencia de los hechos puberales varía dependiendo de cada individuo (Papalia, 1988).

La pubertad es uno de los acontecimientos más dramáticos del desarrollo del ser humano. Es una metamorfosis que transforma el cuerpo de la niña en un cuerpo de mujer y el cuerpo del niño en un cuerpo de hombre, lo cual conduce a la posibilidad de la reproducción. Los cambios son rápidos y pronunciados durante la primera parte de la pubertad, en la última parte se reduce la velocidad y se contemplan los cambios iniciados anteriormente. Simultáneamente y con velocidad paralela a los cambios físicos hay cambios en las actitudes y en la conducta (González, 2003).

Las transiciones múltiples de la adolescencia se pueden caracterizar como normativas de la maduración, normativas dependientes de la sociedad y no normativas. Los cambios normativos pueden volverse no normativos, cuando la pubertad comienza de manera inusualmente temprana o tardía (Groos, 2004).

Los cambios normativos de la maduración se refieren al crecimiento repentino (ambos sexos), menarca (primera menstruación), primeras emisiones nocturnas ("sueños húmedos"), alteraciones en la voz (muchachos), cambios en los órganos sexuales, comienzo de la excitación sexual, cambio de relaciones románticas, identidad de rol de género, modificaciones en sus relaciones con adultos, aumento en autonomía y responsabilidad. Los cambios normativos dependientes de la sociedad comprenden ir de educación básica a media, terminar la escuela, iniciarse en alguna ocupación, adquirir derechos legales para el voto, sexo, comprar bebidas alcohólicas, licencia de manejo, servicio militar y cohabitación (Groos, 2004).

Posteriormente, los cambios no normativos incluyen divorcio de los padres, duelo familiar, enfermedad, desastres naturales, guerra, incesto, emigración, intrusión de la red de compañeros, conductas de toma de riesgos "desventaja" (debida a género, nivel socioeconómico, discriminación regional o étnica), impedimentos físicos, mentales o ambos (Groos, 2004).

En cuanto a los cambios fisiológicos suelen distinguirse tres periodos: 1° Prepuberiano, actividad de crecimiento, actividad de algunos caracteres sexuales primarios; 2° Puberiano, desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, época de la menarquia y la primera eyaculación; 3° Pospuberiano, las glándulas sexuales y los órganos genitales adquieren su desarrollo y funcionamiento completo, extendiéndose más en la adolescencia (González, 2003).

La pubertad es el momento en que la persona madura sexualmente y es capaz de reproducirse. Durante esta etapa el individuo presenta cambios en sus características sexuales primarias que son las que se encuentran directamente relacionadas con los órganos sexuales, para el varón, cuando las vesículas seminales y la glándula prostática aumentan de tamaño; y en cambio en las chicas, los ovarios aumentan de tamaño (Gross, 2004).

En lo que se refiere a las características sexuales secundarias, éstas incluyen otros signos fisiológicos de maduración tales como el desarrollo de los senos en las niñas y el ensanchamiento de los hombros en los varones. Otras características que aparecen en ambos sexos son: cambio de voz, cambios en la piel y crecimiento del vello púbico, facial, axilar y corporal (Papalia, 1988).

Para ambos sexos, hay un incremento en el tamaño de hombros y caderas, brazos y piernas, altura y peso corporal total. El crecimiento tiende a ser más rápido en la periferia y se mueve hacia el tronco, así que el adolescente parece ser “todo brazos y piernas”. Por supuesto, el tamaño vuelve, con el tiempo, a una proporción (Berryman, 1994).

La pubertad en niñas es distinta a la de los niños, resulta ser una transición más difícil para las niñas que para los niños. Esto se debe al significado subjetivo del cambio corporal (lo que implica para el individuo), que refleja la relevancia sociocultural de la pubertad. Según la hipótesis del ideal cultural, la pubertad acercará a los niños varones

a su ideal físico (el aumento en la distribución de la musculatura y de la capacidad pulmonar produce mayor resistencia, fortaleza y habilidades atléticas), mientras que aleja a las niñas del suyo (ensanchando caderas, crecimiento de senos, etc). Para las niñas, en promedio comienzan la pubertad dos años antes que los niños, es normal experimentar un aumento en la grasa corporal además de un rápido incremento de peso, con lo que sus cuerpos se parecen menos al ideal cultural occidental de la supermodelo delgada (Groos, 2004).

La pubertad no es sólo un asunto de cambios en el tamaño y forma del cuerpo, ocurren también secreciones glandulares, en particular en las que controlan la función sexual. Hasta la pubertad, varones y mujeres tienen cantidades similares de ambas hormonas sexuales en el torrente sanguíneo, con sólo una pequeña proporción más de la hormona relevante al sexo. Los niños tienen casi tanto estrógeno (la hormona sexual femenina) como andrógeno. Sin embargo, en la pubertad hay un marcado incremento en la secreción de la hormona relativa al sexo. Los cambios hormonales conllevan, como resultado, cambios psicológicos, porque los jóvenes tendrán que manejar su excitación sexual en aumento (Berryman, 1994).

Se habla de crisis durante la preadolescencia y adolescencia porque representan muchos cambios para la persona:

- Cambios biológicos: aparición de vello en axilas y pubis, los senos crecen y las caderas de las niñas se ensanchan, los cambios hormonales en los varones transforman sus cuerpos, la voz cambia.

- Cambios en la sexualidad: con las modificaciones hormonales aparece la capacidad a la actividad sexual y la procreación (hay fantasías, deseos y atracciones por tener un compañero íntimo).

- Cambios de su lugar en la sociedad: el adolescente tiene más obligaciones (responsabilizarse de algunas tareas del hogar, quizá ayudar económicamente);

es el momento de empezar a pensar en su orientación profesional, los derechos que adquiere le traen mayor compromiso, hay una cierta autorización social de la pareja (Papalia, 1988).

Todo lo anterior aporta cambios en su identidad. El joven responderá de sus actos, podrá elegir independientemente de las expectativas de sus padres, y empezará a tener un proyecto de vida personal. Aunque estos cambios se dan con el tiempo, es un cambio que abarca prácticamente todos los aspectos de la personalidad: el hijo se separa psicológicamente de sus padres (Papalia, 1988).

Otro aspecto es el desarrollo cognitivo que los niños comienzan a liberar pensamientos en su propia experiencia particular. Se vuelven capaces de desarrollar un pensamiento en donde pueden proponer hipótesis y deducir consecuencias. Su lenguaje es rápido, versátil y tiene un uso extenso (Berryman, 1994).

Por lo tanto, es relevante que dentro de la etapa de la preadolescencia se tomen en cuenta los múltiples cambios del estudiante para realizar cualquier intervención escolar, porque es una etapa de transición biológica y social.

Piaget ha descrito etapas por las que se da el desarrollo cognitivo del ser humano, como la teoría psicogenética, descrita a continuación:

Teoría psicogenética

Dentro de esta teoría el desarrollo del niño se caracteriza por la construcción de estructuras sucesivas, las cuales son necesarias para la cimentación del siguiente período de evolución. Piaget (citado por Sierra, 1983) describe el desarrollo en cuatro estadios de diferente complejidad estructural y cualitativamente distintos entre sí.

Considera que existen diversos factores que influyen en la evolución intelectual del niño. Estos factores se refieren a la maduración de las estructuras cerebrales, a la experiencia física, a la experiencia social y al equilibrio.

El equilibrio se refiere a los conceptos de asimilación y acomodación que se dan en un continuo a lo largo del desarrollo, la asimilación implica que conforme el sujeto amplía sus experiencias, va adquiriendo comprensión de su mundo a su alrededor y, la acomodación significa que logra integrar la nueva información a las estructuras previamente conformadas incrementándose su conocimiento.

Los cuatro estadios son:

1. Estadio sensoriomotor (0 a 2 años) que a su vez se divide en seis subestadios, el primero es ejercicio de reflejos (0 a 1 mes), el segundo es de esquemas simples (1 a 4 meses), el tercero es de coordinación de esquemas (4 a 8 meses), el cuarto es inicio de la intencionalidad (8 a 12 meses), el quinto es de experimentación activa de nuevas coordinaciones (12 a 18 meses) y el sexto es de invención representativa de nuevas coordinaciones (18 a 24 meses). En esta etapa el bebé comprende por medio de percepciones y movimientos.

2. Estadio preoperatorio (2 a 7 años) que se subdivide en dos subestadios, el de pensamiento simbólico y preconceptual (2 a 4 años) y el de pensamiento intuitivo (4 a 7 años). Esta etapa se caracteriza por la aparición de “esquemas simbólicos” o “esquemas representativos” que van desde los símbolos deformados hasta la aparición de los signos, que constituyen el “lenguaje” que gracias a éste se realiza el proceso de socialización.

3. Estadio de las operaciones concretas (7 a 11 años). En esta se presenta el desarrollo de las limitaciones de la etapa anterior, es decir, el niño se libera de su egocentrismo social e intelectual y adquiere nuevas formas de percibir la “causalidad”.

4. Estadio de las operaciones formales (11 a 16 años). En ésta es en donde se manifiesta la construcción de sistemas o teorías. El individuo puede ya trabajar con el pensamiento formal, el hipotético-deductivo, que es capaz de reflexionar y desligar el pensamiento de lo real para liberarlo y permitirle que edifique a voluntad reflexiones y teorías, anticipándose a interpretar las experiencias (Sierra, 1983).

Los preadolescentes se encuentran en el estadio de transición de operaciones concretas y el estadio de operaciones formales, por lo tanto empiezan a aparecer las capacidades básicas del razonamiento y de la lógica que permiten que el estudiante tenga una estimación precisa de la realidad. El muchacho asimila de manera significativa los conceptos (Díaz, 1997).

Por lo tanto, se puede reflexionar más con los preadolescentes y según Piaget (citado por Díaz, 1997) pueden jugar ya con reglas, así mismo existen cambios en su forma de ver la vida, ahora son más realistas y se encuentran a poco tiempo de conformar un desarrollo cognitivo adulto.

En la preadolescencia un tema necesario es el de la alimentación, ya que cuando un joven se nutre de la diversidad de alimentos, se encuentra con la capacidad de rendir en cualquiera de los ámbitos, sin embargo, hay estudiantes que por los cambios corporales o de vida modifican sus hábitos alimenticios, por lo tanto en el siguiente apartado se hace mención de la importancia de la alimentación.

Alimentación del preadolescente y su repercusión cognitiva

La nutrición durante la etapa de la pubertad influye en gran medida, pues los estudiantes requieren mayor aporte energético, suficientes proteínas para soportar los

cambios. Otro aporte nutricio fundamental durante la preadolescencia es el hierro, porque no sólo se requiere para el mantenimiento del cuerpo, sino también para el crecimiento de los tejidos corporales (Álvarez, 1991).

En los varones el hierro sirve para el crecimiento muscular y en las mujeres es fundamental para dar aumento en el volumen sanguíneo; es para que el cuerpo se encuentre preparado para las pérdidas de sangre por la menstruación (Casanueva, 1995); si el joven por alguna razón no ingiere proteínas o vitaminas, o tiene algún déficit de minerales, dichas deficiencias pueden detener la velocidad de su crecimiento, además de provocarle otros trastornos, el calcio es un nutriente esencial en periodos de crecimiento como: infancia y adolescencia.

Además uno de los cambios físicos más importantes en la pubertad es la masa corporal, que se duplica y la composición del organismo cambia. En los varones el tejido del músculo y hueso aumenta el doble, y las chicas acumulan mayor cantidad de grasa. Esto da lugar a los diferentes requerimientos nutricionales durante la adolescencia (Román, 1998).

Los escolares se encuentran frente a la influencia de alimentos no naturales, carentes del necesario balance vitamínico como dulces, refrescos, pasteles y muchos otros; los papás han determinado una dieta permitida, con tal de que el pequeño *coma*, ahora bien, el comer adecuadamente es una elección que los niños no eligen, sólo comen lo que les gusta y lo que no, lo dejan; por lo tanto es importante educarlos, principalmente desde la familia porque es en donde los niños adquieren los hábitos alimentarios, haciendo referencia a las cantidades, combinaciones de alimentos, horarios y lugares (González, 1999).

Por esto mismo, durante el periodo de la preadolescencia, que es una etapa decisiva para el desarrollo físico, psíquico y social del niño/a, debe cuidarse la alimentación pues puede ser de especial riesgo para evitar conductas alimentarias

indeseables que repercutan en la salud a largo plazo, ya que en la actualidad los adolescentes enfrentan muchos riesgos, incluyendo embarazo, trastornos de la alimentación, abuso de drogas, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y suicidio (Woolfolk, 1996; Román, 1998); de ahí la atención que debe darse, particularmente en el ámbito escolar, desde donde puede impulsarse la vitalidad de las nuevas generaciones.

La capacidad cognitiva en un preadolescente puede estar influida por una serie de variables, se caracteriza por otros tipos de cambios de naturaleza cognitiva (el paso progresivo del pensamiento concreto al formal, social, descubrimiento y exaltación de sí y afán de independencia), así como la aparición de nuevos valores e intereses. (González, 2003).

Los factores principales son múltiples, el estado nutricional, el estado de salud, la situación socioeconómica, la familia, escuela y el ambiente en general, etc. El reto principal del preadolescente que se convertirá en adolescente es la combinación de capacidades intelectuales más sofisticadas, hace que los jóvenes estén preocupados por encontrar su propio lugar dentro de la sociedad adulta (Groos, 2004).

Además, dentro del bajo rendimiento escolar según el Instituto Internacional del Planeamiento de la Educación (IIPE, 1999), los factores nutricionales del niño, corresponden a una variable que influyen en el rezago educativo. También se menciona que un niño mal alimentado en ocasiones es indiferente, apático, desatento, con una capacidad limitada para comprender y con frecuencia se ausenta del colegio, además se ve reflejado en el proceso de aprendizaje y rendimiento escolar.

En este caso de la alimentación pueden perjudicar la salud del escolar en gran medida, por ejemplo un niño que comience a eliminar ciertos alimentos de su dieta diaria puede ser un punto particularmente problemático ya que es necesaria una ingesta calórica adecuada para el crecimiento saludable, por lo que una reducción sustancial

puede resultar muy riesgosa para la mayoría de los niños (Gómez-Peresmitré, 1998: 38).

Al mencionar una dieta restrictiva también se puede hablar de debilidad que para Levinger (1994) los problemas de desnutrición perjudican la capacidad del organismo bioquímico e impiden la adquisición de las técnicas y los conocimientos necesarios para progresar satisfactoriamente en la escuela. Por ejemplo las anoréxicas una vez que comienzan a adelgazar en ocasiones se detiene la menstruación, y si se encuentran en la etapa de la pubertad, también retardan en crecer los senos, la redondez de las caderas, etc. (Papalia, 1988).

Así pues, no importa si la escuela o los maestros son de alta calidad, cuando los niños se encuentran desnutridos o enfermos, son débiles para poner atención y a consecuencia, el rendimiento será bajo. Además, con los trastornos de la conducta alimentaria como anorexia y bulimia, el aprendizaje y memoria se ven alterados, (García, 2003).

Igualmente, es de relevancia que el psicólogo educativo apoye al profesor y a la familia para detectar la influencia de la salud en la capacidad cognitiva de los niños. Y a dar medidas educativas para que los niños no realicen dietas restrictivas que perjudiquen su bienestar cognitivo.

El juego como sustento en la Psicología Educativa

El juego es una de las actividades más antiguas que se conocen; hoy en día podemos encontrar manifestaciones de ello a través de estudios antropológicos. Antes el juego se entendía como una simple actividad lúdica, sin embargo se han encontrado características interesantes en común: libertad, alegría, sentimientos (Martínez, 2000).

El juego para muchos es no hacer nada y solo divertirse, sin tomar en cuenta que el jugar cotidianamente implica en cualquier etapa de la vida, ya sea niño o adulto, un equilibrio físico y psicológico para el organismo. En términos psicológicos el juego es considerado como una actividad necesaria y espontánea del niño. Pero en términos biológicos es un desarrollo pleno de potencialidades congénitas y preparadas para su ejercicio en la vida (Sierra, 1983).

Así entonces podemos encontrar definiciones del juego, según teorías biológicas: que indican la necesidad que tiene el niño de jugar para obtener algún beneficio corporal o psicológico directamente de la actividad lúdica; teorías sociales: sostienen que se juega para comunicarse con los demás; teorías educativas: estas señalan la importancia del juego para restablecer o modificar posibles desviaciones de la conducta o del comportamiento; y teorías cognitivas: en donde el juego es el aprendizaje (Llull, 1999).

En este caso nos interesan sólo las últimas teorías, es decir las cognitivas, porque el juego es una actividad lúdica en la que puede prevalecer la diversión y el aprendizaje.

Para definir el juego es una tarea difícil porque como ya lo vemos, el jugar es una complejidad implícita, hay algunos como Basedow (citado por Martínez, 2000) que lo definen como una actividad natural del niño y medio de todos los aprendizajes.

También puntualiza Freud (citado por Martínez, 2000) que el juego sirve como compensación de la realidad. Está regido por el principio del placer. Es expresión de instintos inconscientes. En el juego, las experiencias traumáticas tienden a aparecer, pueden salir al consciente lo inscrito en el inconsciente. La definición más completa es la de Johan Huizinga en 1954 (citado por Llull, 1999: 204) en donde dice:

El juego, en su aspecto formal, es una acción libre y sentida como situada fuera de la vida corriente, pero que a pesar de todo puede absorber por completo al jugador, sin que haya en ella ningún interés material ni se obtenga en ella provecho alguno, que se ejecuta dentro de un determinado tiempo y un determinado espacio, que se desarrolla en un orden sometido a reglas y que da asociaciones que proponen a rodearse de misterio o a disfrazarse para destacarse del mundo habitual.

Por último, la descripción del juego que hacía Piaget, que el juego simbólico permite al niño asimilar aspectos de la realidad a los que le resulta difícil acomodarse, ayudándole a afrontar situaciones que desbordan su capacidad de comprensión. La conducta de juego la reconocía como aquella que muestra una inclinación hacia la asimilación y acomodación. Por otra parte, la imitación ocurre cuando el mundo tiene el "control" del pensamiento del niño, cuando la acomodación predomina sobre la asimilación. Desde las causas del juego se postula que proporciona un contexto protegido en el que ensayar formas nuevas de adaptación sin riesgos que supondría comenzar a practicarlas en situaciones reales (Díaz-Aguado, 1994).

Asimismo Piaget (citado por Martínez, 2000) afirmaba que el juego cumple con tres funciones básicas:

1. Cognitiva: le sirve al niño para explorar y comprender la realidad. Al jugar el niño tiene un desarrollo mental y aprende a desenvolverse en el mundo social que le rodea.

2. Afectiva: a través del juego el niño es capaz de manifestar emociones, sentimientos, vivencias de una forma impune y sentirse querido por él mismo y por los demás.
3. Terapéutica: a través del juego se puede hacer un diagnóstico bastante exacto sobre las vivencias o la interpretación que hace el niño sobre su familia, maestros, etc.

