



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

VALIDACIÓN Y CONFIABILIZACIÓN DEL CIMEC 52
Y DEL EFRATA (ESCALAS E Y F) QUE EXPLORA
FACTORES DE RIESGO EN TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA, EN PÚBERES,
PREADOLESCENTES Y ADOLESCENTES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

ARAUJO MOCTEZUMA BRENDA ELENA

LÓPEZ HERNÁNDEZ BEATRIZ IRENE

DIRECTORA: DRA. GILDA L. GÓMEZ PERÉZ - MITRÉ

REVISOR: DRA. CORINA CUEVAS RENAUD



® Facultad
de Psicología

México, D.F. Junio del 2006

M. 120063



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología, por ser nuestra alma mater, por habernos distinguido como parte de su comunidad universitaria, darnos la oportunidad de ser partícipes de su grandeza y sobre todo por hacernos sentir muy orgullosos de ella. Siempre estarán en nuestra mente y en nuestro corazón.

A la Dra. Gilda L. Gómez Pérez - Mitré, nuestra directora, por todo el apoyo y paciencia para que pudiéramos llegar a este momento.

A la Dra. Corina Cuevas Renaud y a los sinodales Dra. Olga L. Bustos Romero, Mtro. Jorge R. Pérez Espinosa y Lic. Miriam Camacho Valladares, por aceptar formar parte de este proyecto, aportarnos sugerencias y corregir nuestros errores.

A todas las personas del cubículo que en su momento nos brindaron su apoyo, pero en especial a Rosalía y a Silvia, por todos sus comentarios, opiniones y consejos para que nuestro trabajo saliera bien, y por su paciencia en nuestros momentos de desesperación.

A las personas que nos ayudaron a aplicar el cuestionario (Elvia, Adriana, Lulú, Gisela), porque su apoyo fue muy importante para nosotras.

A las escuelas que nos permitieron aplicar el cuestionario en sus instalaciones (Escuela primaria Reino de Jordania, Colegio Leonardo Da Vinci, Colegio Erasmo de Róterdam, Institución educativa Heroes de la Libertad, Instituto Gran Unión, Escuela primaria Diego Rivera, Escuela primaria Andrés Quintana Roo, Colegio Girard, Colegio Ciudad de México, Escuela primaria 21 de Agosto, Escuela primaria República de Bulgaria, Escuela primaria Juan Ramírez Márquez, Escuela secundaria diurna # 256, Escuela primaria Rubén Vizcarra y Campos, Escuela primaria Lic. Emilio Portes Gil, CEPSTUNAM (de la UNAM), Escuela Internacional, Colegio Charles Chaplin, Liceo Iberomexicano, Colegio Ameyalli, Escuela secundaria diurna # 35 "General Vicente Guerrero", Colegio Emerson, Escuela Mexicana Americana y Colegio Insurgentes).

A las chicas de 5º y 6º de primaria, y de 1º, 2º y 3º de secundaria que aceptaron trabajar con nosotras.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recreacional.
NOMBRE: Beatriz Ivone López Hernández
FECHA: 16 Junio 2006
FIRMA: [Firma]

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recreacional.
NOMBRE: Brenda Elena Araujo Hecetzuma
FECHA: 16 Junio 2006
FIRMA: [Firma]

BRENDA

A MIS PADRES: JUAN Y ADELA. No encuentro palabras para agradecerles por TODO, ABSOLUTAMENTE TODO lo que han hecho por mí, creo que no podría haber tenido mejor padres en la vida. MIL GRACIAS por todos sus consejos, apoyo, confianza, enseñanza, amor, desvelos....en fin...por ser como son conmigo y por estar siempre ahí al pie del cañon en cualquier momento, tanto en los malos como en los buenos. Ustedes son unas personas admirables y son mi ejemplo a seguir; siempre contarán con mi entera admiración y mi profundo respeto. Los amo mucho y siempre los llevo en mi mente y en mi corazón; son los mejores padres del mundo.

A MÍ HERMANO: JUAN. Por tú apoyo, consejos, regaños, por estar siempre ahí y compartir conmigo las dificultades y momentos felices de la vida, por tú solidaridad y tú cariño . Se que a veces tenemos diferencias pero eso es lo que hace interesante y divertida la vida no?. Te amo mucho hermanito y te admiro.

A TODOS MIS TÍOS, PRIMOS, SOBRINOS Y A MÍ ABUELITA. Por que me apoyaron y me ayudaron siempre que los necesite. Muchísimas gracias por aceptar participar en las entrevistas y en las aplicaciones. Gracias por prestarme material cuando lo necesite y por ayudarme a conseguir población para los experimentos. Muchísimas gracias.

A MI SUPER AMIGA DEL ALMA (CASI HERMANA): JOANA (JOIS). Hemos Pasado tantas cosas juntas...por dónde empezar...en verdad que para mí eres como una hermana y te quiero muchísimo, has sido mi confidente, mi oreja, mi apoyo, siempre has estado conmigo (en las buenas y en las malas) y te lo agradezco profundamente. Mil gracias por formar parte de mi vida y por ser como eres Jois una super amiga.

A MARA Y GIS: Muchachas gracias por compartir conmigo tantas cosas... por enseñarme muchas más y por ser las grandes amigas que han sido. En verdad que gracias a ustedes puede comprender que es ser no sólo un buena compañera sino una buena amiga. Las quiero mucho y aunque cada vez es más difícil vernos siempre las recuerdo con mucho cariño.

A FRANCISCO: Niño muchas gracias por el apoyo, la sinceridad, los consejos y por la compañía. Nunca olvidare los lindos detalles que has tenido para conmigo (el teclado, el acompañarme a pedir cotizaciones...en fin...) muchas gracias por ser y estar. Te Quiero Mucho.

A TODOS MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS. Que han sido parte de mi vida y que me han dejando muchas enseñanzas durante el recorrido por la misma a todos los recuerdo afectuosamente y nunca los olvidare.

A BETY. Gracias por compartir conmigo este proyecto, por la paciencia, la dedicación, la comprensión y el apoyo. Eres una gran persona y estoy segura que llegarás muy lejos.

BETY

En memoria a mi abuelito Héctor.

Porque aunque él quería estar hoy conmigo, siempre ha sido y será uno de mis ejemplos a seguir.

A mis papás por ser mis otros dos grandes ejemplos a seguir como personas y gracias por siempre apoyarnos a Arturo y a mí, en cualquier cosa que decidamos hacer, en todos los aspectos, tanto económico como sentimentalmente.

A mi hermano Arturo por su apoyo también en todos los aspectos, pero especialmente por por tu soporte técnico a las 4 am.

A Brenda por permitirme trabajar contigo todo este tiempo y tenerme tanta paciencia en mis momentos de desesperación.

A Victor por estar conmigo en estos últimos tiempos un tanto difíciles y por ser parte de mi vida desde hace ya cinco años.

A Ámbar por ser mi mejor amiga y confesora, ya por más de una década y permitirme cultivar contigo esta fuerte amistad.

A Fabi y Adris, otras de mis mejores amigas, aunque más recientes y no menos importantes, por permitirme compartir con ustedes muchas experiencias buenas y también por estar conmigo en los momentos difíciles.

A Luz, Ixchel, Rosalía, Roberto, Blues y Sonia (no crean que los olvido), por permitirme vivir experiencias importantes con ustedes y brindarme su amistad durante todo este tiempo.

CONTENIDO

	Páginas
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1. Historia de los trastornos de la conducta alimentaria	5
1.1 <i>Anorexia nervosa</i>	6
1.2 <i>Bulimia nervosa</i>	34
Capítulo 2. Trastornos de la conducta alimentaria	40
2.1 <i>Conducta alimentaria</i>	41
2.2 <i>Definición de los trastornos de la conducta alimentaria</i>	43
2.3 <i>Anorexia Nervosa</i>	45
2.3.1 Criterios diagnósticos	45
2.3.2 Anorexia subclínica	47
2.3.3 Características de la anorexia	47
2.3.4 Consecuencias físicas	50
2.3.5 Consecuencias psicológicas	52
2.3.6 Consecuencias intelectuales	53
2.3.7 Consecuencias sociales y emocionales	53
2.3.8 Prevalencia	54
2.3.9 Pronóstico y mortalidad	57
2.3.10 Algunas explicaciones de la anorexia nervosa	57
2.4 <i>Bulimia nervosa</i>	61
2.4.1 Criterios diagnósticos	61
2.4.2 Bulimarexia	63
2.4.3 Características de la bulimia	64
2.4.4 Consecuencias físicas	66
2.4.5 Consecuencias psicológicas	68
2.4.6 Consecuencias sociales y emocionales	70
2.4.7 Prevalencia	71
2.4.8 Pronóstico y mortalidad	71
2.4.9 Algunas explicaciones de la bulimia nervosa	72
2.5 <i>Trastorno de la conducta alimentaria no es especificado</i>	76
2.5.1 Criterios diagnóstico del Trastorno especificado	76
2.6 <i>Atracón (binge - eating)</i>	77
2.6.1 Criterios diagnósticos	77
2.6.2 Características del atracón	78
2.6.3 Prevalencia	79
2.7 <i>Obesidad</i>	80
2.7.1 Criterios diagnósticos	80
2.7.2 Características de la obesidad	81
2.7.3 Tipos de obesidad	83

2.7.4	Consecuencias físicas	84
2.7.5	Consecuencias psicológicas	92
2.7.6	Consecuencias sociales y emocionales	93
2.7.7	Prevalencia	94
2.7.8	Algunas explicaciones de la Obesidad	94
2.8	<i>Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas</i>	96
Capítulo 3.	Factores de riesgo	97
3.1	<i>Factores de riesgo que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria</i>	98
3.1.1	Factores de riesgo asociados con la imagen corporal (IC)	101
3.1.2	Distorsión de la imagen corporal	105
3.1.3	Satisfacción/Insatisfacción corporal	107
3.1.4	Preocupación por el peso corporal y por la comida	111
3.1.5	Actitud hacia la obesidad/delgadez	113
3.1.6	Atractivo físico ligado a la delgadez	114
3.2	<i>Factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria</i>	115
3.2.1	Tipos de conductas alimentarias	116
3.2.2	Conducta alimentaria normal	117
3.2.3	Atracón (o binge eating)	117
3.2.4	Conducta alimentaria compulsiva	117
3.2.5	Hábitos alimentarios inadecuados	118
3.2.6	Atribución de control alimentario interno y externo	118
3.2.7	Seguimiento de dieta restrictiva	118
3.3	<i>Factores biológicos de riesgo</i>	122
3.3.1	Índice de masa corporal e índice nutricional	122
3.4	<i>Factores de riesgo en preadolescencia y adolescencia</i>	124
3.5	<i>Factores de riesgo para la anorexia nervosa</i>	125
3.6	<i>Factores de riesgo para la bulimia nerviosa</i>	126
Capítulo 4.	Preadolescencia y Adolescencia	128
4.1	<i>Preadolescencia y adolescencia</i>	129
4.1.1	Definición de adolescencia	129
4.1.2	Etapas cronológicas de la preadolescencia y adolescencia	130
4.1.3	Crecimiento físico y biológico	132
4.1.4	Influencia de la nutrición en el desarrollo	136
4.1.5	Cambios psicológicos y sociales	138
4.1.6	Cambios emocionales	145
4.1.7	Cambios cognoscitivos	146
4.1.8	Autoestima e imagen corporal en la preadolescencia y la adolescencia	151
Capítulo 5.	Medios de comunicación masiva	156
5.1	<i>Medios de comunicación masiva</i>	157
5.1.1	Definición de medios de comunicación masiva	157
5.1.2	Tipos de medios de comunicación masiva	158
5.2	<i>Percepción del espectador hacia los medios de comunicación</i>	159

5.3	<i>Las estructuras mentales y la experiencia</i>	161
5.4	<i>Roles de género y estereotipos en la publicidad</i>	164
5.4.1	Roles de género	164
5.4.2	Estereotipos de género que promueven los medios de comunicación	166
5.5	<i>Autoestima y medios de comunicación</i>	169
5.6	<i>Imagen corporal, trastornos de la conducta alimentaria y medios de comunicación</i>	171
5.7	<i>Cultura y trastornos de la conducta alimentaria</i>	180
5.8	<i>La otra publicidad</i>	182
5.9	<i>Estrategias informativas y preventivas</i>	186
Capítulo 6.	Metodología	189
6.1	<i>Justificación</i>	190
6.2	<i>Objetivos de investigación</i>	191
6.3	<i>Objetivos específicos</i>	191
6.4	<i>Método</i>	192
6.4.1	Muestra	192
6.4.2	Participantes	192
6.4.3	Criterios de selección	192
6.4.4	Control de la varianza de error	192
6.5	<i>Instrumento y aparatos</i>	192
6.6	<i>Procedimiento</i>	197
6.7	<i>Análisis de datos</i>	197
6.7.1	Validez	198
6.7.2	Confiabilidad	198
6.7.3	Análisis factorial	199
6.7.4	Análisis multivariado discriminante	200
6.7.5	Análisis de regresión múltiple	200
6.7.6	Distribución normal	200
Capítulo 7.	Resultados	203
7.1	<i>Descripción de la muestra</i>	204
7.1.1	Edad	204
7.1.2	Tipo de escuela	205
7.1.3	Grado escolar	205
7.1.4	Clase social	205
7.1.5	Estado civil de los padres	206
7.1.6	Con quién viven	206
7.1.7	Número de hermanos	207
7.1.8	Lugar que ocupan entre los hermanos	207
7.1.9	Menarca	208
7.2	<i>Descripción de las variables de estudio</i>	209
7.2.1	Dieta para el control de peso	209
7.2.2	Edad de la primera dieta	209
7.2.3	Preocupación por el peso corporal	210
7.2.4	Edad en que inició la preocupación por el peso corporal	210

7.2.5	Problemas de sobrepeso en la infancia	210
7.2.6	Historia familiar en TCA's	211
7.2.7	Índice nutricional (ÍN)	212
7.2.8	Índice de masa corporal (ÍMC)	212
7.2.9	Dieta para el control de peso y masa corporal	213
7.2.10	Sentimientos de culpa relacionados con el peso corporal	213
7.2.11	Sentimientos de angustia por la forma corporal	216
7.2.12	Sentimientos de envidia hacia la delgadez de las modelos	218
7.2.13	Realización de ejercicio para el control de peso	220
7.2.14	Dieta restrictiva	222
7.2.15	Preocupación por la comida	224
7.2.16	Angustia por los comentarios respecto a la imagen corporal	226
7.2.17	Angustia por la ropa de verano	228
7.2.18	Anuncios de televisión de productos adelgazantes	230
7.2.19	Anuncios de revistas bajas en calorías	232
7.2.20	Atracción hacia la información publicidad relacionada con calorías	234
7.2.21	Interés por temas relacionados con peso, adelgazamiento y/o control de la obesidad	236
7.2.22	Anuncios de dietas adelgazantes	238
7.2.23	Recuerdas imágenes, frases o melodías de anuncios de productos adelgazantes	240
7.2.24	Problemas con la forma de comer	243
7.2.25	Alimentos que consideran engordadores	243
7.2.26	Percepción de su peso corporal	244
7.2.27	Percepción de los tutores hacia el peso corporal de las niñas	246
7.2.28	Satisfacción/Insatisfacción con el peso corporal	247
7.2.29	Consideraciones respecto a su imagen corporal	249
7.2.30	Personas que las critican	249
7.3	<i>Validez y confiabilidad de los instrumentos</i>	250
7.3.1	Obtención de datos psicométricos del CIMEC 52	250
7.3.2	Obtención de datos psicométricos de EFRATA (escalas E y F)	261
Capítulo 8. Discusión y conclusiones		270
8.1	<i>Discusión</i>	271
8.2	<i>Conclusiones</i>	276
8.3	<i>Limitaciones y sugerencias</i>	277
Referencias		279
Anexos		287

RESUMEN

El objetivo del presente estudio, que forma parte de una investigación mayor*, fue obtener la validez de constructo, la validez predictiva, la validez discriminante, y la confiabilidad del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético – Corporal (CIMEC) y de La Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA). La muestra fue de carácter no probabilístico quedando formada por una N = 1,500 mujeres púberes, preadolescentes y en adolescencia temprana (de 5º y 6º de primaria y 1º, 2º y 3º de secundaria). La investigación fue de carácter psicométrico, de campo, de tipo transversal con diseño de una muestra. Para la aplicación de ambos instrumentos se pidió el consentimiento de las niñas y de la escuela en donde se aplicó. El CIMEC 52, obtuvo un buen coeficiente de consistencia interna ($\alpha = 0.91$); el análisis factorial y la rotación VARIMAX proporcionaron 5 factores que explicaron el 49 % de la varianza total. Para la validez discriminante se utilizó el Análisis Multivariado Discriminante en el que se obtuvieron 21 variables con muy buen poder discriminante. En el EFRATA (escalas E y F) se obtuvo un coeficiente de consistencia interna ($\alpha = 0.76$), el análisis factorial y la rotación VARIMAX proporcionaron 2 factores que explicaron el 53 % de la varianza total. Para la validez discriminante se utilizó el Análisis Multivariado Discriminante en el que se obtuvieron 8 variables con muy buen poder discriminante.

* Maltrato Infantil como Factor de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología Proyecto CONACyT 40597-II, bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré.



INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La conducta alimentaria es un fenómeno complejo en el que se amalgaman factores biológicos (hambre - saciedad, sed), estados fisiológicos (embarazo, lactancia, pubertad, vejez), geográficos (clima, localización geográfica, disponibilidad de alimentos), psicológicos (preferencias, gustos, ritos, creencias) y socioculturales (tradiciones, costumbres, nivel cultural y económico) (Vargas y Aguilar, 2002; Bourges - Rodríguez, 1990; citados en Saucedo, 2003). Las alteraciones de la conducta alimentaria se caracterizan por alteraciones graves de dicha conducta (DSM - IV TR, 2002). Y dentro del campo de estudio de los trastornos de la alimentación se encuentran tres principales entidades: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad (Gómez Perezmitré, 1993; citado por Saucedo, 1996).

Diversas investigaciones, como las de Garner y Garfinkel (1980; citados en Mc Phail, 2002) sobre contribuciones biológicas, familiares y psicológicas a la aparición de trastornos alimentarios principalmente en población femenina adolescente, en occidente otorgan responsabilidad importante a la publicidad “por su impacto potencial de establecer modelos identificatorios”. De acuerdo con las imágenes de los medios, estas refuerzan un ideal calificándolo dicotómicamente de aceptable o inaceptable: lo gordo/lo flaco, lo bello/lo feo, lo que está a la moda y lo que no lo está, lo adecuado y lo que no lo es, lo femenino y lo masculino, etc., y esto va incidiendo frecuentemente en la autoestima.

El ideal estético manejado hoy en día es extremadamente delgado y representa valores contemporáneos de autodominio, de éxito y de aceptación (Bergeron & Senn, 1998; Brownell, 1991; Cunningham, Roberts, Barbee, Duren & Wu, 1995; Stice & Mazotti, 1998; citados en Walcott, Pratt & Patel, 2003). Erróneamente, el cuerpo se considera como maleable, lo cual implica que cualquier persona que utiliza una combinación de ejercicio, dieta y autodominio pueden llegar a tener el “cuerpo perfecto”. Los medios influyen para que se logre esta meta haciendo creer a la gente que grandes recompensas los aguardan.

Tomando en cuenta el significativo papel que desempeñan los medios de comunicación en relación con los trastornos de alimentación, es importante contar con instrumentos que nos permitan detectar de una manera oportuna, válida y confiable dicha influencia.

Uno de los instrumentos que ha sido utilizado para medir estos factores es el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético - Corporal (CIMEC 46) (Toro, Salamero & Martínez, 1994), el cual fue diseñado para intentar medir la influencia de los agentes y situaciones que transmite el modelo estético actual. Toro et al. (1994), llevaron a cabo la validación de dicho instrumento en 118 jóvenes españolas, de las cuales 59 eran anoréxicas y 59 controles, ambos grupos fueron igualados en cuanto a edad y clase social. En dicha validación se encontró una adecuada consistencia interna, así como una apropiada sensibilidad y especificidad, por lo que podría servir como un instrumento de criba o tamizaje debido a su relación con la anorexia nerviosa y las influencias socioculturales.

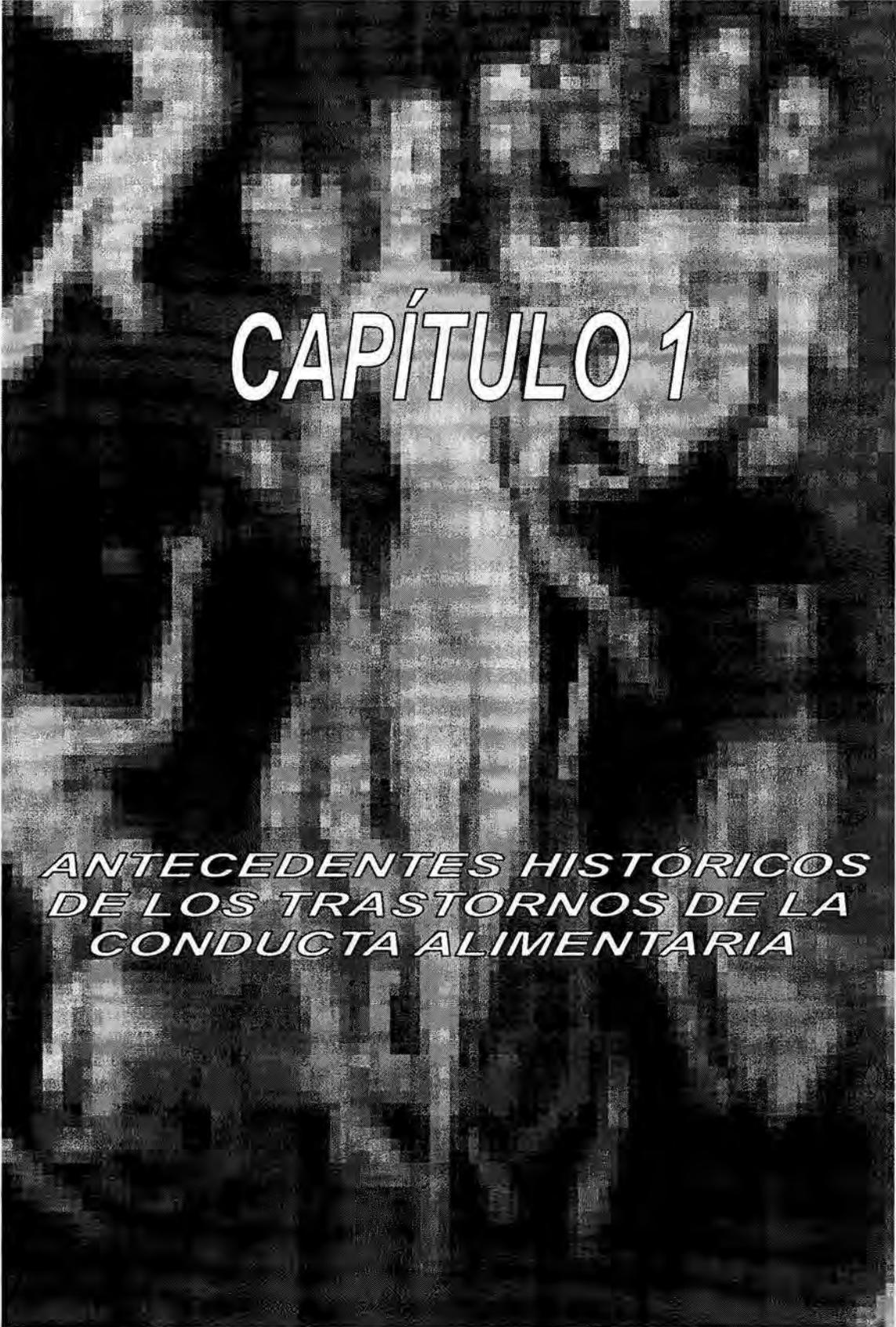
Posteriormente Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) evaluaron el estatus psicométrico de la escala CIMEC 46 en una población mexicana, aplicándolo a una población de 1001 mujeres estudiantes de bachillerato y de carrera universitaria en instituciones públicas y privadas, con un rango de edad de 14 a 33 años. Los resultados de este estudio muestran que el CIMEC es

un cuestionario confiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales en la población comunitaria mexicana por medio de algunos medios específicos: la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales.

Otro instrumento que ha sido utilizado para medir factores de riesgo de la conducta alimentaria es la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), el cual se ha utilizado en adolescentes hombres y mujeres con una edad promedio de 16.96 años. Los resultados obtenidos en este estudio fueron los siguientes: en las mujeres había una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva; entre los hombres se encontró un factor compuesto por variables compensatorias; y un factor común a hombres y mujeres que involucra variables que miden preocupación por el peso y la comida (Gómez Peresmitré, 1998).

Debido a que la validación de dichos instrumentos se ha realizado en adolescentes, creemos que es importante realizarla, de igual forma, en una población más joven, ya que esto puede ayudar a detectar desde una edad más temprana, dicha influencia y así poder crear programas preventivos y/o audiencias más críticas hacia la información que reciben cotidianamente del medio en el que se desenvuelven.

Es así como a continuación se presenta en el capítulo 1, los antecedentes históricos de éstos trastornos, en donde se describirá el desarrollo de los trastornos de la conducta alimentaria de siglos atrás hasta nuestros días. En el capítulo 2, se darán las definiciones, criterios diagnósticos, características de estos trastornos, así como sus consecuencias, prevalencia, pronóstico y mortalidad. En el capítulo 3, se expondrán los factores de riesgo considerados para la aparición y desarrollo de los trastornos. Dentro de los factores de riesgo se encuentra la etapa de desarrollo, y debido a que la etapa de desarrollo que interesa en la presente investigación es la pubertad y la adolescencia, se hace una revisión de las principales características de éstas en el capítulo 4. En el capítulo 5, se revisará todo lo relacionado con los medios de comunicación masiva como medios socializadores. En el capítulo 6, se presenta la metodología de la investigación. En el capítulo 7, se muestran los resultados obtenidos y finalmente en el capítulo 8, se presentan la discusión, conclusión, las limitaciones y sugerencias derivadas de esta investigación.



CAPÍTULO 1

*ANTECEDENTES HISTÓRICOS
DE LOS TRASTORNOS DE LA
CONDUCTA ALIMENTARIA*

1.1 *Anorexia nervosa.*

De acuerdo con Tisera - López (1996), el miedo al hambre ha sido y será universal, ya que se encuentra profundamente grabado en la herencia genética de todas las especies animales; tal vez como una reacción a las hambrunas que soportó la humanidad desde tiempos remotos y posiblemente debido a esto es que la necesidad se hizo virtud y también que los casos de ayuno extremo han despertado siempre la atención, el respeto y la admiración.

La anorexia nervosa (AN) suele ser presentada como un mal social, que debe su actual recrudescimiento a la fobia frente a la gordura que caracteriza a nuestra sociedad. La anorexia (como término establecido) surgió hacia los finales del siglo XIX, aunque desde épocas muy remotas como los últimos siglos del Imperio Romano, cuando solo resultaban deseables las mujeres un poco entradas en carnes, la anorexia empezaba ya a hacer estragos entre la población femenina, presentando características muy similares a las que suelen mostrar en la actualidad (Gómez, 1996).

Las referencias al hambre autoinducida (ayunos, etc.) datan de los tiempos bíblicos. En ellas se entremezclan la verdad y el mito, lo religioso y la exageración, y a veces, el fraude (Aguinaga, Fernández y Varo, 2002). Como muestra, existen los casos de muchas mujeres religiosas que realizaban prácticas ascéticas de todo orden, siendo el ayuno una de las más difundidas; los Países Bajos e Italia parecen haber sido sus viveros más importantes; aunque estos problemas alimentarios se inicia durante la Edad Media, especialmente entre los años 1200 y 1500, cuando aparecen las órdenes mendicantes (con el establecimiento de términos nuevos) (Toro, 1996; 1999). Como es el caso de Metrodora, una médica de origen griego que ejerció en esta época y quien escribió un tratado sobre las enfermedades de la mujer, del cual se conserva una copia del siglo XII en la Biblioteca Laurenciana de Florencia. En el tratado, aparte de las cuestiones obstétricas, se ocupa de las enfermedades agudas y crónicas del útero, del estómago y de los pulmones de las mujeres de aquella época. En el capítulo, de este tratado, dedicado a las jóvenes nos habla de la sinergia (palabra griega que significa "rechazo al alimento"), que presentaban muchas de esas mujeres, enfermedad que "empezaba aparentemente en el estómago y terminaba en los pulmones causando la muerte"; esto fue la idea de la consunción tuberculosa de la anoréxica y que fue recogida, casi sin variantes, por muchos autores posteriores, hasta que en el siglo XIX se empezó a considerar la anorexia nervosa como una entidad clínica diferente de la tradicional "consunción" (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003), en donde el síntoma más ostensible que presentaban estas mujeres era el de rehusar el alimento, así como la desaparición de la menstruación (Rojo y Cava, 2003). Aunque las primeras referencias médicas sobre la anorexia aparecen en el siglo XVI (Toro, 1999), cuando empiezan a aparecer datos de personas que presentan inanición y las conductas restrictivas de la alimentación se consideran anómalas, socialmente alteradas y sin justificación religiosa (Gómez, 1996).

Uno de los casos más famosos de anorexia se dio en Europa central, concretamente en Hungría, en donde discurrió la vida de una famosa ayunadora voluntaria, la princesa Margarita. Su padre, el rey Bela IV, hizo votos de dedicar a su hija al servicio del Señor si Hungría salía bien parada de la invasión de los tártaros. Cuando estos invasores abandonaron el país, construyó un convento dominicano en la isla de Hares, en el que debía desarrollarse la vida de Margarita. Allí fue donde la princesa Margarita se entregó a una vida de austeridad

casi absoluta, ayunando, privándose de sueño y dedicándose exhaustivamente a las tareas domésticas, etc.. Pasado algún tiempo, el rey Bela pretendió que su hija se desposara con un príncipe, pero Margarita se negó e intensificó su restricción alimentaria y también prescindió de su aseo personal. Margarita murió en el año de 1272, a los 28 años de edad (Halmi, 1994; citado en Toro, 1996).

La literatura médica medieval, siguió ocupándose de este tema, aunque San Isidro de Sevilla (citado en Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003) tiempo antes, en sus Etimologías, recoge el dato frecuente del cese de la menstruación en las mujeres que no comen lo suficiente. Al igual que él, San Alberto Magno (citado en Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003) afirmó que “las mujeres pobres que trabajan mucho no tienen regla, pues lo poco que comen les vale apenas para su mantenimiento”. San Alberto Magno, se basó sobre todo en el gran médico árabe Avicena, el cual ya señalaba que la privación de alimento como una de las principales causas de la falta de menstruación en algunas mujeres.

Pero Trótula de Salerno, quien era la médica más famosa del medievo, consideraba que el flujo menstrual operaba una especie de regulación del temperamento femenino, que podía alterarse por las perturbaciones emocionales; por lo que llamaba comúnmente flores a las menstruaciones, pues de la misma manera que los árboles no producen flores, así también las mujeres sin flor se ven privadas de su función de concebir. Y es precisamente de esa función de concebir de la que han intentado librarse de forma inconsciente muchas anoréxicas, a pesar de que la única consideración y respeto dispensados al sexo femenino siempre han sido vinculados a su función reproductora. Cuales fueran las razones para elegir la anorexia y la ausencia de fertilidad que conlleva, al rechazar cumplir con su papel biológico, las mujeres sabían que se colocaban en una situación social que podríamos calificar de “marginal”, perdiendo sus pocos privilegios (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003). Muchas de estas mujeres se obstinaron en elegir la enfermedad, el estigma de está e incluso el que las llevaría a la muerte en plena juventud (Gómez, 1996).

Pero por las airadas protestas masculinas al respecto (Rojo y Cava, 2003), a partir del siglo I DC, algunas romanas se empezaron a rebelar contra los matrimonios impuestos, la falta total de derechos y libertades (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003). Así, el filósofo Favorito denuncia en sus escritos la locura que les ha entrado a las mujeres de su tiempo (Rojo y Cava, 2003), “que no sólo se niegan a amamantar a sus hijos, sino que recurren a mil artimañas para no ser madres”; lo cual indica que en determinadas clases sociales, las mujeres intentaban liberarse de su “destino biológico”; al haber sido casadas a la fuerza por sus padres con hombres que no amaban; ellas recurrían a la única arma de rebelión con que contaban, que era el no darles hijos (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003).

Pero por otro lado, los métodos anticonceptivos de la época eran rudimentarios y poco fiables, y además, si la mujer era descubierta usándolos para controlar su fecundidad podían ser castigadas por la ley por ser considerado como un delito grave, ya que la mujer hurtaba al marido uno de sus derechos fundamentales como dueño legal y absoluto del cuerpo de su esposa y de sus descendientes; por ello, la privación de alimento ofrecía una alternativa que, aunque peligrosa, bien podía parecer lo preferible para muchas de ellas (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003).

Pero al rechazar este papel biológico de la fertilidad al elegir ser anoréxicas, saber cual sería su situación social será, acceder a perder muchos de sus privilegios, el estigma de está, e incluso la muerte en plena juventud (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003); es por esto que la pregunta del porque sigue existente, esto entre otras cosas porque la sociedad romana alababa a la mujer austera y frugal, que comía y bebía parcamente (Rojo y Cava, 2003).

Aun en la actualidad, en casi todas las lenguas, dentro del lenguaje metafórico, se sigue asociando la comida con el acto sexual, con expresiones como “está para comérsela”, “comerse una rosca” o mujeres “devoradoras de hombres”. No es sorprendente, pues, que el rechazo del alimento haya llegado a simbolizar, a nivel inconsciente, un rechazo de la sexualidad (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003). Numerosos trabajos publicados recientemente sobre la historia del cuerpo, han identificado de hecho en estos primeros siglos de nuestra era el inicio de la disciplina o control del cuerpo por parte de las mujeres como una negación simbólica de su desarrollo sexual (Gómez, 1996).

Con el Cristianismo, la imagen de la mujer fue la de instrumento del pecado, como la de una cosa inferior, perversa, despreciable y tentadora, y aunque Jesús pone en tela de juicio muchos de los conceptos y actitudes fuertemente arraigados en los hombres de su época, tratando de revalorizar la naturaleza y la dignidad de la mujer, fue realmente la actitud misógina de los Padres de la Iglesia lo que realmente influyó en los hombres de la Edad Media. Pero por otro lado, junto con la mujer fuente del pecado, coexiste la imagen de la mujer santa y venerable, con la cual se comienza a dignificar la idea de virginidad de María, culto que siguió creciendo hasta nuestros días; esta doctrina que aun se mantiene en la actualidad en donde se valoriza más a la virgen que a la casada. Ante esto, la mujer renunciando a su sexualidad, se halla con la posibilidad de redimir su propia indignidad e inferioridad librándose de su habitual estado de sumisión respecto del varón (Gómez, 1996).

Desde el siglo III DC se introducen las reglas para el ayuno, entre ellas los cuarenta días previos a la Pascua. En el siglo V, el ayuno se limitó a la abstinencia de carne, reemplazándose poco después por el pescado. Entre los pueblos primitivos existió la creencia de que algún demonio podía penetrar en el cuerpo por medio de los alimentos, por lo que ayunaban para contrarrestar estos peligros o para evitar aquellos alimentos que se suponían eran más propicios para el demonio, como lo era la carne; por lo que el ayuno se utilizaba como defensa contra los malos espíritus y las fuerzas oscuras del más allá (Tisera - López, 1996).

Pero algunos siglos antes, ya se había difundido la existencia de ayunadoras voluntarias sistemáticas; por ejemplo, la leyenda de Santa Wilgefortis, que se remonta al año 700. Wilgefortis, era la séptima hija del rey de Portugal, la cual habiendo decidido entregar su virginidad a Dios y acabando de cumplir doce años, conoció que su padre deseaba casarla con el rey Sarraceno de Sicilia, un príncipe extranjero. Ella se negó rotundamente y para hacer más patente su rechazo, a fin de preservar su cuerpo para Dios, se entregó a una constante oración, sumergiéndose en el ascetismo más intenso y sobreponiéndose a su apetito al negarse a comer. Solicitó la ayuda de Dios, para perder cualquier atisbo de belleza que ostentara su cuerpo. Con el tiempo brotó pelo por todo su cuerpo y su inanición masculinizó su cuerpo, a la par que desaparecía su menstruación, por lo que el rey de Sicilia renunció a sus pretensiones de casarla, en cambio la crucificó antes que dejarla marcharse al convento. Wilgefortis murió

entre el año 700 y 1000 AC; con su muerte en la cruz como Cristo, se redime a sí misma y a las otras mujeres de la "herida original" que todos los meses les hace emanar sangre. Santa Wilgefortis fue identificada como Santa Ont Kommerna en Holanda, Santa Kummernis en Alemania, Santa Liberata en España, Santa Livrade en Gascuña y Santa Uncumber en Inglaterra (Lacey, 1982; citado en Toro, 1996; Gómez, 1996).

En los siglos VIII y XI las jóvenes se revelaban frente a los abusos sexuales de los varones y ante los matrimonios impuestos mediante el sistema de rehusar la comida, al objeto de dejar de menstruar y hacerse infértiles, a la par de desfigurar sus cuerpos, su extrema delgadez las hacía parecer feas a los ojos de un posible pretendiente. Esto corrobora la idea de que no siempre el rechazo del alimento se debe a querer ser más bella y delgada para estar a la moda, sino a todo lo contrario: en la verdadera anorexia el objeto último del ayuno es librarse de todos los signos que pueden hacer deseable a una mujer a los ojos de un varón, esto es: su belleza y su fertilidad (Gómez, 1996; Rojo y Cava, 2003). Y es que a veces para una mujer el hecho de dejar de ser sexualmente atractiva puede representar una auténtica liberación, aunque esta idea resulte inconcebible para la mentalidad masculina (Rojo y Cava, 2003).

Gómez (1996) menciona que el ayuno será uno de los signos distintivos de la ascesis medieval; sin embargo, mientras los monjes ayunaban para purificar sus cuerpos y hacerse más fuertes frente a las tentaciones del mundo exterior, la mujer lo hacía para librarse de su propio cuerpo femenino, considerado por el pensamiento cristiano como el verdadero origen del pecado. El historiador Rudolph Bell (citado en Gómez, 1996) ha comprobado que la mayoría de las santas medievales eran anoréxicas y afirmaban alimentarse sólo de la hostia consagrada, fenómeno que él ha bautizado con el nombre de "anorexia santa".

De acuerdo con Rojo y Cava (2003) en la leyenda dorada, una colección de santos muy popular durante la Edad Media, la mayor hazaña de una santa consistía en morir en defensa de su virginidad (de hecho, no existe en el santoral de esa época ninguna santa que no fuera virgen, las casadas no podían ser santas) y también se consideraba ser una excelente cristiana el torturar el propio cuerpo mediante el hambre, la sed y los azotes. Se consideraba positivo, en el caso de las mujeres, un fallecimiento prematuro en plena adolescencia, al asegurar que sus cuerpos ya no seguirían siendo para ellas mismas ni para los demás una ocasión de pecado.

Es a partir de los siglos XIV y XV, coincidiendo con el inicio de la exploración de nuevos caminos y vías para llegar a Dios fuera de la vida monacal, que la anorexia comienza a extenderse como una epidemia entre las mujeres, fuera ya de las abadías y conventos, a la vez que disminuyen las santas anoréxicas dentro de la Iglesia. Para el historiador de la medicina Petr Skrabanek (citado en Gómez, 1996), esta fase que él denomina "secularización" de la anorexia, se prolonga durante los siglos XVI, XVII y XVIII. Así, la anorexia deja las abadías y toma asiento en las casas de los burgueses, los campesinos y los artesanos. Para las mujeres pertenecientes a estos estratos sociales, el rechazo del alimento era el único medio con que contaban para afirmar su independencia, ya que los conventos en decadencia, sólo admitían a las mujeres de clases acomodadas que pudieran aportar una dote. Como afirma Christina von Braun (citada en Gómez, 1996), las chicas pobres tuvieron que crearse "un convento en la mente", pues su anorexia las aislaba del mundo y sus reglas significaban para ellas lo que para las monjas los muros del convento. En aquella época el problema consistía en determinar si la

posibilidad de vivir era obra de Dios o del diablo, mientras que en la actualidad, el problema es visto simplemente como un cuadro psiquiátrico o un desorden alimenticio (Rojo y Cava, 2003).

Un ejemplo de este nuevo tipo de anorexia, fue en el siglo XIV, con la más famosa anoréxica de la historia: Catharina Benincasa o mejor conocida como Santa Catalina de Siena. Catalina nació en Siena en una familia acomodada (Toro, 1996). Catalina, tenía una hermana gemela muy enfermiza de nombre Giovanna y quien fue establecida con una nodriza desde el momento de su nacimiento, mientras ella era alimentada por su propia madre; su hermana gemela murió (Mac Sween, 1995). A los 7 años empieza a rechazar los alimentos y recién iniciada su adolescencia (Toro, 1996), cuando Catalina tenía 15 años, su hermana mayor Bonaventura falleció en el parto de su hijo (Mac Sween, 1995), el fallecimiento de sus dos hermanas parece haberle inducido a intensos sentimientos de culpa lo que incrementó ardorosamente una vida religiosa que ya había germinado con anterioridad. Sus deseos de entrega exclusiva a Dios y a Jesucristo chocaron frontalmente con los planes y apetencias de sus padres, quienes la empujaban insistentemente a contraer matrimonio (Toro, 1996). Esta situación la condujo a un rotundo aislamiento (Toro, 1996) y decidió no comer nada hasta que pudiera reunir la dote que le permitiera ingresar en un convento (Gómez, 1996). Durante su aislamiento se flagelaba tres veces al día con una cadena de hierro: una por sus pecados, otra por la vida y una tercera por la muerte (Toro, 1996). El rígido ayuno que se autoimpuso desde los doce años, la libró de la menstruación así como de la aparición de otros signos femeninos que mancillaran su cuerpo (Gómez, 1996).

De acuerdo con Toro (1996), hacia los 16 años de edad, Catalina subsistía de pan, agua, vegetales crudos y hierbas; sólo vestía prendas de lana bastas y el cinturón de hierro que rodeaba sus caderas, irritando su piel. Durante tres años se impuso un silencio total, interrumpido solamente por sus confesiones. Y su sueño se reducía a treinta minutos cada dos días, por lo que en un lapso muy corto de tiempo perdió la mitad de su peso. Catalina ingresó a la orden de las Dominicas, concretamente en la congregación de las Hermanas de la Penitencia (Toro, 1996; Mac Sween, 1995), una orden de mujeres que viven “en el hogar del mundo” tanto como en un convento. Sus prácticas acéticas continúan intensificándose mientras se va incrementando su meta de una vida religiosa, se limita continuamente la comida (Mac Sween, 1995). Fue consejera del Papa Gregorio IX en Avignon. Al ver que sus intentos de unificación del papado no dan resultado, se siente fracasada (Sandoval, 2001), decidiendo el 1º de enero de 1380, añadir a su lista de austeridades el no beber más agua, después deja de alimentarse acabando definitivamente su abstinencia el día 29 del mismo mes, sobreviniendo su muerte tres meses después, tras un período de convulsiones y probablemente un estado comatoso (Toro, 1996).

Bell trató muy a fondo a Catalina de Siena, después de la publicación de su vida. Catalina frecuentemente alegaba que no podía moderar su comportamiento, siempre que se lo decían se vanagloriaba de que no. Cuando ordenaba para comer, ella lo hacía, pero vomitaba apenas un bocado de comida llegaba a su estómago y por largos periodos se negaba a comer en absoluto. Esta es la evidencia de que Bell trataba a Catalina como su pragmática anoréxica medieval. Bell, argumentaba que la anorexia de Catalina tenía causas familiares y psicológicas, ya que supone que su trayectoria de la niñez vía la adolescencia a la adultez es determinada por inanición psicológica, debido a la culpa de la primer muerte, la realización de la segunda y de

las posibles consecuencias de la respetable vida secular femenina, lo cual dirige a Catalina a abandonar el mundo y a tomar una "santidad radical", como alternativa al matrimonio y como penitencia para asegurar que nadie más de su familia pudiera sufrir una muerte prematura; por lo que estos efectos no son puras contingencias históricas ni creencias en lo supernatural. Ariès, en su influyente "Centuries of Childhood", efectivamente demuestra que la socialización infantil, como distinta del desarrollo biológico, es una entidad de construcción cultural cuyas características varían y son definidas por la amplia estructura social (Mac Sween, 1995).

Otro ejemplo es el de Juana de Arco, quien concitó serias dudas acerca de su sexo debido a su aspecto de efebo, La ausencia de menstruación y la carencia de pecho, hechos que fueron muy tenidos en cuenta en el proceso de Ruán, que acabo con su muerte en la hoguera por hechicería, se debían sin duda a los estrictos ayunos a los que se sometió desde su infancia, cuando se sintió llamada por Dios para salvar a su patria (Gómez, 1996).

En realidad, tanto el clero como la clase médica compartían, en última instancia, un concepto muy parecido acerca de la mujer, caracterizado por una desconfianza proverbial frente a este sexo. La idea de que tras la anorexia femenina se oculta un fraude, lo demuestran los exámenes exhaustivos a que serán sometidas las jóvenes que se niegan a comer a partir de esta época. Será un combate más entre fe y razón, que se irá agudizando. Y aunque parte de esta lucha se libraré sobre el cuerpo de las mujeres, la anorexia seguirá su curso impasible, ajena a concepciones vitales y posturas estéticas, desafiando incluso los enconados debates que aún hoy suscitan (Rojo y Cava, 2003).

A medida que la secularización de la anorexia se extendía, la medicina también comenzó a interesarse por este fenómeno (Gómez, 1996). Gracias a los escritos médicos tenemos hoy noticia de numerosas vírgenes seglares que ayunaban en el siglo XVI; en estos escritos se intenta demostrar que estas mujeres comían a escondidas y que lo único que perseguían era llamar la atención. La clase media opinaba que nadie podía sobrevivir alimentándose solo de "aire", por lo que se intentó erradicar la creencia popular en las fuerzas sobrenaturales que milagrosamente sostenían con vida a estas doncellas (Gómez, 1996). Otros de los casos más antiguos y conocidos de anorexia fueron el de Verónica Guilani (o mejor conocida como Santa Verónica), María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columba de Reiti e Ida de Lovaina (Toro, 1996).

A partir de esta época cambia la actitud de la Iglesia frente a las mortificaciones y se llegan a tomar medidas en contra de los ayunos incontrolados, afirmándose de muchas de estas anoréxicas que, en lugar de santas, lo que están es poseídas por el diablo (Gómez, 1996). Pero, tanto si se trataba de doncellas guerreras, como si se dedicaban a la asistencia de los pobres y enfermos, estas mujeres, aunque llevaban una vida ascética, no se reclusían como antaño, sino que prefieren vivir en pequeñas comunidades con otras mujeres. En este contacto con el mundo a través de los marginados, en su empeño en la defensa de los más débiles, se rebelan contra los valores de la nueva burguesía emergente. Aunque veneradas por el pueblo llano, la mayoría no van a ser canonizadas por la Iglesia, que va a empezar a mirarlas con recelo, calificándolas en muchas ocasiones como "mujeres de nervios débiles" (Rojo y Cava, 2003).

Leyendo las vidas de estas santas vemos que en el medievo la mortalidad de las anoréxicas era mucho mayor que en la actualidad; en aquella época este comportamiento era alentado por la Iglesia cristiana; en la actualidad este papel casi religioso lo desempeña la moda pero el resultado es el mismo. Así, con manifestaciones anoréxicas típicas una joven será considerada como una santa, una enferma, una mística, una bruja o una hereje según la época, el contexto social y cultural en el que viva (Rojo yCava, 2003).

Tisera - López (1996), menciona que en la antigüedad, las curas de ayuno se realizaban con mucha frecuencia y de forma voluntaria como métodos terapéuticos, y los cuales fueron recomendados contra todas las enfermedades imaginables. La religión ha estado asociada a la restricción de comida; los religiosos y místicos han realizado el ayuno con frecuencia como acto penitenciaro (Sandoval, 2001), en diferentes períodos de la historia, el hambre se aplico como castigo a condenados por derecho común y a prisioneros políticos. Mientras que el ayuno voluntario ha sido desde entonces utilizado como forma de protesta o para llamar la atención. Pero en general el ayuno se practicó sobre todo por razones terapéuticas, mágicas y místico - religiosas (Tisera - López, 1996) como medio para conseguir un estado espiritual más elevado (Sandoval, 2001).

La inapetencia y la pérdida de peso estuvieron también tradicionalmente vinculadas al “mal de amores”, con mayor frecuencia en mujeres. Plutarco, relata un episodio ocurrido en la corte de Seleuco Nicátor I, que reinó en Siria del 358 al 280 AC. Su hijo, Antioco, se enamoró de su madrastra Estratonice, simulando una enfermedad y negándose a ingerir alimentos. Galeno (129 - 209 DC), presenta en su *Opera Omnia*, el caso de una mujer que había perdido el apetito; al notar como se le acelera el pulso cada vez que se menciona al bailarín Pílates, Galeno llega a la conclusión de que la causa principal de su enfermedad es el amor, agregando que otros síntomas frecuentes entre los enamorados son la pérdida de peso, la palidez, el insomnio y la fiebre. En las escrituras del Hinduismo también se encuentran referencias a la pérdida de peso en relación al “mal de amores” (Tisera - López, 1996).

Por otro lado Toro (1999), menciona que en varias culturas el ayuno ha sido considerado como un medio para protegerse contra las fuerzas del mal. La privación de alimento preservaba de influencias demoníacas y garantizaba cierta pureza. De acuerdo con Tisera - López (1996), el ayuno se consideró como una forma de mantener la pureza, tanto de cuerpo como de espíritu. Por ejemplo: después que Hades raptara a Perséfone, Zeus habría permitido que volviera con su madre Deméter, diosa de las cosechas, a condición de que su hija hubiese ayunado durante su estancia en los infiernos. Según la descripción de Homero, la misma diosa Deméter inauguró la festividad de las cosechas conocida como los Misterios Eleusinos, porque se llevaron a cabo en la llanura de Eleusis. El ayuno era necesario como purificación previa a los ritos de iniciación en los Misterios. Platón (429 - 347 AC) sostenía que el cuerpo era la cárcel del espíritu, el cual solo podía liberarse a través de la negación de todo lo carnal.

Jesús mismo practicó y recomendó el ayuno, pero probablemente fue Juan Bautista el primer discípulo en seguir al pie de la letra las reglas de vida que han constituido el ascetismo. La institucionalización y socialización de la Iglesia católica supuso el establecimiento oficial del ayuno obligatorio, la ascesis obligatoria (Toro, 1999), como pilar de la vida ascética (Tisera - López, 1996), agregando la abstinencia sexual y otras formas de control y castigo corporales a

fin de debilitar la carne y fortificar el espíritu. En algunas comunidades el no ayunador podía quedarse sin dientes o, en el peor de los casos sin vida (Toro, 1999).

A principios del siglo IV, los llamados *Padres del Desierto* se retiraron a los desiertos de Egipto y Palestina para entregarse a una muy severa ascesis. Algunos suprimían de sus comidas sólo el vino o la carne, pero muchos otros dejaban de comer por completo durante períodos más o menos prolongados (Van Deth y Vandereycken, 1991; citados en Toro, 1996).

Siglos después, los ritos exorcistas incorporaron el ayuno y la plegaria (Van Deth y Vandereycken, 1991; citados en Toro, 1996). Pero esta creencia existente entre ayuno y posesión demoníaca es aún más antigua, y se encuentra documentada en una tablilla con caracteres cuneiformes hallada en las ruinas de Babilonia (2700 - 538 AC). Los deudos de una persona fallecida pretendían evitar con el ayuno que el alma del difunto se introdujera en ellos con los alimentos, como fue el caso en la mitología del rey de Troya, quien ayunó después de la muerte de su hijo Héctor a manos de Aquiles. También en el antiguo testamento tenemos ejemplos de ayunos en ritos fúnebres como es el caso de los habitantes de Jabes Galaad por la muerte de Saúl y sus hijos; David, por la muerte de sus hijos y por la muerte de Abner; o bien, también se ayunaba en Egipto por la muerte del faraón (Tisera - López, 1996); los antiguos egipcios, ayunaban antes de entrar en el templo sagrado, por lo que la purificación y penitencia han ido asociadas al ayuno en la mayor parte de las religiones (Toro, 1999).

Otra creencia era que los malos espíritus provocan enfermedades y desgracias. Durante los primeros mil años de su existencia, la religión católica sostenía que muchos enfermos, incluso algunos que practicaban el ayuno prolongado, estaban poseídos por el demonio (Tisera - López, 1996). La reforma protestante cambió significativamente las cosas, por lo menos en los países donde triunfó. En ciertos lugares, las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas: era Satán y no Dios quien las motivaba. Desde el siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron dramáticamente su alimentación. En su mayoría eran jóvenes y de procedencia humilde; por supuesto se mantenían solteras, de modo que su rechazo de los alimentos no hacía sino resaltar lo sublime y puro de su doncellez. Los panfletos y periódicos de la época consideraban estos ayunos como milagrosos, un signo de la presencia de Dios en la Tierra o como un sorprendente fenómeno natural (Van Deth y Vandereycken, 1991; citados en Toro, 1996). Jeanne Balan fue una de estas doncellas, era inglesa y contaba con 14 años de edad. En el año de 1600, un médico francés, Jacob Viverius, se dedicó a observarla siguiendo instrucciones del rey Enrique IV. Jacob Viverius, observó que la parte inferior de su vientre era sumamente delgada, el cual se hundía en ella, y no quedaba nada del vientre que antes tenía (Brumberg, 1988; citado en Toro, 1996). Jeanne debía ser una doncella milagrosa cuya vida se mantenía como una acción de Dios (Toro, 1996).

Al ayuno se le adjudicó también un significado moral (Tisera - López, 1996), en el cristianismo el ayuno fue utilizado como penitencia religiosa a fin de lograr la expiación de los pecados cometidos por la persona que realizaba el ayuno o por otras personas. (Van Deth y Vandereycken, 1991; citados en Toro, 1996; Tisera - López, 1996). Para la cristiandad, el cuerpo era de naturaleza débil y pecaminosa, exigiendo control y regulación estrictos por parte de la mente. La ascesis era el camino que conducía a la perfección de la vida espiritual (Van Deth y Vandereycken, 1991; citados en Toro, 1996).

Vandereycken y Van Deth (1994; citados en Toro, 1996), mencionan que mantenerse sin comer era considerado como un signo de santidad. Pero no ocurría así en todos los casos. No era frecuente que el cuadro fuera considerado como una enfermedad o un tipo especial de limitación. La propia Catalina de Siena, cuando se hallaba en plena inanición, creía que estaba sufriendo una enfermedad y no que estuviera llevando a cabo una práctica religiosa. Por supuesto, que el ayuno total resulta incompatible con la vida, milagros al margen. Por ejemplo: Eva Vliegen, la doncella milagrosa de Mores, quien dejó transcurrir treinta años de su vida enclaustrada en una celda aparentemente sin comer nada en absoluto. Una inspección llevada a cabo en 1628, permitió hallar a su disposición mantequilla, queso, miel y otros artículos alimentarios (Van Deth y Vandereycken, 1991; citados en Toro, 1996). El ayuno y la aureola de santidad que del mismo se desprendían, permitían que el hogar y la población donde residía la joven se convirtieran en transitados centros de peregrinación. El ayuno se acompañaba de otras “señales de santidad”, desde prácticas ascéticas también autolasivas hasta visiones y estigmatizaciones. La devoción popular debía reforzar intensamente los comportamientos implicados en el papel asumido y desarrollado por la ayunadora, tampoco escaseaban las recompensas monetarias y en especie. En cualquier caso se trataba de muchachas que restringían significativamente su alimentación, presentaban los síntomas de la desnutrición y encarnaban valores e ideales propios de su tiempo y de su grupo cultural (Toro, 1996).

Tisera - López (1996), menciona otro de los casos de ayunadoras más interesantes, que fue el de Verónica Giuliani (1445 - 1497), elevada a santa patrona de la Orden de las Capuchinas y que se distinguió por su extremo ascetismo. Sin embargo, otra monja, la hermana Jacinta, la descubrió en la cocina en medio de una verdadera orgía orgásmica; según la hermana, el demonio se personificaba como Verónica a fin de hacer creer a sus hermanas que la santa era una simuladora. Tres años después de la muerte de Verónica Giuliani comienza el siglo XVI, que fue el punto de partida de la llamada “revolución científica”. A pesar de esto, muchos médicos siguieron creyendo en las influencias satánica y divina para explicar el “ayuno prodigioso”. Los experimentos que fueron realizados por los científicos de los siglos XVI y XVII, en los cuales se privaba de alimentos a animales, pero estos científicos no aportaron resultados concluyentes sobre el periodo de máximo ayuno posible. Es así, que no se pudieron descartar totalmente las razones metafísicas para explicar el ayuno prolongado, al que los médicos dieron el nombre de *inedia prodigiosa*. Pero el diagnóstico que con mayor frecuencia hacían los médicos en el siglo XVIII era el de “hipocondría”, entre cuyos síntomas se contaban habitualmente trastornos de la ingestión de los alimentos y de la digestión, tales como inapetencia o su contrario, la bulimia, y constipación.

En Baviera y en pleno siglo IX, una joven, Friderada de Treuchtlingen, padeció una larga y desconocida enfermedad. Superada ésta, experimentó un apetito incoercible que la conducía a los mayores excesos. Más a medida que transcurría el tiempo iba debilitándose. Buscando una solución acudió al monasterio de santa Walpurgis. En él sobrevino el milagro: recuperó sus fuerzas y su actividad, al tiempo que también cedía su apetito; Friderada experimentaba también una clara repulsión hacia los alimentos y sus comidas iban seguidas de vómitos. Después de seis meses, dejó de comer en absoluto. Friderada fue famosa en su época, no tanto por dejar de comer, sino por haber sido curada de sus males por la santa Walpurgis (Habermas, 1986; citado en Toro, 1996).

También en el siglo IX, en Avicena, se da la primera referencia de un anoréxico en un contexto médico, este fue el príncipe Hamadham, quien se estaba muriendo al no comer, víctima de una inmensa melancolía; aunque esto provenía de un cuadro depresivo (Sandoval, 2001). Galeno, en su *Opera Omnia*, menciona también que la pérdida de apetito y de peso es uno de los síntomas de la melancolía y de su variante hipocondríaca. Actualmente se entiende por hipocondría una precaución exagerada por el funcionamiento de los órganos del cuerpo (Tisera - López, 1996).