Ahora bien después de hacer una aclaración de definiciones es importante mencionar la diversidad de tipos de juego que existen y las clasificaciones que les dan.

Tipos de juego base en la psicología educativa

Cuando hablamos de juegos que existen podemos abarcar una cantidad inimaginable para todas las edades y se pueden utilizar para varias áreas, como educativa y emocional, además, con la creatividad se pueden crear aun más, sin embargo los juegos son clasificados entre otros autores por Piaget (citado por Sierra, 1983), quien reconoce tres grandes tipos de estructura, que son:

1. El ejercicio (funcional): se refiere a simples ejercicios que ponen en acción un conjunto variado de conductas. Tienen como fin el placer mismo del funcionamiento o del placer de tomar conciencia de sus nuevos placeres. Es importante mencionar que este tipo de juego puede reaparecer durante toda la infancia, cada vez que un poder nuevo se adquiere, durante su fase de construcción y adaptación actual, y tiende a desaparecer cuando su objetivo ya no da ocasión a ningún aprendizaje.

2. Juego simbólico: el símbolo implica la representación de un objeto ausente. El simbolismo comienza por las conductas individuales que hacen posible la interiorización de la imitación (de cosas y personas) también encontramos en el juego simbólico que el niño utiliza objetos sustitutos para representar el objeto ausente. Los juegos simbólicos en su mayoría ponen en acción una serie de movimientos y actos complejos, por lo que se consideran, al mismo tiempo, sensorio motores y simbólicos.

3. Juegos de regla: este tipo de juego aparece en los niños de 4 a 7 años, pero predomina entre los 7 y 11 años. La regla implica relaciones sociales o interindividuales. El juego de reglas puede presentar tanto el ejercicio senso-

motor como la representación simbólica pero con un nuevo elemento que es la regla. Existen dos tipos de reglas: las reglas transmitidas y las reglas espontáneas. Así pues, los juegos de reglas son juegos de combinaciones sensorio-motoras (carreras, boliche, canicas) o intelectuales (ajedrez, damas chinas, cartas) con competencia de los individuos y regidos por un código transmitido de una generación a otra o por acuerdos de los participantes.

El preadolescente juega ya con reglas, es por eso que se le pueden presentar juegos de fútbol, voleibol, juegos de cartas, etc, lo interesante es que el estudiante tiene otro nivel de razonamiento, por lo tanto es importante mantener la motivación durante los juegos para que el estudiante no se aburra.

Porque la utilización de los juegos como un medio de educación puede ser exitosa si se cuenta con la actividad apropiada para cada etapa de la vida (Riego, 1986).

También el juego puede ser clasificado como: juego espontáneo y juego dirigido:

- Juego espontáneo es en el cual los niños juegan solos y los problemas los resuelven solos. Los educadores se limitan a observar. Es un método idóneo de información.

- Juego dirigido es aquel propuesto por una persona externa al juego, que puede ser el educador o padre, y es quien controla al grupo. Estos juegos llevarán implícitos objetivos educativos orientados previamente según las necesidades del grupo (Martínez, 2000).

Así pues, existen los juegos competitivos y los juegos cooperativos. En este caso los competitivos han existido desde hace miles de años, incluso desde períodos primitivos, manifestándose en forma de eventos sociales en los que exhibían y medían habilidades. Pero en la actualidad los valores de competición han variado de tal manera

que se ha hecho la diferencia entre juego, que significa entrenamiento; y diversión y deporte, que quiere decir dedicación y entrenamiento (Martínez, 2000).

A diferencia de los juegos competitivos negativos surgen los juegos cooperativos; estos juegos tienen unas características muy concretas, todos juegan, se divierten y participan y además pueden resultar muy divertidos dependiendo de la actitud del educador. Existen tres características fundamentales en los juegos cooperativos:

1. No eliminación: ninguno de los integrantes deja de jugar.

2. Valoración de habilidades personales: las habilidades de cada participante serán consideradas dentro del equipo.

3. Factor importancia: nadie es mejor que otra persona. Todos se divierten (Martínez, 2000).

Por otro lado, los educadores dentro del juego cooperativo enseñan a los alumnos a ser más compartidos, a solicitar ayuda y retroalimentación cuando lo requieren. Se espera que interactúen entre sí, que compartan ideas y materiales, para que el aprendizaje se vuelva significativo para el grupo en general.

El juego en la educación es utilizado porque aporta a los niños el conocimiento, pero tiene la finalidad principal de ofrecer al niño objetos susceptibles de favorecer el desarrollo de ciertas funciones mentales, la iniciación en ciertos conocimientos y mejorar la capacidad de atención, retención, y comprensión del niño (Llull, 1999).

Según Decroly, Monchamp (1986) dicen que el juego es un medio educativo y terapéutico naturalmente atractivo e importante en el desarrollo total del niño. También en el proceso del juego no sólo se desarrollan funciones psíquicas aisladas sino que tienen lugar la transformación de la psique del niño en su conjunto, es decir de manera integral (Cabrera, 1995).

Los juegos educativos varían:

a.- Por funciones y conocimientos con los que se relacionan.

b.- Por la edad de los niños.

c.- Por su destino a ocupación de individuos, de pequeños y grandes grupos.

d.- Por la técnica de ejecución y de corrección.

El niño realiza de modo casi inconsciente, comparaciones y asociaciones y de esta forma el juego es para él, los motivos de ocasión para evocar juicios y abstracciones (Llull, 1999).

Es el juego escolar importante por ser una actividad que tiene características propias y que es diferente del deporte, la didáctica lúdica o los ejercicios. Cada una de estas actividades tiene sus propios espacios, características, reglas y condiciones, cada una persigue fines diferentes. Todas deben convivir en la escuela porque cada una de ellas enriquece a los estudiantes de diferentes maneras, pero no pueden confundirse, es necesario darle a cada una un tiempo y un espacio propios y enfrentarlas con actitudes y expectativas diversas (Chapela, 2002).

Estrategias lúdicas como recurso psicoeducativo

El juego es un fenómeno multifacético, porque gracias a el podemos crear en el niño la responsabilidad de cuidar, tener capacidad de observación, actuar con criterio, y ser juicioso. La utilización del juego como un medio de educación puede resultar exitosa si se tiene en cuenta que es la actividad propia del niño, y que la independencia en él es necesario conservarla y estimularla (Riego, 1986).

Ahora bien, el juego y las estrategias lúdicas se diferencian porque el primero es simplemente la actividad lúdica y el segundo se refiere a una actividad dirigida para un fin. Así entonces la definición de estrategia de aprendizaje son: aquellos procesos o técnicas que ayudan a realizar una tarea de forma idónea. También son las secuencias

integradas de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, el almacenaje y /o la utilización de información o conocimiento. Por lo tanto una vez que el alumno ha dominado las estrategias podrá hacerlas suyas o adquirirlas (Nisbet, 1987).

Igualmente es importante no confundir estrategias con habilidades, la distinción reside en que las habilidades son más concretas y específicas, mientras que las estrategias son un conjunto de habilidades coordinadas para conseguir una finalidad.

Se le llaman estrategias lúdicas porque el estudio etimológico del vocablo *ludus,* viene del latín juego, diversión, alegría o jolgorio (Paredes, 2002). Entonces al hablar de estrategias lúdicas nos referimos a las actividades dirigidas que por medio del juego van a hacer que los estudiantes adquieran el conocimiento significativo.

En la escuela el juego no ha recibido la atención que se merece, se le presta poca atención y no hay espacios adecuados para llevar a cabo juegos y todavía se suelen oponer al juego y al aprendizaje. Además las actitudes de los maestros y los padres siguen siendo adversas a la utilización de tiempo de juego en la escuela y muy dudosas sobre el valor educativo del mismo (Ortega, 1999).

Sin embargo, el juego utilizado como herramienta educativa puede apoyar el trabajo de los profesores, no hay que olvidar que el juego en sí mismo es un ámbito natural destinado al desarrollo y al aprendizaje, entonces es ilógico quererlo aislar .Así mismo se hace constantemente énfasis en incluir el juego dentro del currículum como parte de la enseñanza, a pesar de esto se continúa considerando lo lúdico como fuera del aprendizaje (Ortega, 1999).

Entonces, la consideración que hacemos es que las estrategias lúdicas en realidad impulsan el aprendizaje, porque son actividades diseñadas específicamente

para desarrollar habilidades, destrezas, también para enseñar nuevos conocimientos (Martínez, 2002).

Independientemente de la estrategia lúdica que se utilice es importante considerar que además de educar tiene una naturaleza psicológica en su estructura y su contenido (Ortega, 1999). Al mismo tiempo, las estrategias lúdicas que se programen tendrán que ser adecuadas para la edad y necesidades de los alumnos. Aunque el jugar en cualquier etapa de la vida significa un grado de madurez, de desarrollo pleno en todas las dimensiones que componen al ser humano (Martínez, 2002).

Las principales estrategias lúdicas que se utilizarán dentro del programa psicoeducativo se clasifican como sigue (Martínez, 2000):

- Juegos de recreación interior o de implicación intelectual: son juegos de entrenamiento, y por lo general sin actividad física. Desarrolla habilidades mentales e intelectuales.
- Juegos textuales y de expresión: busca la expresión a través del cuerpo, desarrollar juegos de rol, mimo, representación, imitación, teatro, etc.
- Juegos predeportivos: son juegos destinados al aprendizaje de consolidación de habilidades, conceptos y dominio de una actividad deportiva concreta y específica.
- Juegos tradicionales: son los juegos con materiales prefabricados que se venden en las tiendas o sin material, pero que se puede jugar con padres o maestros.
- Juegos de representación: Son juegos de imitación. Se representa de una forma fácil, acontecimientos, animales, personas, hechos o estados de ánimo a través del gesto.

Por lo demás, la estrategia lúdica del sociodrama les permite a los niños revisar sus conocimientos previos y aprender nuevos conocimientos sobre los sucesos que representan en el juego. También se da que les permite un intercambio de ideas y tengan buenas relaciones entre sí (Ortega, 1999).

Entonces al hacer uso de las estrategias lúdicas dentro del programa psicoeducativo es presentar a los preadolescentes una visión divertida de aprender nuevos conocimientos de alimentación sana y cuidado del cuerpo.

Ahora bien, dentro del Plan y Programas de 6° grado, encontramos que la materia que toma en cuenta los temas de educación alimentaria es Ciencias Naturales, por lo tanto se crea la necesidad de investigar los materiales, como es el análisis del Plan y Programas y libro de Ciencias Naturales.

Análisis del Plan y Programas y libro de texto de Ciencias Naturales para 6° de Primaria y su vinculación con los trastornos de la conducta alimentaria.

La salud dentro de la educación es uno de los requisitos primordiales para que no existan repercusiones en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Por lo tanto en el Programa Nacional de Educación 2001-2006, un aspecto fundamental de la educación básica para niños y jóvenes es que tengan la conciencia de la necesidad del cuidado de su cuerpo y así desarrollen sus potencialidades físicas (SEP, 2001).

A partir de uno de los aspectos fundamentales de la educación básica del Programa Nacional de Educación 2001-2006, se muestra a continuación el propósito central del Plan y Programa de Ciencias Naturales, y es el siguiente:

Su propósito central es que los alumnos adquieran conocimientos, capacidades, actitudes y valores que se manifiesten en una relación responsable con el medio natural, en la comprensión del funcionamiento y las transformaciones del organismo humano y en el desarrollo de hábitos adecuados para la preservación de la salud y el bienestar (SEP, 1993: 70).

Entonces, haciendo una comparación entre los dos aspectos centrales, se observa que existe similitud entre ambos y congruencia, al mencionar que es importante el desarrollo de la conciencia del auto cuidado y así preservar su salud.

El objetivo que se menciona en la materia de ciencias naturales en la educación básica, no busca educar de forma científica, sino que estimula su capacidad de observar y preguntar para hacer significativo el aprendizaje (SEP, 1993).

Los propósitos se encuentran dentro de cuatro principios, que son los siguientes:

1.- Vincular la adquisición de conocimientos sobre el mundo natural con la formación y la práctica de actitudes y habilidades científicas (SEP, 1993: 70). Esto es para que el niño se realice preguntas e investigue llegando a conclusiones significativamente;

2.- Relacionar el conocimiento científico con sus aplicaciones técnicas (SEP, 1993: 70). Pretenden que el niño despierte su curiosidad por la tecnología, para encontrar soluciones a problemáticas técnicas y también que identifique las dificultades de costo-beneficio para que valoren la ciencia como factor esencial del progreso;

3.- Otorgar atención especial a los temas relacionados con la preservación del medio ambiente y de la salud (SEP, 1993: 71). En este caso, los temas de salud se toman en cuenta durante los seis grados de educación primaria, porque se da mejor seguimiento;

4.- Propiciar la relación del aprendizaje de las ciencias naturales con los contenidos de otras asignaturas (SEP, 1993: 71). Las asignaturas son: español, matemáticas, educación cívica (en este caso se abordan temas de derechos y responsabilidades, así como la salud, seguridad y el cuidado del ambiente), geografía e historia.

La organización de los programas se encuentran orientados en cinco ejes temáticos a lo largo de los seis grados, pero en este caso, nos interesa el último grado, por lo tanto se hará énfasis en describirlo a continuación:

- Los seres vivos
- El cuerpo humano y la salud
- El ambiente y su protección
- Materia, energía y cambio
- Ciencia, tecnología y sociedad

1.- Los seres vivos.- Su objetivo del eje es dar las características más importantes de los seres vivos, sus diferencias y mecanismos. También que desarrollen los alumnos la noción de diversidad biológica y una imagen dinámica de la naturaleza (SEP, 1993). Dentro del programa de 6° de primaria se tratan los temas de la evolución de los seres vivos, las características generales de las eras geológicas y la vida en ellas, la evolución humana y los grandes ecosistemas, con esto damos a conocer que existe una interdisciplinariedad porque se complementa la historia con las ciencias naturales y se cumple un principio relevante del programa (SEP, 1993).

2.- El cuerpo humano y la salud.- Su objetivo del eje es dar a conocer las principales características anatómicas y fisiológicas del organismo humano, relacionándolo con la idea de que de su adecuado funcionamiento dependen la preservación de la salud y el bienestar físico (SEP, 1993).

Este apartado menciona a la salud y la adecuada alimentación, por lo cual, es de mayor importancia ampliar su descripción y análisis. En el programa pretenden lo siguiente: *que los niños se convenzan de que las enfermedades más comunes pueden ser prevenidas, poniendo de relieve el papel que en la preservación saludable del cuerpo humano desempeñan los hábitos adecuados de alimentación e higiene; así mismo, se presentan elementos para el conocimiento y la reflexión sobre los procesos y*

efectos de la maduración sexual y los riesgos que presentan las adicciones más comunes (SEP, 1993: 74).

Por lo anterior se indica que se les señalará a los niños acerca de la prevención de las enfermedades más comunes, y entonces nos remitimos al grado de sexto, en donde observamos los temas siguientes: el crecimiento y desarrollo del ser humano, caracteres sexuales, los cambios físicos y psicológicos durante la pubertad, la reproducción humana, la herencia biológica, visión integral del cuerpo humano y de la interacción de los sistemas, las causas que alteran el funcionamiento del cuerpo humano, fármaco dependencia y drogadicción, consecuencias de una alimentación inadecuada, primeros auxilios y medidas preventivas y de protección ante desastres (SEP, 1993).

Encontramos que no se hace mención de las enfermedades más comunes, en este caso de alimentación como podría ser la *obesidad o los trastornos de la conducta alimentaria*. Se busca informar a los alumnos de un problema en salud pública importante en México y al hacer énfasis prevenimos y obtenemos la prevención de la salud.

3.- El ambiente y su protección.- Su objetivo del eje es que los niños perciban el ambiente y los recursos naturales como patrimonio colectivo, formando en el alumno la reflexión de que los recursos naturales se degradan y al hombre le hacen falta para subsistir (SEP, 1993). Los temas del programa del último año de primaria son: el crecimiento de las poblaciones, agentes contaminantes, la influencia de la tecnología en los ecosistemas, brigadas de seguridad ante situaciones de desastre (SEP, 1993). Son temas importantes para abordar la ecología y hacer conscientes a los alumnos de los daños que pueden ocasionar al talar árboles o al no cuidar la naturaleza.

4.- Materia, energía y cambio.- El objetivo del eje es organizar los conocimientos relativos a los fenómenos y las transformaciones de la materia y la energía (SEP, 1993).

En sexto grado acercan al alumno a conocimientos acerca del átomo y las moléculas, así que los preparan para los siguientes grados escolares a partir de los procesos naturales en donde se manifiestan.

5.- Ciencia, tecnología y sociedad.- El objetivo de este eje es “estimular el interés de los alumnos para aplicaciones técnicas de la ciencia y la capacidad de imaginar y valorar las diversas soluciones tecnológicas relacionadas con problemas prácticos y las actividades productivas” (SEP, 1993: 75).

En el último año de la primaria, dentro de este eje, los actualizan al mencionarles las aplicaciones de la tecnología y forman alumnos capaces de reflexionar acerca de los beneficios y problemática que la tecnología ha creado a la sociedad y a la naturaleza.

Para obtener respuesta a la escasa información que existe en materia de educación para la salud, actualmente, dentro del Programa de Educación 2001-2006 se plantea que se actualizarán de manera pertinente “los contenidos en materia de educación para la salud dentro de los planes y programas de estudio de la educación básica y normal, e impulsar la puesta en marcha de diversas acciones en materia de educación saludable, higiene y nutrición, entre otras” (SEP, 2001: 142).

Esto significa que las autoridades ya se encuentran trabajando al respecto de los grandes índices de obesidad y los trastornos de la conducta alimentaria. Pero sin duda, los psicólogos educativos podemos aportar estrategias, programas de intervención y medidas para facilitar el proceso de educación para la prevención de enfermedades más comunes.

El libro de texto es del año 95 porque se hizo una renovación y el nombre del libro es “Ciencias Naturales y Desarrollo Humano”. Se unieron dos campos a partir del 3° grado de Primaria, que son: el aprendizaje de los seres y los procesos del mundo natural y sobre las formas de preguntar y razonar del pensamiento científico y el otro

que se refiere al conocimiento de los seres humanos, salud y bienestar, su responsabilidad con el medio y recursos (SEP, 1999).

El libro se encuentra dividido en cinco bloques, de los cuales cuatro tienen ocho lecciones, y el último se encuentra con una estructura diferente. Además cada lección cuenta con actividades significativas que hacen al alumno observar el conocimiento en su vida cotidiana (SEP, 1999).

Es digno de reconocer que la Secretaría de Educación Pública integra a los maestros, padres y alumnos para aportar comentarios, sugerencias acerca del libro y al final aparece una hoja con comentarios, esto es interesante por la atención y comunicación que facilitan, porque finalmente los libros les sirven a los usuarios que son los alumnos y el maestro. Los padres de familia y el psicólogo educativo somos el apoyo educativo familiar y escolar.