El temor a Satán se fue intensificando con el tiempo y terminó entre los siglos XVI y XVII con la difundida creencia de un pacto del demonio con ciertas mujeres, las cuales fueron consideradas brujas por haberse confabulado con el “príncipe de las tinieblas” para destruir a la Iglesia, por lo que una gran cantidad de estas mujeres fue torturada y condenada a morir en la hoguera. Se suponía que para poder volar, las brujas debían tener un peso inferior al del resto de los mortales, lo cual se verificaba con la llamada “prueba de la balanza”. Un ejemplo muy significativo respecto a esto fue el famoso juicio de Salem, en Massachussets (1692), en donde 19 mujeres fueron acusadas de brujería y ahorcadas por haber provocado supuestamente que muchas jovencitas de la localidad no pudieran ingerir alimentos, presentaran sensaciones de ardor u hormigueo, así como trastornos de hiper o hipoactividad. El *Enchiridium*, manual de exorcismo del siglo XVIII, afirma que quien presenta dificultades de la deglución e ingestión de alimentos, y vomita con frecuencia, está poseído habiendo caído en poder de una bruja (Tisera - López, 1996).

En el siglo XVI, se decía que la carne debía ser dominada, que el espíritu debía triunfar. El ayuno era un medio idóneo para ello. Algunas mujeres renunciaban al alimento para estar mejor dispuestas, más “limpias”, para recibir el cuerpo de Cristo. Otras bebían el pus y comían las costras de los enfermos, cuando no las suyas propias (Toro, 1999). A partir del siglo XVII aumenta la participación de las mujeres en la vida eclesiástica. Frecuentemente, el ayuno estricto era un componente esencial de sus experiencias místico - religiosas. Durante la Edad Media, muchas mujeres dentro y fuera de los conventos, trataron de lograr la *unión mística* con Dios pasando por la “purificación del ayuno” (Tisera - López, 1996).

En la Edad Media -y bastante tiempo después- su justificación e interpretación eran evidentes. Cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este género de “trastornos”, los denominaron *inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis* (Toro, 1999). Galeno (129 - 209 AC) en el libro “Epidemias del Hábeas Hippocraticum”, menciona que los griegos llaman *anorektous* y *asitou* a los que rechazan los alimentos, y llaman *apositous* a los que primero ingieren y luego sienten repulsión por un alimento. Este término de “anorexia” continuó siendo usado por los médicos a lo largo de siglos, adjudicándolo a diversas etiologías como factores divinos, satánicos, por brujería, causas metafísicas u orgánicas, desequilibrio entre los “humores”, factores neurológicos o psíquicos, según las épocas (Tisera - López, 1996). Aunque el término griego *anorexis* se menciona por primera vez en el siglo I con el significado de “falta de deseo”, hay que hacer mención también a la palabra griega *askesis*, que significa “ejercicio” y se refiere a la preparación para la competición de los atletas griegos, preparación que consistía en la actividad física y “restricciones alimentarias” (Toro, 1996).

La descripción de la anorexia mental de las mujeres jóvenes es relativamente reciente (poco más de un siglo). Esto puede compararse con la de aquellos que tienen por objeto personajes míticos tales como Antígona (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Tanto Hipócrates como Sorano de Éfeso, al describir el cuadro clínico de la histeria, mencionan los trastornos de la alimentación, sobre todo el rechazo de alimentos, como uno de sus síntomas. A partir también del siglo XVII, los tratamientos farmacológicos, fueron desplazando gradualmente a las dietas como terapia, incluyendo el ayuno total o “cura de hambre” (Tisera - López, 1996). Aunque fue a partir del siglo XVII, que el concepto fue modificándose paulatinamente, ya que durante este siglo la mayor parte de los médicos seguían creyendo en la “abstinencia prodigiosa”, es decir, en la inanición milagrosa. Cuando pretendían dar explicaciones naturales a estos fenómenos, no pasaban de plantearse la posibilidad de una nutrición mantenida gracias al aire o a la retención de la menstruación, que no aparecía en los casos de inanición (Toro, 1996).

La palabra anorexia era utilizada desde siempre en la literatura médica haciéndola sinónimo de falta de apetito. En diccionarios médicos del siglo XVII, se utilizaba como denominación de la inapetencia y de ciertos trastornos del estómago. Aunque el pueblo mantuviera el convencimiento del carácter religioso y espiritual de los ayunos, la progresiva penetración de las actitudes y conocimientos científicos en el ámbito de la medicina fue minando el terreno a tales concepciones. Van Deth y Vandereycken (1994; citados en Toro, 1996) sugieren que, a partir de normas dictadas por el Papa Benedictino XIV, los ayunos pasaron a segundo plano, al tiempo que descendió drásticamente el número de canonizaciones. Este recorte pudiera conllevar una pérdida de expectativas de alcanzar la santidad y en consecuencia la reducción de las prácticas alimentarias restrictivas. Sin embargo, también la disminución de modelos sociales de santidad, es decir, de personas “perfectas”, llevará a las perfeccionistas a buscar por otras vías la satisfacción de sus anhelos (Toro, 1996).

Este conjunto de hechos probablemente contribuyó a que las “doncellas milagrosas” se convirtieran simplemente en “muchachas ayunadoras” (fasting girls). A partir de la segunda mitad del siglo XVII, la aparición de la imprenta permitió la publicación y distribución de folletos que describían todos estos casos, contribuyendo probablemente a su proliferación. A título ejemplificador, quizás la más famosa de estas ayunadoras fue Ann Moore, la *fasting woman of Tutbury*, cuya biografía se editó transcurrido 1813, tanto en Estados Unidos como en Gran Bretaña. Ann, se casó a los 27 años de edad, pero muy pronto se separó de su marido. Tuvo dos hijos con el hombre a quien prestaba sus servicios como sirvienta. Trabajó en una industria algodonera. Su pobreza era muy extrema, en 1807, ya era conocida su anorexia. Sospechaban que su rechazo a la comida era la consecuencia del pestilente olor que desprendían las sábanas de un enfermo ulceroso al que prestaba sus servicios domésticos. Cualquier alimento le recordaba aquella pestilencia y se veía obligada a vomitar. En 1809 fue visitada por un médico, quien señaló que su rechazo del alimento resultaba de una dificultad para deglutir y de los dolores gástricos extenuantes que experimentaba después de haber comido (Toro, 1996).

Paralelamente Ann Moore proclamaba el carácter moral o espiritual de su conducta. Hizo profesión religiosa pública, admitió sus pecados pasados y asumió los principios cristianos, al tiempo que imploraba a Dios y a los sacerdotes su salvación. Se organizó una investigación

oficial de su caso, llevada a cabo por Robert Taylor del Royal College of Physicians. Ann fue prácticamente controlada día y noche por 117 personas. Los hechos que personificaba Ann Moore tuvieron cuatro interpretaciones distintas: 1) que se trataba de una manifestación del poder sobrenatural de Dios; 2) que se alimentaba exclusivamente del aire; 3) que padecía alguna enfermedad del esófago y 4) que su ayuno era un fraude. La investigación emprendida nada pudo concluir con seguridad. En 1813, Ann seguía viviendo aparentemente sin probar bocado. Organizaron una experiencia de un mes. Al cabo de una semana, Ann estaba gravemente enferma y se temía por su vida. Su hija intentó interrumpir la experiencia. La ayunadora insistía en decir que nada había comido durante seis años, excepto en una ocasión en que había ingerido unas pasas. Los investigadores se mantuvieron firmes. A los diez días descubrieron orina en sus ropas de cama, y poco después se le descubrió un pañuelo empapado en vinagre y agua. Su hija Mary la había alimentado probablemente, mediante pañuelos empapados y trozos de comida que le transmitía mediante sus besos. Por lo que, Ann no viviera del aire, no significa que se alimentara con normalidad ni mucho menos. La renuncia a buscar explicaciones a su conducta y a su estado psicológico una vez descubierto el fraude, se entiende en el contexto sociocultural de la época y de la comunidad concreta en que vivía. Se trataba únicamente de demostrar que no la mantenía con vida simplemente el espíritu (Toro, 1996).

En los siglos XV y XVI, embrujos y posesiones demoníacas constituyeron interpretaciones populares de la autoinanición. Desde el siglo XVI en adelante, el ayuno fue despojándose progresivamente de su trasfondo religioso tradicional y pasó a formar parte de un circuito más vulgar donde se desarrolló gradualmente hasta convertirse en un espectáculo comercial (Vandereycken y Deth, 1994; citados en Toro, 1996).

Johannes Lange (citado en Toro, 1996), antes del siglo XVI, había descrito un precedente: el *morbus virgineus* o “enfermedad de las vírgenes”, caracterizada por palidez, rechazo de los alimentos y desaparición de las menstruaciones. Sin embargo, es a partir del siglo XVII, que los médicos estudian muchos de estos casos, publican tratados sobre estos y otros trastornos. Los medios de comunicación de la época, en forma de panfletos, boletines o cuadernillos, se encargaban de divulgar, junto al ancestral sistema boca - oreja, los casos de autoinanición que se van produciendo (Toro, 1996).

El médico inglés Robert Burton, en su “Anatomía de la melancolía” del año 1621, afirma que los enfermos melancólicos son frecuentemente muy magros y menciona que las características de esta son: el rechazo de alimento, la delgadez extrema y la palidez facial. Se adjudicó también al “mal de amores” una enfermedad frecuente en mujeres jóvenes, caracterizada por el rechazo de alimentos, delgadez, palidez del rostro y opilación (amenorrea). Lo mismo pasa, afirma Burton, en la “melancolía hipocondríaca”, con el agregado de vómitos (Tisera - López, 1996). Como ejemplo tenemos el de Marthe Taylor, quien fue una muchacha nacida en Derbyshire, Inglaterra, en 1649; tras una infancia plagada de accidentes, parálisis de las extremidades inferiores, probables episodios depresivos y una tos aparatosa e incoercible, se dedicó noche y día a leer las sagradas escrituras. A los 18 años inició una amenorrea, al tiempo que aparecieron vómitos sistemáticos tras las comidas, dejando de comer alimentos sólidos durante doce o trece meses. Ingería zumos de fruta y vasos de almíbar. Sus episodios de parálisis coincidían con estados de *melancolía religiosa*. Uno de sus médicos, Reynolds, creyó en su honestidad, considerando el caso como uno más

entre los que estaba viendo, siempre en muchachas de 14 a 24 años (Silverman, 1986; citado en Toro, 1996).

La primera aproximación propiamente médica al trastorno anoréxico se produjo en el siglo XVII (Toro, 1996), con Richard Morton en 1689; Morton era el médico de cabecera del rey Guillermo III de Inglaterra; publica la *Phthisiologia*, en donde detalla los diversos cuadros clínicos de la "tisis" (término con el cual se designaba antiguamente la tuberculosis). Morton llamaba atrofia, tisis o consunción nerviosa a un cuadro que se caracteriza por pérdida de apetito mala digestión, debilidad y pérdida progresiva de peso, sin tos, fiebre ni dificultades respiratorias. Existe un acuerdo generalizado en que fue Richard Morton, en 1670, quien llevó a cabo la primera descripción del cuadro (Tisera - López, 1996) al que llamó "consunción nerviosa" (Raimbault y Eliacheff, 1991); ya que se considera habitualmente a la *Phthisiologia* como la primera descripción de la anorexia nervosa desde el punto de vista médico (Tisera - López, 1996). Su obra, fue publicada en el año 1689 y estaba dedicada a la tisis o tuberculosis. Pero describió una "tisis nerviosa" o "atrofia nerviosa" cuya degeneración corporal fue atribuida a una perturbación del sistema nervioso –la considerada "*consunción nerviosa*"- (Toro, 1996), describiendo el síntoma principal de la anorexia nervosa como "falta de apetito" y perdida de peso atribuible a estados de ansiedad y tristeza" (Toro, 1996; 1999). En opinión de Van Deth y Vandereycken (1988; citados en Toro, 1996), este término de consunción nerviosa, no implica la psicogénesis del trastorno, puesto que para el médico británico, significaba una perturbación en el flúid de los "Espíritus Animales", anomalía que también se produciría en la ictericia y en la gota.

Junto con la anorexia se diagnosticaban otros dos trastornos que de algún modo se superponen o confunden con aquél. Se trata de la dispepsia y la clorosis. La *dispepsia* era un trastorno digestivo concretado en molestias después de las comidas. Se hacía referencia a un estómago tan sensible que impedía ingerir alimentos normales; trastorno muy extendido en familias de clase media. La *clorosis* fue la enfermedad típica de las muchachas de la era victoriana. Sus síntomas esenciales eran palidez, rechazo de los alimentos y amenorrea, pérdida de energía, respiración entrecortada, dispepsia y cefaleas. El tono verdoso de su palidez condujo a que fuera denominada la "enfermedad verde". La dolencia afectaba fundamentalmente a familias de clase media. La clorosis parece haberse iniciado en el siglo XVI (Slaby y Dwenger, 1993; citados en Toro, 1996), extendiéndose durante el siglo XIX y desapareciendo bruscamente en el siglo XX (Beumont, 1991; citado en Toro, 1996).

Burton (citado por Tisera - López, 1996), menciona que el trastorno, conocido con el nombre de *clorosis* debido a la palidez verdosa de la piel, adquirió características de una epidemia o "enfermedad de moda" durante los siglos XVIII y XIX; otras causas que se propusieron para explicar la etiología de la clorosis son trastornos gástricos, hepáticos o cardíacos, el *surménage* (agotamiento físico o mental), la constipación intestinal, la misma amenorrea y también factores como por ejemplo, temor a enfrentar la sexualidad (Tisera - López, 1996). Las *cloroanémicas* correspondían a lo que hoy conocemos como anemia ferropénica (Toro, 1996), gracias al progreso de la hematología, permitió a fines del siglo XX establecer que dicha enfermedad consistía en una falta de hierro en la alimentación, la que provoca una anemia (Tisera - López, 1996) y serían muchachas con antecedentes de hematemesis o melenas; presentarían palidez, astenia y distenia, pero no amenorrea. Procederían de niveles socioeconómicos bajos. Las *cloroanoréxicas* sí presentarían

amenorrea, con pérdida de peso significativa, restricción alimentaria acompañada de excesos ingestivos y humor más bien depresivo. Su origen socioeconómico sería elevado. Con la llegada del siglo XX la clorosis desaparece prácticamente, a partir de la década de los treinta desapareció por completo de la literatura y la práctica médica; dos son las razones que pueden justificar tal desaparición: el descubrimiento de la anemia hipocrómica, que tal vez fuera la causa de muchos de estos cuadros. Y la otra, fue el creciente uso del diagnóstico de anorexia nervosa, puesto que es muy probable que algunas de tales clorosis no fueran sino anorexias nervosas. En 1763, Boissier de Sauvages incluyó el trastorno del apetito como criterio diagnóstico de la clorosis (Slaby y Dwenger, 1993; citados en Toro, 1996).

Pero la Medicina propiamente dicha inicia su atención hacia la Anorexia Nervosa (AN) con la obra *A Treatise of Consumptions*, un texto del siglo XVII original de Morton. El citado médico describía sus experiencias clínicas con dos pacientes, una muchacha de 18 años (Aguinaga et al., 2002), cuya enfermedad parecía deberse a una restricción voluntaria de alimento (Toro, 1996), en la primera basa la forma de revindicar que “la consunción nerviosa” era un hecho de la anorexia nervosa (Mac Sween, 1995). La paciente, era la hija del Sr. Duke en ST. Mary Axe, en el año de 1694, de acuerdo con Morton, a los dieciocho años presentaba síntomas propios de la actual anorexia: adelgazamiento (Toro, 1996), amenorrea pero sin ningún síntoma de que la enfermedad verde le precediera (Toro, 1996; Mac Sween, 1995), dedicación obsesiva al estudio, ya que no podía seguir con sus estudios durante la noche, pero continuaba estudiando libros para exponer su propio cuerpo día y noche a las injurias del aire frío, y aparente pérdida de apetito (Toro, 1996; Mac Sween, 1995). Morton menciona no recordar haber visto en toda su práctica algo como lo que había visto, la subsistencia tan gastada de la muchacha y el alto grado de consunción, que la hacía ver como un esqueleto vestido solamente con piel. Morton no vio la “consunción nerviosa” como un trastorno específicamente femenino (Mac Sween, 1995).

Su otro caso fue un muchacho de 16 años que, cayó gradualmente en una pérdida total de apetito ocasionada por estudiar demasiado y por las pasiones de la mente, y a partir de allí en una *atrofia universal*, empeorando por espacios de dos años, sin otro síntoma. Morton juzgó que su consunción era nerviosa (Toro, 1996). En ambos casos resulta notable que Morton descartase cualquier tipo de enfermedad física como la causa explicativa de la pérdida de peso de los enfermos (Aguinaga et al., 2002).

No todas las interpretaciones religiosas de ayunos y adelgazamientos más o menos espectaculares han tenido connotaciones positivas. Especialmente durante los siglos XV y XVIII, la mujer autoinane con frecuencia corría el riesgo de ser considerada como una bruja o como una poseída por Satán. En la imaginación, las brujas, dada su condición voladora, debían ser sumamente ligeras. Aun sin contar con “tablas de peso”, una prueba de brujería consistía en verificar si el peso corporal de la sospechosa correspondía a lo esperable en función de su estatura. En la historia son bastantes los nombres de mujeres ayunadoras que entraron en esta categoría de brujas o poseídas: Columbia de Rieti, María Magdalena de Pazzi, Jane Stretton (Toro, 1996).

Entre los siglos XVI y XIX proliferó una forma de ayuno entre las jovencitas, que podrían considerarse como “espectáculo de feria” (Tisera - López, 1996). Pero en pleno siglo XVIII, Claude Ambroise Seurat, conocido como *l'homme Anatomique*, se constituyó en el prototipo

de los llamados *artistas del hambre o esqueletos vivientes*. Se trataba de varones que exhibían su muy especial labilidad de mantenerse vivos a pesar de no ingerir alimentos durante ciertos períodos de tiempo. Seurat medía 1,70 metros y pesaba 27 kilos. Cuando murió, a los 35 años de edad, su autopsia reveló la presencia de una solitaria de cinco metros. Las motivaciones de estos hombres eran abiertamente lucrativas, pero su delgadez también resultaba fuertemente manifiesta. Se exhibían en fiestas, pero en las primeras décadas del siglo XX todavía se les podía ver en algunos cafés o cabarets (Toro, 1996), Giovanni Succi fue seguramente el más famoso de estos artistas, y a partir de 1930 desaparecieron casi por completo (Vandereycken y Deth, 1994; citados en Toro, 1996).

El suizo Albrech von Haller, sostiene en su obra *Elementa physiologiae corporis humani* que existe una relación de los trastornos de la alimentación, tales como inapetencia y la delgadez extrema, con la histeria o la melancolía, mencionando entre ellos a algunos “ayunos prodigiosos” (Tisera - López, 1996). En 1764, O. Whytt, profesor de teoría de medicina de la Universidad de Edimburgo, asoció inanición y bradicardia. Whytt, legó su obra *“Observaciones sobre la Naturaleza, Causas y Curación de los trastornos comúnmente llamados Nerviosos, Hipocondríacos o Histéricos”*, los cuales están fijados sobre el Sistema Nervioso Simpático. En este libro, Whytt describe la atrofia nerviosa de un paciente de 14 años (Aguinaga et al., 2002), tras pasar por un grave período de restricción alimentaria y adelgazamiento, pasa por otro de ingestión alimentaria aparentemente impulsiva e incoercible (Silverman, 1987; citado en Toro, 1996). Observó también en él energía baja, estilo taciturno, pérdida de apetito y malas digestiones (Aguinaga et al., 2002); Whytt opinó que estos trastornos eran de origen “nervioso” (Toro, 1996).

En 1789, Naudeau, médico de Montpellier, presenta el caso de una mujer de 35 años con vómitos y grave estado de desnutrición, en la que observa “una enfermedad nerviosa acompañada de una repugnancia extraordinaria a los alimentos”. Naudeau, al utilizar el término enfermedad nerviosa, se refería al origen no orgánico. El médico psiquiatra francés Philippe Pinel, en su *Nosographie philosophique* (1798), se ocupa de las “neurosis de la digestión”, entre las que menciona la bulimia, la pica (ingestión de todo tipo de sustancias y objetos diversos) y la anorexia (Tisera - López, 1996).

Pero en los albores del siglo XIX, momento en que la sociedad laica y el espíritu científico se hacen notar ya de modo significativo, las interpretaciones religiosas son puestas en cuestión, de modo que las ayunadoras milagrosas pasan a ser simplemente ayuadoras, los motivos de cuya abstinencia deben buscarse en su organismo o en sus decisiones o motivaciones personales. Se está preparando el terreno para la descripción y conceptualización de lo que se denominará anorexia nervosa (Toro, 1996). A comienzos del siglo XIX comienza a difundirse entre los médicos la noción de que el rechazo a los alimentos y la amenorrea estaban asociados a la histeria. El médico alemán von Rein describe en 1834, un caso de histeria en una muchacha de 19 años, con amenorrea y *globus hystericus* (sensación de “nudo en la garganta”) con disfagia (dificultad para la deglución), calambres, inedia (falta de apetito) y desnutrición. En casos de histeria e hipocondría, el trastorno se produciría “en la pubertad debido al desarrollo acelerado de los órganos sexuales” (Tisera - López, 1996).

En 1840, se publicó el *Traité theorique et pratique des maladies des femmes* de Imbert, él incluyó tres trastornos alimentarios: anorexia, bulimia y pica, bajo el epígrafe de *neurosis del estómago*. Describió dos tipos de anorexia: la “anorexia gástrica” y la “anorexia nervosa”. La primera era un trastorno del estómago, mientras la segunda implicaba una alteración de las funciones cerebrales. Los pacientes con “anorexia nervosa” presentaban pérdida del apetito y gran variedad de síntomas neuróticos, tornándose melancólicos, coléricos y asustadizos (Vandereycken y Deth, 1994; citados en Toro, 1996).

Una descripción detallada, que concuerda punto por punto con el cuadro de la anorexia nervosa como se conoce actualmente, fue publicada por el psiquiatra francés Louis - Victor Marcé en 1860, la cual él llamó “delirio hipocondríaco” con rechazo de alimentos en muchachas púberes (Tisera - López, 1996). Marcé, describió este trastorno en su obra *Nota sobre una forma de delirio hipocondríaco consecutivo a las dispepsias* y en donde menciona que se caracteriza principalmente por el rechazo de los alimentos. Según Marcé, las jóvenes en el periodo de la pubertad -y después de un desarrollo físico precoz- sufren la convicción delirante de que no pueden o no deben comer. A este cuadro W. Gull, en 1868, lo llamó aepsia histérica, por creer que se debía a un estado mental mórbido. Más tarde el propio Gull lo denominaría perversión del Yo y en 1873, Ch. Lasègue acabaría acuñando la expresión anorexia histérica. Tanto Gull como Lasègue, describieron los síntomas fundamentales del rechazo a la comida: pérdida extrema del peso, amenorrea, estreñimiento y el someterse intensamente al ejercicio. Ambos autores examinaron además la importancia de la familia, tanto en los comienzos de la enfermedad como durante su evolución (Aguinaga et al., 2002).

Durante el siglo XIX los médicos de Estados Unidos compartieron su opinión con los colegas británicos, asegurando que las mujeres histéricas pueden subsistir un tiempo relativamente largo sin alimentarse, pero que en general hay exageración y fabulación, dado que un síntoma esencial de la histeria es la tendencia a simular y a engañar. Según este enfoque, los casos fraudulentos de “ayuno prodigioso” en mujeres no debían considerarse como un engaño premeditado, sino como un signo de un trastorno, una conducta perturbada dentro del cuadro de la histeria (Tisera - López, 1996).

Posteriormente surgen otras descripciones, como por ejemplo la de William Gull, que en 1868 en la Asociación Médica de Bretaña (Mac Sween, 1995), se refirió a varios casos de emaciación ocurridas sin ninguna causa orgánica aparente en mujeres jóvenes, usando el término de “apiespia histérica” (problemas digestivos de origen histérico) (Gull, 1868; citado en Mac Sween, 1995).

Tanto Gull como Lasègue, se disputaron el honor de haber sido el primero en describir el síndrome de la anorexia nervosa (Tisera - López, 1996), ya que más o menos al mismo tiempo, e independientemente del afamado médico inglés William Gull, el fisiólogo francés Ernest Charles Lasègue, buscó diferenciar la anorexia de la larga categoría de los desórdenes histéricos (Mac Sween, 1995; Raimbault y Eliacheff, 1991). De acuerdo con Toro (1996), las aportaciones de Lasègue y Gull deben situarse en la época victoriana, en plena polémica sobre las *fasting girls*, en el momento culminante de la transición, desde una visión religiosa a una concepción natural de la anorexia nervosa. La utilización del término *girl* implica en ese momento la noción de “histeria” (*histeros: útero*), pues los médicos victorianos consideraban a las muchachas particularmente proclives a los trastornos nerviosos. Para Lasègue, la

anorexia histérica se inicia entre los 15 y 20 años, a consecuencia de algún género de emoción posiblemente relacionada con la transición a la edad adulta. La evolución de la enfermedad se produciría a lo largo de tres etapas. En la primera, la paciente manifiesta un malestar al comer, restringe los alimentos, aumenta su actividad física y recibe todo género de presiones por parte de los padres en orden a incrementar su alimentación. La segunda etapa contempla el empeoramiento del estado mental de la paciente, obliga a la intervención médica, limita sus conversaciones al tema de la alimentación, la menstruación se hace irregular o insuficiente y la constipación intestinal se hace muy intensa. En la tercera fase, el deterioro físico es evidente, apareciendo amenorrea, sed persistente, piel pálida y seca, constipación resistente, atrofia gástrica, anemia, vértigo y desmayos.

Para Gull, en la anorexia, la necesidad de apetito es debido al estado mental mórbido, una necesidad de equilibrio mental, ocurriendo en un grupo de mujeres jóvenes entre 15 y 23 años. Los no signos de trastorno orgánico pueden evidenciarse también durante la enfermedad o post - mortem. Los pacientes no se quejan de dolor o hambre, y casi siempre son inquietas y voluntariosas. Gull, también menciona que el tratamiento médico como tal no contribuye mucho a la recuperación, contrariamente a un estricto programa de alimentación, el cual libera y no tiene en cuenta los deseos de la paciente, a quien está adherida (Mac Sween, 1995).

Lasègue señaló que el término “anorexia” podía haber sido sustituido por “inanición histérica”. A juicio del médico francés, la anorexia histérica era una “histeria del centro gástrico”, una forma de localización histérica asociada a trastornos digestivos generales, peculiaridades del apetito y “mutismo”. Esta fundamentación orgánica del trastorno, no impidió que Lasègue señalara la relevancia del mundo privado de las familias de clase media y sus relaciones con sus hijas. La prolongación de la dependencia parecía sumarse a un amor paternal intenso. La atención que Lasègue prestaba a las familias de sus pacientes le llevó a señalar que las anoréxicas precedían de familias con voluntad y capacidad de invertir recursos emocionales y económicos en ellas. Lasègue fue el primer médico del siglo XIX, en sugerir que el rechazo de los alimentos constituía una forma de conflicto intrafamiliar entre la muchacha y sus padres (Brumberg, 1988; citado en Toro, 1996).

William Withey Gull, quien prestó sus servicios en el prestigioso Guy's Hospital, asimismo fue profesor de fisiología en la Royal Institution (Mac Sween, 1995); en la asamblea anual de la Asociación Médica Británica de 1868, aconsejó a sus colegas no confundir una enfermedad intestinal en las mujeres jóvenes muy desnutridas con una *aepsia histérica*, en ausencia de tuberculosis, pero siguió sin mencionar el término anorexia, además de que fue todo lo que trato sobre dicho tema (Tisera - López, 1996). Pero cinco años después, en 1873, cambió el término a “anorexia nervosa”, este término expresaba más claramente los hechos, desde cuando se toma la comida, excepto en las etapas extremas del trastorno (Gull, 1873; citado en Mac Sween, 1995). Esto se encuentra en un brevísimos escrito, anterior a 1873, en donde Gull utilizó el término “aepsia histérica” y en el cual cambio “aepsia” por “anorexia” –al igual que Lasègue- al creer que en el trastorno se produce una falta de apetito y no un trastorno digestivo. Asimismo rechazó el término “histérica” sustituyéndolo por “nerviosa” al negar la implicación del útero en la anorexia y defender la del sistema nervioso. La supuesta falta de apetito de la anorexia se debería a un estado mental mórbido (Toro, 1996). Siendo así Gull (1874; citado en Toro, 1999), el primero en acuñar y utilizar el término de “anorexia nervosa”

(Mac Sween, 1995), término que consideró como un estado mental morboso causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario (Toro, 1996).

En 1846, Lasègue, se interesa especialmente por el “tratamiento moral”, en donde señala la acción sobre la voluntad por medio de la intimidación. Pero es en 1873, con la entrada a escena de la neurosis (y en particular, de la histeria) en la nosografía psiquiátrica (Raimbault y Eliacheff, 1991), que Lasègue, en este mismo año y hacia finales de su carrera, publicó su trabajo sobre la anorexia histérica (Tisera - López, 1996), su monografía se tituló *De la anorexia histérica* (Raimbault y Eliacheff, 1991), resultado de la observación de ocho mujeres de entre 18 y 32 años con una sintomatología similar entre ellas y que concuerda con el cuadro clínico de la anorexia nervosa (Tisera - López, 1996). Para Lasègue, la anorexia histérica no era una enfermedad mortal, sino más bien espontáneamente resolutive, en un plazo más o menos breve y según los niveles, y presenta a la anorexia histérica como una perversión, en los dos sentidos del término: perversión del sistema nervioso central y perversión del sentido moral; pero para él no cabía la menor duda de que la perversión del sistema nervioso central se sostiene en la existencia de una lesión cerebral y con respecto a la perversión del sentido moral, esta se aplicaba a las histéricas en general, sin implicar el reconocimiento de la histeria como neurosis (Raimbault y Eliacheff, 1991).

La controversia se da cuando en 1873, cinco meses después de la aparición del trabajo y de la publicación de la traducción al inglés de este, en Londres, un mes después Gull (citado en Tisera - López, 1996) en la XXIV reunión de la Clinical Society, describió el trastorno padecido por unas muchachas que, sufriendolo, podían caer en un estado de inanición. Leyó una comunicación titulada “*Anorexia histérica*” (Toro, 1996) y cuyo texto se publica en 1874 (Toro, 1996; Tisera - López, 1996), bajo el siguiente enunciado: “*Anorexia nervosa (apepsia histérica, anorexia histérica)*” (Toro, 1996). Gull publica otro artículo de la misma conferencia con el título *Anorexia nervosa*, que fue el que finalmente se impuso (Tisera - López, 1996). Gull, afirmó que no conocía el trabajo de Lasègue, con el que coincidía en prácticamente todos los contenidos esenciales. De hecho, se acepta que ambos médicos realizaron observaciones semejantes sobre el mismo género de pacientes y durante el mismo período de tiempo. Gull opinó públicamente que el valor de la comunicación de Lasègue residía en sustituir una verificación independiente de la misma enfermedad (Gull, 1874; citado en Toro, 1996). Cabe la posibilidad de que Gull conociera la aportación de Lasègue, puesto que antes de su exposición en la Clinical Society se había traducido al inglés el artículo de este último (Vandereyckern y Van Deth, 1990; citados en Toro, 1996).

Los comentarios de Gull, en Londres, eran mucho más médicos que los de Lasègue en París (Toro, 1996). Ambos describen cuadros anoréxicos y hablan de la histeria como causante del trastorno y la denominan anorexia histérica (Sandoval, 2001). Pero aunque Gull en 1874, utilizó la combinación de términos anorexia nervosa, denominación que finalmente se impuso en los países sajones, las primeras descripciones completas y detalladas del cuadro clínico de la enfermedad ya habían sido publicadas por Louis - Victor Marcé en 1860 y Ernest Charles Lasègue en 1873; lo principal es que los tres autores concordaron en un punto importante de la enfermedad: que esta no era de origen somático. Las características principales de las tres descripciones (ingestión de cantidades mínimas de alimentos, adelgazamiento extremo y amenorrea) no se han modificado hasta nuestros días (Tisera - López, 1996).

Para Laségue existen algunos rasgos que permiten dibujar alrededor de la anorexia el marco de la histeria. Su postura es comparativa en la medida en que revela la similitud entre fragmentos de síntomas, la mayoría de las veces reconocidos como histéricos, y el síntoma anoréxico para concluir, “a falta de nada mejor”, con la denominación de “anorexia histérica”. Si tomamos como ejemplo un típico caso de afonía en la que no detectan ninguna lesión en la laringe, observamos que la equivalente incapacidad de hablar/ incapacidad de comer, se vuelve posible si los síntomas separados son reubicados en el marco más amplio de la histeria. Laségue, refiere el caso de una joven de veinte años que debido al temor a sufrir dolores en la laringe, primero deja de cantar y luego de hablar, entregándose así a un mutismo completo, prefiriendo escribir en un cuaderno antes que tener que articular un sonido. Sin embargo, cuando la paciente acepta articular una palabra, su voz es normal y también lo es el resultado del examen de la laringe (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Los principales rasgos de la anorexia para Gull y Laségue, como para la psiquiatría contemporánea, son entonces: la emaciación, ocurriendo sin una causa orgánica; una distribución específica, por edad y por género (aunque la distribución de clases no es notificada por Gull ni por Laségue); la negación del paciente de que está enferma, y el correspondiente reconocimiento del grado de selección consciente en la anorexia; y el punto de vista de la anorexia es como un desorden no orgánico. En el tratamiento también, hay amplias similitudes –realimentación y tratamiento “moral” bajo la dirección de profesionales médicos en el siglo XIX, y realimentación y psicoterapia en la psiquiatría moderna- ambos cursos en el control médico del ambiente y el comportamiento de las pacientes es el objetivo (Mac Sween, 1995).

Otro síntoma, mencionado por Raimbault y Eliacheff (1991), es: parálisis de los miembros. Posteriormente él mismo Laségue ofrece los argumentos que permiten disociar la anorexia de la histeria: “la aflicción verdadera, sincera (del entorno) ocupó el lugar de las reprimendas; tanto por la fuerza de los sentimientos, tanto por las necesidades que provocan los nuevos malestares, la histérica se convierte en una enferma, ya no participa del libre movimiento de la vida común”.

A pesar que en 1873 se aceptó el término anorexia nervosa en la literatura médica, reconociéndola como una entidad clínica, el fenómeno del ayuno de las “niñas y mujeres prodigiosas” no desapareció totalmente. Hubo casos de ayuno prolongado por motivos religiosos y otros presentados como “prodigios de feria” hasta bien entrado el siglo XX; la Iglesia Católica fue tomando una actitud de reservado distanciamiento y, por la otra, la medicina comenzó a considerar el ayuno prolongado como un fenómeno patológico. El espíritu científico y la introducción del “método experimental” fueron despojando poco a poco al ayuno del aura sobrenatural, transformando a las “mujeres prodigio” en “pacientes” (Tisera - López, 1996). Gull y Laségue, Laségue y Gull, son los reconocidos iniciadores del estudio científico de la anorexia nervosa (Toro, 1996). Una mayor diferencia pudo haber sido notada por Gull, él sugirió que la chica anoréxica no le apetece la comida y Laségue, argumenta que existe una aversión positiva a la comida. La conciencia contemporánea es que la “anorexia” – carece de apetito- es erróneo, la mujer anoréxica aún experimenta hambre y su apetito continúa siendo “normal” (Mac Sween, 1995).

Seis años después de la publicación del artículo de Gull, un médico londinense Samuel Fenwick, escribió un texto "*On atrophy of the stomach and the affections of the digestive organs*". Fenwick, dedicó 24 páginas a la anorexia nervosa. Sus descripciones e interpretaciones del cuadro no se alejan de las formuladas por Gull o Lasègue. Pero, interesa subrayar una de sus observaciones: la anorexia "es mucho más frecuente en las clases más ricas de la sociedad que entre quienes deben procurarse su pan mediante el trabajo diario" (Fenwick, 1880; citado en Toro, 1996).

Por otro lado Gull, descartó la posibilidad de que una enfermedad orgánica justificase la anorexia (Sandoval, 2001). Huchard en 1883, propuso el término *anorexia mental* en lugar de "anorexia histérica", puesto que en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la histeria (Beumont, 1991; citado en Toro, 1996; Raimbault y Eliacheff, 1991). Pero la denominación "anorexia mental" se ha mantenido hasta nuestros días como intercambiable con "anorexia nervosa" (Toro, 1996).

Sigmund Freud también vio casos de anorexia histérica durante los cuatro meses que paso entre 1885 y 1886, junto a Jean - Marie Charcot, afamado jefe de neurología en el hospital de la Salpêtrière en Paris. Influído por Charcot, que consideraba a la histeria como de origen sexual, Freud desarrolló su "teoría de la represión". En el transcurso del tratamiento hipnótico de una anoréxica, Freud pone en evidencia una fobia debida a la represión de acontecimientos traumáticos infantiles. Sabido es que en años posteriores –tratándose de muchachas en la época de la pubertad o poco después- existe una neurosis que expresa la repulsa sexual por medio de la anorexia, debiendo ser relacionada, con esta fase oral de la vida sexual. Freud considera a la anorexia como una neurosis de la ingestión, a la que compara a una melancolía sin desarrollo de la sexualidad, pues "la falta de libido está representada por la falta de apetito" (Tisera - López, 1996). En 1895, en el "manuscrito G", Freud pone el acento en el aspecto depresivo de la anorexia (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Actualmente los modelos de investigación están basados en modelos de tratamientos pluridisciplinarios o multidisciplinarios y deben señalar los tres núcleos conflictivos de la anorexia: peso, figura y pensamientos distorsionados. Russell en 1970 y 1977 (citado en Sandoval, 2001), intenta mostrar la relación entre las teorías biologicistas del origen de la enfermedad con las psicológicas y sociológicas, llegando a las siguientes conclusiones:

- El trastorno psíquico provoca la disminución de la ingesta y la pérdida de peso.
- La pérdida de peso es la causa del trastorno endocrino.
- La desnutrición empeora el trastorno psíquico.
- El trastorno psíquico también puede agravarse directamente a través de la función hipotalámica y producir amenorrea.
- Es probable que exista relación entre un trastorno del control del hipotálamo en la ingesta y el rechazo de la alimentación característico de la anorexia nervosa (Sandoval, 2001).

En 1970, Robert Willan, considerado el padre de la dermatología inglesa, relata la trayectoria clínica de un joven que ayuno durante 78 días a causa de "ciertas nociones erróneas sobre religión". Durante este tiempo se alejó de todo contacto social, dedicándose a

copiar la Biblia. Hacia los 60 días de ayuno incurrió en una crisis de voracidad finalizada con vómitos. Murió pocos días después (Silverman, 1990; citado por Toro, 1996). Pinel, un pionero de la psiquiatría europea, en 1778, publicó su *Nosographie philosophique*. En el capítulo dedicado a la *neurosis de digestión*, incluyó la bulimia, la pica y la anorexia. En su opinión, la anorexia era una "*neurosis gástrica*" que sobrevenia con extraordinaria frecuencia (Vandereycken y Deth, 1994; citados en Toro, 1996).

A raíz de estos estudios y de los posteriores de Garner y Garfinkel (1982; citados en Sandoval, 2001), la anorexia nervosa se define como un trastorno diferenciado de patogénesis complicada, con manifestaciones clínicas que son el resultado de múltiples factores predisponentes y desencadenantes.

La idea de que la locura podía ser curada tan simplemente con confinar, incrementó esta forma de cura en la segunda mitad del siglo XVIII y en el siguiente siglo la cura venía esencialmente con el mencionado "manejo moral". Aquí, el control completo del comportamiento de los pacientes y el ambiente por los fisiólogos fue intentado para dirigir el desarrollo de la limitación del yo y para regresar a un equilibrio mental, con necesidad de la limitación y hábitos extremos, y el comportamiento por el momento acogido para ser central en el desarrollo de la locura (Foucault, 1965; Skultans, 1979; Doerner, 1981; Scull, 1981; citados en Mac Sween, 1995). Ambos, tanto Foucault como Doerner argumentan que la familia es utilizada como un "modelo moral" en dicho tratamiento (Mac Sween, 1995).

Charcot, es considerado como el introductor casi oficial de la "parentectomía", es decir, el aislamiento de la paciente respecto de su familia, como fórmula terapéutica. El aislamiento era, en su opinión, el tratamiento más eficaz. Cuando el aislamiento se conseguía, los resultados según Charcot, eran "rápidos" y "maravillosos" (Brumberg, 1988; citado en Toro, 1996). La intervención sobre la familia e incluso su alejamiento de la paciente eran cuestiones ya planteadas por Gull y Lasègue (Toro, 1996). Pero Charcot, reivindica el aislamiento apoyándose en las tres instancias (Orden, Autoridad y Castigo), nosografía de la cual fue uno de los fundadores y que constituyen la base de la función del médico en el manicomio (Raimbault y Eliacheff, 1991). La "parentectomía" se generalizó en toda Europa y América del Norte, manteniéndose con distintas variantes hasta nuestros días (Toro, 1996).

Las anoréxicas no iban al manicomio propiamente dicho, sino a una suerte de clínicas atendidas por religiosas, a las cuales recurría Charcot en estos casos. Los padres eran alejados hasta el día en que se ha notado una clara mejoría, que es cuando se les permitía a las pacientes verlos, a título de recompensa, al principio a intervalos extensos, luego cada vez más cercanos a medida que se acentúa la cura. Tiempo después las religiosas son remplazadas por enfermeras, no menos expertas en el empleo alternado de la amenaza y la seducción. Por supuesto, la finalidad es la recuperación de peso y la recompensa es siempre la visita de los padres (Raimbault y Eliacheff, 1991). Pero no siempre se reparó en que el aislamiento de la anoréxica, cuando se produce, implica su "alejamiento de toda influencia social" y no sólo de la familia (Toro, 1996).

Lasègue aborda también el tema del papel que les toca a los padres. En el siglo XIX el concepto de familia se utiliza para dos casos muy precisos: para designar la "familia neuropatológica", modelo de clasificación que abarca "todas las afecciones del sistema

nervioso central y del sistema neuromuscular” y para señalar un lazo de parentesco definido por las leyes de la herencia. Pero Lasègue recurre a otro concepto: el de “ambiente”, concepto biológico, o el de “entorno” que engloba tanto a los padres como a los amigos. El “tratamiento moral” se llevará entonces, bajo la presión que ejerce la preocupación familiar, al mismo tiempo que la respuesta de la anoréxica en relación con esta preocupación, será considerada como “perversa”. Lasègue, en esa época prefreudiana, en que la sexualidad infantil no era algo conocido, observa con agudeza la infantilización a la que está sometida la anoréxica a quien se busca hacer comer (Raimbault y Eliacheff, 1991).

La familia no tiene más que dos métodos a su alcance: pedir la prueba de amor que es el comer o rezar y amenazar, y tanto uno como el otro sirven como piedra de toque. Las exquisiteces de la mesa son multiplicadas con la esperanza de despertar el apetito; cuanto más aumentan las demandas, más disminuye el apetito. Se le suplica, se le piden a la anoréxica agregar un bocado suplementario a la comida que ella dio por finalizada como si fuera un favor, una prueba máxima de afecto. Pero Lasègue deja que la anoréxica “se cure”, concediéndole la posibilidad de tomar conciencia del hecho de que, si ella no se siente enferma, está hiriendo a su entorno y, por esa misma razón, pasa a ser considerada enferma. A lo largo de la evolución, la anoréxica parece ignorar su entorno, luego reconoce que le está haciendo daño y eventualmente acepta curarse. Ya no se trata de evitar el dolor físico, sino el que ella impone a su entorno. Al mismo tiempo, significa reconocer que este entorno tiene algo que ver en la decisión inicial de no comer más (Raimbault y Eliacheff, 1991). Buchan y Gregory (1984; citados en Raimbault y Eliacheff, 1991) desarrollan la hipótesis según la cual la anorexia mental típica encuentra en la familia nuclear occidental su terreno predilecto.

En el nuevo continente, la primera referencia al trastorno anoréxico se encuentra en una obra dedicada a las *fasting girls* escrita por Hammond (1879; citado en Toro, 1996). William Osler, en un tratado de medicina general, divulgó entre los médicos americanos, siguiendo las concepciones de Gull, que “el más sorprendente y relevante trastorno digestivo de la histeria es la *anorexia nervosa* (Osler, 1892; citado en Toro, 1996). El primer caso de anorexia nervosa publicado en EE.UU. y referido a una mujer de 26 años fue descrito por James Hendire Lloyd (1893; citado en Toro, 1996).

Es cierto que en el siglo XX -y sobre todo desde los años cincuenta- se produce una revolución conceptual y metodológica acerca de la anorexia nervosa a la que se llegó mediante un largo proceso de contraste de teorías y escuelas (Aguinaga et al., 2002). Pero fue de 1914 hasta 1937, la fase en la que la anorexia fue considerada como una enfermedad exclusivamente endocrina (Raimbault y Eliacheff, 1991).

En 1914, M. Simmonds, patólogo del hospital San Jorge en Hamburgo, Alemania (Tisera - López, 1996), introdujo el concepto de caquexia hipofisaria (adelgazamiento con insuficiencia endocrina) (Raimbault y Eliacheff, 1991), con la publicación de sus observaciones sobre un caso de caquexia o desnutrición extrema en una mujer por causa de una atrofia hipofisaria (Tisera - López, 1996), esto era debido a la destrucción del lóbulo anterior de la hipófisis (Simmonds, 1914; citado en Toro, 1996); a este caso le siguieron dos más (Tisera - López, 1996). Este mismo año, describe un caso de una muerte por inanición en la cual la pituitaria fue encontrada dañada (Mac Sween, 1995). Esto provocó que la anorexia (Tisera - López, 1996) o estos casos infrecuentes de anorexia (Mac Sween, 1995), fueran llamados ahora

“Enfermedad de Simmonds” (Tisera - López, 1996) o “Trastorno de Simmonds” (Mac Sween, 1995), y que fuera considerada y tratada, como un trastorno exclusivamente endocrinológico (Tisera - López, 1996), y que el término anorexia y la aceptación como causa psicológica desaparecieran (Mac Sween, 1995; Raimbault y Eliacheff, 1991). Pero en su tesis menciona que la falta de apetito, adelgazamiento, apatía y amenorrea se debía a una alteración de la hipófisis y no a factores emocionales. Y poco después, sugirió que la caquexia era consecuencia del hipopituitarismo (déficit global de la hipófisis) (Simmonds, 1916; citado en Toro, 1996; Raimbault y Eliacheff, 1991) y el comportamiento pasa a ser considerado como un epifenómeno (Raimbault y Eliacheff, 1991). Hasta lo último de 1930, fue que la distinción entre el trastorno de Simmonds y anorexia fueron redescritos (Mac Sween, 1995).

En 1937 el médico escocés Sheehan, reconoció que la caquexia en estos casos era un producto de la insuficiencia hipofisiaria a consecuencia de una trombosis postparto de esa glándula. Este descubrimiento permite reconsiderar la cuestión de la anorexia, pero aún durante mucho tiempo, psiquiatras y endocrinólogos oscilaron entre un origen psíquico y un origen endocrino (Raimbault y Eliacheff, 1991). Aunque es a partir de 1945 y bajo una fuerte influencia psicoanalítica, que la anorexia nervosa regresa al campo de la psiquiatría. Se considera entonces que el temor a la ingestión de alimentos se relaciona con fantasías inconscientes de embarazo oral (Tisera - López, 1996). Pero con la publicación del estudio de Sheehan y Summers en 1949, el cual mostraba que la atrofia de la glándula pituitaria y los síntomas hipotalámicos no eran las causas, fue que finalmente se rescribieron los términos y terminaron la controversia (Morgan, 1977; citado en Mac Sween, 1995).

Berkman (1930; citado en Toro, 1996), después de estudiar y tratar 117 pacientes en tal estado, sugirió que la disfunción de la hipófisis anterior que podían presentar tales enfermos era una insuficiencia reversible, consiguiente a la inanición, pero no responsable de ésta. Berkman, reivindicó para estos casos el diagnóstico y la entidad de anorexia nervosa.

Mientras, el gran psiquiatra francés Pierre Janet (Janet, 1903; citado en Toro, 1996) planteó varias posibilidades etiológicas para la anorexia, entre ellas la histeria, la psicastenia y las obsesiones (Tisera - López, 1996), describió solo dos formas de enfermedad: obsesiva e histérica. En la forma *obsesiva* se mantendría la sensación de hambre. La paciente se manifestaría a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar y, según Janet, a desarrollarse y a hacerse mujer. La persecución de la pérdida de peso la conduciría a excesos en ejercicio físico. La forma *histérica*, mucho menos frecuente, implicaría una pérdida real de apetito. La incapacidad para comer se acompañaría de parestesias, sensaciones anormales, sabores desusados y una notable frecuencia de vómitos regurgitaciones. Las pacientes incurrirán en una actividad física excesiva en orden a negar su fatiga (Toro, 1996). En 1920, P. Janet, distinguía la anorexia primaria de la secundaria. Para él se trataba de alteraciones psicológicas profundas, resistentes a los tratamientos. También los psicoanalistas, en los años 40's, explicaron la anorexia nervosa a través de los mecanismos psicodinámicos causados por las fantasías orales inconscientes y desde la aversión sexual (Aguinaga et al., 2002).

Sigmund Freud (citado en Toro, 1996), también sugirió una interpretación psicodinámica de la anorexia nervosa. La describió como una forma de melancolía en la que la sexualidad no habría alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una “neurosis nutricional”. Todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual. Asoció comer o no

comer a la presencia o ausencia de impulsos sexuales básicos. El significado simbólico, sexual, de los alimentos determinaría que resultaran repugnantes. Janet y Freud (citados en Toro, 1996) se preguntaron qué significado encerraba la supuesta o real pérdida de apetito de la anorexia. Su respuesta quedó centrada en el ámbito del desarrollo sexual. Freud menciona que la neurosis alimentaria llamada anorexia puede compararse con la melancolía. La anorexia mental de las adolescentes, aparece luego de una profunda observación, como una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad está inacabada. La enferma afirma no querer comer sólo porque no tiene hambre; por lo tanto, hay pérdida del apetito y, en el terreno sexual, pérdida de la libido (Raimbault y Eliacheff, 1991). Sin embargo, existe una significativa diferencia entre los planteamientos de Janet y los de Freud. El ayuno o la restricción alimentaria suponían, para Janet, la superación o control del hambre; para Freud, la repugnancia o el malestar provocado por el alimento. Sin embargo, ninguno de ellos atisbó la importancia de los factores socioculturales en la anorexia nervosa, factores que sin duda impregnaron sus propias interpretaciones de la psicopatología (Toro, 1996).

Karl Abraham (citado en Raimbault y Eliacheff, 1991), en sus trabajos sobre las fases pregenitales del desarrollo se esfuerza por mostrar el origen de los trastornos alimentarios, estudiando más a fondo el papel del sadismo, la ambivalencia, la oralidad (devorar/ser devorado, amar/destruir) y de la culpabilidad específica del deseo de incorporación del pene paterno. *Las manifestaciones del complejo de castración en la mujer* (1920) y *La influencia del erotismo anal en la formación del carácter*, también aportan elementos nuevos que pueden aplicarse a una teorización de la anorexia mental, señalando la equivalencia comer/estar embarazada y el placer de dominio anal en la anorexia. Para Abraham, estos elementos siguen perteneciendo a la naturaleza histérica. Pero en su *Estudio sobre el desarrollo de la libido* (1925) relaciona la anorexia con la melancolía. Por otro lado, Melanie Klein (citada en Raimbault y Eliacheff, 1991), a través de sus estudios sobre la función de los fantasmas arcaicos, propone un ángulo de comprensión dinámica oral. Interpreta todo fenómeno psíquico en términos de defensa contra la angustia, ya sea bajo un modo esquizoparanoide o bajo un modo depresivo. Klein, hace de la anorexia una “paranoia intrapsíquica”.

En 1936, Anna Freud (citada en Raimbault y Eliacheff, 1991), en *Los mecanismos de defensa del Yo*, sitúa la anorexia mental de la joven en lo que ella denomina los comportamientos ascéticos de la adolescencia, un modo de defensa propio de la edad. El ascetismo apunta al rechazo de plano de las pulsiones que la adolescente siente como amenazantes. Este rechazo, que primero concierne a las tendencias incestuosas de la pubertad, se extiende luego a cualquier satisfacción pulsional. Pero en los años cincuenta, el interés de los psicoanalistas se desplaza del síntoma hacia el papel de la madre y de las primeras interacciones madre-hijo. Jassner y Abse (citados en Raimbault y Eliacheff, 1991), estudian en particular el papel de los elementos pre - edípicos en la génesis de la anorexia de la adolescente. La no superación de la ambivalencia pregenital (ligada a una no separación de la madre hace que esta ambivalencia imprima su marca sobre cualquier relación posterior. El sujeto se encuentra ante la imposibilidad de superar el Edipo. La pubertad reactiva, y “la separación de la madre se vuelve tan peligrosa como la fusión con ésta. Se intenta una salida regresiva hacia la oralidad y la anidad con el fin de reparar tanto el objeto como el Yo”.

Aun en la actualidad, en casi todas las lenguas dentro del lenguaje metafórico, se sigue asociando la comida con el acto sexual, con expresiones como “comerse una rosca” o mujeres

“devoradoras” de hombres. No es sorprendente, pues, que el rechazo del alimento haya llegado a simbolizar, a nivel inconsciente, un rechazo de la sexualidad. Numerosos trabajos publicados recientemente sobre la historia del cuerpo han identificado de hecho en estos primeros siglos de nuestra era el inicio de la disciplina o control del cuerpo por parte de las mujeres como una negación simbólica de su desarrollo sexual (Gómez, 1996).

Tras la Segunda Guerra Mundial, se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario y más concretamente de la anorexia nervosa. En 1939, John Alfred Ryle, un médico inglés, fue el primero en predecir el incremento posterior de la anorexia nervosa. Justificaba tal pronóstico mediante la interacción entre la notable “emotividad” de los jóvenes (Vandereycken y Deth, 1994; citados en Toro, 1996), debido al estilo de vida más “emotivo” (emocional) de las jóvenes generaciones a partir de la guerra (Raimbault y Eliacheff, 1991) y la popularización de la moda de la delgadez (Vandereycken y Deth, 1994; citados en Toro, 1996; Raimbault y Eliacheff, 1991).

Hilde Bruch, médica alemana, la cual se traslada a los Estados Unidos en 1941, se interesa por los trastornos de la ingestión de alimentos, esto es demostrado por la gran cantidad de trabajos publicados a partir de 1952, en los que señala alteraciones funcionales previas a la aparición de la anorexia nervosa en tres campos psíquicos: 1) perturbación grave de la autopercepción del esquema corporal, 2) interpretación defectuosa de estímulos internos y externos, y 3) una sensación paralizante de incapacidad de lograr algún cambio en la vida (Tisera - López, 1996). Pero fue hasta los años 1960's, que la anorexia fue vista como una relativa rara condición y es realmente en los últimos treinta años que incrementa bastante el interés en esto, y ocurre el trabajo en anorexia. Hilde Bruch, se refiere a la anorexia como un nuevo trastorno porque argumenta el rápido incremento de la incidencia desde 1960, incidencia la cual se refiere a la presión de los medios en las jóvenes mujeres por adelgazar (Mac Sween, 1995).

Hilde Bruch, encabeza la nueva visión de estos trastornos, reconoció que el tratamiento psicodinámico en sí mismo, no era eficaz en la anorexia nervosa. Al propio tiempo, en sus obras describió e interpretó el trastorno anoréxico ampliando notablemente la estrecha visión psicoanalítica del mismo (Bruch, 1974, 1978; citada en Toro, 1996). Para Bruch (citada en Toro, 1996), la anorexia nervosa debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta. Bruch, también propuso dos tipos de anorexia: primaria y secundaria. Las características básicas de la anorexia *primaria* serían la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estos estados internos, desde el hambre hasta las emociones, y una sensación generalizada de ineficiencia, hallándose la paciente bajo la influencia de un “locus de control” externo. Siendo la edad adolescente crítica para la aparición de la anorexia y constituyendo el período de la vida en que se busca y desarrolla la autonomía, y la “individualización”. La anorexia *secundaria* o atípica implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria (Toro, 1996).

Pero para ella, ese trastorno es secundario con respecto a perturbaciones de la percepción interoceptiva y de la autonomía, acompañadas de un sentimiento que se impone, de impotencia y de imposibilidad de expresar un deseo propio, lo que ocurre desde la infancia

(Raimbault y Eliacheff, 1991). La cuestión de la autonomía o control personal es mucho más compleja. De hecho, el enfoque actual de la "personalidad" de la anoréxica implica multitud de aspectos, desde la mencionada autonomía hasta la autoestima, desde la obesidad hasta la adaptación e integración social, desde la susceptibilidad al estrés a los posibles trastornos asociados, sin olvidar las predisposiciones genéticas y las consecuencias psicósomáticas de la malnutrición. Pero sobre todo, se valora la indudable influencia de los agentes socioculturales (Toro, 1996). Para Bruch, los pacientes con anorexia presentan una patología emocional común: 1º perturbación entre imagen corporal y su concepto de cuerpo, 2º dificultad para reconocer señales para nutrirse y 3º sentimiento de ineficacia en todas las actividades de la vida (Aguinaga et al., 2002).

Gilles de la Tourette, en los albores del siglo XX, apunta una diferenciación suficiente entre anorexia mental primaria y secundaria. Aquella tendría una etiología psíquica y no implicaría anorexia propiamente dicha, es decir, falta de apetito. Los pacientes se negarían sistemáticamente a ingerir alimentos y verían alterada su imagen corporal (Guillemot y Laxenaire, 1993; citados en Toro, 1996).

La literatura sobre los trastornos de la conducta alimentaria (TCA's) empezó a proliferar a partir de la década de los sesenta. En los primeros años de la década siguiente el enfoque se desplaza a la familia como factor crucial de la anorexia nervosa. Después, se puso énfasis en los cambios neuroendocrinos y genéticos, en cuanto marcadores fisiológicos de vulnerabilidad. Y, todavía hoy, muchos analistas teóricos postulan el papel de los desórdenes alimenticios en la organización y en la estabilidad del "Yo" (Aguinaga et al., 2002).

Ciertamente, no sabemos si estas mujeres padecían distorsión de la imagen corporal ni el temor a engordar, los cuales forma parte de nuestros criterios diagnósticos actuales tanto para la anorexia nervosa como para la bulimia nervosa. La aplicación rigurosa de tales criterios a la información histórica disponible obligaría a no clasificar como anoréxicos a la inmensa mayoría de los casos presentados. Sin embargo, nada indica que los padecieran. Así pues, la no experimentación de distorsiones ni preocupaciones corporales, muy bien pudiera ser consecuencia precisa del contexto cultural en que se desenvolvían las vidas de esas mujeres (Toro, 1996).