Por cuestiones de temáticas, en este caso sólo nos interesa el bloque 2 lección 11 y el bloque 3 lección 23. En la lección número once el tema central es “La alimentación, una necesidad básica de la población”, el primer subtítulo es “la producción de alimentos y su consumo, en éste se mencionan los alimentos básicos de las poblaciones (SEP, 1999), es importante resaltar el complemento de materias que son utilizadas para formar a un estudiante integral, es decir, está incluida la historia y la geografía en conjunto con las ciencias naturales.

Posteriormente hay una nota de ¿Sabías que..? en ésta se alude a las formas existentes de conservar los alimentos, como es el endulzar o salar la comida (SEP, 1999). Este párrafo es interesante por aclarar a los alumnos novedosas técnicas que son implementadas actualmente por las grandes empresas, sin embargo se observa carente de información, no obstante es relevante que los estudiantes conozcan los beneficios y desventajas de alimentarse con comida demasiado azucarada o exageradamente salada.

Después, el siguiente subtítulo es *El suelo*, habla acerca de la composición y recursos que se utilizan del suelo. Por ejemplo: *En el suelo se encuentran generalmente tres tipos de partículas, minerales, limos y arcillas, estas últimas de donde se obtiene el barro para hacer recipientes. La arcilla en México ha sido utilizada desde tiempos prehispánicos para la fabricación de contenedores de alimentos* (SEP, 1999: 75). Es trascendente rescatar nuestras raíces mexicanas a través del contenido impartido para los alumnos, sin embargo se podría ampliar la información mencionando platillos típicos mexicanos que son nutritivos y se pueden cocinar en recipientes de barro para su mejor preparación y conservación.

Seguidamente presentan una actividad del suelo: el alumno debe realizar observaciones de la tierra, depositada en diferentes vasos. La actividad es novedosa y significativa, hace que los alumnos tomen interés por la investigación.

Más adelante, el subtítulo es llamado *pobreza y hábitos alimentarios*, dentro del cual se afirma que los dos problemas de alimentación en diversas regiones del mundo son la pobreza y el cambio de hábitos alimentarios, debido a la desigualdad de la riqueza (SEP, 1999).

También se indica que en México el problema es la pobreza para cubrir las necesidades básicas en toda la población, pero que en otros países han cambiado sus hábitos alimentarios, ahora consumen más carne y repercute en los recursos porque es necesario alimentar a los animales, entonces muchos recursos, como los granos de maíz, se pierden en el alimento del ganado. Por último presentan una gráfica del incremento de consumo de carne (SEP, 1999).

Las sugerencias ante estas temáticas es que complementen información, por ejemplo, la carne en qué afecta o por qué trae problemas para la salud y también en qué beneficia. Así como también es indispensable hacer mención de que la carne en

exceso produce obesidad y esta enfermedad en México se ha convertido en un problema de salud pública.

En el bloque 3, dentro de la lección 23, se llama el título *La cultura de la prevención*, menciona la relevancia de la prevención de enfermedades. Y el subtítulo que nos interesa por el tema de alimentación es el siguiente: "¿Cómo adquirir una cultura de prevención?". Dice que "somos capaces de prevenir cuando tenemos información suficiente acerca de lo peligroso o de lo que por diversas razones hemos de evitar" (SEP, 1999: 151). Los temas son acerca de Educación para la Salud, que son importantes para que los niños procuren una vida sana, como a continuación lo afirman:

Las enfermedades pueden prevenirse con una vida sana: mediante una alimentación adecuada, durmiendo bien, evitando consumir sustancias nocivas y haciendo ejercicio (SEP, 1999: 150).

Lo rescatable del libro de texto de Ciencias Naturales es que presentan medidas preventivas de enfermedades, sin embargo lo criticable es que no muestran información suficiente para concienciar a los alumnos de su salud, además de los alimentos chatarra que no benefician nuestra alimentación, y que existen los trastornos de la conducta alimentaria, que son mencionados constantemente por los medios de comunicación y para contrarrestar el embate, la educación y la información son estrategias óptimas para abatir la problemática de la anorexia y la bulimia.

Entonces para concluir el capítulo se mencionaría que los trastornos de la conducta alimentaria como, anorexia nervosa y bulimia nervosa son consideradas problemáticas que pueden afectar a los preadolescentes de manera grave, por lo tanto desde que se tiene el conocimiento de algunos de los factores de riesgo es importante actuar para disminuirlos. En este caso, desde el ámbito de la psicología educativa se busca hacer un programa psicoeducativo que aporte nuevos conocimientos a los estudiantes así como el cuidado del cuerpo. En el siguiente capítulo se hace referencia al método que se llevó a cabo en la investigación.

Capítulo II.- Método

El presente capítulo se encuentra conformado de la siguiente manera: en primer lugar se mencionan los objetivos de la investigación que son, el general y los específicos. Posteriormente se indican los participantes que integran la población del estudio y el escenario. También se toma en cuenta el tipo de estudio de la investigación, así como los instrumentos con el estudio piloto correspondiente. Seguidamente se menciona el procedimiento y programa psicoeducativo con sus diferentes fases.

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de la presente investigación consiste en aplicar un programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia por medio de estrategias lúdicas, con el propósito de que amplíen sus conocimientos cotidianos y científicos sobre la alimentación sana y cuidado del cuerpo.

Objetivos específicos:

- Diseñar, aplicar y evaluar un programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar Anorexia y Bulimia.

- Promover el aprendizaje de nuevos conocimientos cotidianos y científicos sobre alimentación sana y cuidado del cuerpo.

- Planear y promover estrategias lúdicas para que exista un aprendizaje significativo en la población del estudio, de la importancia del cuidado del cuerpo.

Tipo de estudio

La investigación es cuasiexperimental, este tipo de estudio se presenta cuando los sujetos del grupo ya están formados antes del experimento, es decir, un grupo intacto. La directora del colegio designó el grupo en el que se va a trabajar dentro del Programa psicoeducativo. Este diseño incluye una aplicación inicial de un instrumento (pretest) y otro final del mismo instrumento (post test), con esta se realizó una comparación del estado inicial de los sujetos antes del programa y después a éste, tanto en el grupo experimental como en grupo control (Buendía, 1998: 102-103).

G1	01	X	02
G2	03	------	04

G1= Grupo Experimental
G2= Grupo Control
01= Pretest
02= Post test
03= Pretest
04= Post test
X= Tratamiento

Sujetos

El trabajo se llevó a cabo con la participación de 41 alumnos del grupo de 6° grado de primaria, cuyas edades van de 11 a 12 aproximadamente del colegio privado. El programa se aplicó a 21 preadolescentes que fueron parte del grupo experimental, en total fueron 11 niñas y 10 niños de 6° “B”. Se trabajó además con un grupo control conformado por 20 preadolescentes, donde había 10 niñas y 10 niños. Esta población se tomó en cuenta ya que el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán había realizado una investigación previa con ellos y encontró que son

preadolescentes que están realizando dieta, disminuyendo alimentos y por que son de escuela privada, conforme a estudios reportados en preadolescentes por la Dra. Gómez-Peresmitré (1998) esta población está en riesgo de presentar anorexia y bulimia.

Escenario

La escuela primaria privada se encuentra ubicada en la delegación Coyoacán. Esta localizada en una zona residencial del sur de la Ciudad de México. Es una escuela que cuenta con preescolar, primaria y secundaria, ubicadas en un mismo terreno. Cerca de ahí hay una iglesia, una escuela de música y la zona es empedrada con un estilo de pequeño pueblo.

Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron dentro de la investigación son los siguientes:

Cuestionarios para evaluar la eficacia del programa psicoeducativo, que fueron empleados a modo de pretest y post test.

Programa psicoeducativo.

Cuestionarios (pretest y post test)

Los cuestionarios tienen la finalidad de medir la eficacia del programa psicoeducativo. La evaluación del pretest y post test se aplicó a los 41 preadolescentes que conforman tanto al grupo experimental y grupo control.

El pretest consta de 10 preguntas y tiene como objetivo investigar los conocimientos previos que tienen los preadolescentes en alimentación sana y cuidado del cuerpo, este mismo cuestionario se aplicó a modo de post test con el fin de evaluar la eficacia del programa a partir de las comparaciones de que sabían los sujetos antes y después de la intervención (ver anexo 1).

Estudio piloto de los cuestionarios

El cuestionario que se empleó se retomó del *instrumento para la identificación de factores de riesgo para la salud integral en niñas y niños de 7 a 11 años de edad* (García, 2000). Este instrumento se adaptó para su aplicación. Posteriormente se sometió a prueba para corregir la formulación de diferentes preguntas que resultaron complicadas o ambiguas para los niños, por lo tanto fue modificado. El criterio utilizado fue el de las respuestas de la mayoría (más de la mitad de los niños) que contestará. El cuestionario fue aplicado a 30 niños de la escuela primaria Teifaros en Agosto del año 2005.

Después de obtener los resultados del estudio piloto (ver anexo 6), estas preguntas que a continuación se presentan tuvieron que ser modificadas.

Pregunta que fue corregida	*Motivo*	*Quedó de la siguiente manera*
2.- ¿Qué significa la palabra dieta?	Las respuestas eran muy generales por lo que se tuvo que especificar en particular qué se quería preguntar.	2.- ¿Qué significa la palabra dieta restrictiva?
5.- ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?	Se modificó por la complejidad que tenía y la gran mayoría (20 alumnos) de los niños dejaron espacios en blanco, por lo que se especificó más la pregunta.	.5.- ¿Los trastornos de la conducta alimentaria como: Anorexia y bulimia qué son?
10. ¿Comes mucha comida chatarra?	Esta pregunta se amplió porque 15 participantes, es decir la mitad, contestaron con un no o si, por lo tanto se amplió	10.- ¿Al día cuánta comida chatarra consumes? Por ejemplo: Una bolsa de papas, frituras, etc.

Programa psicoeducativo para preadolescentes

El presente programa psicoeducativo está dirigido a preadolescentes de 6° año de primaria que se encuentran en la etapa de la preadolescencia y estudian en el colegio Teifaros de la Ciudad de México. Tiene como titulo *¿Qué sabemos sobre la alimentación y el cuidado del cuerpo?*, para el diseño fueron revisados diversos materiales de nutrición, anorexia, bulimia, auto imagen, autoestima y ejercicio físico.

El objetivo fundamental es brindarle al estudiante la información y herramientas necesarias para incrementar sus conocimientos cotidianos y científicos de alimentación y cuidado del cuerpo para disminuir algunos de los riesgos de presentar anorexia y bulimia.

El programa consta de 12 sesiones de 50 minutos cada una. Para cuantificar los resultados se recogieron datos a partir de una evaluación inicial (pretest) y una evaluación final (post test) (ver anexo 1).

En primer lugar se llevó a cabo la evaluación cualitativa esta forma de evaluación está realizada concomitantemente con el proceso de enseñanza y aprendizaje. Durante las sesiones con los preadolescentes se registró por medio de observaciones diarias actitud, conducta y hechos relevantes sucedidos dentro del programa (diario de campo).

Por otro lado se realizó una evaluación cuantitativa, este tipo de evaluación es la que se realiza al término de un proceso educativo, y su fin principal es verificar si los aprendizajes estipulados en las intenciones educativas fueron cumplidos según los criterios y las condiciones expresadas en éstas (Díaz, 1998). Por lo tanto al término del pretest y post test se les asignó una puntuación por cada respuesta, llevando con esto a un promedio general por grupo y con ello a la comprobación de eficiencia del programa psicoeducativo.

Los contenidos del programa psicoeducativo para preadolescentes abarcan conocimientos de educación alimentaria, conceptos básicos de anorexia y bulimia, cuidado del cuerpo, ejercicios físicos y autoimagen. Para que el preadolescente re-estructure conocimientos previos y prácticas alimentarias perjudiciales para su salud, para que con esto pueda disminuir algunos riesgos a presentar anorexia y bulimia.

Algunas actividades fueron creadas atendiendo las necesidades del programa, pero algunas, como las dinámicas se retomaron del *manual de resolución no-violenta de conflictos* (Martínez, 2001) y *la guía lúdica para el currículo de educación primaria* (Urdiales, 1998) mientras que las estrategias lúdicas fueron retomadas del libro *Por qué no jugamos: técnicas de animación para educar* (Martínez, 2000).

Las estrategias lúdicas del programa como facilitadores del aprendizaje significativo son las siguientes:

- Uso juegos textuales y expresión de representación teatral o imitación como estrategia lúdica para vivenciar el cuidado del cuerpo y alimentarse sanamente.

- Uso de juegos de recreación interior o de implicación intelectual, para desarrollar la adquisición de nuevos conocimientos de alimentación sana.

- La utilización de juegos predeportivos, destinados al aprendizaje de habilidades, conceptos y dominio de una actividad deportiva concreta y específica.

- Uso de juegos tradicionales, utilizando materiales prefabricados para la adquisición de conocimientos significativos.
- Expresión libre de comentarios para la conscientización de los daños que puede causar el no comer adecuadamente.

A continuación se incluye como se estructuró el programa psicoeducativo, el cual consistió en 12 sesiones, cada una con su respectivo contenido y estrategia lúdica.

Estructura del programa psicoeducativo

Sesiones	*Contenido*	*Estrategias*
Sesión 1	Aplicación de cuestionario.	Aplicación del pretest.
Sesión 2	Plato del bien comer	Juego del semáforo (juegos de recreación interior o de implicación intelectual).
Sesión 3	Alimentación balanceada	Juego del restaurante (juego textual y expresión de representación teatral).
Sesión 4	Causas y consecuencias de los Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia	Explicación y juego de imitación (juego textual y expresión de representación teatral o imitación).
Sesión 5	Autoimagen e Imagen en relación con los otros	Dibujo de siluetas (expresión libre de comentarios para concientización).
Sesión 6	Anuncios publicitarios y su influencia en los estudiantes	Juego de anuncios (juego textual y expresión de representación teatral). Reflexión (expresión libre de comentarios para concientización).
Sesión 7	Contenido de la comida chatarra	Juego de memoria (juegos tradicionales con materiales prefabricados por la instructora).
Sesión 8	Importancia del ejercicio físico	Explicación y Maratón (juegos tradicionales con materiales prefabricados por la instructora).
Sesión 9	El ejercicio físico como diversión	Twister (juegos tradicionales con materiales prefabricados por la instructora) y (juegos predeportivos).
Sesión 10	Beneficios del ejercicio físico	Rally (juegos tradicionales con materiales prefabricados por la instructora) y (juegos predeportivos).

Sesión 11	Propuestas para el mejoramiento de la alimentación en casa y escuela.	Propuestas (juego textual y expresión de representación teatral).
Sesión 12	Aplicación de cuestionario	Aplicación del post test.

Procedimiento

El primer paso fue retomar la Investigación del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán en la que reportaban a la población de preadolescentes en el colegio privado como sujetos en riesgo de presentar anorexia y bulimia, así como algunos documentos generados de las investigaciones de la Dra. Gilda Gómez-Peresmitré (García, 2000).

Después se elaboró un programa psicoeducativo con materiales referenciales (ver anexo 2). También dentro de este programa se diseñaron las evaluaciones que se realizarían en cada sesión y por medio de un pretest y post test correspondientes dirigidos a alumnos (ver anexo 1). Los cuestionarios se retomaron del *Instrumento para la identificación de factores de riesgo para la salud integral en niñas y niños de 7 a 11 años de edad* (García, 2000). Estos instrumentos se adaptaron de la investigación original para su aplicación a los participantes de este trabajo (ver anexo 1).

Posteriormente se pidió permiso en el colegio privado para llevar a cabo el piloteo de los instrumentos a 30 niños, también se solicitó la aplicación de los instrumentos a los dos grupos de sexto y trabajar solamente con un grupo el programa psicoeducativo.

Por último se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos (pretest y post test) (ver anexo 1) al grupo control y al grupo experimental. Trabajando con el grupo el programa psicoeducativo para finalmente llevar a cabo la recopilación y análisis de

resultados cuantitativos y cualitativos. Después se realizó una comparación de los dos grupos.

El siguiente apartado trata del análisis de resultados, primeramente con el procedimiento para el análisis e interpretación del pretest y del post test en el grupo experimental y control, así como el desarrollo del programa psicoeducativo, analizando las situaciones que se presentaron y posteriormente se presenta el análisis cualitativo y cuantitativo de los resultados del programa psicoeducativo de los dos grupos, experimental y control, haciendo también una comparación entre éstos.

Análisis de resultados

Procedimiento para el análisis e interpretación del pretest y del post test en el grupo experimental y control

El análisis de los resultados se llevó a cabo de dos maneras; la primera cualitativa y la segunda cuantitativa, estudiando las respuestas del pretest y post test de cada alumno en el grupo experimental y grupo control, haciendo una comparación constante de las diferencias entre estos y la eficacia del programa.

Preguntas para evaluar el conocimiento científico

Es importante aclarar cómo se define el conocimiento científico dentro de la investigación, retomando del Plan y Programa de Ciencias Naturales como se aprecia a continuación:

Conocimiento científico: se precisa como que el niño adquiera conocimientos de ciencias, en su mundo natural formando actitudes y habilidades científicas, preguntando e investigando. Relacionando el conocimiento científico con aplicaciones técnicas. Otorgando atención especial a temas relacionados con la salud y preservación del ambiente. Y por último que se de la relación de aprendizaje de otros contenidos diversos o asignaturas, es decir que sea un aprendizaje integral (SEP, 1993: 71).

Una vez hecha esta aclaración, el procedimiento para la codificación de las preguntas que evaluaron el conocimiento científico (ver anexo 1), fue a partir de la selección de las respuestas con mayor frecuencia, obteniendo con esto las categorías de respuesta (Hernández, 2003). Después, se tomaron en cuenta las frecuencias absolutas y relativas para finalmente hacer una interpretación de las frecuencias, que se refiere al análisis cualitativo.

Preguntas para evaluar el conocimiento cotidiano

El conocimiento cotidiano según el Plan y Programa de Ciencias Naturales y dentro de la investigación se define como sigue:

Conocimiento cotidiano: es el conocimiento del joven en su vida cotidiana y los conocimientos que se manifiesten en una relación responsable con el medio natural en la comprensión del funcionamiento y las trasformaciones del organismo humano y en el desarrollo de hábitos adecuados para la preservación de la salud y el bienestar (SEP, 1993: 70).

El procedimiento para la codificación de las preguntas que evaluaron el conocimiento cotidiano (ver anexo 1), consistió en la selección de las respuestas con mayor frecuencia, obteniendo con esto las categorías de respuesta (Hernández, 2003). Posteriormente, se realizó una interpretación de las frecuencias, con la absoluta y relativa, que se refieren al análisis cualitativo.

Desarrollo del programa psicoeducativo

El desarrollo del programa psicoeducativo se presenta con un diario de campo, describiendo las sesiones detalladamente.

- *Sesión 1*

El primer día se desarrolló con la presentación de los niños y de la instructora. Todos participaron haciendo gafetes con su nombre. Después se aplicó el cuestionario (pretest) en silencio con ayuda de la maestra de grupo y de la subdirectora. En cuanto terminaron lo entregaron, junto con su gafete para el día siguiente. Hubo niños que se ofrecieron a ayudar para entregar los cuestionarios juntos, así como los gafetes.

Se percibió un ambiente cordial y amigable. Los niños son respetuosos y pusieron atención a las instrucciones.

- Sesión 2

En la segunda sesión se llevó a cabo la explicación de la palabra dieta, alimentación adecuada, balanceada, completa, suficiente, higiénica. Ponían atención a las explicaciones y hacían preguntas si tenían dudas. Rápidamente se dividió al grupo en 3 equipos porque empezaron a distraerse, por lo cual se pasó a la siguiente actividad, que fue el jugar al semáforo; primero pasaron 3 alumnos y se les dijeron alimentos del plato del bien comer, es decir, verduras y frutas, cereales y comida de origen animal y tubérculos. Primero se mencionaron en orden y lentamente para que avanzaran. Después fueron en desorden y rápidamente. Al principio del ejercicio no comprendían los equipos cómo avanzar, así que se realizaron dos explicaciones del plato del bien comer en forma de semáforo. El equipo rojo, participó muy poco, el equipo amarillo eran los más animados y por último el equipo verde participaba pasivamente. Había dos o tres estudiantes distraídos que no contestaban con rapidez.

Existieron comentarios hirientes entre alumnos (a mí no me gusta lo que tú haces) (se les pedía respeto). Existían muchas dudas, hacían comentarios para reírse, sin embargo cuando se les daba la explicación se hacía que ellos participarán activamente. Se observa gran influencia de los medios de comunicación por las contestaciones (come frutas y verduras). Hubo comentarios ofensivos (eres el albondigón). Estaban sentados por secciones, los niños que son los más participativos sentados adelante y los no tan participativos sentados atrás. Los de en medio no hablaban.

Al final de la sesión se les preguntó si tenían alguna duda y qué habían aprendido esa clase. Ellos contestaron que es importante alimentarse como el semáforo y llevar una alimentación adecuada, balanceada, completa, suficiente, higiénica.

Sólo tenían una duda en la dieta restrictiva, que si era una dieta que los doctores te podían dar, se aclaró mencionando que a los niños y adolescentes no podían restringirles los alimentos porque estaban en crecimiento a menos que fuera un caso especial y eso lo determinaría el médico, pero que lo más importante era que entre ellos no hicieran ninguna restricción alimenticia.

En la sesión 2 se encontraban participativos y adaptándose al ritmo del programa, pero se observaba interés en sus participaciones, aunque eran hirientes entre ellos mismos.

- Sesión 3

En un inicio se entregaron gafetes con sus nombres, hubo niños que ayudaron a dar gafetes y a colocar carteles en el pizarrón. Se les pidió que colocaran las mesas en círculo para hacer las dinámicas. Se realizó un repaso de la sesión anterior haciéndoles las siguientes preguntas: ¿cuál es la manera de alimentarse según el plato del bien comer o semáforo?, ¿qué significa la palabra dieta restrictiva? y ¿es bueno hacer dieta restrictiva?, ¿en qué nos beneficia comer bien?. Estuvieron participativos y con muchas dudas que se aclararon. Por ejemplo, comentó una niña que su mamá hace dietas y va con un nutriólogo por lo que se encuentra familiarizada. También 3 niños mencionaron que les gustó la manera en la que se presentó el semáforo.

Después se les pidió que fueran al baño a lavarse las manos, pues en la actividad siguiente íbamos a cocinar. Primero fueron las niñas y después los niños, mientras hacían comentarios entre ellos que les gustaba lo divertido que estaban las clases y que se habían salvado de otras actividades escolares. Cuando regresaron se pidió la participación de 10 voluntarios para explicar con alimentos y hojas con explicación qué contenía cada alimento junto con la coordinadora. Los diez pasaron y dieron la explicación, mientras se daba dicha explicación, hubo niños que tenían dudas,

por ejemplo: si la jícama era verdura o fruta, como la instructora también estaba con duda se quedó la pregunta para investigar de tarea.

Después se repartieron las hojas de las instrucciones (ver anexo 3) para que hicieran una escenificación de un restaurante. Pasaron 3 equipos divididos por colores. Los tres equipos escribieron un menú parecido entre los tres. Casi no escribieron verduras, y las frutas se repetían. El equipo verde fueron los que terminaron antes. El equipo amarillo después y el rojo eran los más lentos. Finalmente al representar el restaurante los tres equipos hicieron en conjunto una reflexión de que pusieron casi lo mismo porque a veces no varían sus alimentos. Se tuvo que realizar rápidamente la representación ya que el tiempo era reducido y los estudiantes estaban muy inquietos. Sin embargo se abarcó todo el tema.

Al finalizar se les pidió a los niños que realizaran de tarea un menú más completo, variado, equilibrado conforme el plato del bien comer y si podían que investigaran si la jícama era verdura o fruta.

Lo relevante de las primeras sesiones fue la vestimenta que usaba un grupo de preadolescentes, por ejemplo, un día fueron vestidos de “darquetos” (vestidos de negro), al otro día iban de “pijamas” (ropa de dormir), después de moda “rebelde” (minifaldas, botas y corbatas en las niñas, los niños solo usaban corbatas) también lucían zapatos nuevos de diversos modelos. Lo más importante era la actitud que presentaban, por ejemplo, un estudiante no traía la corbata de moda, entonces un compañero lo ayudó para hacer su bufanda como corbata y con esto entrar al círculo de los “jóvenes de moda”. Como lo menciona el Groos (2004) hay una hipótesis del ideal cultural, que dentro de la pubertad y después de ésta los preadolescentes buscan el modelo cultural occidental.

Dentro de la sesión 3, se observó menos interés, pues hubo quien no participó, aunque al comenzar a actuar en el restaurante mostraban estar divertidos.

- Sesión 4

En la sesión 4 se les pidió de entrada la tarea y sólo una niña la entrego y la leyó, se observó gran interés en el tema. Sin embargo, hubo un equipo de cinco niñas que estaban muy interesadas en saber si la jícama era fruta o verdura, así que entregaron un resumen de internet de la jícama que era interesante, así que se les pidió que lo guardaran para la sesión 6, en donde íbamos a hablar de comerciales de comida saludable y era conveniente que lo platicaran con sus compañeros.

Después se les repartieron los gafetes y se pegaron en el pizarrón unas láminas con imágenes. Posteriormente se llevó a cabo la explicación de los trastornos de la conducta alimentaria, ¿qué son?, explicación de la anorexia y la bulimia, también se mencionó el trastorno no especificado, los factores, consecuencias mortales y cómo pueden evitar estos padecimientos.

Luego se les repartió la lectura de *trastornos alimentarios* del paquete didáctico (anexo 3) y se leyó entre todos en voz alta. Al final se dividió al grupo en dos equipos y pasaron cuatro voluntarios a quienes se les entregaron fotos de personajes que tenían una historia atrás que contaba qué padecimiento del comer tenían. Así que se les explicó que era un juego de mímica que tenían que adivinar. El primer voluntario no quiso hacer la mímica porque decía que le daba pena, después de mucho insistir sólo hizo un gesto y sus compañeros adivinaron. La segunda voluntaria realizó una mímica más elaborada que los alumnos adivinaron rápidamente. La tercera y el cuarto voluntario repitieron la mímica de los primeros así que los niños contestaron rápidamente.

Al final de la sesión se platicó que las fotos reales de las anoréxicas y bulímicas eran bastante dramáticas, incómodas y perturbadoras, por lo cual no era recomendable verlas; sin embargo, había llevado una foto real que no era tan incómoda que podían observarla.

Finalmente, la mayoría de los alumnos se asombraron al verla y se fueron a su otra clase comentando que tenía razón la instructora en no mostrarles las fotos reales.

En el caso de las chicas, también se observó un comportamiento particular, el caso de una joven que los compañeros comentaban que ella se sentía “gorda”. La cuestión era que ella buscaba vestirse bien para entrar al grupo de las “chicas de moda” y sus comentarios eran que “ella quería ser delgada para estar a la moda” (recordando que es una población que ya esta haciendo dieta) (García, 2000).

Está sesión en particular les causo entusiasmo e interés, pues había terminado y ellos no se querían ir a su siguiente clase, por lo cual la maestra de grupo regaño a los jóvenes que no se apuraban en recoger sus cuadernos para cambiarse de salón.

- Sesión 5

En la quinta sesión se realizó un repaso de los trastornos alimentarios, con las siguientes preguntas: ¿Qué son los trastornos de la conducta alimentaria?, ¿Qué es la anorexia? ¿Qué es la bulimia?, ¿Qué es el trastorno no especificado? ¿Cuáles son los factores?, ¿Cuáles son las consecuencias? y ¿Cómo se evitan los trastornos alimentarios?. Estuvieron participativos y se resolvieron las dudas. Una duda era que si los enanos podían padecer trastornos alimentarios y se realizó la aclaración que no se habían hecho investigaciones con esa población pero lo que los especialistas sabían era que la mayoría que padecen estos trastornos son mujeres y una parte de hombres solamente. Además que la gente pequeña tiene un trastorno genético no relacionado con la alimentación.

Después se realizó la siguiente actividad, la cual consistió en repartir hojas de papel blanco y dar instrucciones. Tenían que doblar la hoja en dos y dibujar su mano derecha e izquierda con ayuda de sus compañeros, posteriormente tenían que escribir 5 cualidades positivas de sí mismos en la mano derecha.

Durante esta actividad se tardaron más del tiempo estimado porque se negaban a escribir cualidades positivas, afirmaban 10 niños que sólo tenían negativas. Otros 5 niños si escribieron rápidamente sus cualidades y pidieron continuar. Además la actividad era en silencio y no se pudo realizar así. Después de aclarar que cualquier ser humano tiene cualidades positivas respondieron lo que se les pedía. Después se intercambiaron las hojas con el compañero de junto y escribieron las cualidades positivas del niño de al lado.

Al término de la actividad platicaban, se paraban y estaban inquietos, así que se prosiguió rápidamente a repartir los cuestionarios del paquete didáctico (ver anexo 3) para que contestaran cómo se habían sentido durante la actividad. Muchos contestaron que se sentían extraños al escribir cualidades positivas, pero que estaban contentos de hacer estas actividades, que se sentían bien.

Durante está sesión, se observó claramente que les costó mucho trabajo realizar la actividad, puesto que ellos expresaban que sólo tenían cosas negativas y que ya estaban acostumbrados a mencionar sólo lo malo en ellos. Por lo tanto, se puede mencionar que la sesión 5 es una de las más relevantes, por las actitudes y comportamiento, es decir, platicaban mucho, se mostraban ansiosos. Se toma en cuenta que los comentarios son el reflejo que se van formando en su autoestima y su auto imagen, que a la vez derivan tres imágenes relevantes, primera la corporal, segunda la de personalidad y al último las aptitudes, las tres se interrelacionan para ser una variable más en padecer un trastorno alimentario (Saucedo, 1996).

Para contrarrestar las actitudes negativas al final del ejercicio se leyeron en voz alta los comentarios y se reflexionó con el cuestionario (anexo 3) la importancia de mencionar las cualidades positivas de sí mismo, con esto subir nuestra autoestima y auto imagen. También resalto el comentario de tres estudiantes que expresaban que “deberían darle permiso a los llenitos en presentarse en novelas”.

- Sesión 6

En la sesión número 6 se realizo la aclaración de que la jícama era fruta, puesto que sus compañeras habían investigado en internet la procedencia de la jícama y encontraron esa solución. Después aclarada la duda, se hicieron preguntas sobre la clase anterior, una de ellas fue ¿Por qué es importante reconocer tus cualidades positivas?, dos niños contestaron que era importante para tener mejor autoestima.

Después se repartió al grupo en tres equipos y se les entregaron instrucciones por escrito, también se les dio material. Tuvieron 20 minutos para ponerse de acuerdo y realizar las obras de teatro. Los dos equipos que iban a presentar comerciales trabajaban con dedicación y entusiasmo pero el equipo de los jueces, no quería colaborar.

Luego se presentó el equipo 1 que era un comercial de comida chatarra, ellos anunciaron papas fritas en una bolsa, utilizaron su creatividad para pintarle un dibujo a la bolsa y hacer un cartel donde explicaban su producto. Posteriormente pasó el equipo dos que presentó por medio de un guión escrito una ensalada de frutas y además explicaban la manera correcta de alimentarse y aclaraban que la jícama es una fruta.

Al final el tercer equipo hizo pocos comentarios acerca de cuál de los dos equipos decía la verdad de sus productos. Así que la instructora apoyó un poco en su discurso. Prontamente resolvieron el cuestionario del paquete didáctico (ver anexo 3) y se hizo la plenaria, donde los alumnos comentaban programas de televisión donde aparecían anoréxicas y gorditas, la instructora aclaró que reflexionaran acerca de estos programas televisivos, quiénes eran las o los estudiantes que tenían éxito y quiénes no lo hacían. Como conclusión se obtuvo que las chicas muy delgadas o anoréxicas son las que tienen el éxito en los medios de comunicación, por lo cual esto no es muy saludable y hasta engañan a los espectadores.

A la mitad del curso se percibió menos la presencia de la maestra, por lo cual los alumnos se comportaban más libres pero exagerando sus gritos, comentarios y acciones de pararse, correr, durante las actividades. Y cuando aparecía la maestra, ella intervenía pidiendo silencio y buen comportamiento.

La sesión 6 ayudó para reflexionar el tema que a los jóvenes les causan interés que son los medios de comunicación. Se percibió mucha participación del grupo durante la plenaria, platicando de artistas de la televisión y mencionando que no podía ser que fueran muchas anoréxicas en el medio del espectáculo.

- Sesión 7

Durante la sesión 7 se repartió la lectura del paquete didáctico (ver anexo 3) *comer sano*. Después de dar lectura existieron dudas como, el por qué en algunos libros mencionan la pirámide de la nutrición y en otros libros el plato del bien comer. Entonces se aclaró que es la manera en la que los nutriólogos dan a conocer la manera correcta de alimentarse, sólo que es de cada quien tomar en cuenta la forma más fácil de entenderlo.

Se dividió al grupo en equipos de tres y se pegaron en el pizarrón las hojas de la memoria. El juego consistió en que los equipos eligieran un candidato para voltear el par de hojas y así encontrar el par de la memoria. Los preadolescentes estuvieron animados y obtuvieron sus pares rápidamente. Un equipo ganó por un par y los demás mostraron rechazo hacia el equipo ganador.

Se observó durante la sesión 7 en particular, que el comportamiento de los preadolescentes era ambivalente, es decir, se gritaban entre ellos para contestar correctamente pero a la vez se ayudaban. Se aclara que estos cambios de actitudes y conducta son simultáneos a los cambios físicos (González, 2003).

Además presentaban competencia al extremo por ganar los pares de la memoria y aunque mostraron interés por la actividad, al existir gran revuelo por ganar pares, se perdió un poco el análisis del contenido de la memoria.

Por lo tanto, se realizó una conclusión a modo de plenaria, destacando lo que habían aprendido, mencionaron que los alimentos chatarra no aportaban vitaminas, ni minerales a nuestro cuerpo, también decían que las papas fritas contienen mucha sal y grasa por eso es poco recomendable consumirlas muy seguido.

- Sesión 8

La sesión ocho fue sobre la importancia del ejercicio físico, primero se realizó la explicación de la importancia del tema. Se tomaron en cuenta tópicos del ejercicio, su relevancia para el cuerpo, qué líquidos emite nuestro cuerpo, para qué nos ayuda. Posteriormente se pegó en el pizarrón un tablero con carriles, se separó al grupo en equipos de 3 y se dio la instrucción de que jugaríamos maratón. Así que la instructora les hizo una serie de preguntas en donde los preadolescentes iban avanzando. El equipo 1 eran los que contestaban más seguido y correctamente, por lo que fueron los ganadores. La sesión número 8, fue difícil de escuchar los comentarios por que el equipo 1, era muy demandante en sus contestaciones y además los otros dos equipos en su mayoría se encontraban distraídos, platicando entre ellos, pasándose papelitos, jugando con hojas de papel. Entonces, se les llamaba la atención y hasta la maestra intervenía.

Para resumir y que les quedará claro el tema se realizó un repaso de la importancia del ejercicio y sus beneficios, haciendo énfasis en las preguntas del maratón y la gran mayoría de los alumnos contestó correctamente, con entusiasmo y modificando la actitud, es decir, se mostraron cooperativos y atentos. Apoyando al final en acomodar las bancas y los materiales de la instructora. Cabe mencionar que se

observó relevante la intervención de la maestra para el cambio de actitud de los alumnos.

- Sesión 9

En la sesión 9 se repartieron rápidamente los materiales para llevar a cabo la actividad. Se dió instrucción de que este era un juego conocido por la gran mayoría, llamado *twister* en donde la diferencia era que teníamos que armarlo entre los equipos para que al final pudiéramos jugarlo como ya algunos sabíamos. Así que se dividió al grupo en tres equipos de 5 y uno de 6 integrantes.

Se les pidió que recortaran las frutas y verduras, y las pegaran en una hoja bond colocándolas en una hilera de verdes (figuras de lechugas), luego una línea de amarillas (figuras de manzanas), después una hilera de rojas (figuras de fresas) y por último una línea de moradas (figuras de uvas). Durante la actividad se pararon constantemente, platicaron y discutieron el orden de las figuras.

Posteriormente se quitaron los zapatos y por equipos se colocaron en sus tableros del suelo y esperaron la instrucción del reloj. La coordinadora dio la primera instrucción y todos se apresuraron para poner sus manos y pies correctamente. Hubo un equipo que falló porque se cayeron los del equipo y se descalificaron. Otro equipo compitió arduamente con sus contrincantes. Hasta que al final quedaron empatados.

A lo largo de la sesión 9 se apreció al grupo contento, riéndose, aportando ideas, colaborando en conjunto, muy distinto a la sesión 8 en donde no ponían atención, por lo cual se presupone que la actividad de twister fue más dinámica porque utilizaron todo el cuerpo y otro factor influyente fue la libertad de quitarse los zapatos y relajarse sin regaños. Sin embargo no dejaron de ser un grupo competitivo que no les pareció el quedar empatados como el final de la sesión.

- Sesión 10

En la sesión 10, el grupo salió al patio para realizar la actividad. Después se dividió al grupo en 5 equipos. Se les entregaron las instrucciones y se les dieron 10 minutos para ponerse de acuerdo. Varios de los alumnos pidieron pelotas y se colocaron en sus posiciones. Utilizaron cuatro esquinas y mencionaban que estaban listos para empezar. Así que se le pidió al equipo 5 que pasara a las bases corriendo, sólo se escuchaban gritos y porras. Cuando terminaron pasaron el equipo 1, 2, 3 y 4.