Toro (1996) menciona que Habermas (1989, 1992) defiende que si la cuestión del miedo al sobrepeso se toma en consideración, prescindiendo de otras continuidades sintomáticas, tanto anorexia como bulimia nervosa son dos síndromes nuevos históricamente hablando. Habermas, ha demostrado que el miedo a engordar se recoge en la literatura sobre anorexia nervosa desde fines del siglo XIX.

Pero fue Charcot, el primero en señalar el "miedo a la obesidad" como responsable de la motivación anoréxica hacia el ayuno. Al menos es lo que se ha detectado, alrededor del año 1900, en autores alemanes, rusos, italianos y suizos, influidos todos ellos por la psiquiatría francesa (Habermas, 1992; citado en Toro, 1996). Entrado el siglo XX, también un español, Lafora (1927; citado en Toro, 1996), describió un caso de anorexia con miedo a engordar. Es posible que la ausencia del miedo o preocupación ansiosa desmedida por el aumento de peso fuera una realidad. Si las motivaciones eran fundamentalmente religiosas o espiritualistas, si el objetivo público o subjetivo del ayuno era demostrar la victoria del espíritu sobre la carne o

realizar prácticas de mortificación en aras del ascetismo. Todas esas prácticas y la ideología subyacente corresponden ciertamente a épocas muy concretas, siendo aceptadas, compartidas o valoradas, por las sociedades en que discurría la vida de los supuestos anoréxicos. El ascetismo determinaría el ayuno medieval y en parte renacentista; los diferentes espiritualismos justificarán los ayunos voluntarios fundamentalmente de los siglos XVIII y XIX. El dinero y otras gratificaciones más o menos materiales y sociales explicarían otros casos de diferentes épocas (Toro, 1996).

Fue entonces que Mara Selvini Palazzoli (citada en Toro, 1996; Mac Sween, 1995), psiquiatra italiana, quien dio los pasos definitivos en la dirección cultural, constató el incremento de pacientes anoréxicos tras la Segunda Guerra Mundial. En el Instituto de Medicina Clínica de la Universidad de Milán, mientras duró el conflicto bélico (1939 - 1945), en donde se atendieron restricciones alimentarias realmente graves, pero no hubo que hospitalizar paciente alguno por anorexia nervosa. Aunque las hospitalizaciones por anorexia nervosa se iniciaron en 1948, coincidiendo con la eclosión del "milagro económico" italiano (Toro, 1996). Selvini argumenta, que por el regreso del siglo, fue extensamente aceptado que la anorexia era una enfermedad mental. En particular, muchas autoridades creían que los pacientes rehusaban obstinadamente el tomar alimentos bajo una sarta de pretextos, resultando en la inanición; estas fueron las exclusivas causas de severas, constantes y fatales secuencias orgánicas del trastorno (Mac Sween, 1995). Selvini Palazzoli, atribuyó el desarrollo de la anorexia nervosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo, habiendo incrementado en familias de clase media, su atención dirigida a los hijos y con las mujeres, experimentando una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación. Selvini plantea la trascendencia de la dinámica familiar, en la medida en que la familia, es el principal agente transmisor de aquellos valores y prácticas sociales; sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones, porque aquellas continúan estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos (Toro, 1996).

Estos factores socioculturales de carácter esencialmente religioso funcionarían como agentes precipitantes del ayuno y, en su caso, como agentes mantenedores de la anorexia así iniciada. En estas épocas la asociación generalizada entre obesidad y enfermedad estaba muy lejos de ser conocida. Los cánones de estética del cuerpo poco o nada tenían que ver con nuestra búsqueda anhelante de delgadez; más bien presionaban a favor del sobrepeso; un cierto sobrepeso era señal de salud, fertilidad y belleza. Cabe pensar que nada debiera estar más alejado de la mentalidad de estas mujeres ayunadoras, autoflajeladoras, negadoras del cuerpo, que una preocupación estética por el mismo. Es cierto que podría sugerirse que el temor a engordar estaba asociado a un "rechazo de la carne" implícito en sus prácticas religioso - alimentarias. Sin embargo, nada aparece que permita verificar esta hipótesis. El temor desmesurado a engordar y probablemente la distorsión de la imagen corporal serían síntomas no esenciales, no universales, posiblemente específicos del ahora mundo occidental y el occidentalizado (Toro, 1996).

Más reciente en 1978, Bruch (citada en Raimbault y Eliacheff, 1991) menciona similarmente que Ryle, que al valorizar la delgadez de la silueta, la moda es responsable de la epidemia de anorexia. Diarios, radios, películas y canales de televisión repiten e insisten todo el día y todo el año en que, para ser amado, respetado, admirado, hay que ser delgado. Estos

slogans encontrarían una audiencia más complaciente o más ingenua en el público femenino que entre los hombres. Garfinkel y Garner (citados en Raimbault y Eliacheff, 1991) postulan que, si una presión social tal contribuye a la manifestación del síntoma, éste debería ser particularmente frecuente en grupos como el de los modelos o el de los bailarines. Lo que no es del todo falso, con la salvedad de que la división entre la verdadera anorexia mental y los trastornos de las conductas alimenticias no resulta evidente en las personas que extraen manifiestas ventajas del hecho de ser delgadas y que no consultan a los médicos.

El congreso de Toronto (1981) marca las perspectivas biopsicosociales según las cuales se despliega las investigaciones de la actualidad. Ante la evidencia del aumento en el número de casos de anorexia mental, calificada por Hilde Bruch como verdadera epidemia, se establece un verdadero consenso para describir un “determinismo complejo”: los factores de orden genético, biológico, endocrino, los afectos secundarios de la privación de alimento, así como los factores socioculturales, son reunidos en esta perspectiva biopsicosocial que se autodefine como integrativa. La anorexia mental se ve confirmada en el estatus de paradigma psicossomático, de interdependencia espíritu/cuerpo. El espíritu es considerado como producto del cerebro que, participa en la regulación, la modulación de las funciones de defensa y de protección del sistema inmunológico, en la perspectiva del estrés que representa nuestra sociedad occidental para las adolescentes, blancos privilegiados en un mundo competitivo en el que el éxito implica la adhesión a ciertos modelos casi impuestos por los medios de comunicación masiva (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Es muy importante entender el contexto histórico y cultural en el cual se desarrollan este tipo de comportamientos, ya que se puede observar que el comportamiento de dichas mujeres obedecía a claras raíces religiosas. Bell, profesor de historia en la Rutgers University, ha revisado escritos autobiográficos, cartas, testimonios de confesiones y actas de canonización de más de 261 mujeres italianas desde el siglo XIII hasta el actual (Bell, 1985; citado en Toro, 1996). Todas ellas eran mujeres religiosas, y muchas de ellas, pudieran haber padecido anorexia nervosa. Concretamente el 39 % cumplirían criterios de lo que se ha dado en llamar “Holly anorexia” (“Anorexia Santa”). Las religiosas dominicanas y agustinas, parecen haber sido las más afectadas, con un 56 y un 52 % respectivamente de probables anoréxicas entre sus 41 y 23 monjas estudiadas. En el siglo XIII, el 50 % de las 42 “santas” estudiadas parecen cumplir los criterios de anorexia; en el siglo XVII, seguramente los cumple el 61 % de las 13 tomadas en consideración; en el siglo XX, tales criterios ya sólo son satisfechos por el 12 % de las 16 religiosas investigadas (Toro, 1996).

Bell (citado en Mac Sween, 1995) argumentaba también, que si la anorexia es santa o nervosa depende de la cultura en la cual la joven mujer se esfuerza para ganar el control de su vida. La anorexia comienza cuando la chica se afirma en una meta de alto nivel social –salud corporal/delgadez/autocontrol, en el siglo veinte, y salud espiritual/negación del yo en el ayuno medieval del cristianismo. La distinción entre anorexia nervosa y anorexia santa, según Bell, es solo un estilo en vez de una sustancia. Bell ve la anorexia como un surgimiento de la “crisis de la adolescencia”, en la cual las jóvenes mujeres buscan autonomía como la cultura lo prescribe. La anoréxica internaliza la lucha dentro de su propio cuerpo, también es disfrazada como una lucha para llevar a cabo la valuada meta social –santidad en el medievo, delgadez en la anoréxica moderna- la verdadera lucha es por autonomía, autosuficiencia y sentido del self, y en este sentido la anoréxica responde que es independiente. Esto es,

entonces, en la intersección de la estadística y de la necesidad de psicología universal con cambios “imperativamente culturales” que diferencian las formas o estilos de anorexia que son creados.

Pero sus drásticas restricciones, sus pérdidas de peso y consiguiente mal nutrición, su obsesividad en la persecución y mantenimiento de sus objetivos generales, y los alimentarios en particular, sus vómitos y sus laxantes, su sorprendente vitalidad e hiperactividad a pesar de su evidente inanición, sus crisis emocionales, sus períodos de aislamiento o retraimiento social, sus frecuentes comportamientos compulsivos, incluyendo los autolasivos, junto con sus trastornos y muertes consiguientes a su desnutrición, dibujan un cuadro sin duda compatible con la anorexia nervosa tal como hoy la concebimos. Pero al parecer, nada indica que los padecieran (Toro, 1999).

De acuerdo con Raimbault y Eliacheff (1991) los objetivos perseguidos por las anoréxicas no varían. Lo que se modifica es el entorno cultural. A fines del siglo XIV, cuando la jerarquía católica modificó los procedimientos oficiales de canonización y, por lo tanto el modelo de santidad femenina, el número de mujeres anoréxicas consideradas santas disminuyó notablemente. Es por esto, que ellos consideran que las anoréxicas utilizan los valores que ellas mismas disponen y, en determinados momentos de la historia, esos valores son los valores dominantes de la sociedad en la que viven; por ejemplo: en la época de Sissi, su ideal de delgadez no era un valor femenino; Simone Weil, como muchas otras anoréxicas, le daba muy poca importancia a la coquetería y Teresa de Lisieux, que aspiraba a la santidad en pleno siglo XIX, tampoco puede pensarse que estuviera siguiendo una moda. Los factores socioculturales proporcionan la etiqueta (santa, histórica, enferma, loca) y la institución que valoriza o se opone a tales acciones (la Iglesia o el cuerpo médico). No parece para nada evidente que si el ideal de delgadez de las mujeres de nuestra sociedad se modificara, el número de anoréxicas disminuiría en consecuencia. Desde luego, el número de mujeres que buscan perder kilos bajaría.

1.2 *Bulimia nervosa.*

Históricamente, según refleja la literatura, el trastorno bulímico ha merecido mucha menor atención que el anoréxico, aunque con frecuencia se superponga a éste o forme parte del mismo. De hecho, hasta fines del siglo XIX e inicios del XX, la bulimia sólo ocupa una pequeña parte de lo publicado sobre los ahora llamados trastornos del comportamiento alimentario. Tradicionalmente, los atracones sólo merecían atención médica si eran considerados como síntomas de algún otro trastorno (Toro, 1996).

En cuanto a la historia de la Bulimia Nervosa (BN), podemos decir que el término proviene del griego antiguo, ya que la palabra *limos* significaba “hambre”. Al añadirle el prefijo *bou*, que significaba gran cantidad, o *boul*, que significaba “buey”, el término resultante puede traducirse por “hambre feroz” (Toro, 1996), pero literalmente significa “hambre de buey” o un hambre muy intensa (Sandoval, 2001). Entre los siglos XV y XX se utilizaron términos variados como *cynorexia*, *canine appetite*, *hambre patológica*, expresivos de los estados de voracidad que se acompañan de la ingesta excesiva de comida y emesis (Aguinaga et al., 2002).

Pero de acuerdo con Toro (1996), los antecedentes de la bulimia pueden considerarse a partir de que Jenofonte, en Anabasis, descubrió por primera vez en la cultura occidental lo que ahora consideramos prácticas bulímicas. En el año 970 A. C., refiriéndose a unos soldados griegos que se retiraban hacia las montañas de Asia Menor tras haber desarrollado una campaña contra Artajerjes, menciona que estos soldados estaban sometidos a raciones de alimento muy escasas. En determinadas situaciones sociales y religiosas los griegos se entregaban a los vómitos de modo casi ritualizado. Hipócrates distinguía el *boulimos*, un hambre enfermizo, del hambre ordinario. Aristófanes también utilizó al término en su acepción de hambre feroz. Pero según el *Oxford English Dictionary* de 1983, fue Trevisa, en 1398, quien utilizó por vez primera la palabra "bulimia". Inicialmente sólo significaba apetito inmoderado, no implicando vómitos ni otros procedimientos afines.

Durante la baja Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial. El penitente, mediante la emesis, arrojaba de sí sus pecados. También podían dominarse así los apetitos sexuales. Los docentes de las grandes escuelas de medicina de la época prescribían poderosos eméticos, incluso de manera cotidiana y para siempre. Durante el Renacimiento se siguen recetando tales sustancias, especialmente mostaza y nuez vómica (Giannini, 1993; citado en Toro, 1996). El banquete y el vómito consiguiente fueron auténticas instituciones de las clases medias y altas de Roma. Esos banquetes podían incluir más de veinte platos. Cada vez que el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a una habitación contigua, el *vomitorium*, donde hacían lo propio. La historia del mundo occidental, y la de Europa en particular, está salpicada de personajes, épocas y grupos sociales que practicaban asiduamente el atracón seguido de vómito. A tal práctica se entregaba Enrique VIII de Inglaterra y quienes le rodeaban, como el Papa Alejandro Borgía y sus cortesanos, los lúdicos campesinos flamencos de Bruegels y las lacerantes multitudes de El Bosco, y también el rey Eduardo de Inglaterra o el presidente americano Taft (Giannini, 1993; citado en Toro, 1996). Esta relación, no debe identificarse con una lista de bulímicos, por muy asiduos que fueran a los vómitos posprandiales. El carácter festivo, gozoso, aparentemente voluntario, negaría el carácter patológico de estos comportamientos alimentarios.

En el siglo XIX aparece una significativa definición: "Bulimia: de buey y hambre. Un apetito canino. A veces se ve en la histeria y en el embarazo; raramente en otras circunstancias" (Dunlison, 1839; citado en Toro, 1996). Fue a lo largo del siglo XIX cuando se fue tomando conciencia gradualmente de la asociación entre anorexia nervosa y sintomatología bulímica.

Juan Cruz (1995; citado en Toro, 1996) ha recuperado y glosado una obra de un médico extremeño, Juan Sorapán de Rieros, titulada *Medicina española contenida en proverbios vulgares de nuestra lengua* y publicada en Granada en 1616. Según él, el hambre que se manifiesta como enfermedad tiene tres "diferencias", en la que una se dice hambre canina, porque en este mal siempre desea el enfermo estar comiendo y vomitando como perro. La segunda diferencia la llaman los griegos *bulimus*, que es en castellano gran hambre, más en esta diferencia de hambre no vomitan los enfermos, pero se desmayan mucho; el hambre canina es universal a estas dos especies de hambres y esta otra que decimos *boulimos* es más particular como enseñaba Galeno. La tercera especie de hambre, que no es natural, se dice en griego *malakias* y en latín *pica*, llamada así, por la ave que en castellano llamamos urraca. En este género de hambre no sólo se apeetece mucha comida, sino comida mala. Estos tres

accidentes son enfermedades de la boca del estómago. Los dos primeros, que son el hambre canina y la insaciable apetencia, se curan bebiendo vino generoso puro, como lo enseñaba Hipócrates (Cruz, 1955; citado en Toro, 1996).

En 1743, en el Diccionario Medico de la ciudad de Londres, se describe un cuadro bulímico como: preocupación por la comida, ingestas voraces y períodos de ayuno. Últimamente es cuando los aspectos que tienen relación con la figura y los factores socioculturales han sido más influyentes (Sandoval, 2001). Pero la referencia más completa al trastorno, escrita con anterioridad a 1800, se halla en un diccionario médico escrito por James (1743), quien dedicó dos paginas a describir el *boulimus*. James distinguió entre el *boulimus* y el *caninus appetitus*, el hambre canina. En este caso, el paciente da fin a sus atracones vomitando. En el *boulimus* suelen desmayarse. Basando sus planteamientos en Galeno, apuntó que el *boulimus* estaba provocado por un humor ácido contenido en el estómago proporcionando intensas, pero falsas, señales de hambre (Toro, 1996).

Según la *Encyclopaedia Británica* de 1797, "Bulimia" se define como "una enfermedad en que el paciente está afectado por un deseo de comer insaciable y perpetuo, y a menos que lo satisfaga, suele caer en accesos de desvanecimiento". Motherby, en 1785, había descrito tres tipos de bulimia: la de hambre puro, aquella en que el hambre acaba en vómito y la que asocia hambre a desmayos (Toro, 1996).

Blachez (1869; citado en Toro, 1996), señaló que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación. Su hambre puede persistir aun teniendo el estómago dilatado tras haber ingerido una gran cantidad de comida, haciendo imposible su alimentación. Cuando la bulimia se acompaña de vómitos, Blanchez hablaba de *cinorexia*, utilizando el término *licorexia*, para designar los casos en que al tránsito digestivo era especialmente veloz a causa de contracciones intestinales rápidas. Aplicó la denominación *fringale* cuando la sintomatología bulímica alternaba con la anorexia en mujeres.

Soltmann (1894; citado en Toro, 1996), describió lo que denominó *hiperorexia*, trastorno que incluyó entre las "neurosis nutricionales", epígrafe que también incluía la anorexia nervosa. La hiperorexia, que podía ser de origen neurótico o biológico, se daba, según Soltmann, en muchachas histéricas y cloróticas. En 1959, Stunkard (citado en Toro, 1996), describió el *bienge eating síndrome*. Ziolk (1976; citado en Toro, 1996), propuso el término *hiperorexia nerviosa*, definiendo el cuadro como opuesto a la anorexia y como "clínicamente autónomo".

En los años treinta es cuando aparecen en la Alemania de esos tiempos, los primeros casos de bulimia nervosa, desde una perspectiva científica de diagnóstico, aumentando tras la Segunda Guerra Mundial (Aguinaga et al., 2002). Los vómitos autoinducidos y el uso de laxantes, dadas sus consecuencias fisiológicas, eran abordados por lo médicos, pero bajo la consideración de una simple maniobra compensatoria de los atracones. Al observar el trastorno bulímico como perturbación frecuentemente incorporada a la anorexia nervosa, en el menor de los casos era considerado como un síntoma de ésta, lo que determinó que la anorexia se clasificara en "restrictiva" y "de vómitos y laxantes" (Beumont, 1991; citado en Toro, 1996).

El incremento progresivo de su incidencia propició el reconocimiento de la bulimia nervosa como síndrome separado en la década de los sesenta (Aguinaga et al., 2002). El chileno Dörr – Zegers (citado en Toro, 1996), publicó en 1972 tres casos de *hiperfagia seguida de vómitos*. También describió el trastorno como un síndrome independiente, relacionado con la anorexia nervosa, las neurosis obsesivo-compulsivas y las adicciones.

La década de los setenta ve ampliar la preocupación por el fenómeno bulímico. Al iniciarse esta década el vómito era ampliamente practicado por las muchachas de los *colleges* prestigiosos. En esa época, una estudiante comunicó que una cuarta parte de las chicas de su dormitorio que tenían un peso normal vomitaban en un intento de controlar su peso (Stunkard, 1993; citado en Toro, 1996). Pero la atención se limita a la bulimia de anoréxicos y obesos. Al final de la década, empieza a valorarse como entidad nosológica “autónoma” en personas de peso normal. En esta década es cuando Stunkard publicó los criterios diagnósticos del síndrome, entre los que no se encontraba ninguna alusión a vómitos o laxantes (Wermuth et al., 1977; citado en Toro, 1996). Estos criterios fueron recogidos en el DSM - III bajo el nombre de *bulimia*.

Pero el síndrome de bulimia nervosa propiamente dicha fue definido por Russell (citado en Toro, 1996). Este término de bulimia nervosa empleado por Russell, en 1979, inicialmente fue definido como una variante de la anorexia nervosa y en la actualidad, como entidad independiente caracterizado por episodios de ingesta, continuados de vómitos, uso de diuréticos o laxantes para contrarrestar las consecuencias del atracón, sobre todo en pacientes que rechazan la probabilidad de ser o llegar a ser obesas (Sandoval, 2001). En sus criterios diagnósticos, junto a los atracones y las conductas compensatorias de los mismos, se hace hincapié explícito en el miedo a engordar como condición *sine qua non*. Denominación y descripción recogida en el DSM - III de 1987. Es así que, queda establecida la actual concepción de la bulimia nervosa, trastorno que ha recibido muy distintas denominaciones: “hiperorexia nerviosa”, “síndrome del caos dietético”, “síndrome del control anormal/normal del peso”, “síndrome de atracones”, “síndrome del gordo - delgado”. Pero junto a términos “bulimia” y “bulimia nervosa”, sólo ha mantenido hasta hace muy poco tiempo cierta vigencia, el de *bulimarexia*, patrocinado por Boskind - Lodhal (1976; citado en Toro, 1996). Aplicado cuando coinciden anorexia y bulimia nervosa, es decir, la denominada *anorexia bulímica*.

Mientras Habermas (1989, 1992; citado en Toro, 1996), quien defendía que anorexia y bulimia nervosa son dos síndromes nuevos, Stunkard (1990; citado en Toro, 1996), defiende la continuidad de la bulimia nervosa por lo menos durante los últimos tres siglos. Habermas, ha demostrado que el miedo a engordar se recoge en la literatura dedicada a la bulimia sólo desde la primera mitad del siglo XX (Toro, 1996).

La literatura y los estudios sobre el trastorno bulímico son mucho menos numerosos y voluminosos que los dedicados a la anorexia. Este hecho queda bastante justificado si tenemos en cuenta que precisamente los factores socioculturales intervinientes en el trastorno bulímico muy probablemente son los mismos que participan en la anorexia nervosa. En efecto, el miedo al sobrepeso, los problemas relativos a la imagen corporal y la disposición al adelgazamiento, constituyen el denominador común de ambos trastornos. El criterio dominante ha sido sin duda el sintomático. En la década de los sesenta, en nuestro siglo XX, lo generalmente

aceptado era el papel de la bulimia como síntoma. Lo anómalo era simplemente la voracidad incontrolada (Toro, 1996).

Stein y Laakso (1988; citados en Toro, 1996) han realizado, desde una perspectiva histórico - médica, la revisión más interesante sobre este tema de la bulimia; analizaron lo publicado sobre bulimia a lo largo de nuestro siglo y antes de 1970, concluyendo que en ningún momento ha constituido un concepto de interés general, clínico y científico. De acuerdo al *Comprehensive Dictionary of Psychological and Psychoanalytical Terms* (English, 1958; citado en Toro, 1996), define bulimia simplemente como "apetito excesivo para el alimento". Beumont (1991; citado en Toro, 1996) señala que es imprescindible citar el *caso de Ellen West*, detallada descripción realizada por Binswanger (1944), de una paciente bulímica que previamente había padecido una anorexia nervosa no diagnosticada. Sus diarios documentan detalladamente cuán ineficaz resultó en su tratamiento la psicoterapia psicoanalítica. Ellen manifestaba una completísima serie de los trastornos alimentarios propios de esta patología: atracones, uso de laxantes, restricción alimentaria, vómitos, indefensión, ideas obsesivas, labilidad emocional.

Las conclusiones de Stein y Laakso (1988; citados en Toro, 1996) son las siguientes:

- a) La bulimia ha sido connotada tanto como síntoma cuanto como síndrome.
- b) Su asociación con el vómito es patente en los escritos históricos.
- c) Mientras el síntoma central (atascarse de comida) ha permanecido relativamente constante desde el siglo XVIII, los síntomas accesorios y la etiología de la bulimia han cambiado con el tiempo.
- d) La asociación entre bulimia y depresión ha sido un tema recurrente a través de la historia de las descripciones del concepto (Toro, 1996).

Mientras episodios críticos de voracidad con hambre de resolución compulsiva están descritos desde la más remota antigüedad, no sucede lo mismo con su asociación a vómitos y otros métodos purgantes. Como ha recordado Stunkard (1993; citado en Toro, 1996), hasta finalizar en nuestro siglo, la década de los treinta, no se encuentra ninguna descripción de atracones y/o vómitos en los casos de anorexia publicados. Es hasta 1967, que aparece la primera descripción, a cargo de Crisp, de una serie de pacientes anoréxicos que se atracaban y vomitaban (Toro, 1996).

Russell, ha sugerido que la forma de manifestarse la anorexia nervosa se ha modificado en la segunda mitad del siglo XX, al constituirse la bulimia en una parte característica del cuadro clínico (Russell, 1985; citado en Toro, 1996). Habermas (1990; citado en Toro, 1996), ha estudiado la evolución histórica del *heiss hunger* (apetito voraz). Considera que la bulimia nervosa es un trastorno mucho más reciente que la anorexia nervosa, situando su origen en los albores del siglo XX. Opina que la presión y lucha de los médicos contra la obesidad están en los orígenes del fenómeno.

En la bulimia nervosa, la persona se ve a sí misma gorda y tiene un profundo temor a la gordura. Lo que la diferencia de la anorexia son los episodios recurrentes de ingesta exagerada de alimentos, al menos dos veces por semana a lo largo de un período de tres meses, en los que consume grandes cantidades de comida en períodos cortos y los cuales son seguidos por

algunos de los siguientes eventos: vómito autoinducido, purgas autoinducidas, períodos alternados de inanición, uso de inhibidores del apetito o diuréticos (Cooper, 1995; citado en Gross, 1998). Cabe pensar que la aparición de los vómitos autoinducidos y el consumo de laxantes en la anorexia nervosa, así como la transición de un “síndrome bulímico” a la “bulimia nervosa” propiamente dicha, constituyen manifestaciones de la influencia de esos factores históricos y sociales sobre el comportamiento alimentarios de los individuos. El estallido del rechazo social a toda forma de obesidad o sobrepeso, y el anhelo de delgadez tienen que estar forzosamente en la cimentación del fenómeno (Toro, 1996).

Como conclusión se puede tomar el planteamiento de Bruch (1971; citado en Toro, 1999), quien plantea que los trastornos de la conducta alimentaria deben ser entendidos en términos del desarrollo de la personalidad total, en el contexto familiar, oponiéndose así a una visión limitada en términos del desarrollo psicosexual, manifestando que la edad adolescente es crítica para la aparición de la anorexia, ya que se esta en busca de la autonomía e individualización, siendo este argumento un parte aguas en el estudio de los trastornos.



CAPÍTULO 2



TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA



2.1 Conducta alimentaria.

El acto de comer no sólo representa la ingestión de alimento (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001), todo ser vivo para mantenerse, precisa alimentarse (Toro, 1996). La imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, es decir, el acto de comer. Desde nuestros primeros días de vida, el acto de comer se separa de la función de sobrevivencia, incluida la identificación en su origen, lo que implica un proceso más complejo que el de la sola nutrición (Gómez Peresmitré et al., 2001). Sin embargo, sin comer en cantidad suficiente, sin comer una mínima variedad alimentaria, no es posible la vida, por lo menos no lo es en esa deseable plenitud que denominamos salud (Toro, 1996).

Hetherington y Ranson (citados en Tisera – López, 1996) descubrieron que las lesiones bilaterales de la zona hipotalámica ventromedial en ratas producía hiperfagia y obesidad. De acuerdo con Smith, Anand y Brobeck (citados en Tisera – López, 1996) informaron que las ratas con lesión en el hipotálamo lateral dejaban de comer. La afagia era dramática, las ratas caminaban sobre la comida sin agarrarla. El rechazo a los alimentos ponía en peligro sus vidas, muriendo al cabo de un tiempo a menos que fueran alimentadas artificialmente. Andad y Brobeck (citados en Tisera – López, 1996) supusieron que la zona hipotalámica ventromedial inhibe la necesidad de alimentarse. Desarrollaron una teoría basada en el control del sistema nervioso central sobre el comportamiento alimenticio y en la presunción de dos centros cerebrales, llamada “hipótesis dual”. La zona hipotalámica ventromedial llevaría a la inhibición de la ingesta de alimentos (“centro de saciedad”) y la región hipotalámica lateral llevaría al aumento de la ingestión de alimentos (“centro de la ingestión”).

La conducta alimentaria es una conducta psicosocial por excelencia (Gómez Peresmitré et al., 2001). Baas et al. (1979; citados en Toro, 1996) enumeraron los diversos usos que las sociedades hacen de los alimentos y por consiguiente, los distintos significados que se les pueden atribuir:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo.
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.

19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Muchos de esos usos y significados se superponen, y cada acto de comer puede implicar varios de ellos a la vez (Toro, 1996). Intervienen múltiples influencias en el rechazo de los alimentos, tales como conducta alimenticia y enfoque hacia la comida en la familia (Tisera – López, 1996), ya que en la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción diádica madre - hijo. En la alimentación intervienen aspectos emocionales que la convierten en fuente de conflicto generadora de trastornos alimentarios (Barber, Bolaños - Cacho, López - Jesen y Ostrosky, 1995; citados en Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez y López, 2000). La conducta alimentaria puede resultar influida posteriormente por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores (Gómez Peresmitré et al., 2001), en donde muestran que la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus. Los modos de alimentarse constituyen un medio de afirmación frente a los demás y de adquirir prestigio (Contreras, 1993; citado en Toro, 1996).

También influyen los procesos tempranos de aprendizaje en relación a la alimentación, rechazo del propio rol sexual y así también de la correspondiente distribución de la grasa subcutánea y por último, y no menos importante, la insuficiente autoidentidad adquirida a través de experiencias de deficiencia emocional en la niñez (Tisera – López, 1996). Los hábitos alimenticios de la familia son otro factor que hay que tener en cuenta (Gómez, 1996), así como los patrones alimenticios de los padres (Tisera – López, 1996). Por un lado, nuestra forma de comer refleja el modo en que vivimos y el lugar real que ocupamos en la sociedad (Gómez, 1996).