En la última etapa se les sentó en círculo para que contestaran el cuestionario del paquete didáctico (anexo 3). Las preguntas eran: ¿Qué deporte te gusta?, describe los beneficios del ejercicio físico y ¿Te gustó la actividad que realizamos?. Una vez que lo contestaron, compartieron sus respuestas y rieron al conocer sus gustos.

En está sesión se siguió con la dinámica anterior de la sesión 9, es decir seguían en la actitud cooperativa y relajada de divertirse, jugando en el patio. Durante la sesión 10 se apoyaban con porras. Al término preguntaban quien había ganado, pero se llego a la conclusión de que era un juego que no necesitaba ganadores porque todos se habían divertido.

Durante la plenaria se observaba un ambiente demandante por parte de los preadolescentes, en cuestiones de participación se arrebataban la palabra o se irritaban cuando no contestaban a tiempo. El ser demandante, puede resultar ser una actitud de interés hacía el tema del ejercicio.

- Sesión 11

En la sesión 11 se repartió al grupo en tres equipos, se les pidió que se sentaran separados para que se pusieran de acuerdo. Se les entregaron las instrucciones y se les dieron 30 minutos para que se arreglaran y presentaran la obra de teatro de la

problemática de su casa o escuela donde hubiera mala alimentación y cómo se resolvería.

Después del tiempo señalado, los estudiantes pedían más tiempo porque querían caracterizarse y todavía no estaban listos, por lo que se les dio sólo 7 minutos más porque no daría tiempo para ver las tres obras de teatro.

De este modo, se presentó el primer equipo con una problemática en la familia, se trataba de una familia que consumía mucha comida chatarra y después recibieron la visita de una amiga de su hija y ella les dio una explicación de cómo comer bien, al hacerlo la familia comprendió que tenían que ir a la tienda y comprar comida que les sirviera para crecer sano y fuertes.

El siguiente equipo presentó una problemática en la escuela, que consistió en que unos niños del colegio se la pasaban hablando de los comerciales de la televisión y pensaban que la comida chatarra era lo mejor, hasta que una maestra parecida a la instructora llegó a la escuela para darles una plática de alimentación sana y entendieron que la televisión a veces dice cosas que no son ciertas.

El equipo tres se tardó un poco más de tiempo en colocar su escenario, pues era una tiendita escolar hecha con cartón, entonces una vez que terminaron de ponerla, actuaron. Presentaron una problemática escolar en donde la tiendita de la escuela sólo vendía comida chatarra, así que unos niños se dieron a la labor de hablar con la directora de que sería mejor que vendieran comida saludable.

Se percibió que se formaron dos grupos que colaboraban durante las actividades, pero un grupo que se comportaba contradictorio, había estudiantes que no querían trabajar y jóvenes que sí lo hacían. Además dentro del equipo tres hubo una discusión, poco entendimiento y nada de negociación.

Durante las negociaciones sucedió un incidente que hasta la instructora terminó lesionada, por lo cual se les pidió que los que no quisieran trabajar no lo hicieran. Por lo cual no se puede pasar por alto la demanda y exigencia de ser escuchados que emite este grupo, como la interpretación que da el psicoanálisis del síntoma anoréxico en donde es necesario observar qué las chicas anoréxicas buscan ser escuchadas pero si se frustra el sentimiento de expresión, entonces su cuerpo expresa lo que no dicen con palabras. “Se trata de poner palabras a lo más central en el ser humano, la relación con su inconsciente, el espacio de su subjetividad individual, único aquello que lo representa en su singularidad” (Strada, 2002: 14).

Al término de la sesión se les pidió a los estudiantes que recogieran sus materiales, escenografías y que acomodaran las bancas. La maestra comentó a la instructora que ese día en especial estaban muy inquietos los alumnos.

- Sesión 12

En la sesión 12, solamente se aplicó el cuestionario post test en silencio. La maestra y la subdirectora de nuevo estuvieron presentes cooperando. Al final cada niño entregó su gafete junto con su cuestionario.

Para cerrar el programa, se les dio las gracias por su participación y cooperación al programa psicoeducativo, también se le pidió a un niño (Rodolfo, quien golpeo incidentalmente a la instructora) que pasara al frente a mencionar qué había aprendido, dijo: “que había aprendido a cómo alimentarse sanamente y que la anorexia y bulimia eran enfermedades peligrosas, también mencionó que era importante hacer ejercicio”. También los niños hicieron comentarios de agradecimiento a la instructora del programa, así como a la maestra del grupo.

Al cerrar el programa psicoeducativo, 5 niñas entre ellas abrazaron a la coordinadora pidiéndole un tiempo más de curso. En especial una chica se quedó al

final pidiendo más tiempo y decía que le había gustado mucho (recordando que esta niña es un porcentaje de la población que ya hace dieta) (García, 2000).

A continuación se muestra una tabla en donde se presentan las calificaciones del pretest y del post test en el grupo control y experimental para observar las diferencias de calificaciones antes y después del programa psicoeducativo.

Continuando con la investigación se incluye posteriormente un apartado de análisis e interpretación del conocimiento científico del pretest y del post test en el grupo experimental y control.

Análisis e interpretación comparativa del conocimiento científico del pretest y del post test entre el grupo experimental y control.

A continuación se presentan los resultados del conocimiento científico, a lo largo de las tablas se hace una comparación para que el lector pueda observar las diferencias entre grupos y evaluación.

1. ¿Cuál es la manera correcta de alimentarse?

Pretest Grupo Control Pretest Grupo Experimental

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Balanceadamente	6	30%	Comer balanceado, no comer en exceso o poco	7	33%
Frutas y verduras	5	24%	Comer sanamente, no comer mucha comida chatarra	6	29%
Comiendo de todo pero sin exceso	3	15%	Comiendo frutas y verduras y poca carne	3	14%
Comer poco de todo, azucares, proteínas, grasas, frutas, verduras, cereales, etc.	2	10%	Tres veces al día, en su tiempo, legumbres, carnes, cereales, lácteos y pocas grasas	3	14%
Equilibradamente	2	10%	Equilibrada	2	10%
No comer alimentos chatarra	2	10%			
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

En los pretest del grupo control y experimental no se observan diferencias en las frecuencias relativas, pues es observa que tienen una definición falsa o errónea de lo que es comer balanceado, puesto que expresan que no es comer mucho, ni poco, es decir que no especifican cuanta cantidad comer. Por lo tanto se da la importancia de hacer detallados los temas de nutrición, ya que la población ya tiene conocimientos erróneos sobre alimentación y llevan a cabo acciones para bajar de o para controlar su peso corporal.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Comer de todo	7	35%	Balanceado, mezclando verduras, frutas leguminosas, carnes y cereales	13	62%
Balanceadamente	6	30%	Comiendo frutas y verduras	4	19%
Frutas y verduras	4	20%	Saludable, equilibrada, higiénica y variada	2	19%
No excediéndose comiendo equilibradamente	3	15%	Comiendo cierta porción de cada sección de alimentos	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

En cambio al tomar en cuenta el post test en la pregunta 1 de los dos grupos, se señala una diferencia importante, pues el 62% de los estudiantes del grupo experimental hace mención detallada de términos de nutrición, es decir, expresan con claridad lo que se refiere a balanceado, que es mezclar verduras, frutas, leguminosas, carnes y cereales. En cambio en el grupo control sólo hace referencia a algunos términos sin profundizar, por ejemplo: “comer de todo”.

2. ¿Qué significa la palabra “dieta restrictiva”?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No sé	10	50%	Que no puedes comer varias o algunas cosas	6	29%
No comer algo	4	20%	Seguir un orden en la alimentación a ciertas horas	4	19%
No comer adecuadamente y comer poco	2	10%	Que no puedes comer casi nada y sobre todo nada de chatarra	3	14%
Una dieta para no engordar	2	10%	Hacer una dieta que le hace bien a tu salud o comer sanamente	3	14%
No comer chatarra, ni grasas	2	10%	No sé	3	14%
_____	_	_	Un tipo de dieta a seguir para la gente con sobrepeso	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

Dentro de esta pregunta las categorías establecidas por los alumnos del grupo experimental tienen erróneamente entendido lo que se refiere a la palabra dieta. Sólo un 14% no sabe y otro 14% explica que es no comer casi nada, significa que deducen el significado pero no con claridad. Por otro lado el pretest en el grupo control se identifica que el 50% de los estudiantes contestan no saber a lo que se refiere “dieta restrictiva”, por lo cual, haciendo la comparación con el grupo experimental se observa desconocimiento del tema o desinterés por el mismo. Por lo tanto es relevante poner atención especial a temas relacionados con la salud y preservación del ambiente.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
No entiendo o no sé	10	50%	Quitar o prohibir algunos alimentos de tu comida diaria para enflacar	8	38%
Que no puedes comer algo	5	25%	No comer algunas cosas	5	24%
No comer mucho y sin grasas	3	15%	Cuando quitas algunos de tus alimentos y no los comes tan seguido	3	14%
Dejar de comer pan por mucho tiempo	2	10%	Cuando vas con un nutriólogo y te dice qué comer	3	14%
_____	_____	____	Cuando dejas de comer	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

Primeramente se observa que el grupo experimental un 38% de los alumnos responden lo que significa la palabra dieta restrictiva, dando a conocer dando a conocer que esto lo hacen las chicas para adelgazar y con esto perjudican a su salud, solo un 5% no sabe que responder. Esto quiere decir que adquirieron los científicos de salud y preservación del medio ambiente como se esperaba. Y en el post test del grupo control se observa que un 50% de los participantes no sabe a que se refiere la pregunta, entonces se puede mencionar que posiblemente el programa psicoeducativo resultó efectivo.

4. ¿En qué beneficia consumir una dieta balanceada (en proporciones adecuadas de azúcares, proteínas, grasas, frutas, verduras, cereales, etc.)?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
En tener un cuerpo sano y fuerte	9	45%	No engordas y bajas de peso, creces fuerte y sano	8	38%
Estar sano y no obeso	4	20%	Tu organismo está mejor y no te enfermas	7	33%
Te sientes bien y no te enfermas	3	15%	Estar en forma o condición en tu peso y saludable	4	19%
A bajar de peso	2	10%	Puedes comer de todo pero poco	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

Un 38% del grupo experimental refirió que “no se engorda y bajas de peso”, quiere decir que esta población ya tiene acciones para bajar de o para controlar su peso corporal. Por otro lado, el 45% de estudiantes del grupo control contestó en esta pregunta que el alimentarse con una dieta balanceada es estar sano y fuerte. En resultado los preadolescentes del grupo control dentro del pretest en esta pregunta tenían ya los conocimientos científicos de salud y preservación del medio ambiente.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
En tener buena salud	12	60%	Estar saludable	9	42%
En estar sano y no gordo	3	15%	Creces grande, fuerte y sano	5	24%
En crecer fuerte y sano	3	15%	Que no engordes	3	14%
Beneficia en tener buena salud, fuerza, memoria y no engordas	2	10%	Que estés en buena forma	2	10%
_____	_____	_____	No tener problemas de alimentación	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

En el post test no se observan diferencias entre los dos grupos, sin embargo detallando se hace notar que en el grupo control un 15% no expresa diferencias entre la salud y la gordura. En cambio en el grupo experimental sí la hace, en un 42%, pues mencionan que “estas saludable si consumes una dieta balanceada”. Esto quiere decir que en el grupo experimental si logro vincular algunos de los conocimientos científicos con sus experiencias de las actividades dentro del programa psicoeducativo.

5. ¿Los trastornos de la conducta alimentaria como: anorexia y bulimia qué significan?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Anorexia: dejar de comer Bulimia: comer mucho y vomitar	6	29%	Anorexia: es cuando no comes por estar flaca y Bulimia: es cuando comes y vomitas	6	29%
Anorexia y bulimia es no comer y sentirse y verse gorda	5	25%	Cuando te sientes gordo pero estás flaco y te deprimes y no comes o vomitas	6	29%
No sé	2	20%	Son enfermedades muy graves que te pueden matar	4	19%
Es un daño psicológico o mental	4	20%	No sé	3	14%
Enfermedades graves, porque enflacan demasiado	3	15%	Son enfermedades de personas obesas	2	9%
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

Las respuestas de los dos grupos fueron similares teniendo la misma respuesta en un 29% de la población. Lo sorprendente de las respuestas del grupo expermiental es que un 9% mencionó que son enfermedades para gente obesa, siendo confusa respuesta.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Anorexia: es no comer Bulimia: es comer y vomitar. Las dos por sentirse gordas	9	45%	Anorexia: es cuando no comes y Bulimia: es cuando comes y vomitas o haces demasiado ejercicio	6	29%
Son enfermedades	4	20%	Son enfermedades graves	5	24%
No entiendo	4	20%	Enfermedades por no comer	5	24%
Son enfermedades de gente gorda	3	15%	Tu crees que estás gordo pero estás flaco	3	14%
_____	_____	_____	Cuando no te estás alimentando correctamente	2	9%
Total	20	100%	Total	21	100%

P*ost test*

Dentro del post test no se observa un cambio importante en el grupo experimental, en las categorías de respuesta, así es como un 29% de los alumnos contestó lo que es anorexia y bulimia al igual que el pretest, el mismo porcentaje respondió igual. Sin embargo no hubo categoría sin contestar y se aclaró la respuesta confusa del 9%. Por otra parte el grupo control, un 20% contestó que no entiende la pregunta y un 10% menciona que son enfermedades de gente gorda, observándose el cambio de grupos por el programa psicoeducativo impartido sólo en el grupo experimental, así como la posible incorporación de los conocimientos científicos.

6. ¿Qué beneficios obtienes con el ejercicio físico?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Tu cuerpo estará sano y te sentirás bien	6	30%	Tu cuerpo está sano	9	43%
Estar en buena condición	4	20%	Crecer fuerte y no ser gordito o para quemar grasa	8	38%
Quemas grasas y tienes un cuerpo atlético	3	15%	Adelgazas	2	9%
Bajar de peso	4	20%	Tener buena condición física	2	9%
Estar fuerte	3	15%	_____	____	____
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

Se observa que un 43% del grupo experimental, concebía el ejercicio físico como saludable, en este sentido el 38% presentaban la respuesta de “no estar gordito o quemar grasa” haciendo alusión al ejercicio físico como un método importante para bajar de peso y así hasta podría ser utilizado como una práctica compensatoria.

Por otro lado, notablemente se percibe que un 30% del grupo control menciona la salud y sentirse bien con los beneficios del ejercicio. Esto quiere decir que el grupo experimental ya presentaba los conocimientos vinculados con otros contenidos o asignaturas en su previo conocimiento han hecho un aprendizaje integral.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Estar sano, fuerte y en buena forma	9	45%	Estar sano	12	57%
Bajar de peso	5	25%	Ser fuerte	3	14%
Tener salud	6	30%	Enflacar y estar delgado	3	14%
_____	_____	___	Estar en buena forma	3	14%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

El grupo experimental, en un 57% contestó que el ejercicio físico es “estar sano”, por lo tanto comparando con el pretest, significa que aumentó el porcentaje, dejando sólo un 14% respondiendo “enflacar y estar delgado”, disminuyendo el número de chicos que podrían utilizar el ejercicio como actividad compensatoria. También en el grupo control dentro del post test se presentó un 25% de alumnos que mencionó el “bajar de peso” como beneficio del ejercicio físico. Aclarando con esto algunos conocimientos erróneos del ejercicio.

Análisis e interpretación comparativa del conocimiento cotidiano del pretest y del post test en el grupo experimental y control.

3. ¿Qué comes en el recreo?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sándwich/ molletes y agua	13	65%	Torta/sándwich, agua y fruta	7	33%
Depende: si me mandan lunch o dinero	5	25%	Sándwich, agua y una barra de frutas con granola	6	29%
Papas	2	10%	Molletes y refresco	3	14%
_____	____	_____	Papas, refresco/jugo, dulces, chocolates y pan	3	14%
_____	_____	____	Depende, si me mandan lunch o dinero	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

En el grupo control, un 60% mencionaron estar comiendo “sándwich o molletes con agua”, y en el grupo experimental respondieron 33% estar comiendo “torta o sándwich, agua y fruta”. La diferencia es que en el grupo experimental sí responden que comen fruta durante el recreo. Sin embargo, al hacer la comparación en el consumo de comida chatarra, el grupo que obtiene un porcentaje más alto es el experimental con un 14% y el porcentaje bajo lo presenta el grupo control con un 10%.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sándwich y agua	13	65%	Sándwich, agua y barritas de fruta con granola	6	28%
Papas	4	15%	Torta/sándwich y agua	4	19%
Nada	2	10%	Molletes, papas y agua/jugo	3	14%
Fruta y una barra de cereal	2	10%	Comida chatarra y refrescos	4	20%
_____	_____	_____	Jícamas, pepinos con sal y limón y agua	2	9%
_____	_____	_____	Fruta, un dulce, agua y cereal	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

En el post test del grupo experimental se observa que el 28% de los alumnos agrega en su dieta cereales. Aunque disminuye el porcentaje también se puede apreciar que existen tres categorías de respuesta más y en estas incluyen a su dieta diaria alimentos como; jícamas, fruta, verdura, pepinos. Entonces se puede hacer mención que los participantes del programa adquirieron probablemente los conocimientos cotidianos. En cambio, la mayoría de los alumnos del grupo control, es decir un 60% respondieron estar comiendo “sándwich y agua”, sin agregar los cereales. Además el grupo control obtiene un 15% en el consumo de comida chatarra, mientras que el grupo experimental presenta un 14%.

7. ¿Cómo eres físicamente e interiormente?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Saludable	4	20%	Tímido, amigable, sensible y juguetón	5	24%
Sin respuesta	4	20%	Hermosa, enojona pero quiero mucho	4	19%
Un poco gordita pero sana	3	15%	Flaco, tierno y amable	3	14%
No soy ni flaco ni gordo	3	15%	Solidario, feliz y contento	3	14%
Flaco y feliz	2	10%	Casi no hago ejercicio, soy gordito y un poco gruñón	2	9%
Yo creo que soy llenita, aunque mi mamá y mi hermana digan que no, así me siento.	1	5%	Soy de pensamientos claros	1	4%
Soy gordo pero bonachón	1	5%	Estoy en mi peso normal, soy inteligente, cooperativa y compartida	1	5%
Soy delgada, sana, aunque a veces me siento disgustada conmigo misma	1	5%	Fea, enojona y desesperante	1	5%
Flaca y saludable	1	5%	Chiquita y llenita	1	5%
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

En las categorías de respuesta de los dos grupos, se observa que hay gran variedad de contestaciones que expresan cómo son interiormente, por ejemplo, en el grupo experimental más del 24%, sólo el 19% hacen mención de cómo son físicamente, además de ser características negativas, como: fea, chiquita y llenita, gordito. Y en el grupo control, sumando las categorías obtenemos un 30% menciona características como: “un poco gordita pero sana”, “yo creo que soy llenita, aunque los demás no piensen lo mismo”, “gordo pero bonachón”. Al encontrarse en la preadolescencia se

puede presentar insatisfacción con la imagen corporal y esto es un riesgo para presentar anorexia o bulimia esto se observa en los dos grupos.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sana	4	20%	Sensible, extrovertida, enojona, feliz y con amor	5	24%
Simpática, a veces enojona, platicadora y muy cariñosa	2	10%	Chistoso y feliz	4	19%
Delgada	2	10%	Amigable, sentimental y grande	3	14%
Feliz, inteligente y guapo	2	10%	Blanca, delgada, bonita y sana	2	9%
Flaco, chaparro y feliz	2	10%	Soy flaco	2	9%
Fuerte y musculoso	2	10%	Soy como me gusta ser	2	9%
Gordito/obeso pero alto	2	10%	Chiquita y llenita	1	5%
Alto, impaciente y feliz	1	5%	Gordito y no hago ejercicio	1	5%
No soy gorda	1	5%	Fea y un poco gordita	1	5%
No sé si estoy delgada o no	1	5%	Físicamente soy robusta e interiormente buena amiga	1	5%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

El grupo experimental sólo en un 20% tuvo respuestas con referencia al peso, además se observa que no cambiaron mucho las respuestas con forme al pretest, sin embargo solamente el 15% de los chicos mencionan características físicas negativas, Y el grupo control presentó todo lo contrario, con categorías que llaman la atención, por ejemplo, 10% mencionó “delgada”, otro 10% “flaco, chaparro y feliz”, 5%“no soy gorda” y 5% “no sé si soy delgada o no”.

Esto significa que el programa psicoeducativo fue fructífero en la medida que adquirieron los conocimientos cotidianos manifestándolos en descripciones hacia su persona.

8. ¿Por qué es importante alimentarse sanamente?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Para tener una buena salud y sentirte bien	11	55%	Para ser más sano y no enfermarse	11	53%
Para no tener enfermedades	5	25%	Para no tener sobrepeso	5	24%
Para que no subas, ni bajes de peso	2	10%	Porque si no te conviertes en Anoréxica y Bulímica	3	14%
Para evitar problemas y poder estudiar	2	10%	Para poder vivir y sentirte bien	2	9%
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

El grupo experimental en el pretest presenta mayor porcentaje en la preocupación del peso, es decir un 24% menciona “para no tener sobrepeso”; por otro lado, el grupo control presenta un 10% respondiendo “para que no subas ni bajes de peso”. En consideración los dos grupos se encuentran en riesgo para presentar trastornos alimentarios.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Para estar saludable y sentirte bien	10	50%	Para estar sano	10	50%
Para crecer sanos y fuertes	6	30%	Porque te puedes enfermar	6	28%
Para que no te enfermes	4	20%	Para crecer bien	3	14%
_____	_____	_____	Para tener energías	2	8%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

Las categorías de respuesta en el post test de los dos grupos coinciden, resultando que el 50% contestaron que el alimentarse bien es saludable. Posiblemente se refiere a la vinculación de otras materias o asignaturas en donde se desarrollan los hábitos adecuados para la preservación de la salud y el bienestar. Por lo que los dos grupos obtienen una frecuencia relativa parecida.

9. ¿Te sientes contento por como eres físicamente e interiormente?

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sí	10	50%	Sí	15	71%
A veces	2	10%	Más o menos	3	14%
Si mucho	2	10%	Más o menos en físicamente e interiormente bien	2	10%
Sin respuesta	2	10%	Me gustaría ser más delgada y menos enojona	1	5%
No mucho, porque estoy un poco gordito	3	15%	_____	_____	_____
Físicamente no porque estoy llenita pero interiormente sí me gusta como soy	1	5%	_____	_____	_____
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

Existe una diferencia entre el grupo experimental y control, pues el primero obtiene un 66% en la categoría de “sí”, mientras que el segundo un 50%. Y en cambio hay similitud en la frecuencia relativa que quisiera cambiar en el grupo control es 30% y en el grupo experimental es 29%, resultando parecidos los porcentajes.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Sí	15	75%	Sí	16	76%
No	4	20%	Sí, más o menos	2	9%
No mucho, porque creo que estoy ancha (llenita)	1	5%	Sí, porque me quiero y me acepto como soy	2	10%
_____	_____	_____	No, me gustaría ser más delgadita y menos enojona	1	5%
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

El cotejo de los dos grupos muestra similitud en la respuesta “sí” obteniendo un 71% el grupo experimental y un 70% en el grupo control. Y en cuanto a estar en disgusto consigo mismo dentro del grupo control presentaron un 25% sumando las categorías de respuesta y en el grupo experimental un 14%, resultando este último más bajo. Significa que el grupo en que se llevó a cabo el programa psicoeducativo incrementó la autoestima a partir de la imagen corporal, y con esto posiblemente se disminuyó el riesgo de presentar trastornos en la conducta alimentaria.

10. ¿Al día cuánta comida chatarra consumes? Por ejemplo: Una bolsa de papas o frituras, etc.

Pretest Grupo Control *Pretest Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Dos bolsas de papas	8	40%	De vez en cuando y no diario	9	43%
Nada de comida chatarra, sólo cuando voy al cine	6	30%	Una bolsa de papas y dulces	8	39%
Una bolsa de papas, muchas paletas y pan	3	15%	Un dulce o paleta de caramelo	2	10%
4 dulces o más	3	10%	Dos bolsas de papas, dos paletas, tres refrescos y un pan	2	10%
Total	20	100%	Total	21	100%

Pretest

En el grupo experimental presentaron 43% que “de vez en cuando y no diario consumen “chatarra”.Y el pretest del grupo control obtuvo un 40% de los estudiantes que hicieron referencia a consumir dos bolsas de papas a la semana, así como un 30% mencionaron que sólo come chatarra cuando va al cine. Por lo que se encuentran los dos grupos con una gran influencia de la comida no natural, lo cual desde la familia es en donde los niños adquieren los hábitos alimentarios, haciendo referencia a las cantidades, combinaciones de alimentos, horarios y lugares.

Post test Grupo Control *Post test Grupo Experimental*

Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa	Categorías de respuesta	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Una bolsa de papas	14	70%	Una bolsa de papas	10	50%
Tres paletas heladas	2	10%	Muy poca o casi nada	7	34%
Una paleta	2	10%	Dos bolsas de papas y dos refrescos	2	8%
Mucha	1	5%	Una dona y un refresco	2	8%
Nada, no me gusta	1	5%	_____	_____	_____
Total	20	100%	Total	21	100%

Post test

Se observa mayor incidencia en el grupo control, en la categoría de respuesta “una bolsa de papas”, un porcentaje de 70%. En cambio en el grupo experimental, es un 50% de jóvenes que consumen una bolsa de papas. Además lo rescatable es que un 34% disminuye del pretest a responder “poca o casi nada de comida chatarra”. Por lo tanto, posiblemente adquirieron los conocimientos cotidianos como se esperaba en la comprensión del funcionamiento y las trasformaciones del organismo humano y en el desarrollo de hábitos adecuados para la preservación de la salud y su bienestar.

Análisis e interpretación comparativa de las calificaciones del pretest y post test del grupo control y el grupo experimental

En este apartado, se califica al pretest y post test del grupo control y experimental, esto con el fin de obtener puntuaciones que nos muestran si fue efectivo el programa psicoeducativo de manera cuantitativa. Por lo tanto, se plasma una tabla en donde se observa de manera comparativa las calificaciones y los promedios de cada grupo.

Grupo Control *Grupo Experimental*

Sujetos	**Pretest**	**Post test**		**Sujetos**	**Pretest**	**Post test**
1	9	9		**1**	8	8
2	10	10		**2**	6	10
3	8	7		**3**	8	9
4	7	8		**4**	9	9
5	8	8		**5**	8	9
6	8	7		**6**	8	10
7	8	7		**7**	8	8
8	8	7		**8**	8	9
9	7	7		**9**	8	9
10	5	7		**10**	7	10
11	8	8		**11**	9	10
12	8	8		**12**	7	8
13	9	8		**13**	9	9
14	9	7		**14**	8	9
15	8	8		**15**	8	8
16	7	7		**16**	8	9
17	7	6		**17**	9	10
18	8	8		**18**	7	10
19	8	8		**19**	9	8
20	8	8		**20**	6	10
				21	8	10

Grupo Control	*Grupo Experimental*
Promedio General del pretest: 7.9	Promedio General del pretest: 7.9
Desviación estándar 1.021	Desviación estándar 0.912
Promedio General del post test: 7.6	Promedio General del post test: 9.1
Desviación estándar 0.875	Desviación estándar 0.788

Se aplicó la prueba *t de student* para muestras relacionadas para comparar el *pre* y el *postest* del grupo *control*: el valor de $t = 1.314$ con probabilidad $p= 0.102$ donde se puede observar que las diferencias no son estadísticamente significativas. Se aplicó la prueba *t de student* para muestras relacionadas para comparar el *pre* y el *postest* del grupo *experimental:* el valor de $t = 3.943$ con probabilidad $p= 0.0004$ donde se puede observar que las diferencias son estadísticamente significativas.

También se aplicó la prueba *t de student* para muestras independientes para comparar el *pretest* del grupo *control* y del *experimental:* el valor de $t = 0.00$ con probabilidad $p= 0.50$ donde se puede observar que las diferencias no son estadísticamente significativas. Se observa claramente que los dos grupos, obtienen el mismo promedio en el pretest, mostrando los mismos conocimientos previos sobre temas de la alimentación y cuidado del cuerpo.

Se aplicó la prueba *t de student* para muestras independientes para comparar el *postest* del grupo *control* y *experimental:* el valor de $t = 5.506$ con probabilidad $p= 0.000$ donde se puede observar que las diferencias son estadísticamente significativas con esto se apoya la idea de que el programa psicoeducativo tuvo efectividad.

El que exista un promedio general del grupo control más bajo en la primera evaluación que en la segunda, puede ser debido a varias causas, entre una de ellas, es que el grupo control al final de la evaluación expresó molestia por no entender las preguntas, haciendo la aclaración que sólo eran cuestiones de investigación.

Por otra parte, el aumento de promedio general en el grupo experimental, se justifica a partir de las estrategias lúdicas empleadas a lo largo del programa psicoeducativo, que aportaron participación activa en algunas sesiones, así como reflexiones. Al reconocer sus habilidades lúdicas los alumnos formaron parte de un proceso educativo activo, logrando en la última evaluación que el grupo experimental pudiera adquirir los conocimientos de alimentación y cuidado del cuerpo.

Discusión

El objetivo de esta investigación, consistió en determinar si la población de preadolescentes que se encontraban en riesgo de presentar signos de anorexia y bulimia, según el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán y la Dra. Gómez-Peresmitré (1998) ya que estos escolares estaban haciendo dieta intencional, evitando alimentos *engordantes*, sin importar los riesgos que estos ocasionaban.

Entonces al ser la columna vertebral del trabajo el currículo dentro de la psicología educativa, se insertaron los conocimientos científicos y cotidianos de la materia de Ciencias Naturales en el programa psicoeducativo para llevar a cabo el proceso educativo (SEP, 1993).

La anterior afirmación obedece a que, después de realizar el programa psicoeducativo, los participantes del grupo experimental vincularon las concepciones de los trastornos de la conducta alimentaria haciendo énfasis en que son tres: la anorexia, bulimia y trastorno no especificado. Precisando sus causas, riesgos, consecuencias y prevención (Gómez-Peresmitré, 1998). También hicieron referencia al tipo de alimentación sana y cuidado del cuerpo por medio del ejercicio. Haciendo énfasis que el conocimiento científico se da cuando se vinculan los conocimientos de las ciencias a su mundo natural y el niño pone atención a los temas relacionados con la salud en un aprendizaje integral (SEP, 1993).

Y por el otro lado, los preadolescentes retomaron los conocimientos cotidianos, al incluir en su alimentación más frutas y verduras y disminuir azúcares. Es importante hacer énfasis en que los conocimientos cotidianos son aquellos que el joven puede desarrollar en hábitos adecuados para la preservación de la salud y su bienestar (SEP, 1993).

En relación a la distorsión de la imagen corporal, sobrestimación y subestimación, satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal y nivel o grado de discrepancia entre figura actual y figura ideal (Gómez-Peresmitré 1997) los estudiantes disminuyeron uno de los riesgos en presentar anorexia o bulimia en la preadolescencia. Porque mencionaron menos características físicas negativas y reconocieron más cualidades positivas de sí mismos. Ante lo expuesto, considero que esa disminución de riesgo se debió al incremento de la autoestima en los preadolescentes la cual se dio como consecuencia de la puesta en práctica del programa psicoeducativo.

Asimismo, las estrategias lúdicas facilitaron la manera de adquirir nuevos conocimientos y desarrollaron habilidades y destrezas (Martínez, 2002). Entonces, planteo que las estrategias lúdicas son estrategias de acción que el psicólogo educativo puede usa como herramientas importantes para el desarrollo y reforzamiento de habilidades metacognitivas en los alumnos. Recordando con esto el papel fundamental del psicólogo educativo en el campo escolar, siendo éste un apoyo para maestros, padres y alumnos dentro del trabajo interdisciplinario.

Finalmente, se deja a consideración, el que después de la aplicación del programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia, se apliquen estos estudios al nivel institucional de educación básica debido al crecimiento que se ha observado del problema en las escuelas y que cada vez mas se presenta en los preadolescentes mexicanos. Además, es evidente que con dichas acciones, se abrirá una brecha en el campo de trabajo del psicólogo educativo, y por lo tanto se lograra un beneficio neto en favor de la sociedad.

Conclusiones

El programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia se evaluó con el análisis e interpretación del pretest y post test, del cual surgen las siguientes consideraciones:

Durante la aplicación del programa

Los preadolescentes exteriorizaron disposición durante la aplicación del programa psicoeducativo, porque durante las sesiones fueron participativos y espontáneos. También las estrategias lúdicas utilizadas promovieron el interés y la motivación para la participación dentro del programa. Facilitando la manera de aprender nuevos conocimientos y aportando libertad para la participación activa. Desarrollaron habilidades físicas, destrezas, y aprendieron nuevos conocimientos (Martínez, 2002). Resultó ser una visión divertida para aprender nociones de alimentación sana y cuidado del cuerpo.

Asimismo, con estrategias de acción teatrales desarrolladas en las sesiones, los alumnos adquirieron vivencialmente el conocimiento del cuidado del cuerpo y la alimentación sana. Las dinámicas de juegos predeportivos propiciaron el acercamiento afectivo de los alumnos relajando el ambiente.

Y también la expresión libre, proporcionó el autoanálisis de sí mismos y lograron disminuir comentarios en relación al peso y también existieron expresiones de apoyo entre los compañeros. Asimismo, reconocieron cualidades positivas de su imagen corporal y también hicieron reflexiones acerca del modelo cultural occidental (delgado extremo) resultó en buena medida ser un tema de gran interés en los preadolescentes haciendo un debate de discurso en el que mencionaron que los medios de comunicación “deberían darle permiso a los llenitos para presentarse en novelas”.

Ayudando a reducir con esto un riesgo de presentar anorexia o bulimia, además de favorecer en su autoimagen corporal (Gómez-Peresmitré, 1997).

En cuanto a su conducta, los alumnos fueron demandantes de atención y escucha, por lo cual se percibió que al término del programa los estudiantes expresaron comentarios de agradecimiento por ser escuchados y mostraron más exigencia por continuar con otros programas.

Conocimiento científico

Los alumnos, en cuanto al conocimiento científico, aclararon diversas definiciones y términos como por ejemplo: comer balanceado, que es mezclar verduras, frutas, leguminosas, carnes y cereales. “Estás saludable si consumes una dieta balanceada”, además vincularon los conocimientos de ciencias formando actitudes y habilidades científicas, preguntando e investigando, (SEP, 1993).

También establecieron el concepto correcto de la palabra dieta, dando a conocer que esto lo hacen las preadolescentes para adelgazar y con esto perjudican a su salud (Gómez-Peresmitré, 1998). Así como vincularon las concepciones de los trastornos de la conducta alimentaria haciendo énfasis en que son tres: la anorexia, bulimia y trastorno no especificado. Puntualizando sus causas, riesgos, consecuencias y prevención. (Gómez-Peresmitré, 1998) al mismo tiempo que desmintieron conocimientos erróneos de alimentación (García, 2000).

Asimismo, la mayoría de los estudiantes contestó en el post test que el ejercicio físico es “estar sano”, lo que se refiere a que disminuyó el número de jóvenes que asocia el ejercicio con la delgadez extrema como un acto compensatorio (Gómez-Peresmitré, 2000).

Conocimiento cotidiano

En cuanto a los conocimientos cotidianos los preadolescentes los retomaron en el desarrollo de hábitos adecuados para la preservación de la salud y bienestar al mencionar en el post test que incluyeron en su alimentación del recreo jícamas, fruta, verdura, pepinos y cereales. Además, presentaron una disminución comida chatarra que consumen en su dieta diaria, como lo afirma González (1999) los escolares se encuentran frente a la influencia de alimentos no naturales.

También se observó al término del programa que los estudiantes mencionaron menos características físicas negativas y existió un aumento en el porcentaje de jóvenes que se aceptan a sí mismos. Esto quiere decir que disminuyó un factor de riesgo importante en la presencia de la anorexia y bulimia, por que la imagen corporal distorsionada y la subestimación como lo afirma la Dra. Gómez-Peresmitré (1997) pueden desencadenar en un problema alimentario.

Evaluación cuantitativa

En los promedios generales del pretest se observó que en los dos grupo fue similar, sin embargo , en la evaluación final (post test) se puntualiza un promedio general de 9.1 en el grupo experimental rebasando los índices del grupo control, además de la aplicación la prueba *t de student* para muestras independientes para comparar el *postest* del grupo *control* y *experimental:* el valor de $t = 5.506$ con probabilidad $p= 0.000$ se pudo observar que las diferencias son estadísticamente significativas con esto se apoya la idea de que el programa psicoeducativo tuvo cierta efectividad.

Además, el aumento de promedio general en el grupo experimental, se puede también justificar a partir de las estrategias lúdicas empleadas a lo largo del programa psicoeducativo. Por esto mismo, se puede mencionar que el grupo experimental formó

parte de un proceso educativo activo, logrando en la última evaluación pudieran los alumnos adquirir los conocimientos de alimentación y cuidado del cuerpo.

Con lo que respecta al grupo control, es importante tomar en cuenta que en una futura investigación podría aplicarse el programa psicoeducativo al grupo control para disminuir los riesgos que ocasionan trastornos alimentarios.

En consecuencia, se puede concluir que el programa psicoeducativo para preadolescentes, fundamentado en estrategias lúdicas, obtuvo resultados satisfactorios, ya que los participantes demostraron haber aprendido nuevos conocimientos cotidianos y científicos de alimentación sana y cuidado del cuerpo, con esto disminuyeron algunos de los riesgos que pudieran ocasionar anorexia y bulimia en el grupo experimental (Gómez-Peresmitré, 2001).