Si el comer puede y suele, revestir forzosamente múltiples significados más allá de lo nutricional, lo mismo puede suceder con el no comer. La supresión de un alimento puede convertirse en castigo. En la práctica, no se hallan sociedades ni culturas en las que no existan prohibiciones colectivas más o menos contundentes relativas a la ingestión de determinados alimentos. Estas prohibiciones, en su mayor parte, son de carácter religioso. Distintas religiones obligan a ayunos totales o selectivos en determinadas épocas del calendario religioso. En tales circunstancias, comer es pecar; la ingestión alimentaria debe provocar culpa, ansiedad, sensación de haber infringido una norma sagrada. Reglas suficientemente interiorizadas para que, aun sin observadores ni jueces externos, el infractor reaccione así, angustiadamente, deseando no haberlo hecho, arrepintiéndose (Toro, 1996).

El tema del poder, del sometimiento, de la autoridad, aparecen de forma brutal a la hora de sentarse la familia a la mesa, donde queda clara la verdadera relación existente entre sus miembros y el verdadero estatus de cada cual. Es entonces, cuando se hace evidente que la mujer sigue siendo, en muchos casos, la criada de la casa, que ha de levantarse para ir a llevar y traer cosas, y que una vez finalizada la comida, debe lavar los platos sucios, aunque disponga de un lavavajillas y de detergentes que, si hemos de hacer caso a la publicidad, lo limpian todo casi por sí solos. Por otro lado, la madre como preparadora y servidora de las comidas familiares, se halla inmersa en una doble relación de manipulación y explotación, ya que en muchos casos se aferra a esta pequeña parcela de poder doméstico y se muestra reacia a permitir que su hija adolescente empiece a querer comer a su modo (Gómez, 1996).

2.2 Definición de los trastornos de la conducta alimentaria

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA's) responden a una etiología multifactorial esto es, obedecen a múltiples causas o determinantes (Gómez Peresmitré, 2001). El estudio de los trastornos de la alimentación, que de acuerdo con el DSM – IV TR (2002) se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria, aunque desde la perspectiva de la Psicología social de la salud, se distinguen en que el comportamiento o conducta psicosocial ocupa un lugar central, sosteniendo como premisa fundamental entre factores psicosociales y el estado de salud - enfermedad del sujeto individual o colectivo; esta relación comprende factores individuales, grupales o comunitarios, sociales y culturales. Las conductas psicosociales pueden encontrarse en la etiología, en el mantenimiento de tales trastornos, en la patología o presentarse como conductas de riesgo. La conducta psicosocial implica contextos económicos y políticos, de clase social, ambientales, ecológicos y de interacción en los que intervienen procesos de influencia recíproca entre dos o más elementos de tales contextos (Gómez Peresmitré et al., 2001).

El estudio de los TCA's se inicia en EUA, con el supuesto de que esta problemática es característica de los países del primer mundo, de la raza caucásica o blanca y de las clases altas de las sociedades occidentales; aunque es un hecho que los TCA's se han incrementado de manera alarmante, no sólo en países como EUA, Inglaterra y Canadá en los que se cuenta con estadísticas de su prevalencia e incidencia, sino en general, en la mayoría de los países del mundo desarrollado, pero también en los que están en proceso de desarrollo, con la diferencia que en estos últimos, por ejemplo México, no se cuenta con dichas estadísticas. En nuestro país empieza a hablarse de esta problemática a partir de la década de los 90's y también para entonces, se inicia en las universidades mexicanas, el estudio sistemático de los mismos (Gómez Peresmitré, 2001).

La psicopatología de estos trastornos describe a su vez la presencia de sentimientos de incompetencia, de falta de autonomía y baja autoestima, centrada está en la percepción negativa del propio cuerpo, déficit en el autocontrol, menor asertividad, mayor inhibición para manifestar los sentimientos, tanto positivos como negativos y tendencia a evitar situaciones sociales que impliquen relaciones interpersonales, ya que se consideran poco divertidas y se sienten poco aceptadas socialmente (Aguinaga, Fernández y Varo, 2002).

La literatura especializada a nivel internacional señala, entre otras cosas, que las chicas afroamericanas de Asia, las hispanas y familias latinoamericanas así como las chicas de todos los niveles socioeconómicos sufren de tales trastornos (Thompson et al., 1994; citados en Gómez Peresmitré, 2001). Al respecto Thompson et al., afirman que es frecuente que las chicas de bajo nivel socioeconómico (blancas y de color) se involucren en conductas de sobreingesta o de dieta restrictiva en su intento de resolver sus pérdidas y frustraciones diarias.

Buckroyd (2001) menciona que una proporción muy alta de enfermas parecen ser capaces de determinar el momento de la aparición de sus problemas alimentarios a partir de una alteración o un trauma específicos en su vida. Estos pueden diferir mucho de una persona a otra y pueden ser:

- La muerte de uno de los padres
- La enfermedad mental o física de uno de los padres
- La muerte de un hermano
- La muerte de un abuelo al que se estuvo muy unido
- Abusos deshonestos
- Violación o agresión sexual
- Abandono del hogar
- La ruptura de una relación íntima
- La pérdida de una amistad íntima
- Exámenes
- Burla o acoso

Sin embargo, no todas las enfermas pueden identificar un único suceso o trauma que coincida con la aparición de sus problemas. Éstas, suelen negar categóricamente la importancia del acontecimiento que coincide con el comienzo del trastorno. Algunas personas no pueden reconocer lo que les ha sucedido porque son inconscientes de una serie de tensiones que las afectan. Hay un número de anoréxicas y bulímicas cuya enfermedad parece haber sido disparada no tanto por un suceso único, sino por una situación continuada –abuso deshonesto o violencia y conflicto en la familia-. Otras parecen deberse más a que la enferma siente que no reúne los requisitos para ser el tipo de persona que la gente espera de ella. En todos estos casos, es probable que se utilicen los trastornos de alimentación para hacer frente a los sentimientos que surgen de situaciones que la enferma no encuentra cómo resolver (Buckroyd, 2001).

Estudios recientes indican que la prevalencia de los trastornos alimentarios en México crece cada vez más en adolescentes y adultas jóvenes, de manera particular en menores de 25 años; se ha incrementado su incidencia, con mortalidad en 10 % de los casos. Aunque estos trastornos son más comunes en la adolescencia, se ha reportado en niñas y en adultas de edad avanzada, siendo las mujeres la población de mayor riesgo; sin embargo, cada vez aparecen más casos en el género masculino (Carbajo, Canals, Fernández – Ballart y Doménech, 1995; Holtz y Tena – Suck, 1995; Vírseda, 1995; citados en Álvarez et al., 2000a).

En un estudio realizado a hombres, se consideró que entre ellos, los trastornos de la alimentación se presentaron con muy baja frecuencia, por ejemplo, se señala una incidencia anual de anorexia nervosa del 0.02 % y una prevalencia de bulimia del 0.1 % al 0.5 % (Olivardia, Harrison, Mangeth y Hudson, 1995; citados en Gómez Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2000). En relación con las mujeres se reporta un hombre por 10 casos femeninos (1:10) (Gross y Rosen, 1988; Rastam, Gilberg y Garton, 1989; citados en Gómez Peresmitré et al., 2000) o de uno por 16 (1:16) (Vandereycken y Van Den Brouche, 1984; citados en Gómez Peresmitré et al., 2000).

De acuerdo con los estudios epistemiológicos, cerca de 10 % de las adolescentes padecen alguna psicopatología alimentaria (Garner y Garfinkel, 1982; Fairburn y Beglin, 1990; citados en Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000). Los trastornos de la alimentación se consideran, junto con el SIDA, como una de las patologías más emblemáticas de nuestro tiempo (Gómez, 1996).

Antes de seguir adelante, conviene establecer que entre los trastornos alimentarios, se encuentran principalmente dos: la anorexia nervosa y la bulimia nervosa (Mateos - Parra y Solano - Pinto, 1997; Rocha y Barriguete, 1997; citados en Álvarez et al., 2000a), aunque también hay que hacer distinción entre la anorexia nervosa propiamente dicha y otros cuadros también en relación con la ingesta con los que suele confundirse. Se considera un trastorno de la ingesta cualquier relación impropia con la comida o una grave desviación de los hábitos alimenticios cuyas repercusiones afecten a la salud tanto física como psíquica de la persona (Gómez, 1996)

2.3 Anorexia nervosa

La *anorexia nervosa* era conocida por los médicos hace por lo menos trescientos años (Buckroyd, 2001). La anorexia nervosa es definida como una falta anormal del apetito (García - Pelayo, 1984) o como una pérdida de apetito, notable o exagerado (Warren, 1995), pero en su sentido etimológico, anorexia quiere decir “falta de apetito” (Gómez, 1996). Se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales (DSM – IV TR, 2002). Al menos en un principio, la anoréxica sí siente hambre, lo que ocurre es que dejan de comer porque algo en su interior las empuja a querer adelgazar más y más, independientemente de cuál sea su peso ideal. Llegando a un momento en que incluso la sola idea de comer o el intento de alimentarlas a la fuerza les provoca un enorme rechazo físico, con la consecuente aparición de náuseas y vómitos (Gómez, 1996).

2.3.1 Criterios diagnósticos

La anorexia, es la forma más pura de enfermedad del hambre, tiene un pronóstico reservado, no sólo porque el “hambre” es tal que nunca puede ser aplacada, sino también porque esas pacientes han pasado a través de un proceso de aprendizaje de un comportamiento incorrecto para resolver los problemas, es decir, la estrategia de la evasión. (Tisera – López, 1996). Al principio la característica que más se describía era la acusada pérdida de peso y la escualidez que se producen cuando se deja de comer. Sin embargo, hay varias enfermedades orgánicas que provocan la pérdida de apetito y la consiguiente pérdida de peso, así que desde finales del siglo XIX, los médicos procuraron describir con más exactitud qué es la anorexia y empezaron a excluir las causas orgánicas, y a identificarla como una enfermedad psicológica. Este proceso de definición ha seguido hasta hoy, con continuos intentos de aclarar si hay alguna disfunción orgánica que juegue un papel en la enfermedad. No obstante, llegados a este punto, todo parece indicar que la anorexia es, en palabras de los médicos, un “trastorno psiquiátrico” que no tiene ninguna causa orgánica, metabólica o genética (Buckroyd, 2001).

De acuerdo con el DSM – IV TR (2002, Ver Tabla 1), las características esenciales de la *anorexia nervosa* consisten en:

- ❖ El rechazo a mantener el peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y a convertirse en obesas, por lo que mantienen su peso por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla.

- ❖ Una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo, encontrándose más preocupadas por algunas partes del cuerpo, como son el abdomen, las nalgas y los muslos.
- ❖ Sufren de amenorrea, si esta ya se había presentado o si son muy jóvenes hay un retraso en su aparición (pp. 653 - 654).

De acuerdo con el DSM – IV TR (2002), la *anorexia nervosa* se divide en:

- ♦ Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso; estos individuos no recurren a atracones ni purgas.
- ♦ Tipo compulsivo/purgativo: El individuo recurre regularmente a atracones o purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva, al menos una vez por semana. Estos individuos parecen presentar problemas de control de impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar labilidad emocional y de ser activos sexualmente.

Tabla 1
Criterios para el diagnóstico de F50.0 Anorexia nerviosa [307.1]

- A. Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal e inferior al 85 % del peso esperable).
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En las mujeres pospuberales, 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, p. ej., con la administración de estrógenos).

Especificar el tipo:

Tipo restrictivo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxante, diuréticos o enemas).

Tipo compulsivo/purgativo: durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

Fuente: DSM – IV TR (APA, 2002 pp. 659 - 660)

Los criterios diagnósticos propuestos por Feighner et al. (1972; citado en Gómez Peresmitré, 2001) son los siguientes:

1. Edad de aparición menor de los 25 años.
2. Pérdida de al menos el 25 % del peso original.
3. Rechazo voluntario a la ingesta de alimento y empleo de métodos que impidan la absorción de los alimentos ingeridos.
4. Miedo intenso a engordar, que no disminuye a pesar de la pérdida de peso.
5. Alteración de la imagen corporal (que puede ser sobre – estimación o sub – estimación del tamaño corporal).
6. Inexistencia de enfermedad mental o física que justifique el proceso.
7. Al menos, dos de los siguientes signos: amenorrea (suspensión de la menstruación), lanugo (aparición de vellosidad corporal muy fina), bradicardia, periodos de hiperactividad o episodios de bulimia y vómitos.

2.3.2 Anorexia subclínica

Se da en mujeres jóvenes que sufren un leve grado de anorexia y nunca van al médico, o que han ido desarrollando la anorexia durante un tiempo muy prolongado antes de llegar a la consulta. Hasta cierto grado manifiestan muchas de las características de la enfermedad, la padecen en buena medida y si tuviesen alguna clase de ayuda para curarse la aprovecharían (Buckroyd, 2001).

2.3.3 Características de la anorexia

La anorexia se encuentra predominantemente en mujeres jóvenes (Tisera – López, 1996) durante la adolescencia (Gómez Peresmitré, 2001), entre los 12 a 15 años de acuerdo con Tisera – López (1996) y entre los 13 a 19 años, de acuerdo con Gómez Peresmitré (2001). Se da casi exclusivamente en las adolescentes provenientes de familias de nivel sociocultural y económico medio o alto (Tisera – López, 1996); este trastorno raras veces se inicia antes de la pubertad; sin embargo, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados puede ser mayor en los casos prepuberales (DSM – IV Breviario, 1995). Cuando se inicia en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber *falta de aumento de peso corporal*; esto significa que el peso de la persona es inferior al 85 % del peso considerado normal para su edad y su talla. El individuo debe tener un índice de masa corporal (ÍMC) igual o inferior a 17.5 kg/m². Para determinar el peso mínimo normal de un individuo, el clínico debe considerar también su constitución física y su historia de peso previa (DSM – IV TR, 2002). En cambio, otros datos indican que cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nervosa se observa en mujeres (DSM – IV Breviario, 1995).

La paciente anoréxica que aún no ha llegado a la pubertad, no pasa entonces por los cambios puberales esperados, no crece de talla y no experimenta las demás cambios óseos y de forma corporal que la pubertad ocasiona, de modo que su pelvis sigue siendo estrecha y sin forma, como la de una niña, así como su pelo y su piel; no desarrolla los pechos, las caderas y las nalgas características en una mujer. Como sus hormonas continúan siendo las de una niña, no se produce la menstruación y no experimenta el despertar del interés sexual que originan los

cambios hormonales de la pubertad; por esto, hay anoréxicas adolescentes y veinteañeras que parecen niñas debido a la falta de desarrollo físico ocasionado por la enfermedad (Buckroyd, 2001).

Comúnmente, la anorexia suele comenzar durante los primeros años de la adolescencia y las personas que la padecen se caracterizan por presentar una *pérdida significativa de peso corporal* (superior a 15 %) (Álvarez et al., 2000a). Cuando la anorexia empieza después que ha terminado el desarrollo de la pubertad, esos cambios dan marcha atrás parcialmente, aunque por fortuna los cambios óseos son irreversibles. Sin embargo, el hambre prolongada puede eliminar los depósitos de grasa de los pechos, las caderas, el abdomen, las nalgas y los muslos, y hacer dar marcha atrás a la menstruación y el despertar sexual (Buckroyd, 2001).

La edad promedio de inicio de la anorexia nervosa es 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años, y se consolidan entre los 17 y los 19 años; sin embargo, también puede presentarse en los años de la preadolescencia (11 – 12) y después de la adolescencia (20 – 30 años) (Gómez Peresmitré, 2001), aunque es muy rara la aparición de este trastorno en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante, el curso y el desenlace del trastorno son muy variables; pero no todas las adolescentes rellenitas van a desarrollar una anorexia, aun cuando se vean gordas y estén intentando adelgazar por su cuenta todo el tiempo. La verdad es que el entorno familiar y algunos rasgos inherentes a la personalidad de cada cual, hacen a algunas personas más propensas a presentar este tipo de problemas (Gómez, 1996).

Normalmente, se desarrolla a lo largo de cierto período, durante el cual la enferma cambia sus patrones de alimentación pasando de una dieta normal (o más o menos normal) a otra muy restringida. Este proceso puede durar meses o años. A menudo parece empezar en una mujer joven que sigue una dieta, pero lo que diferencia a la persona que puede padecer la anorexia es que a ella no le resulta tan difícil hacer la dieta como a la mayoría de la gente. Llega a disfrutar de la sensación de hambre y parece capaz de disciplinarse de un modo que es muy poco corriente. La persona que sufre de anorexia continúa haciendo dieta aunque ha llegado al peso deseado o ha terminado el período original del régimen (Buckroyd, 2001).

Una anoréxica tiene muchas formas de ocultar su dieta inadecuada a los que la rodean, que han advertido su pérdida de peso y la animan a comer. Por ejemplo, coge la comida diciendo que la comerá más tarde pero en realidad se la da a otro o la arroja a la basura. A veces, la comida se esconde en una servilleta o en un bolsillo y luego se tira a la basura (Buckroyd, 2001).

El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos, en especial los que tienen un alto nivel calórico (Toro, 1996; Turón, 1997; citados en Álvarez et al., 2000a) y que se considera que engordan. Por ejemplo, dejando de comer mantequilla, aceite o grasa de cualquier tipo o reaccionan con un auténtico pánico ante la comida preparada por alguien que haya usado grasa. Típicamente este patrón luego se extiende a otros alimentos como el azúcar. Con el tiempo, la chica anoréxica termina siguiendo una dieta que es muy defectuosa desde el punto de vista alimenticio, por ejemplo, muchas anoréxicas se vuelven vegetarianas o vegetarianas estrictas antes de desarrollar la anorexia (Buckroyd, 2001). Con cierta frecuencia consiguen el adelgazamiento mediante vómitos autoinducidos, ejercicio

físico excesivo y consumo de diuréticos. Además, están obsesionadas por pensamientos en torno a la comida (Toro, 1996; Turón, 1997; citados en Álvarez et al., 2000a), se preocupan demasiado por los alimentos y comen muy poco porque temen subir de peso a pesar de que estén demasiado delgadas (Mateos - Parra y Solano - Pinto, 1997; Rocha y Barriguete, 1997; citados en Álvarez et al., 2000a); pasan de prescindir de un alimento específico a comer muy poco de cualquiera. Lo poco que comen resulta nutritivamente muy insuficiente, por ejemplo, pasan el día con un café o una barra de chocolate (Buckroyd, 2001).

Otras se sienten orgullosas de comer sólo lo que es puro y bueno, pero intentarán sobrevivir a base de manzanas y té negro. Algunas otras, descubren alimentos que “no engordan” como ensaladas, verduras, manzanas, pan tostado y que les permiten comer grandes cantidades. Estos alimentos son considerados buenos mientras la inmensa mayoría resultan malos. Una anoréxica, se puede angustiar sobremanera si se le pide que coma estos alimentos “malos”, por pequeñas que sean las cantidades, ya que se ha vuelto fóbica a la comida. Sea cual sea el proceso, la anoréxica llega a un punto en que lo que come no le alcanza para mantener el peso normal. La cantidad de calorías que asimila es sencillamente insuficiente. Lo que comenzó como una restricción del consumo se ha convertido en una progresiva inanición, ya no hay límite ni parada y lo que comenzó como control ha terminado en descontrol (Buckroyd, 2001).

Muchas anoréxicas tienen temor de ingerir alimentos sólidos pasándose horas comiendo la cantidad más pequeña imaginable, o bien se niegan totalmente a la ingestión de cualquier tipo de alimento. En estos casos, puede resultar útil prescribir un preparado líquido rico en proteínas. La alimentación artificial de anoréxicas no sólo tiene efectos positivos, sino que corresponde también al deseo de autocastigo de estas pacientes, sobre todo cuando se realiza por sonda gástrica (Tisera – López, 1996).

A medida que avanza la enfermedad, la anoréxica puede empezar a cumplir rituales muy precisos relacionados con la comida, por ejemplo, comer exactamente las mismas cosas todos los días a la misma hora. Si se pasa de la ración que se ha autoimpuesto, es posible que después se autocastigue no comiendo durante el resto del día, porque ha sido una “glotona”. Si no puede comer a la hora fijada, se puede inquietar y angustiar. Es probable que lo corte todo en pedazos muy pequeños y exactos, o mastique cada bocado un número fijo de veces. Puede que haya un plato o una taza especial que tenga que usar. Y si por alguna razón de esas condiciones no se cumplen, no come nada (Buckroyd, 2001).

Estas chicas están obsesionadas por una imagen inalcanzable de la “esbeltez perfecta”, por tanto, luchan contra la posibilidad de ser o llegar a ser obesas, ya que basan el éxito personal y la aceptación social en el hecho de estar delgadas (Toro, 1996; Turón, 1997; citados en Álvarez et al., 2000a). Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales. Algunas personas se encuentran “obesas”, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo, como son el pesarse constantemente en una báscula, la medida de las diferentes partes del cuerpo de manera obsesiva o el mirarse repetidamente al espejo para observar las zonas consideradas “obesas”. El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de

extraordinaria disciplina; en cambio, ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol (DSM – IV TR, 2002); este concepto de “control” es más fundamental que las ideas de peso, figura y talla (Buckroyd, 2001).

El sueño es un área donde las anoréxicas ejercen a menudo el control poniéndose límites. Aunque una joven quizá se haya agotado haciendo ejercicio y con una dieta insuficiente, puede verse obligada a no dormir lo necesario. La anoréxica es muy autocrítica, así que probablemente se diga que si duerme más de un número mínimo de horas es una perezosa, de la misma manera que se considera una glotona si satisface sus necesidades corporales de comida. Del mismo modo, puede privarse de ropa adecuada, aunque quizá sienta el frío con mayor agudeza que aquellos que están protegidos por una capa de grasa y cuya circulación funciona bien. Algunas anoréxicas saben que si no se está vistiendo adecuadamente, el cuerpo consume más energía para conservar el calor y añaden esto al número de formas de perder peso. Otras hablan de no necesitar o no merecer el calor. Muchas veces parece como si la anoréxica se autocastigase por tener un cuerpo que necesita estar caliente o sencillamente porque tiene necesidades, a menudo esta autoprivación se extiende también al dinero (Buckroyd, 2001).

Algunas de las personas anoréxicas, se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaída y otras sufren un deterioro crónico a lo largo de los años (DSM – IV Breviario, 1995). Especialmente en los primeros 5 años después del inicio, una fracción significativa de individuos que padecen anorexia nervosa tipo restrictivo empieza a recurrir a atracones, lo que indica un cambio al subtipo compulsivo/purgativo. Un cambio como aumento de peso junto con presencia de atracones y purgas, puede permitir a veces un cambio en el diagnóstico por el de bulimia nervosa (DSM – IV TR, 2002). Cuando una anoréxica se recupera, la mayoría de los aspectos del proceso de desarrollo físico se reanudan y se recupera una forma corporal normal. Pero, es probable que los cambios óseos no se produzcan si no lo hicieron antes del comienzo de la anorexia. Aunque por lo general la menstruación comienza o se reanuda espontáneamente, no siempre sucede y cuando lo hace, a menudo tarda un tiempo considerable, incluso después de haber alcanzado un peso normal. Existen algunos indicios de que a las ex anoréxicas les cuesta volver a ovular con normalidad y pueden tener problemas para quedar embarazadas de manera natural (Buckroyd, 2001).

2.3.4 Consecuencias físicas

La inanición lleva poco a poco a que el cuerpo deje de funcionar correctamente (Buckroyd, 2001). El resultado de todo ello es la reducción primero y la supresión luego de la ración alimenticia, con el consiguiente enflaquecimiento (Gómez, 1996), debido a la considerable pérdida de peso (DSM – IV TR, 2002) y las complicaciones, y síntomas que suelen sobrevenir en un terreno debilitado por una nutrición insuficiente o nula son: la afección precoz de nexos como la piel seca, caída de cabello y uñas quebradizas (Gómez, 1996; Buckroyd, 2001), y las frecuentes infecciones de repetición debidas al debilitamiento del sistema inmunitario (y que en el pasado las hacía más propensas a padecer tuberculosis, lo que llevó en muchos casos a englobar la muerte de la anorexia entre los casos de consunción tuberculosa) (Gómez, 1996).

La inanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones; la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos, y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales. Es frecuente la aparición de leucopenia y de anemia leve; rara vez se observa trombocitopenia; la deshidratación puede reflejarse en niveles altos de urea en la sangre; existe muy a menudo hipercolestemia; la función hepática está aumentada, ocasionalmente se ha detectado hipomagnesemia, hipocincemia, hipofosfatemia e hiperbilisemia. Los vómitos autoinducidos pueden producir alcalosis metabólica (bicarbonato sérico aumentado), hipocloremia e hipopotasemia, y el abuso de laxantes provocan acidosis metabólica e hipocloremia. Los niveles séricos de tiroxina suelen estar en el límite normal – bajo y los de triyodotironina disminuidos. Habitualmente se observa también hiperadrenocortisolismo (DSM – IV TR, 2002).

Las mujeres presentan niveles séricos bajos de estrógeno debido a la amenorrea (DSM – IV Breviario, 1995) y por consiguiente el desarrollo de la densidad ósea se ve afectado permanentemente, y el inadvertido adelgazamiento de los huesos, es precursor de la osteoporosis; aunque la densidad ósea mejora cuando vuelven a subir los niveles de estrógenos, la ex anoréxica no recupera el desarrollo que ha perdido y, por tanto, corre el riesgo de tener osteoporosis en la madurez (Buckroyd, 2001). Asimismo presentan niveles séricos bajos de testosterona. Se produce una regresión del eje hipotálamo – hipófisis – gonadal. En ambos sexos, el patrón de secreción circadiana de la hormona luteinizante es similar al de los individuos prepuberales o puberales. Se observa bradicardia sinusal y rara vez arritmias. Puede haber anomalías difusas (que reflejan una encefalopatía metabólica) como consecuencia de alteraciones significativas de líquidos y electrolitos. Se observa un aumento del cociente ventrículo/cerebro relacionado con la desnutrición (DSM – IV Breviario, 1995).

Además de amenorrea, puede haber estreñimiento (DSM – IV Breviario, 1995) serio y crónico que es uno de los primeros resultados de una dieta insuficiente, por lo que las anoréxicas comen a veces salvado en grandes cantidades para tratar de resolver ese problema (Buckroyd, 2001), también puede haber dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia o debilitamiento progresivo y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede presentarse hipertensión, hipotermia (DSM – IV Breviario, 1995), es decir, descenso de la temperatura corporal, sensación de frío, insomnio (Buckroyd, 2001) y sequedad de la piel. Algunos individuos presentan langudo, un vello fino, en el tronco. La mayoría de los individuos tienen bradicardia (DSM – IV Breviario, 1995; Buckroyd, 2001). Algunos muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos) (DSM – IV Breviario, 1995).

Una excepción aparente a la amenorrea, constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que siguen una terapia hormonal de sustitución, por lo general, con píldoras anticonceptivas (León, 1998).

Excepcionalmente, se observan petequias, en general en las extremidades, indicadoras de diátesis hemorrágica. En algunas personas, el color de la piel es amarillento (asociado a hiperbilirubinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Estas personas que se provocan el vómito, muestran a veces erosiones

dentales y algunas presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito (DSM – IV TR, 2002). Las enfermedades médicas asociadas son la anemia normocítica normocroma, función renal laterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol) (DSM – IV, 2002).

Otras consecuencias de la inanición son la hipotensión o tensión arterial muy baja (Gómez, 1996; Buckroyd, 2001), que da lugar a mala circulación (Buckroyd, 2001), también hay frecuentes mareos y lipotimias, una continua sensación de debilidad o cansancio (astenia) (Gómez, 1996).

Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en la mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse (León, 1998).

2.3.5 Consecuencias psicológicas

Aunque psicológicamente pueden presentar interés obsesivo en la comida y las calorías, la realización de ejercicio físico excesivo dirigido a perder peso, también pueden presentar sensación de soledad, aislamiento o retraimiento social, conducta retraída, pérdida de la capacidad de concentración en cualquier otra cosa, baja autoestima y odio a sí misma (Buckroyd, 2001).

Los trastornos mentales asociados pueden ser del tipo de estado de ánimo deprimido, irritabilidad y pérdida de interés por el sexo, pueden presentar cuadros clínicos que cumplen los criterios para el trastorno depresivo mayor. También se han observado características del trastorno obsesivo - compulsivo en relación con la comida o no. La mayoría de las personas con anorexia nervosa están ocupadas en pensamientos relacionados con la comida y algunas coleccionan recetas de cocina o almacenan alimentos (DSM – IV TR, 2002). Las compulsiones relacionadas con la comida pueden producirse o exacerbarse por la desnutrición. Un número importante de individuos que padecen anorexia nervosa, presentan una alteración de la personalidad que cumple criterios para, al menos, un trastorno de la personalidad. En ocasiones, puede asociarse a la anorexia la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y la iniciativa (DSM – IV TR, 2002).

Los individuos con anorexia nervosa de tipo restrictivo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar más labilidad emocional, de ser activos sexualmente, de presentar mayor frecuencia de intentos de suicidio y de padecer una alteración de la personalidad que cumple con criterios del trastorno límite de la personalidad (DSM – IV TR, 2002).

2.3.6 Consecuencias intelectuales

Aunque las anoréxicas a menudo estudian o trabajan con mucho desempeño, incluso de manera obsesiva, su trabajo se resiente porque su vida emocional y su capacidad creativa están muy limitadas por su enfermedad. En otras palabras, a una persona con anorexia le resulta totalmente posible trabajar duro y reproducir información, y a menudo lo hace de manera brillante. Este trabajo funciona mientras sea lo único que se le exija. Sin embargo, cuando pasa el tiempo, sobre todo después de los quince o dieciséis años y se le exigen cada vez más opiniones, ideas y respuestas personales, a la anoréxica le cuesta cada vez más triunfar (Buckroyd, 2001).

2.3.7 Consecuencias sociales y emocionales

En la anorexia, lo que empieza como una restricción en la comida tiene el potencial de convertirse en un modo de vida que afecta a la totalidad de la existencia de la enferma y deja poco espacio para cualquier otra cosa. Se pueden emplear enormes cantidades de tiempo y energía en planificar y fantasear sobre los detalles de la vida cotidiana. Además el sistema es secreto y debe permanecer como tal. Las fobias de la anorexia son tan difíciles de controlar que la anoréxica se irá aislando gradualmente de las otras personas, separándose aún más de sus amigos y de su familia para poder seguir con su conducta anoréxica, esto no pasa de repente ni de manera muy rápida. El secreto también consume mucho esfuerzo y planificación (Buckroyd, 2001).

Privarse de comer requiere una gran dosis de concentración y energía mental y deja poco lugar para cualquier cosa o persona. En el plano sexual, es prepúber y a menudo tan inocente de la atracción sexual como una niña; sin embargo, no se trata sólo de que la muchacha anoréxica se ha apartado del incremento social normal; su conducta significa que su desarrollo social se ha estancado en el punto donde estaba cuando le empezó a preocupar la enfermedad. Su conducta la priva del tiempo que debe pasar experimentando con la interacción social. Debe aprender a funcionar sin que la familia la esté apoyando todo el tiempo y lo que a menudo resulta difícil de soportar en las familias es que la mujer anoréxica quiera hacer la comida pero se niegue a comerla e insista en que los demás la coman. Debe servirse de su grupo de pares para hablar de sus experiencias afectivas y sociales; debe experimentar con nuevas situaciones y nuevas experiencias, probar nuevos y diversos modos de ver, y comportarse para ir descubriendo gradualmente quién es y qué es lo que más le gusta. Finalmente, debe explorar las posibilidades de relaciones personales más íntimas, que a su debido tiempo se convertirán en relaciones sexuales. Si la anoréxica no participa con su grupo de pares en ese desarrollo, no sólo lo habrá perdido sino que tendrá una edad en la que se supone que esa etapa ya ha pasado (Buckroyd, 2001).

Algunas anoréxicas se casan o tienen relaciones sexuales con una pareja, pero por lo que se sabe en esas relaciones el sexo no suele ser satisfactorio. Algunas veces, a causa de la tensión extrema siente dolor en las relaciones sexuales, otras veces las parejas establecen alguna clase de acuerdo entre ellos, que lleva a que la relación sea tan sólo amistosa, sin sexo. El hombre en este tipo de relación de pareja, quizá experimente dificultades con su propio libido o quizá tenga esperanzas de que las cosas cambien con el tiempo. Aunque, estas parejas tienden a separarse cuando la mujer anoréxica llega a recuperarse (Buckroyd, 2001).

A menudo los que rodean a la anoréxica se enfurecen con ella por esa actitud que la lleva a apartarse de una vida y de unas relaciones normales. La familia y los amigos se angustian al ver que la persona a la que aman va desapareciendo, en el sentido literal de la palabra, ante sus propios ojos. No entienden por qué rechaza tan drásticamente las necesidades diarias de comida y descanso, de compañía y comodidad, que dicta el sentido común. Con frecuencia, su incompreensión va acompañada de enojo y cólera. Se ven impotentes ante la anoréxica y, se sienten controlados y burlados. Cuando la anoréxica se debilita físicamente, el miedo reemplaza a la cólera. En contraste, la anoréxica suele permanecer en perfecta calma y algo distante. No parece comprender porqué arman tanto lío. A menudo sigue diciendo que está gorda aunque esté peligrosamente consumida y cuanto más delgada está, más irracional se vuelve. La anoréxica que se está matando de hambre ciertamente no muestra ningún signo de ser capaz de comprender el peligro en el que se encuentra. Por el contrario, suele sentirse bien y muy pocas anoréxicas tratan de buscar ayuda por su cuenta (Buckroyd, 2001).

2.3.8 Prevalencia

Es muy difícil saber cuánta gente padece anorexia, probablemente hay muchos casos de los que no se tiene información, sobre todo de las formas más leves de la enfermedad. (Buckroyd, 2001). La prevalencia de la anorexia nervosa durante la vida es de aproximadamente de un 0.5 % (DSM – IV TR, 2002) a 1 % de la población femenina entre los 15 y los 30 años (Buckroyd, 2001); entre los hombres, es aproximadamente una décima parte de la de las mujeres, sin embargo, en estos últimos años parece haber aumentado (DSM – IV TR, 2002).

Dado que no existe ninguna prueba de que el trastorno anoréxico se halle vinculado al sexo biológico, es de importancia absoluta constatar la evidente inclinación de la balanza epidemiológica en contra del sexo femenino. Todos los estudios de esta índole coinciden en cifras semejantes: del 90 al 95 % de los pacientes anoréxicos son mujeres (por ejemplo, Hamili, 1974 o Jones et al., 1980; citados en Toro, 2000). La no interpretación biológica de esta ratio sexual, obliga a plantear las cosas en el terreno de lo experiencial, es decir, de lo psicosocial (Toro, 2000). Sin embargo, también hay informes de un incremento de la frecuencia en los niños. Las estimaciones de la incidencia en jóvenes varían entre uno de cada diez y uno de cada veinte casos que se informan, pero parece que la tendencia va en aumento también entre los varones (Buckroyd, 2001); aunque según afirma Stierlin (citado en Tisera – López, 1996), la anorexia no es una enfermedad frecuente, pues afecta a 3 o 5 de cada 100,000 personas (Tisera – López, 1996).

Aunque raras veces se inicia antes de la pubertad, algunos datos sugieren que la gravedad de los trastornos mentales asociados pueden ser mayor en los casos prepuberales. Cuando la enfermedad se inicia en la primera adolescencia (entre 13 y 18 años) el pronóstico es mucho más favorable. Más del 90 % de los casos de anorexia nervosa se observan en mujeres (DSM – IV TR, 2002).

Se calcula que la frecuencia es mucho mayor en ciertos grupos, por ejemplo, el de las bailarinas. La frecuencia ha aumentado constantemente en los países desarrollados de la segunda guerra mundial (Buckroyd, 2001), por lo que este trastorno parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (DSM – IV TR, 2002), y en donde se considera que

una de cada diez adolescentes está en peligro de padecer un trastorno de la ingesta de alimentos (Gómez, 1996). Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos (el cual ostenta el récord de casos), Europa, Japón (DSM – IV TR, 2002; Gómez, 1996), Canadá, Australia, Nueva Zelanda, Sudáfrica (DSM – IV TR, 2002) y en los países de la esfera soviética (Gómez, 1996). Las personas que proceden de culturas en las que la anorexia nervosa es poco frecuente y que se trasladan a lugares donde este trastorno es más prevalente pueden presentar la enfermedad cuando han asimilado el ideal de que el cuerpo delgado significa belleza (DSM – IV TR, 2002).

Las investigaciones de Theander (1970; citado en Toro, 2000) mostraron que la incidencia de la anorexia nervosa en una zona del sur de Suecia entre 1930 y 1960, durante todo este tiempo fue de un promedio de 0.24 casos por cada 100.000 habitantes. Pero durante la última década estudiada (1951 – 1960) esta tasa ascendió a 0.45 por cada 100.000 habitantes. En concreto, se produjo un incremento progresivo de la morbilidad anoréxica, pues se pasó de 1.1 casos nuevos por año a 5.4, es decir, en 30 años se quintuplica sobradamente la incidencia anual. Otro estudio, pero ahora en el americano condado de Monroe, se estimó la incidencia de anorexia nervosa durante dos periodos de tiempo: 1960 – 69 y 1970 – 79; el número de casos diagnosticados pasó de 0.35 por 100.000 habitantes en el primer periodo a 0.64 en el segundo, es decir, la incidencia casi se dobló. Este aumento de la incidencia se produjo a partir de la población femenina, no afectando en absoluto a la masculina, siendo mucho más evidente en el grupo de mujeres comprendidas entre los 15 y 24 años de edad (Jones et al., 1980; citados en Toro, 2000). Por otro lado, Margo (1985; citado en Toro, 2000) ha estudiado la cantidad de anoréxicas atendidas en hospitales de Oxford durante las décadas de los años 60 y 70, hallando que el 77 % de los casos registrados correspondían al periodo comprendido entre 1976 y 1979.

Pero la anorexia nervosa no se distribuye homogéneamente entre las distintas capas o estratos de nuestras poblaciones. Las clases sociales, es decir, los diferentes niveles socioeconómicos y por tanto, socioculturales, presentan tasas distintas (Toro, 2000); como se ha observado en las mujeres pobres de América Latina, la India o África, subalimentadas de forma crónica; en donde los niveles hormonales imprescindibles para la fertilidad se mantienen con reservas corporales mínimas, lo cual representa posiblemente un mecanismo de adaptación ante situaciones tan adversas. No obstante, también se ha descrito en estas poblaciones periodos amenorréicos, aunque parece ser una respuesta de tipo fisiológico (Gómez, 1996).

En los países occidentales, por el contrario, la mayoría de las afectadas suelen ser jóvenes de raza blanca, de clase media y alta, aunque cada vez es mayor el número de anoréxicas precedentes de estratos sociales más bajos. En los Estados Unidos, la población negra, seguida de la hispana y de la de origen oriental, se suma también paulatinamente al fenómeno. En las mujeres árabes, debido a la poca libertad de que gozan, no es posible evaluar la incidencia, aunque las chicas musulmanas emigradas a los países europeos sí presentan a veces trastornos de la alimentación, como están empezando a constatar los médicos en sus consultas (Gómez, 1996).

En el año 1976, Crisp y cols. (citados en Toro, 2000) llevaron a cabo un minucioso estudio de nueve escuelas de Londres. Verificaron el volumen de casos graves de anorexia nervosa

existentes entre las muchachas de más de 16 años. Hallaron que en las escuelas privadas aparecía un nuevo caso de anorexia al año por cada 250 muchachas, mientras que en las escuelas públicas se producía un nuevo caso por cada 300 alumnas. Es decir, existían significativas diferencias de incidencia en función de la clase social, habida cuenta que las escuelas privadas cuentan con una clientela de nivel económico claramente superior al representado en las escuelas públicas.

Garner y Garfinkel (1982; citados en Toro, 2000) verificaron este mismo hecho, en su clínica de Toronto. Puede observarse la importantísima diferencia existente antes de 1975 entre los porcentajes de anoréxicas procedentes de las clases altas y bajas; la diferencia entre el 70 % y el 30 %, respectivamente, es tanto más relevante cuanto que las clases superiores son, las minoritarias, situándose los estratos más numerosos de la población en niveles más bajos. A medida que pasan los años, a partir de 1976 hasta 1979, aumenta la cantidad total de pacientes asistidas, pero ya no es tanta la diferencia entre niveles socioeconómicos. Es decir, las cosas suceden como si se tendiera a una cierta homogeneización, a una aproximación de las diferentes incidencias en función de la clase social.

Esta asociación entre anorexia nervosa y, clases sociales medias y elevadas ha sido automáticamente constatada en el mundo occidental desarrollado. No obstante, en la propia URSS, a pesar de la oficial inexistencia de clases sociales, se ha descrito la asociación existente entre anorexia nervosa y nivel socioeconómico. Estos fenómenos no se producen del mismo modo en otros países, en otras culturas, como por ejemplo, en el mundo subdesarrollado o tercer mundo, donde no existe prácticamente la anorexia nervosa (Toro, 2000); aunque se solía pensar que la anorexia era algo limitado a las clases medias blancas, pero hoy en día los investigadores dicen que ven anoréxicos de todas las clases y grupos étnicos. Sin embargo, es posible que este cambio sólo sea el resultado de una mayor conciencia de la enfermedad y, por consiguiente, una mayor información sobre ella (Buckroyd, 2001).

Un ejemplo, es que en Estados Unidos la población negra parece estar escasísimamente afectada por la anorexia nervosa. En 1983, Suematsu (citado en Toro, 2000) publica un estudio de los 224 casos de anorexia nervosa detectado en los hospitales universitarios de Japón desde la finalización de la segunda guerra mundial. También allí, la incidencia está creciendo geométricamente en los últimos años. La interpretación se decanta hacia la consideración de la progresiva occidentalización del Japón como causa esencial de estos hechos. En 1984, Pumariaga y cols. (citados en Toro, 2000) describieron los casos de 10 y 11 pacientes negros publicados en la literatura científica. Suministraron datos a favor de una estimación aproximada de la incidencia de la anorexia nervosa en mujeres no blancas de 0.42 casos por 100.000 habitantes, entre 1970 y 1976 en la ciudad de Nueva York, comparada con 3.26 en mujeres blancas durante el mismo periodo y la misma población. Por otro lado, de los 11 casos publicados hasta ese momento, 9 habían sido detectados en los últimos 3 años.

Un estudio sobre la incidencia de anorexia nervosa en Malasia revela interesantes datos (Buhrich, 1981; citado en Toro, 2000). El departamento de Psiquiatría del Hospital General de la capital, Kuala Lumpur, no recibió ni un solo caso entre 1976 y 1978. En una encuesta realizada con los 18 psiquiatras existentes en toda Malasia se puso de manifiesto que habían atendido 30 anoréxicos (28 mujeres y 2 varones) a lo largo de unos nueve años y dentro de

una población psiquiátrica de 60.000 pacientes. Estas cifras son muy inferiores a las occidentales, además de esos 30 pacientes anoréxicos, 19 eran chinos, siete indios y uno euroasático, sólo había una mujer malaya. Este hecho, reviste importancia dadas las características socioeconómicas elevadas y occidentalizadas de las poblaciones china e india. Es interesante observar que los malayos hacen frecuentes bromas acerca de que la delgadez es consecuencia y señal de “excesos” sexuales. Se especula sobre la posibilidad de que estas actitudes sociales y culturales desanimen a las muchachas malayas potencialmente anoréxicas en su persecución de la delgadez (Toro, 2000).

Los primeros tres casos de anorexia nervosa en mujeres caribeñas (Thomas y Szumkler, 1985; citados en Toro, 2000), jóvenes de 17, 19 y 20 años, respectivamente, presentaban sintomatología total y absolutamente coincidente con la observada en la anorexia occidental media. Pero, se trataba de pacientes atendidas en Londres, hijas de inmigrantes caribeños plenamente integrados en la sociedad británica y de niveles socioeconómicos relativamente elevados para la población de origen.

2.3.9 Pronóstico y mortalidad

El pronóstico es grave (Tisera – López, 1996); los estudios de evolución indican que, transcurridos unos cinco años después del diagnóstico, un 25 % de los pacientes sigue siendo anoréxicos, un 40 % presenta síntomas depresivos y un 25 % obsesivos (Toro, 2000).

Las estimaciones del porcentaje de la mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10 %, aunque puede variar (Toro, 2000; Tisera – López, 1996); aunque la mortalidad a largo plazo de este trastorno en personas hospitalizadas en centros universitarios es aproximadamente del 10 %. Pero tras 12 años de evolución del trastorno, la curación se considera sumamente difícil, sino imposible. Aproximadamente la mitad de los pacientes anoréxicos experimentan episodios bulímicos (Toro, 2000).

La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico (DSM – IV TR, 2002) o por alguna enfermedad intercurrente (Tisera – López, 1996); pero algunos cálculos sugieren que entre el 6 % y el 10 % de los enfermos mueren a causa de la anorexia (Buckroyd, 2001).

2.3.10 Algunas explicaciones de la anorexia nervosa

En un alto porcentaje de anoréxicas, la amenorrea, que es consecuencia generalmente de la pérdida de peso, aparece antes de que exista la delgadez que la justifique, lo cual indica la presencia además de un factor psicológico que actúa sobre los niveles hormonales de estas mujeres. Y es que las mujeres en edad fértil necesitan disponer como mínimo de un 18 a un 22 % de grasa corporal para que el funcionamiento normal de los sistemas neuroendocrino implicados en la menstruación pueda tener lugar; por debajo de este nivel de grasa subcutánea la menstruación no hace su aparición, ya que el vaciamiento de los adipositos, unas células que aparte de almacenar la grasa corporal sirven de reservorio a nuestras hormonas sexuales, provocan que existan unos niveles muy bajos de estrógenos en el organismo. En las niñas prepuberales, la anorexia nervosa puede retrasar la aparición de la menarquia (DSM – IV TR, 2002). Podría afirmarse que, en cierta forma, el rechazo al alimento constituye hoy día un

sustituto de la anterior huida al convento por parte de las jóvenes. En el pasado, el ayuno significaba para muchas mujeres el sometimiento a las normas cristianas y la aplicación de las ideas de autodesprecio que se les habían incluido, pero al mismo tiempo, y paradójicamente, la anorexia era una forma de librarse de esas mismas normas y la única posibilidad de poder ejercer un cierto control sobre sus cuerpos y sus vidas (Gómez, 1996).

Esta paradoja de sometimiento e intento de liberación, la seguimos observando en la moderna anorexia; aunque la anorexia actual parece mostrar un gran afán por someterse a las imperantes normas estéticas de extrema delgadez, por otro lado, sigue buscando la autodestrucción y la infertilidad como medios de escapar al destino que le está reservado. Al dejar de comer, los contornos corporales de la mujer vuelven a ser los de una niña prepúber. A medida que pasa el tiempo, la anoréxica se hace más introvertida y retraída socialmente. La mayoría de estas mujeres no tienen relaciones sexuales, no se masturban ni salen con hombres y muchas, al igual que sus antepasados medievales mueren vírgenes. Esto las diferencia radicalmente de las bulímicas y comedoras compulsivas que suelen ser sexualmente activas antes del comienzo de su enfermedad y lo siguen siendo a pesar de su trastorno alimenticio, pudiendo incluso casarse y tener hijos (Gómez, 1996).

En la anorexia, los que la sufren, despliegan su hambre emocional privándose físicamente de alimentos. La “adicción a la delgadez” las libera de enfrentar el rol de una mujer adulta, rechazando el rol (femenino) adulto, primeramente porque nunca han vivenciado a través de la madre el cuidado amoroso que esperaban y que habrían necesitado para una vida realizada, segundo porque pueden demostrar que han quedado “hambrientas” emocionalmente. La desnutrición lleva a que escasamente tengan un aspecto femenino. A través de un proceso de aprendizaje, las pacientes anoréxicas aparentemente obtienen placer de vivir en esta situación peligrosa, en esta situación limítrofe entre la vida y la muerte, pudiendo raramente abandonar su tendencia adictiva a mantener la “delgadez” (Tisera – López, 1996).

Su deseo de hacer todo lo posible para hacerse omnipotente e independiente de los alimentos por su parte, y manifestar dramáticamente su enfermedad de hambre por la otra, se hace irresistible e “insaciable”. El beneficio secundario según Freud (citado en Tisera – López, 1996) está en la atención que recibe debido a su sufrimiento, incluso hasta el punto de poner en riesgo su vida, ya que la imagen impresionante de hambre que muestran tiene la finalidad de motivar a sus semejantes a proporcionarles el cariño que ellas desean. Su “ideología del hambre” les garantiza por una parte, la atención constante de los que las rodean y, por otra parte, conduce a tendencias ansiógenas de incorporación y de toma de posesión. Las anoréxicas están atrapadas en el dualismo, fijadas a la idea de correcto o falso. Viven en la dureza de la antítesis, sin reconocer lo tercero, lo reconciliante del justo medio. ¿Acaso el proceso externo de anorexia/bulimia y/o “demasiado/demasiado poco” no significa falta de equilibrio? Confunden el justo medio, la justa medida, la medida, con mediocridad (Klessmann, 1988; citado en Tisera – López, 1996) y esto es lo que ellas aborrecen.

Frecuentemente el único tema de conversación entre estas pacientes y sus familiares se reduce a la alimentación. El medio familiar trata de obligarlas a ingerir alimentos por medio del chantaje, pero las anoréxicas insisten cada vez más en emaciar su cuerpo e idealizar su hambre. Su “delgadez” se convierte en un “monumento” a su hambre adictiva (Tisera – López, 1996).

De acuerdo con Stierlin (citado en Tisera – López, 1996), la ascética queda prisionera de las necesidades contra las cuales lucha, tiene que pensar constantemente en la comida y en la reducción de peso, y queda como poseída por ese tema. Bruch (citada en Tisera – López, 1996). Stierlin, supone que hay tres áreas de trastornos psíquicos antes del comienzo de la enfermedad:

1. Graves trastornos de la imagen corporal, es decir, la forma como las adolescentes se perciben a sí mismas.
2. Interpretación errónea de los estímulos internos y externos, especialmente en la percepción de la vivencia de hambre.
3. Una sensación paralizante de ser impotente, incapaz de poder cambiar algo en su vida. El deseo obstinado de controlar el cuerpo debe ser considerado en relación a la sensación de impotencia (Tisera – López, 1996).

Hilde Brunch (citada en Tisera – López, 1996), hace notar que cada paciente de anorexia cree en el fondo de su corazón que su personalidad básica está dañada, que no es lo suficientemente buena y que todos sus esfuerzos están dirigidos a ocultar esa “mancha” fatal. Las pacientes están convencidas que las otras personas las observan desaprobándolas. De las investigaciones de Brunch, se desprende que tanto mujeres como varones, recibieron en la primera infancia muy poca confirmación de su propio valor, se sienten inseguros y se minimizan constantemente a sí mismas. El hecho de que la enfermedad se manifieste en la pubertad puede estar relacionado con el desarrollo femenino y masculino más intenso, y rápido durante este período (Tisera – López, 1996).

Brunch muestra, que son muy obstinadas y casi posesas por la sensación de haber logrado el control de sus problemas a través de la conducta que emplean. La presentación física demostrativa de su hambre, evidencia su intento de compensación a través de un self grandioso; alimentan la ilusión de haber derrotado sus necesidades biológicas. En ciertas pacientes, la anorexia se manifiesta en ataques bulímicos seguidos de vómitos (Tisera – López, 1996).

De acuerdo con Raimbault y Eliacheff (1991), la postura de la anoréxica frente a la misma sensación consiste en elaborar una hipótesis teórica desarrollada con una lógica irrefutable hasta sus consecuencias más extremas. El médico, sepa o no escucharla, es un interlocutor privilegiado, pues la hipótesis de partida es un hecho médico: el malestar se debe al temor frente al dolor. La frase que la anoréxica dice al principio de su malestar: “No puedo comer porque me duele”, evoca al médico un sufrimiento físico que ella quiere evitar. La anoréxica conoce el origen de su mal y sabe cómo remediarlo, esto es imponiéndose una dieta que es una prescripción, un tratamiento, y no una privación.

Raimbault y Eliacheff (1991) describen la enfermedad en tres estadios, aunque ésta siga siendo estrictamente médica:

- *Primer estadio*: es el de simple rechazo de alimentarse, poco diferente al de un gastrálgico.
- *Segundo estadio*: es en el que la perversión mental aparece verdaderamente, y en el que se puede hablar de anorexia histérica.

- *Tercer estadio*: es en el que la histérica pasa a ser considerada enferma.

La paciente parece saber cómo son las cosas y a partir del primer estadio, prepara sus argumentos, los cuales tienen siempre que ver con la terminología médica, ya que ella se está curando y desde su punto de vista, el tratamiento es eficaz. En el tercer estadio, el médico considera que se encuentra frente a una enferma y la argumentación de la anoréxica siempre consiste en demostrar que su propio tratamiento es eficaz (Raimbault y Eliacheff, 1991).

La clase científica actual evita preguntarse por las verdaderas motivaciones que pudieran ocultarse tras esta actitud, perdiéndose en vagas especulaciones acerca del miedo a hacerse adulta o al rechazo de la propia "feminidad". Se responde con la teoría de la "debilidad del yo", las ideas de autodestrucción y la obsesión por adelgazar para seguir la moda. La hipótesis de la "debilidad del yo" de la anoréxica choca frontalmente con las características reales de estas mujeres, tanto las del pasado como las actuales, ya que las chicas que suelen ir a las consultas son personas de carácter fuerte e ideas firmes, muy inteligentes y sensibles, a las que se podrían definir como las mejores y las más brillantes; de hecho, son precisamente esa fuerza de carácter y esa rebeldía, lo que las empuja de forma inconsciente a la anorexia y, les confiere la obstinación y la fuerza de voluntad para seguir con ello hasta el final (Gómez, 1996).

En la actualidad, la sociedad sigue ofreciendo a las mujeres un número muy limitado de caminos para conservar la autoestima y el respeto por sí mismas, y una de las vías principales es aún, ofrecer sus cuerpos para que los hombres los admiren y los deseen. Se les hace creer a las adolescentes que la liberación sexual consiste en tener relaciones sexuales desde la más temprana edad; nadie les dice que la verdadera libertad de elección incluye la posibilidad de no desear tener relaciones de este tipo hasta más tarde. Desde una edad cada vez más temprana, las mujeres se ven sometidas a una tremenda presión psicológica si no optan por someterse a los valores sexuales imperantes y, de hecho, esa idea de tener que estar constantemente a disposición sexual del varón que se está inculcando a las adolescentes, está en el origen del incremento actual de los casos de anorexia (Gómez, 1996).

El problema es, que las mujeres que se niegan a someterse al *mito genital* de su época perturban en cierta manera el orden social, pues como afirma Sily Cline, "si no se acepta la ideología del mito genital, significa que tampoco se aceptan las ficciones de la poderosa élite masculina que controla socialmente la vida de las mujeres y que prescribe un comportamiento sexual permanentemente activo". Y así, la anorexia, entendida como el reflejo de la decisión inconsciente de no participar en la vida sexual, se convierte en una innegable declaración ideológica y al igual que la huelga de hambre, es en cierta forma una medida de presión política (Gómez, 1996).

Pero las adolescentes, aunque no lo deseen, no se niegan a las relaciones coitales para no verse rechazadas por su pareja, ya que el cariño y el afecto se relacionan íntimamente con el sexo, por lo que a estas jóvenes les es difícil entender que rechazar lo uno no significa perder lo otro. Por lo anterior, para prevenir la creciente aparición de este tipo de trastornos, el rechazo al alimento debe dejar de constituir la única oportunidad de poder imponer una "moratoria indefinida" a la actividad sexual. Por lo anterior, se debe empezar a educar a las jóvenes en la idea de que pueden demorar sus encuentros sexuales hasta que estén preparadas

para afrontarlos, si es que alguna vez lo desean y se debe impulsar el establecimiento de las relaciones afectuosas entre chicos y chicas donde prime la camaradería y el trato igualitario. Así, la anoréxica empezará a responder positivamente a medida que le hagamos comprender que no está en realidad obligada a mantener relaciones sexuales de ningún tipo hasta que ella lo desee y podrá, como afirma Jane Ussher, “elegir sus verdaderas necesidades, mientras sitúa sus experiencias vitales en contexto” (Gómez, 1996).

Numerosos estudios han demostrado que mientras el cuerpo combate un ataque externo, como una infección, estrés físico o emocional, invierte toda la fuerza de la que dispone para luchar en contra del agente agresor, mientras el resto del organismo se mantiene en un estado pasivo y continúa funcionando con lo mínimo. Para algunas mujeres del Tercer Mundo esta situación de “ataque externo”, tanto físico como psíquico, se mantiene por desgracia durante toda su vida, lo cual puede llevarlas a un estado crónico de indiferencia y de abatimiento, con astenia o falta de fuerzas, ausencia de menstruación e incluso una falta de deseo de alimento que puede semejar una anorexia. Pero en estos casos, la astenia, la anorexia y la amenorrea cumplen una función positiva, debido a que el debilitamiento producido por estas causas obliga a la mujer a reposar y la falta de menstruación les permite temporalmente librarse de su carga reproductora, trayéndoles un alivio de sus padecimientos (Gómez, 1996).

2.4 *Bulimia nervosa*

La *bulimia* fue considerada como consecuencia de un estado de ánimo anormal y después apareció reflejada en los diccionarios médicos de los siglos XVIII y XIX como curiosidad médica. A finales del decenio de 1970 fue descrita como el síndrome de purga y atracones (Holtz, 1995; Mayeos y Solano, 1997; citados en Álvarez et al., 2000a). La *bulimia* fue definida como un sinónimo de hambre, como hambre canina, hambre insaciable (García - Pelayo, 1984) o como un hambre morbosa exagerada, contrario de la anorexia (Warren, 1995); aunque el uso del término hambre en el sentido más amplio de la palabra, incluye así todas las manifestaciones que abarcan deseos activos y “agresivos” del ser humano no sólo por alimento (oral) con comida, sino también atención emocional y (táctil) cálida. Con esto se satisface el anhelo por contacto y comunicación, pero también por estimulación, algo muy arraigado en todo ser humano (Tisera - López, 1996). La *bulimia* se caracteriza por episodios recurrentes de voracidad seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes y diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo (DSM - IV TR, 2002).