Recomendaciones

Después de las conclusiones del programa psicoeducativo y de su análisis, se presentan a continuación una serie de sugerencias para el profesor de grupo:

- En primer lugar, se recomienda que el profesor utilice estrategias lúdicas, como los juego de recreación, juegos textuales y de expresión, juegos predeportivos, juegos tradicionales y juegos de representación para su motivación en clase y participación y finalmente para llevar a cabo una enseñanza-aprendizaje fructífera tal como lo menciona Martínez (2000).

- En segundo lugar, motivar a los preadolescentes a mencionar las cualidades positivas interiores y exteriores de sí mismos para incrementar su autoestima y con esto su imagen corporal, porque después del programa psicoeducativo se incrementó el número de alumnos que mencionaban en la evaluación final (postest) su aceptación físicamente e interiormente.

- En tercer lugar, se sugiere que el maestro incorpore un espacio en 6º de la materia de Ciencias Naturales para el debate y la reflexión del tema de trastornos de la conducta alimentaria, ya que se observó que dentro del programa psicoeducativo los estudiantes presentaron mucho interés en el tema, además como lo afirma Gómez-Peresmitré (2001), el hacer dieta es un riesgo más para presentar anorexia o bulimia.

- En cuarto lugar, este programa psicoeducativo, es pauta para abrir la brecha a otros programas futuros de educación para la salud impartidos por psicólogos educativos como por ejemplo: obesidad, diabetes, cuidado dental, higiene personal, entre otros temas.

Experiencia profesional como psicóloga educativa.

Mi experiencia de investigación que a continuación narró fue enriquecedora desde el inicio, porque al entrar a prácticas profesionales dentro del Instituto Nacional de Ciencias Médicas Salvador Zubirán, y observar la labor del psicólogo educativo interdisciplinariamente en el tema los trastornos de la conducta alimentaria fue de gran interés para mí. Entonces fue cuando decidí retomar parte de la población de alumnos a los cuales ya les habían realizado un estudio para encontrar factores de riesgo en presentar anorexia y bulimia. Los factores de riesgo que localizaron dentro del estudio en los preadolescentes fueron: tenían conocimientos erróneos de alimentación, además estaban realizando dietas (acciones para bajar o control su peso) y estaban restringiendo su alimentación.

Posteriormente se tomó la decisión de realizar un programa psicoeducativo en el cual puede vincular el tema de los trastornos de la conducta alimentaria con la psicología educativa, al mencionar la importancia de la educación para la salud y el cuidado del cuerpo. Entrando así a un terreno novedoso para el psicólogo educativo.

Durante el diseño, aplicación y evaluación del programa, aprendí a llevar a cabo a la práctica los conocimientos que adquirí en la Universidad Pedagógica Nacional. En primer lugar para diseñar el programa necesite elaborar un diseño y una programación de actividades que me permitió como psicóloga educativa desarrollar habilidades de investigación, análisis de textos y descubrir mi propia creatividad e interés en el terreno escolar.

Después, en la parte práctica del programa psicoeducativo, fue interesante observar la realidad del trabajo diario en el campo laboral. Fue enriquecedor coordinar un grupo, estar al tanto de su proceso educativo y con ello observar diariamente su motivación por aprender. Además contribuí, como modelo de apoyo para la maestra del grupo en cuestión de enseñanza de nuevas estrategias de acción.

Por último, en la evaluación observé los cambios positivos, en su alimentación, porque disminuyeron conocimientos erróneos, reconocieron cualidades positivas de sí mismos. Además descubrí mis capacidades como psicóloga educativa al percibir en las sesiones que los preadolescentes implícitamente aprendieron a través de estrategias lúdicas y entonces pude desempeñarme profesionalmente en el ámbito escolar.

Referencias

Álvarez, E. (1991). *El niño de 6 a 13 años.* Colombia: América.

Ancarola, E. (1990). *La educación para la salud en la escuela*. Ediciones Braga. Buenos Aires, Argentina.

Arredondo, P. (2003) *Cuatro Universidades proponen reformas al art. 3.* México, El Informador de Guadalajara, 25 de Noviembre. Disponible en red www.informador.com.mx. 25/11/03.

Báez, R. (2002). *Ley General de Educación: Comentada.* Ed. PAC. México.

Barriguete, A.(mimeo) 2004. Ponencia en el *primer Congreso Hispano Latino Americano de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México.

Berryman, J. (1994). *Psicología del desarrollo*. Ed. Manual Moderno. México D, F.

Buendía, L. Bravo, P. Hernández, F. (1998). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. Ed. Mc Graw Hill. Madrid.

Cabrera, A. (1995). *El juego en la educación preescolar: Desarrollo social y cognoscitivo del niño*. Para obtener el grado de Maestría. UPN. México.

Cancino, F. (2003) *Combaten la obesidad infantil con deportes.* México, El Universal, 01 de Octubre. Disponible en red www.eluniversal.com.mx. 01/10/03.

Casanueva, E. (1995). Compilado por: Kaufer- Horwitz M, Arroyo P, Pérez A et. al. *Nutrición del adolescente* en: *Nutriología Médica*. Ed. Médica Panamericana. México, Madrid, Sao Paulo.

Chapela, L. (2002). *El juego en la escuela*. Ed. Paidós. Barcelona.

Chinchilla, M. (1995). *Anorexia y bulimia nerviosa*. Ed. Ergon. Madrid.

Decroly O. y Monchamp, E. (1986). *El juego educativo*. Ed. Morata. Madrid.

Devries, O. (1997). *Salud y Educación, sida en una escuela*. Paidós. Argentina.

Díaz, B. Hernández, G. (1998). Estrategias para un aprendizaje significativo: Una interpretación constructivista. Ed. Mc Graw Hill. México.

Díaz V, J. (1997). *El juego y el juguete.* Trillas. México.

Galán, J. (2003) Aumentan casos de anorexia nervosa. México, *La Jornada,* 3 de Agosto. Disponible en red: www.lajornada.unam.mx 03/08/03.

Galán, J. (2003) Trastornos nutricionales en el D.F. México, *La Jornada,* 3 de Agosto. Disponible en red: www.lajornada.unam.mx 03/08/03.

García, E. Y Rocha, S. (2003). *Anorexia Nervosa* En: *"Obesidad"* Barranco, J. (compilador). Ed. Mc Graw Hill. México.

García, M. y Ramírez, C. (2000). *Instrumento para la identificación de factores de riesgo para la salud integral en niñas y niños de 7 a 11 años de edad.* Ed. FUNSALUD, INCMNSZ y SECRETARÍA DE SALUD, escuelas promotoras de salud, OPS Y OMS. México.

Goldman, H. (2001). *Psiquiatría General*. Manual Moderno. México.

Gómez-Peresmitré, G. Acosta, V. (2002). Valoración de la delgadez. Un estudio transcultural (México/España). Psicothema vol. 14 n° 2 Oviedo. Universidad Autónoma de México y Universidad de Almería.

Gómez-Peresmitré, G. Ávila, E (1998) *¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?*. Revista Iberoamericana. Vol. 6, No. 2, 37-45.

Gómez-Peresmitré, G. Alvarado, G. Moreno, L. Saloma, S. Pineda, G. (2001) *Trastornos de la alimentación. Factores de Riesgo en tres diferentes grupos de edad: pre-púberes, púberes y adolescentes.* Revista Mexicana de Psicología. Vol. 18, Número 3, 313-324.

Gómez-Peresmitré, G. García, A (2000) *Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una comparación transcultural entre México y España*. Clínica y Salud. Vol. 11, Número 1, 35-58.

Gómez-Peresmitré, G. (1997) *Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes.* Revista Mexicana de Psicología. Vol. 14, Número 1, 31-40.

Gómez-Peresmitré, G. (1998) *Imagen Corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?.* Revista Psicología y Ciencia Social. Vol. 2, Número 1, 27-33.

Gómez-Peresmitré, G. Pineda, G. Labastida, P. Hernández, A. Platas, S. Hernández, R. (2002) *Dieta restrictiva y Conducta Alimentaria compulsiva en una muestra*

de adolescentes mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. Universidad Autónoma de México. Vol. 19. Número 2 Pp. 125-132.

Gómez-Peresmitré, G. Saucedo, T. (1997) *Validez diagnóstica del IMC (índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos.* Acta pediátrica de México. Vol. 18. Número 3. mayo-junio. P. 103-109.

Gómez-Peresmitré, G.Saucedo,M y Unikel, S. (2001). *Psicología social: en el campo de la salud: imagen corporal en los trastornos de la alimentación*, en Calleja, N. Gómez-Peresmitré, G. Psicología Social: Investigación y aplicaciones en México. México, D. F: Ed. Fondo de Cultura Económica.

Gómez-Peresmitré, G. (2005). *Entrevista para resolver dudas acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y para saber su punto de vista.* México, D. F. UNAM.

González, A. Granados, M. (2003). *Orientación Psicoeducativa para preadolescentes y adolescentes una estrategia de prevención*. Para obtener el grado de Licenciatura. UNAM. México.

González, L. Lizano, M. Gómez-Peresmitré, G. (1999). *Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos.* Revista Mexicana de Psicología. Universidad Autónoma de México. Vol. 16. Número 1, 117-126.

González, M. (2001). *Aplicación de una metodología para la elaboración de un cartel como medio de comunicación en la promoción de la salud*. Para obtener el grado de Licenciatura. UNAM. México.

Gross, R. (2004). *La ciencia de la mente y la conducta*. Ed. Manual Moderno. Santa fe de Bogotá, Colombia.

Gutiérrez, C. (2001). *Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la alimentación: Estudio descriptivo.* Para obtener el grado de maestría. UNAM. México.

Hall, L. y Cohn, L. (1997). *Preguntas y respuestas básicas acerca de la bulimia* en Orígenes y efectos de las adicciones. SEP. Biblioteca para la actualización del maestro, antología de la revista. México.

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Ed. Mc Graw Hill. México.

Holtz, Victoria (1997). *Antecedentes históricos de la anorexia nervosa*: en Orígenes y efectos de las adicciones. SEP. Biblioteca para la actualización del maestro, antología de la revista. México.

Instituto Internacional de Planteamiento de la Educación. IIEP-UNESCO. (1999). Estudios Romer y asociados: rendimiento escolar y actores locales. Ed. UNICEF. Buenos Aires.

Levinger, B. (1994). *La nutrición, la salud y la educación para todos*. Ed. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo, Education Development Center. Estados Unidos de América.

Llull, J. (1999). *Teoría y Práctica de la Educación en el Tiempo Libre*. Ed. CCS. Madrid, España.

López, J. Valdés, M. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Ed. Masson. Madrid, España.

Martínez, M. (2002). Coordinador Moreno, J. *Evolución del juego a lo largo del ciclo vital.* En: Aprendizaje a través del juego. Ediciones Aljibe. Málaga, España.

Martínez, O. (2000). *Por qué no jugamos: Técnicas de animación para educar*. Ed. CCS. Madrid, España.

Montilla, M. (2001).*Terapia cognitivo-conductual en pacientes con anorexia nervosa*. Para obtener el grado de Maestría. UNAM. México.

Nisbet, J. & Shucksmith, J. (1987). *Estrategias de Aprendizaje*. Editorial Santillana, siglo XXI. Madrid, España.

Norman, K. (2001) compilador Goldman, H. *Trastornos de la alimentación.* Psiquiatría general. (Tr. Padilla). Ed. Manual Moderno. México.

Ortega, R. (1999) *Jugar y aprender. Una estrategia de intervención educativa*. Editorial Diada. Sevilla, España.

Paredes, J. (2002) coordinador Moreno, J. *Aproximación teórica a la realidad del juego.* En: Aprendizaje a través del juego. Ediciones Aljibe. Málaga, España.

Papalia D., Wendkos, S. (1988) *Desarrollo Humano*. Ed. Mc. Graw Hill. México.

Riego (1986). Teorías del juego y del juguete. Disponible en red: www.bibliodgsca.unam.com.mx 17/09/05.

Rojo, L. (mimeo) 2004. Ponencia en el p*rimer Congreso Hispano Latino Americano de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. México.

Rojo, L.; Ruiz, E.; Hernández, R. y Livianos, L. (2004). *Programa de detección precoz y prevención de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia nerviosas): aplicación de nuevas tecnologías (informática e Internet).Un programa de cribaje en población escolar*. Ed. Dirección general de salud pública, Universidad de Valencia, Consejería de sanidad. Valencia, España.

Román, E. y Cilleruelo, P. (1998). *Alimentación del niño y del adolescente*. Ed. Díaz de los Santos. Editoras Vázquez C. López C. Madrid, España.

Salas, L. (2003). *Educación Alimentaria: Manual indispensable en educación para la salud.* Ed. Trillas. México.

Salcedo, C. (1999). La adicción por la delgadez*. ¿Cómo ves?* Año 1 no. 2. p. 22-25.

Sánchez, J. (2003) *Inicia UNAM programa contra anorexia.* México, *El Universal,* 5 de Octubre. Disponible en red: www.eluniversal.com.mx. 05/10/03.

Saucedo, T. (1996). *Estilos de Crianza como factores de riesgo con respecto a los trastornos alimentarios*. Para obtener el grado de Maestría. UNAM. México.

Sciotto, E. (1998). *Proyecto educativo institucional de salud: los problemas de salud y medio ambiente en la escuela.* Ed. Novedades Educativas. Argentina.

Scherer M. (2002). Anorexia problema de Salud Pública, Proceso, La mentira, 28 de abril de 2002, p. 36, 42.

SSA/SEP, (1998). *Entre todos a cuidar la salud del escolar. Manual del Maestro.* Dirección General de promoción de la Salud. México.

SEP, (1993). *Plan y programas de estudio educación básica. Primaria.* Dirección general de materiales y métodos educativos de la subsecretaría de educación básica y normal. México.

SEP, (1999). *Ciencias Naturales y desarrollo humano de sexto grado.* Dirección general de materiales y métodos educativos de la subsecretaría de educación básica y normal de la Secretaría de Educación Pública. México.

SEP, (2001). *Programa Nacional de Educación 2001-2006.* Secretaría de Educación Pública. México.

Sheperd, J. y Cimmino, K. (2002). *La promoción de la salud en el ámbito escolar: La iniciativa regional escuelas promotoras de salud*. Ensayos y experiencias. Salud y educación. Número 45. México.

Sierrra, R. Quintanilla, G. (1983). *Una verdad intangible: El niño, Intereses, tendencias, necesidades y características del niño en edad preescolar.* Ediciones Ela. México.

Stewart, A. (2000). *La Prevención de los trastornos alimentarios: Un enfoque Multidisciplinario*. Vanderecycken Waltery Noordenbos Greta (Compiladores). Ed. Garnica. España.

Strada, G. (2002). *El desafío de la anorexia*. Ed. Síntesis. España.

Tisera-López, Gregorio. et. Al. (1996). *Anorexia, Bulimia, Musicoterapia y otros aportes terapéuticos*. Ediciones Homo Sapiens. Argentina.

Toro J. (1996). *El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Ed. Ariel. Barcelona, España.

Unikel, C. (1998). *Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet*. México. Para obtener el grado de Maestría. UNAM. México.

Urdiales, M. Ortega, A. Villegas, M. Fernández, E. Lerma, M. Yánez, J y Bermejo, M. (1998). *Guía Lúdica: Para el currículo de Educación Primaria*. Ed. Escuela Española. Barcelona, España.

Vázquez, J.(mimeo) 2005. Ponencia de *Nutrición para jóvenes estudiantes*. México.

Woolfolk, A. (1996). *Psicología Educativa*. Ed. Prentice Hall. México.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario para preadolescentes

Fecha:_____
Tiempo de inicio:_____
Tiempo final:_____

Cuestionario

Nombre del alumno: _____
Edad: _____
Sexo: _____

El siguiente cuestionario no es un examen, únicamente tiene la finalidad de investigar tus conocimientos de alimentación sana y cuidado del cuerpo. Por esto, se te pide por favor que contestes tus conocimientos ampliamente y con la mayor sinceridad posible.

1.- ¿Cuál es la manera correcta de alimentarse?

_____
_____
_____

2.- ¿Qué significa la palabra “dieta restrictiva”?

_____
_____
_____

3.- ¿Qué comes en el recreo?

_____
_____
_____

4.-¿En qué beneficia consumir una dieta balanceada (en proporciones adecuadas de azúcares, proteínas, grasas, frutas, verduras, cereales, etc.)?

_____
_____
_____

5- ¿Los trastornos de la conducta alimentaria como: anorexia y bulimia qué significan?

_____

_____

_____

6.- ¿Qué beneficios obtienes con el ejercicio físico?

_____
_____
_____

7.- ¿Cómo eres físicamente e interiormente?

_____
_____
_____

8.- ¿Por qué es importante alimentarse sanamente?

_____
_____
_____

9.- ¿Te sientes contento por como eres físicamente e interiormente?

_____
_____
_____

10.- ¿Al día cuánta comida chatarra consumes? Por ejemplo: Una bolsa de papas, frituras, etc.

_____
_____
_____

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN.

ANEXO 2

CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS COTIDIANOS Y CIENTÍFICOS SOBRE ANOREXIA Y BULIMIA

Programación de actividades

SESIÓN: 1

OBJETIVO OPERATIVO:

Aplicar el pretest como evaluación inicial

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Cuestionario para la evaluación inicial	La coordinadora presentará el programa. Le pedirá a cada niño que escriba su nombre en una hoja y lo use como gafete. Se llevará a cabo la aplicación del cuestionario (pretest). Responder un cuestionario para saber conocimientos previos.	Cuestionarios (pretest anexo 1), lápices y plumas.	Que los alumnos participen en el pretest y la evaluación inicial servirá para conocer los conocimientos previos.

SESIÓN: 2

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno identificará los alimentos y proporciones adecuadas para comer

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
El plato del bien comer	La coordinadora llevará a cabo la explicación de la palabra dieta. Después se explicará el plato del Bien Comer, donde se proponen los alimentos que debemos comer en buenas proporciones. Se dibujará en el pizarrón un semáforo. Se dividirá al grupo en dos equipos y se les pedirá que elijan a un compañero para que realice la actividad. Ya al frente la coordinadora les dirá diversos alimentos y ellos tendrán que avanzar como peatones según el semáforo.	Cartel del plato del bien comer. Dibujo de un semáforo en el pizarrón, gises de colores.	Se asignará un punto a cada equipo por respuesta correcta y rápida que respondan a los alimentos y proporciones adecuadas para comer.

SESIÓN: 3

OBJETIVOS OPERATIVOS:

El alumno desarrollará habilidades para preparar alimentos nutritivos.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Alimentación balanceada	Se llevará a los niños a lavarse las manos, después con verduras naturales, fruta, pan, queso y frijoles se realizará una breve explicación de lo que contiene cada uno. Los niños después se les pedirán que jueguen al restaurante. Se dividirá al grupo en dos equipos y ellos elegirán un chef, un mesero y un cliente. La condición es que preparen un desayuno que incluya al menos un alimento de cada grupo en cada comida, y que le expliquen al cliente por qué tiene que comer balanceadamente. Por último el cliente es el que supervisa, si el desayuno es balanceado o no.	Póster del plato del bien comer, verduras (lechuga y zanahorias), frutas (manzana y naranja), pan integral, queso y frijoles. Papel, pegamento (para caracterización). Paquete didáctico (anexo 3).	Se les asignará un punto por individuo del equipo que participe coordinadamente durante la preparación, escenificación y explicación a los alumnos que desarrollen habilidades para preparar alimentos nutritivos.

SESIÓN 4

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno identificará las causas y consecuencias de los trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Causas y consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria: Anorexia y bulimia.	Explicación de los trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia. Así como los factores que intervienen y sus causas y consecuencias mortales de los padecimientos del comer. Después se dará lectura del texto “Trastornos alimentarios” del paquete didáctico (anexo 3). Posteriormente se dividirá al grupo en dos equipos. Y por equipo se les repartirán dos fotos de revista con un personaje enfermo de anorexia o bulimia. Después a un niño por equipo tendrá que explicar por medio de mímica a sus compañeros qué le pasa a su personaje.	Pizarrón, cartel con imágenes para explicación, cartones con conceptos y características, diurex. revistas, tijeras. Paquete didáctico (anexo3).	Se les anotará un punto por equipo que participe durante la mímica identificando las causas y consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia.

SESIÓN: 5

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno reconocerá su autoimagen y la de sus compañeros expresando sus cualidades positivas.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Autoimagen e imagen en relación con los otros.	Cada participante dibujará sus dos manos (derecha e izquierda) con ayuda de otro compañero en hojas de papel, después escribirán 5 cualidades positivas de sí mismo en la mano derecha dibujada. Posteriormente todo el grupo pasará a escribir una cualidad positiva de sus compañeros en silencio en la mano izquierda dibujada. Al terminar leerá cada quien sus propias características y las de sus compañeros. Al finalizar se contestará el cuestionario (anexo 3) y se llevará a cabo una plenaria.	Hojas de papel, plumones, colores, lápices.	Se le asignará un punto al alumno que participe escribiendo cualidades positivas. Se le asignará un punto al alumno que esté en silencio. Se le asignará un punto al alumno que participe durante la lectura y plenaria reconociendo su autoimagen y la de sus compañeros expresando sus cualidades positivas.

SESIÓN: 6

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno reconocerá cómo los medios de comunicación influyen en su alimentación.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Anuncios publicitarios y su influencia en los estudiantes.	Se jugará al mundo sano y al mundo enfermo en donde primero se dividirá al grupo en tres equipos. Dos equipos caracterizarán un programa de televisión para jóvenes y serán anunciantes de productos. Un equipo anunciará comida *chatarra* y el otro de ellos anunciará comida sana. La condición es que realicen su dibujo del producto o productos. Que expliquen sus beneficios. Un equipo serán los jueces y dirán si es real o mentira lo que dicen. Al final harán una reflexión de los programas por escrito (anexo 3) y después se darán lectura a los comentarios.	Revistas, cajas de cartón, maquillaje de caracterización, papel, lápices, cartulinas, papel bond. Paquete didáctico (anexo 3).	Se les anotará un punto por alumno que participe en la realización del programa. Y se le anotará un punto al equipo que sea más creativo y se les dará un imán por persona del plato del buen comer. Al equipo de los jueces se les otorgará un punto por cada integrante que realice sus comentarios fundamentados. Y al finalizar se les pondrá un punto por alumno que realice reflexiones en torno a cómo influyen los medios de comunicación en su alimentación.

SESIÓN: 7

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno reconocerá el contenido de la comida *chatarra*

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Contenido de la comida *chatarra*	La coordinadora dará lectura al texto "Comer Sano" del paquete didáctico (anexo 3). Posteriormente repartirá al grupo en tres equipos y pegará en el pizarrón la memoria de palabras. La memoria consistirá en ubicar el nombre de la comida *chatarra* con su contenido.	Paquete didáctico (anexo3).Memoria de comida *chatarra* y su contenido. Hojas de papel, crayolas, plumones, lápices de colores, bolígrafos.	Se le anotará un punto a los alumnos de cada equipo que gane un par en la memoria. Y a los alumnos que reconozcan el contenido de la comida chatarra.

SESIÓN: 8

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno identificará la importancia del ejercicio.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
La importancia del ejercicio físico.	Se llevará a cabo la explicación de la importancia del ejercicio físico. Se repartirá al grupo en equipos de 3 y se les dará una hoja, la coordinadora pasará al frente a 3 integrantes de cada equipo y les realizará una serie de preguntas, si no contestan se les dará la oportunidad a otros integrantes de sus equipos. Será maratón e irán avanzando en el tablero dibujado en el pizarrón.	Tablero con carriles de colores, dibujado en el pizarrón, gises de colores, fichas del tablero con foami y preguntas.	Se le dará un punto a cada alumno que participe para contestar a las preguntas correctamente identificando la importancia del ejercicio.

SESIÓN: 9

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno identificará una manera divertida de hacer ejercicio.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
El ejercicio físico como diversión.	Se repartirá al grupo en equipos de 3 y se les entregarán figuras de frutas de colores, también se les darán dos hojas bond. La dinámica consistirá en: armar un juego en el suelo llamado *twister*. En primer lugar con pegamento deberán hacer una línea con las figuras verdes, otra línea amarilla, otra línea roja y por último una línea morada. Posteriormente, la coordinadora dará instrucciones de juego: en primer lugar se quitarán los zapatos, después con un reloj que tirará la instructora dirá en voz alta el pie y mano que cada niño pondrá en el tablero del suelo. Esto se realizará hasta que uno de los integrantes de equipo caiga o toque un color que no sea el indicado.	Hojas bond, pritt, pegamento, figuras de frutas y verduras de colores: verde, azul, amarillo y rojo.	Se pondrá un punto a los niños que ganen en los 5 equipos. El ganador será: • Quien no caiga. • Quien coopere en el armado del juego. • Quien participe durante el juego. Se le asignará un punto también a los niños que identifiquen la manera divertida de hacer ejercicio.

SESIÓN: 10

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno reconocerá los beneficios del ejercicio físico.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Beneficios del ejercicio físico.	El grupo deberá estar en un espacio grande o en el patio de la escuela. Se dividirá al grupo en 5 equipos y uno de 6. Y a cada uno de los equipos se les entregarán instrucciones para llevar a cabo. Cuatro equipos de los seleccionados se pondrán en cuatro esquinas para ponerse de acuerdo en realizar alguna actividad deportiva que les guste. El quinto equipo deberá pasar por las cuatro bases. Cuando termine el equipo 5, ocupará la posición del 1 y así sucesivamente con el 2, 3 y 4. Una vez que haya pasado todo el grupo se les pedirá que escriban en una hoja el deporte que más les gustó y también que describan los beneficios del ejercicio físico.	Hojas de papel blanco, lápices, pelotas, hojas con instrucciones, cuestionarios paquete didáctico (anexo 3).	Se pondrá un punto por cada alumno que dé más de dos ejemplos de los beneficios del ejercicio físico y reconozca los beneficios del ejercicio físico.

SESIÓN: 11

OBJETIVO OPERATIVO:

El alumno compartirá propuestas para mejorar la alimentación tanto en casa como en la escuela.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Propuestas para el Mejoramiento de la alimentación en casa y escuela	Se repartirá al grupo en 3 equipos. Posteriormente se les pedirá que imaginen una problemática de casa o escuela en donde esté involucrada la mala alimentación y cual sería la solución al problema. Finalmente por equipos realizarán una obra de teatro con la problemática que hayan imaginado.	Ropa de adulto, muñecos, pizarrón, gises, hojas bond. Paquete didáctico (anexo 3).	Se pondrá un punto a los alumnos que participen en la elaboración y actuación de la obra de teatro. Y a los alumnos que compartan propuestas para mejorar la alimentación tanto en su casa como en la escuela.

SESIÓN: 12

OBJETIVO OPERATIVO:

Aplicación de la evaluación final (postest) para compararlo con el pretest y comprobar la eficacia del programa.

TIEMPO: 50 min.

CONTENIDO	ACTIVIDAD	MATERIALES	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Cuestionario para la evaluación final	Se aplicará el cuestionario final preguntando los conocimientos que hayan adquirido y calidad del programa.	Cuestionario final (postest, anexo 1) lápices y plumas.	Se aplicará un cuestionario final para observar los conocimientos que adquirieron y el papel que desempeñó la coordinadora.

ANEXO 3

PAQUETE DIDÁCTICO DEL PROGRAMA PSICOEDUCATIVO

SESIÓN: 3

Instrucciones del juego:

Imaginen que estamos en un restaurante. Así que elijan quien será el chef, el mesero y quien el cliente.
Después tendrán que actuar lo siguiente:

1.- El chef: tiene que preparar un desayuno que contenga un alimento de cada grupo de comida según el “plato del buen comer” (semáforo).

2.- El mesero: tiene que explicar al cliente por qué es importante comer balanceadamente.

3.- El cliente: será el que supervise si el menú se encuentra bien preparado o no.

SESIÓN: 6

REFLEXIÓN

Nombre_____

1.- ¿Qué diferencia encontraste entre los programas de televisión?

_____

_____

2.- ¿Crees que la televisión, radio, revistas y anuncios en general se parecen a los programas que realizamos durante el juego? ¿Por qué?

_____

_____

3.- ¿Confías en la información de nutrición que te presenta la televisión? ¿Por qué?

_____

_____

SESIÓN: 8

La importancia del ejercicio físico

PREGUNTAS

1.- ¿Para qué sirve el ejercicio?

2.- ¿Qué sustancias produce nuestro cuerpo mientras realizamos ejercicio?

3.- ¿Qué deportes conoces?

4.- Los alimentos ricos en antioxidantes son:

a) frutas cítricas

b) verduras y frutas de color amarillo o verde

c) carnes

d) la a y la b

5.- ¿Qué beneficios obtienes con el ejercicio?

6.- ¿En qué te ayuda la fibra?

7.- ¿Qué alimentos tienen fibra?

8.- ¿Si eres deportista tienes o no que recurrir a un nutriologo?

9.- ¿Qué pasa si no tomas suficiente agua cuando realizas ejercicio?

10.- Es recomendable ingerir cereales, panes y galletas integrales. Falso o Verdadero.

SESIÓN 10

INSTRUCCIONES DE JUEGO Para todos los equipos

Su equipo es importante, así que permanezcan juntos durante el juego.

Ustedes estarán en la base número 1, 2, 3, 4 o 5 dependiendo de el equipo en el que estén.

Mientras estén en la base tendrán que jugar basketball o football, el juego que quieran, siempre y cuando no sea igual al de los otros equipos.

Llegará otro equipo con ustedes a jugar, así que ustedes tienen que integrarlo.

GRACIAS

¡A JUGAR!

SESIÓN: 10

Beneficios del ejercicio físico

Nombre_____

1.- ¿Qué deporte te gustó?

_____

_____

2.- Describe los beneficios del ejercicio físico

_____

_____

3.- ¿Te gustó la actividad que realizamos?

_____

_____

SESIÓN: 11

Imaginen un problema de casa o escuela en donde haya mala alimentación.

Después imaginen ¿Cual sería la solución al problema?

Ahora, si ya lo tienen entonces representen por medio de una obra de teatro el problema con su solución.

Por ejemplo: que alguien sea el maestro y los otros representen a los alumnos o que representen al papá, mamá e hijos. Lo importante es que todos participen en la actuación.

ANEXO 4

ENTREVISTA DRA. GILDA GÓMEZ PÉRES MITRÉ

Entrevista

DRA. GILDA GÓMEZ-PÉRESMITRÉ

FECHA: Agosto 2005

Buenas tardes Doctora Gilda Gómez-Peresmitré, agradezco profundamente el tiempo que me dedica, el objetivo de esta entrevista es para resolver dudas acerca de los trastornos de la conducta alimentaria y para saber su punto de vista.

Mi proyecto de tesis es un programa psicoeducativo basado en estrategias lúdicas para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia. Lo que se busca es que por medio de estrategias lúdicas el estudiante obtenga información cotidiana y científica de los trastornos de la conducta alimentaria para poder aportar nuevos conocimientos de nutrición y cuidado del cuerpo.

Por lo tanto quisiera que me contestara las siguientes preguntas para ampliar mi proyecto.

1.- ¿Considera importante que el psicólogo educativo se vea involucrado en temas de los trastornos de la conducta alimentaria?

Yo pienso que no sólo es importante sino debe de haber un psicólogo educativo porque este tipo de problemas se tratan interdisciplinariamente o intradisciplinarios. Entonces es uno de los componentes o elementos del equipo para trabajar sobre prevención puede y debe ser un psicólogo educativo, de hecho es el que está más preparado para hacer educación para la salud.

2.- ¿Qué estrategias recomienda para trabajar en prevención de los trastornos de la conducta alimentaria en preadolescentes?

Existen múltiples estrategias para hacer prevención. De hecho se considera que no va haber cambio ni prevención si no hay estrategias, esto quiere decir si no se desarrollan habilidades en las personas o sujetos o participantes que se les está dando prevención. En el doctorado trabajan con estrategias para desarrollar habilidades sociales que es importantísimo, una de ellas es el desarrollar la asertividad. La otra es la formación de audiencias críticas, esto es cómo defenderse frente a los medios de comunicación ya sea T. V. o revistas porque se ha encontrado que uno de los principales promotores de los trastornos de la conducta alimentaria son los medios masivos de comunicación. Otra que es disonancia cognoscitiva es otra forma de hacer prevención e intervención. Estos son los principales.

3.- ¿Usted cree que las estrategias lúdicas son herramientas favorables para trabajar un programa psicoeducativo para preadolescentes en riesgo de presentar anorexia y bulimia?

Nosotros lo hemos trabajado, pero con niños, cada cosa en su lugar, para hacer prevención en niños de primaria la mejor forma es de que estas estrategias a desarrollar habilidades sociales, desarrollar audiencias críticas o disonancia cognoscitiva el mejor procedimiento es a través de juegos. El juego es el principal medio de enseñanza, de otra manera el niño se aburre y no le interesaría. Es más en los adultos podría hacerse también.

4.- ¿Usted recomienda que también se realicen programas psicoeducativos a padres y maestros por medio del juego?

Claro. Todo debe ser con medida, porque en los niños puede ser lúdico y en los adultos tiene que ser alguna cosa que no parezca “boba”, si no en lugar de tener resultados positivos se tendrían resultados negativos. Entonces, en los adultos podemos entender lúdico algo que no sea aburrido que sea de manera fácil, entretenida, que se desarrollen habilidades de una manera entretenida, pero tampoco que vaya a llegar a

ser tonto, es decir, tiene que ser adecuado para cada población. Además es importante implementar no sólo programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria en las diferentes poblaciones escolares, es relevante informar a padres de familia y maestros para que le den manejo e identificación adecuados a la problemática.

5.-¿Considera importante que el psicólogo educativo realice programas psicoeducativos para poblaciones en riesgo de presentar anorexia y bulimia?

Como ya lo dije hace un momento. El psicólogo educativo tiene una ventaja enorme sobre los otros, que es precisamente estos programas o estrategias o métodos de enseñanza, que no tiene cualquiera, entonces yo considero que es uno de los más indicados para desarrollar este tipo de intervenciones y porque tiene que conocer la etapa del desarrollo cognoscitivo de las personas que van a ser sujetos de intervención. Porque no es lo mismo el programa que desarrolles para un niño de 9 años para abajo que un niño de 12 años para arriba, simplemente de los procesos que menciona Piaget o Bandura son educativos, entonces son cuestiones que debes conocer para desarrollar un programa. Entonces yo pienso que uno debe recurrir al psicólogo educativo para que asesore e intervenga en estos procesos de intervención que fundamentalmente está la cuestión educativa por abajo, hay muchos programas que se llaman psicoeducativos en la prevención y que han demostrado ser efectivos y quien lo desarrolla es el psicólogo educativo, es el que tiene los principios de la educación de la enseñanza-aprendizaje, qué mejor, ustedes están preparados para enseñar cierto aprendizaje especial, en los niños que están con retraso, entonces es una cuestión especial, por eso es para psicólogos educativos.

6.- ¿Por qué algunos autores mencionan anorexia nervosa y otros la llaman anorexia nerviosa?

Nerviosa es una mala traducción de los españoles, todos los DSM-IV, libros y artículos traducidos por españoles usan nerviosa que es un mal termino, en realidad el termino

adecuado es nervosa, quiere decir que es de origen mental. La anorexia puede ser fisiológica o mental y cuando hablamos de anorexia nervosa es un problema mental, es decir, psiquiátrico. Técnicamente hablando así es nervosa.

COMENTARIOS

Nosotros trabajamos durante 10 años con detección de factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria y ahora ya tenemos la prevalencia, y estadísticas de cómo está en adolescentes, preadolescentes y niños. Y ahora ya que tenemos estos datos estamos iniciando en el campo de la prevención, porque es difícil, porque hay que medir antes y tener una línea base, medir después y medir a plazos de tres meses, seis meses o un año para medir el mantenimiento de los cambios que se hicieron. Y tienes que tener por lo menos dos grupos, un grupo donde vas a aplicar tu intervención y otro grupo control, metodología y controlar las variables extrañas. Los dos grupos tienen que ser iguales, de edad, sexo, mismo nivel socioeconómico. Siempre controlando las variables importantes, esperando cambios importantes que se deban a lo que tú hiciste que son dos cosas diferentes.

GRACIAS

ANEXO 5

PILOTEO

Cuestionario piloto

Fecha:_____
Tiempo de inicio: _____
Tiempo final: _____

Nombre del alumno: _____
Edad: _____
Sexo: _____

El siguiente cuestionario no es un examen, únicamente tiene la finalidad de investigar tus conocimientos de alimentación sana y cuidado del cuerpo. Por esto, se te pide por favor que contestes tus conocimientos ampliamente y con la mayor sinceridad posible.

1.- ¿Cuál es la manera correcta de alimentarse?

_____
_____
_____

2.- ¿Qué significa la palabra “dieta”?

_____
_____
_____

3.- ¿Qué comes en el recreo?

_____
_____
_____

4.- ¿En qué beneficia consumir una dieta balanceada (en proporciones adecuadas de azúcares, proteínas, grasas, frutas, verduras, cereales, etc.)?

_____
_____
_____

5- ¿Los trastornos de la conducta alimentaria?

_____
_____
_____

6.- ¿Qué beneficios obtienes con el ejercicio físico?

_____
_____
_____

7.- ¿Cómo eres físicamente e interiormente?

_____
_____
_____

8.- ¿Por qué es importante alimentarse sanamente?

_____
_____
_____

9.- ¿Te sientes contento por como eres físicamente e interiormente?

_____
_____
_____

10.- ¿Comes mucha comida chatarra?

_____
_____
_____

GRACIAS POR TU COOPERACIÓN