2.4.1 *Criterios diagnósticos*

Aunque se sabe que los romanos tenían la costumbre de darse atracones y vomitar, la literatura médica del pasado no considera eso igual que la anorexia. En realidad, sólo se le describe como una enfermedad de mujeres jóvenes a partir de 1979 y en ese momento se creía que era extremadamente rara. Desde entonces se ha seguido intentando definirla, pero al igual que la anorexia, las investigaciones han identificado a la *bulimia* como una enfermedad psíquica (Buckroyd, 2001). Los primeros casos de *bulimia nervosa* se publicaron a finales del siglo pasado, aunque hasta la década de los 40's no aparecieron en la literatura médica descripciones clínicas detalladas (Gómez Peresmitré, 2001).

La bulimia nervosa, es un trastorno alimentario caracterizado por periodos excesivos de ingestión de comida, a los cuales, generalmente, les sigue un proceso de purga (Sherman y Thompson, 1999), es decir, se instaura un ciclo de ingesta – vómito – ingesta (Kanarek, 1991; citado en Gómez Peresmitré, 2001). Los episodios de comer en exceso consisten en ingerir grandes cantidades de alimentos altos en calorías. Por lo general, se ingieren en secreto y la purga ocurre con más frecuencia por medio de vómito autoinducido, pero también puede incluir abuso de laxantes o diuréticos, ayuno y ejercicio excesivo.

De acuerdo con el DSM – IV TR (2002, Ver Tabla 2), las características esenciales de la *bulimia nervosa* consisten en:

- ❖ Atracones, que se definen como el consumo a lo largo de un período corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían.
- ❖ En métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso.
- ❖ La autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales.
- ❖ Los atracones se caracterizan también porque el individuo consume comida variada, aunque generalmente son dulces y alimentos con un alto contenido calórico (como helados o pasteles).
- ❖ Los individuos con este trastorno, se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas.
- ❖ Los atracones se realizan normalmente a escondidas o lo más simuladamente posible.
- ❖ Los episodios no fueron planeados con anterioridad y se caracterizan por una rápida ingesta del alimento, y pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más e incluso hasta que llegue a sentir dolor por la plenitud.
- ❖ Los atracones se acompañan de una sensación de falta de control. El individuo puede estar en un estado de excitación cuando se atraca de comida, especialmente en el inicio de la enfermedad.

De acuerdo con el DSM – IV TR (2002), la *bulimia nervosa* se divide en:

- ◆ Tipo purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio. Este tipo tiene más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal.
- ◆ Tipo no purgativo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar, practicar

ejercicio intenso, aunque no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas.

Tabla 2

Criterios para el diagnóstico de F50.2 Bulimia nerviosa [307.51]

- A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
- (1) ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., un periodo de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - (2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).
- B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
- C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- D. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

Especificar el tipo:

Tipo purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Fuente: DSM – IV TR (APA, 2002 pp. 665).

2.4.2 *Bulimarexia*

Esta palabra describe a la anoréxica que se vale de los atracones de comida como forma de enfrentar los repetidos y violentos retortijones de hambre que siente, y luego vomita o se purga para mantener su peso en niveles muy bajos, de manera que se deshace de todo lo que come. Es probable que desde el punto de vista físico éste sea el trastorno de alimentación más peligroso y de mayor riesgo para la vida. La enferma no sólo sobrelleva los efectos de la inanición, sino que además impone a su cuerpo una terrible sucesión de atracones seguidos de purgas o vómitos. Lo que más le cuesta soportar a la enferma es la vergüenza de haber perdido el control (Buckroyd, 2001).

Algunos investigadores creen que no se debe diferenciar la bulimarexia de la anorexia, aduciendo que el estado mental y la visión del mundo de una enferma son los mismos que los de una anoréxica. En la literatura antigua, escrita antes de que la bulimia fuese diagnosticada con claridad, se la describe como un aspecto posible de la anorexia. Desde el punto de vista psicológico la bulimiaréxica quizá sea más accesible que la anoréxica, aunque físicamente corra gran riesgo, puesto que sus comilonas son la prueba de que su sistema de control ha fallado, es probable que por esta razón sea más propensa a la depresión y el suicidio (Buckroyd, 2001).

2.4.3 Características de la bulimia

Los tres problemas alimentarios más comunes son la anorexia nervosa, la bulimia y la sobrealimentación compulsiva. La bulimia es similar a la sobrealimentación compulsiva, aunque en realidad es más parecida a la anorexia. Las similitudes entre anorexia y bulimia incluyen la preocupación por las dietas, los alimentos, el peso y la talla corporal, así como incomodidad cuando se come con otras personas y la búsqueda de aprobación; así como la anorexia y la bulimia presentan rasgos similares, también difieren en varias formas. Una diferencia consiste en la negación del problema: la anoréxica niega a los demás y así misma que existe un problema o un comportamiento de alimentación anormal; mientras que la bulímica, por lo general, rechaza la existencia del problema ante los demás, pero reconoce claramente que sus hábitos alimentarios son anormales. Otra diferencia consiste en que la anoréxica siempre está falta de peso, sin embargo, el peso de la bulímica puede ser bajo, normal o tener sobrepeso. Otra diferencia radica en la distorsión de la imagen corporal, la distorsión de la anoréxica es, por lo común, más seria que la de la bulímica. Por último, el objetivo de la anoréxica es perder más peso, pero la meta de la bulímica es obtener un peso o una figura ideal, casi siempre poco realista (Sherman y Thompson, 1999).

La principal diferencia entre las personas que comen bajo parámetros de normalidad y las bulímicas, se relaciona con la intensidad de las respuestas emocionales de las bulímicas antes, durante y después de comer. Es decir, las personas que comen con normalidad no sienten exceso de ansiedad, temor, culpabilidad o falta de control respecto a la comida. Más específicamente, la mayor parte de las personas que comen en forma normal, por lo general, no comen en exceso periódicamente ni ingieren las grandes cantidades de alimentos que con frecuencia, son características de los desmanes bulímicos. Por último, la mayoría de las personas que tienen hábitos alimentarios normales no se purgan con regularidad. Más bien, compensan los excesos restringiendo la ingestión de comida o aumentando el ejercicio; algunas pueden tomar ocasionalmente un laxante o un diurético porque se sienten estreñidas o abotargadas, y pocas se provocan el vómito (Sherman y Thompson, 1999).

La bulimia es un fenómeno multicausal relacionado con factores psicológicos, familiares y sociales (Sherman y Thompson, 1999), el cual hasta mediados de los 70's fue que se reconocieron casos frecuentes de bulimia en personas de peso normal (Gómez Peresmitré, 2001). Ciertos factores de naturaleza biológica, como la predisposición a la depresión, también puede desempeñar un papel en este trastorno. Puede decirse entonces, que los factores biológicos, familiares y sociales predisponen para el desarrollo de la bulimia; así como las características psicológicas o de la personalidad, proporcionan la causa determinante una vez que se ha preparado el terreno (Sherman y Thompson, 1999).

La bulimia nervosa se inicia generalmente al final de la adolescencia (Feinholtz, 1997; citado en Álvarez et al., 2000a; DSM - IV TR, 2002) o al principio de la vida adulta (DSM - IV TR, 2002); suelen ser adultos jóvenes, entre 25 y 35 años (Gómez, 1996). Aparece preponderantemente en mujeres jóvenes (Tisera - López, 1996; DSM - IV TR, 2002; Gómez, 1996), aunque esta enfermedad afecta también a un número considerable de hombres (Gómez, 1996). Estas personas se caracterizan por experimentar una terrible angustia acerca del exceso de peso, sin embargo, tiene periodos en los que experimentan una necesidad incontrolable de comer, sobre todo alimentos dulces; con frecuencia presentan episodios de estrés, temor, coraje y angustia entre otros (Feinholtz, 1997; citado en Álvarez et al., 2000a); además ponen demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales al autovalorarse, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima (DSM - IV TR, 2002).

Pueden realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interfiere de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nervosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones. También realizan conductas compensatorias inapropiadas para evitar la ganancia de peso, como puede ser la purga con el uso excesivo de laxantes y diuréticos o la provocación del vómito (en el que después de un tiempo los enfermos acaban generalmente por tener la necesidad de vomitar a voluntad) o pueden estar sin comer uno o más días (DSM - IV TR, 2002).

El propósito de la purga es “corregir” la ingesta excesiva en la comida, es un intento por aliviar la culpa por haber comido tanto y reducir el aumento de peso que puede presentarse generalmente como resultado de estos excesos. Es probable que la purga sea más destructiva que sólo excederse en la comida, por dos razones: primera, porque hay muchos peligros físicos y médicos asociados; segundo, porque la purga ayuda a justificar el exceso en la comida, es decir, que la purga proporciona que se siga comiendo en exceso en el futuro. El comportamiento puede variar mucho de una persona a otra. Algunos pacientes comen en exceso y se purgan varias veces al día, algunos solo lo hacen ocasionalmente. Asimismo, lo que para unas personas es un exceso, por ejemplo, ingerir cinco mil calorías de alimentos dulces, para otras podría ser comer cualquier alimento que no sea bajo en calorías. De igual modo, la purga puede adoptar varias formas: el vómito o combinar métodos como los vómitos y el abuso de laxantes o de ayunos, demasiado ejercicio y abuso de diuréticos (Sherman y Thompson, 1999).

Normalmente, los individuos con bulimia nervosa se encuentran dentro del margen de peso considerado normal (DSM - IV TR, 2002), no presentan problema de adelgazamiento pronunciado (emaciación) (Gómez Peresmitré, 2001) a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada y “mórbida”. Algunos datos sugieren que antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica, y escogen alimentos de bajo contenido calórico (dietéticos), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden

desencadenar un atracón. Datos preliminares sugieren que en casos de tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo (DSM – IV TR, 2002).

Sherman y Thompson (1999), señalan que muchas bulímicas pasan hasta 95 % de sus horas de vigilia pensando que comer, cuándo comer, dónde comer, cómo excederse sin que las sorprendan, dónde y cuándo vomitar, si quieren usar diuréticos, laxantes o pastillas dietéticas y cómo hacerlo, cuándo ponerse a hacer ejercicio y cuándo ayunar o seguir una dieta. Esta preocupación por la comida, así como las conductas relacionadas con la alimentación, generalmente es el resultado de las dietas, todo por una búsqueda implacable de peso y figura ideales, en donde la bulímica define el término “ideal” como delgada y perfecta, lo cual denota una estrechez en el concepto. Está convencida de que sólo puede ser feliz si es lo suficientemente esbelta para lograr la figura soñada. Este enfoque en una figura física poco realista le impide proseguir con su vida (por ejemplo, buscar empleo, tener novio, hacer amigos).

El ritmo orgánico está perturbado, o sea, el corporal y físico: el peristaltismo del estómago e intestino ha detenido su función pues la ingestión, eliminación (todas sufren de estreñimiento) y grado de tolerancia de cantidades demasiado pequeñas o demasiado grandes de sólo pepinos, yoghurt o diez porciones de pastel, hacen que un organismo sensible se vea enfrentado a problemas imposibles de resolver. A esto se agrega la desaparición del período menstrual, el trastorno más evidente del ritmo, al mismo tiempo que la respuesta a la negación de ser mujer (Tisera – López, 1996).

2.4.4 Consecuencias físicas

El estímulo del vómito induce el paso por la boca de alimento impregnado en jugos gástricos que producen paulatinamente inflamación esofágica y riesgo de perforación (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001). Los vómitos repetidos producen deterioro y glocitis de las glándulas salivales (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001) y pueden dar lugar a una pérdida (DSM – IV TR, 2002) y erosión (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001) significativa y permanente del esmalte dental, especialmente de la superficie posterior de los incisivos. Estos dientes pueden resquebrajarse y parecer rotos o carcomidos; puede haber asimismo muchas cavidades en la superficie de los dientes (DSM – IV TR, 2002); también pueden presentar gingivitis (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001; Sherman y Thompson, 1999), caries, inflamación de las glándulas salivales (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001), que en algunos individuos, sobre todo la glándula parótida (debajo de la mandíbula), se encuentran aumentadas de tamaño (DSM – IV TR, 2002), la cual algunas veces se asemeja a las paperas o da la apariencia de cierto tipo de ardilla (Sherman y Thompson, 1999). El vómito también tiende a elevar la frecuencia cardíaca y a producir después síntomas similares a los del estado de shock: sudoración, escalofríos y debilidad (Buckroyd, 2001).

Los enfermos que se inducen el vómito estimulando el reflejo pueden presentar callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano (debido a los traumatismos provocados por la dentadura). Se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito (DSM – IV TR, 2002).

Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos (DSM – IV TR, 2002) y que es como muchas veces se descubre la bulimia, ya que alguien encuentra las cajas de laxantes (Buckroyd, 2001). El uso de laxantes y diuréticos provoca la aparición de deshidratación con hiponatremia e hipocalemia (DSM – IV TR, 2002). Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hipoatremia e hipocloremia) (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001; DSM – IV TR, 2002). Potencialmente este es el problema o efecto colateral más grave. Las purgas provocan una reducción del potasio, cloruro y del sodio en los electrolitos, necesarios para el adecuado funcionamiento de los principales sistemas del organismo. Si bien son muchos los problemas que pueden resultar de un desequilibrio electrolítico, los más graves son irregularidades cardíacas e incluso la muerte (Sherman y Thompson, 1999).

La pérdida de ácido clorhídrico, producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado) y las diarreas por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica; presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, reflejo del aumento de la isoenzima salivar (DSM – IV TR, 2002). El estreñimiento y la diarrea son también problemas frecuentes (Sherman y Thompson, 1999). Además que los retortijones del estómago y la diarrea ocasionada por el abuso de laxantes son realmente espantosos, e impiden que la bulímica salga de casa o continúe con las actividades diarias normales (Buckroyd, 2001). El uso continuo de laxantes también puede producir trastornos en la función del colon y mala absorción (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001).

Las consecuencias sobre el aparato gastrointestinal derivan del rápido consumo de grandes cantidades de alimentos, se producen dilatación gástrica, con molestias apigástricas y náuseas, esofagitis, perforación esofágica y dilatación gástrica. La estimulación pancreática continuada puede generar episodios de pancreatitis con fiebre, alteración funcional del colon, distensión abdominal (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001) que puede llegar a ser extrema por exceso en el consumo de comida (Sherman y Thompson, 1999) y dolor cólico (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001; Sherman y Thompson, 1999), el cual puede ser causado por el trauma físico del vómito, también puede haber espasmos por abuso de laxantes. Otra consecuencia física es la tumefacción e inflamación (edema), en donde la causa de la inflamación es la deshidratación ocasionada por las purgas seguida por una retención de agua por “rebote”. Esta inflamación es peor después de que ha terminado la purga (Sherman y Thompson, 1999).

Los daños en el sistema endocrino son, en las mujeres irregularidades menstruales (DSM – IV TR, 2002; Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001), que ocurre con más frecuencia cuando la persona está baja de peso, se presentan problemas similares incluso en personas bulímicas con un peso normal (Sherman y Thompson, 1999); también puede presentarse amenorrea (DSM – IV TR, 2002), así como hipoglucemia; en el sistema cardiovascular son: palpitaciones y fallo congestivo; en el sistema renal son: hipocalemia inducida por diuréticos; en los fluidos y electrolitos son: deshidratación, hipocalemia, hiponatremia, hipocloremia, acidosis metabólica inducida por el abuso de laxantes (Bartrina, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001), así como desequilibrio mineral del organismo que puede terminar en un colapso y hasta la muerte, aunque un desequilibrio electrolítico menos

drástico causa automáticamente deshidratación o hinchazón puesto que afecta el equilibrio de fluidos del organismo.

A menudo la bulímica hace uso de una tercera opción, ya sea sola o combinada con los vómitos y las purgas, para compensar las comilonas, pasando hambre (Buckroyd, 2001). Otras complicaciones, aunque raras, pueden causar la muerte del individuo, como son los desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas. El prolapso rectal también puede presentarse (DSM – IV TR, 2002).

Al igual que las anoréxicas, las bulímicas tienen el cutis seco, lo cual resulta de la deshidratación o pérdida de agua en el cuerpo debido al vómito, abuso de laxantes o de diuréticos (Sherman y Thompson, 1999). Con excepción de la erosión dental, la mayoría de estos problemas pueden corregirse y son reversibles una vez que han cesado los comportamientos bulímicos (Sherman y Thompson, 1999).

Las de tipo purgativo presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos (DSM – IV TR, 2002). Este tipo de estrés físico que sigue al estrés físico y emocional de un atracón, hace que una bulímica de peso normal se sienta enferma y exhausta, pero el esfuerzo es aún mayor para el sistema ya debilitado de la anoréxica (Buckroyd, 2001).

2.4.5 Consecuencias psicológicas

Algunos enfermos describen síntomas de naturaleza disociativa durante o después de los atracones. A medida que la enfermedad progresa, los atracones ya no se caracterizan por una sensación aguda de pérdida de control, sino por conductas de alteración del control, como es la dificultad para evitar los atracones o la dificultad para acabarlos. Los estados de ánimo dismórficos, las situaciones interpersonales estresantes, el hambre intensa secundaria a una dieta severa o los sentimientos relacionados con el peso, la silueta y los alimentos pueden desencadenar este tipo de conducta (DSM – IV TR, 2002).

Estos individuos pueden presentar también síntomas y trastornos mentales asociados, como pueden ser síntomas depresivos, de ansiedad o alteración del estado de ánimo, el cual se inicia al mismo tiempo que la bulimia nervosa o durante su curso (DSM – IV TR, 2002), así como soledad, aislamiento social, baja autoestima, odio a sí mismo, vergüenza y autorrepulsión (Buckroyd, 2001).

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con bulimia nervosa es alta, al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente el trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En ocasiones, el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nervosa. Hay, asimismo, una incidencia elevada de los síntomas de ansiedad o de trastornos de ansiedad. Se ha observado dependencia y abuso de sustancias (alcohol y estimulantes en al menos un tercio de los sujetos; el consumo de sustancias estimulantes suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso (DSM – IV TR, 2002). Los cigarrillos, el alcohol y las drogas son sustancias con las que la bulímica puede verse practicando los mismos hábitos que con la comida, y prometiéndose de la misma manera que jamás volverá a hacerlo (Buckroyd, 2001).

Algunos investigadores hablan de una personalidad adictiva o multi impulsiva para describir a la persona que muestra grandes necesidades y apetencias, pero que inmediatamente las niega o se arrepiente (Buckroyd, 2001). Un número importante de individuos con bulimia nervosa tienen rasgos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad) (DSM – IV TR, 2002).

Son personas que pueden sufrir de “trastorno narcisístico de la personalidad” según Kohut (citado en Tisera – López, 1996) o de “neurosis narcisísticas” según Battegay (citado en Tisera – López, 1996). El resto está compuesto por cuadros de personalidad borderline, más profundamente perturbadas que, teniendo un yo propenso a la fragmentación, son parcialmente o totalmente incapaces de percibir el efecto que recibían o que inconscientemente levantaron defensas contra el mismo, a pesar de que les proporcionaban el cuidado y afecto adecuados en su primera infancia. La relación entre depresión y bulimia está en el hecho de que todos los estudios demuestran que las pacientes con tendencia a la bulimia frecuentemente también sufren de síntomas depresivos típicos de trastornos narcisistas. Por ejemplo, cuando se encuentran en la noche solas en su casa después del trabajo y llenan su vacío narcisista con comida.

En una investigación, Mitchell y cols. (citados en Tisera – López, 1996) encontraron que no había antecedentes familiares de depresión en los parientes de primer grado de 164 (59.6 %) de los 275 pacientes que examinaron. En los otros 111 pacientes (40.4 %) al menos uno de los parientes de primer grado sufría de un trastorno depresivo mono o bipolar. Aún más, el estudio demostró que las pacientes con antecedentes familiares de trastornos afectivos diferían muy poco de las otras en lo referente a los atracones, a la duración de la enfermedad y a la edad de comienzo del tratamiento. Las pacientes con antecedentes familiares de trastornos afectivos habían sido tratadas con frecuencia por depresiones. Sin embargo, el grupo con antecedentes familiares de trastornos afectivos no parecía ser más depresivo que el grupo que no tenía esta disposición familiar.

Las bulímicas pueden presentar también ensoñaciones diurnas, en estos ensueños ilimitados cada una es la mejor, la más inteligente, la más amada, la más seductora, allí pueden hablar, disputar y triunfar. En la ensoñación todo sucede de acuerdo con sus deseos. De la misma forma que la privación del sueño puede desencadenar episodios psicóticos, dado que su propia vida permanecerá llamativamente sin éxito, en todos los aspectos, la ensoñación les sirve, a través de una representación hipertrofiada de sí mismas, a manera de contrapeso. En el transcurso de este proceso se pierden las necesidades más vitales y la capacidad de establecer relaciones (Loos, 1986; citado en Tisera – López, 1996). La ensoñación diurna desmedida tiene como consecuencia un autoengaño funesto: la realidad nunca puede cumplir con lo que deslumbra la fantasía de alto vuelo (Tisera – López, 1996).

El insuficiente dominio de la realidad y, como resultado, el deterioro de la comunicación, llevan a que se sientan repetidamente heridas narcisistas y desarrollen una tendencia a los atracones. Estas pacientes deben ser entrenadas cognitivamente a reconocer su patrón de comportamiento, de manera que en situaciones frustrantes, puedan ser capaces de frenar su deseo de incorporar y tomar posesión de la comida, evitándolo y distrayéndolo conscientemente. Como lo señalan Habermas y Müller (citados en Tisera – López, 1996), las pacientes deben seguir un horario alimenticio estricto en tres comidas diarias y la cantidad

permitida de glúcidos, llevando un diario que registre las cantidades ingeridas. También es importante que estas pacientes estructuren y organicen sus actividades diarias a fin de reducir el peligro de sentir su vacío narcisista (Tisera – López, 1996).

Otra consecuencia psicológica muy común entre las bulímicas, es una sensación general de baja autoestima. La bulímica considera que vale poco para lo que es capaz y después devalúa sus pocas destrezas, habilidades o aptitudes que está dispuesta a admitir. Los atributos o resultados se asignan a la suerte, o a alguna otra fuerza externa. También presentan una baja sensación de autocontrol, que es cuando a las bulímicas les resulta difícil controlar sus impulsos o apremios. Este control deficiente del impulso se debe a una baja tolerancia a la frustración y ansiedad. El exceso en el consumo de alimentos es simplemente un impulso más que la dificultad que tiene para controlar (Sherman y Thompson, 1999).

Son muchos los sentimientos, tanto ocultos como manifiestos, que la bulímica puede estar experimentando. Por lo general, la depresión es la más común, pero también puede ser el enojo, la ansiedad u otros sentimientos conflictivos, o cualquier combinación de estos. El pensamiento extremista, que se conoce como el pensamiento de “todo o nada” o “blanco o negro”; se refiere a la forma en la cual la bulímica conceptúa su mundo. Todos los comportamientos, sucesos y circunstancias son buenos o malos, y lo que es más importante, se ve a sí misma como gorda o flaca. Para la bulímica, no hay un punto intermedio. Asimismo, las bulímicas nunca han aprendido a expresar sus emociones directamente, temen perder el control sobre éstas o que desagraden a personas importantes en su vida; de esa forma usan la comida como un medio para distraerse de sus sentimientos (Sherman y Thompson, 1999).

La bulímica puede presentar también muchos hábitos alimentarios inusuales, factores como la hora del día en que come, la forma en que prepara los alimentos (o cuando no prepara comida) y con quién comerá o no comerá. Es posible que tenga que comer todo “sencillo” (sin aderezos) o que elimine grupos completos de alimentos, como carne o productos lácteos (Sherman y Thompson, 1999).

La bulímica tiene que enfrentar la mayoría de éstas dificultades, si no es que todas ellas. Pueden considerarse estas dificultades psicológicas como factores de riesgo. Por consiguiente, cuanto más de estos problemas psicológicos tenga la persona, tanto mayor es el riesgo de desarrollar bulimia (Sherman y Thompson, 1999).

2.4.6 Consecuencias sociales y emocionales

Terminados el frenesí y la excitación de la comilona, es muy probable que a una bulímica le salten los sentimientos de pánico. Además del pánico y de la culpa, es probable que se sienta mal físicamente. Comer mucho y rápido hace que uno sienta molestias, sobre todo en el estómago y en el abdomen. Hasta una bulimaréxica que sólo ha comido una cantidad normal de comida puede experimentar la sensación de abotargamiento que sobreviene tras comer una importante cantidad de comida después de un período de privación. Pero a menudo los efectos emocionales de un atracón son muy graves, si no peores. La bulímica se siente mal, culpable, con pocas fuerzas de voluntad, sin control, indignada, fea, gorda. Se odia y se culpabiliza por una conducta que no ha sido capaz de controlar, y que no tiene ningún sentido para ella. Su necesidad primordial es enmendar lo que acaba de hacer (Buckroyd, 2001).

Son frecuentes las alteraciones afectivas entre los familiares del paciente. Las mujeres bulímicas suelen ser muy sensibles al rechazo y al fracaso (Kanarek, 1991; citado en Gómez Peresmitré, 2001). El entorno familiar del paciente bulímico muchas veces es conflictivo y desorganizado, siendo difícil la comunicación entre sus miembros e impidiendo la conducta autónoma e independiente (Gómez Peresmitré, 2001).

Al igual que la anorexia nervosa la presión social de las sociedades desarrolladas contribuye al progresivo aumento de estos trastornos del comportamiento alimentario. Los cambios en el rol social y profesional de la mujer pueden favorecer la aparición de conflictos y pulsiones alimentarias patológicas (Gómez Peresmitré, 2001).

2.4.7 Prevalencia

La prevalencia de la bulimia nervosa es de aproximadamente de 1 a 3 % (DSM – IV TR, 2002; Sherman y Thompson, 1999), de la población femenina entre los 15 y 45 años (Buckroyd, 2001), la bulimia es al menos dos veces más frecuente que la anorexia en mujeres (Hoek et al., 1995; citados en Álvarez et al., 2000b) de las cuales, un 90 % la padecen y entre los hombres (Sherman y Thompson, 1999) la prevalencia es diez veces menor (DSM – IV TR, 2002; Sherman y Thompson, 1999), aunque hay menos hombres con bulimia que con anorexia (Buckroyd, 2001); algunos datos sugieren que en los hombres con bulimia nervosa hay una prevalencia más alta de obesidad premórbida que en las mujeres (DSM – IV TR, 2002; Sherman y Thompson, 1999).

La bulimia nervosa es más frecuente sobre todo en aquellas culturas en las cuales se ejerce una fuerte presión social sobre la mujer respecto a la delgadez (Reiss, 1996; Toro, Salamero y Martínez, 1994; Holstein, Smith y Atlas, 1998; citados en Álvarez et al., 2000b). Al respecto Kendler et al. (1991; citados en Álvarez et al., 2000b) refieren que en una de cada 25 mujeres está en riesgo de desarrollar el síndrome de bulimia nervosa en algún momento de su vida.

La bulimia suele empezar al final de la adolescencia y entre las mujeres mayores tiene una presencia que no tiene la anorexia. Algunas investigaciones sobre poblaciones estudiantiles han sugerido una frecuencia de hasta el 20 %. Los trabajos que siguen con más fidelidad los precisos factores de diagnóstico impuestos por la American Psychiatric Association, tienden a dar cifras más bajas pero como con la anorexia, pasan por alto aquellas formas más leves de la enfermedad (Buckroyd, 2001).

Este trastorno afecta a los individuos de los países industrializados en su mayoría, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. También se ha observado que las personas con este trastorno son mayoritariamente de raza blanca, aunque también puede afectar a otros grupos étnicos (DSM – IV TR, 2002).

2.4.8 Pronóstico y mortalidad

El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan en atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo, sin embargo, a largo plazo los síntomas de muchos individuos parecen disminuir. Los períodos de remisión superiores aun año se asocian

a un mejor resultado a largo plazo (DSM – IV TR, 2002). Se calcula que los índices de mortalidad rondan el 3 % (Buckroyd, 2001).

La tasa de recuperación de la bulimia es la siguiente: una de cada veinte chicas se recuperan espontáneamente con el tiempo, sin necesitar tratamiento (Gómez, 1996) y en un periodo de 5 a 10 años de seguimiento se sitúa en 50 %, de la mitad restante 20 % permanece presentando los síntomas del síndrome bulímico (Keel y Mitchell, 1997; citados en Álvarez et al., 2000b). Un alto porcentaje deriva a trastornos psicológicos crónicos de tipo neurótico y casi alrededor del 6 % morirá de inanición, paro cardíaco, neumonía u otras complicaciones (Gómez, 1996).

2.4.9 Algunas explicaciones de la bulimia nervosa

La bulimia tiene tres componentes: los comportamientos reales de comer y purgarse o componente conductual, la forma en que las personas bulímicas piensan acerca de sí mismas y su mundo, o componente cognoscitivo y la forma en que las bulímicas manejan sus emociones, o componente emocional. La bulimia consiste en darse cuenta de que los excesos en la alimentación y las purgas se usan para manejar emociones desagradables. Cada uno de nosotros sabemos, por experiencia propia, que si nos sentimos muy mal, haremos cualquier cosa por sentirnos mejor. En este sentido, las bulímicas han descubierto que los excesos y las purgas las pueden distraer temporalmente de lo mal que se sienten. Por desgracia, los excesos y las purgas son sólo distracciones, estos sentimientos surgirán inevitablemente, provocando una mayor necesidad de excederse en la ingesta de la comida y purgarse (Sherman y Thompson, 1999).

Casi siempre la bulimia empieza con una dieta o al menos, con el deseo de adelgazar. Por lo general, la persona ha probado todos los regímenes para reducción de peso disponibles y se siente desesperada por reducir su peso. Está convencida de que si sólo pudiera adelgazar sería más feliz y podría lograr mucho más en su vida. Al hacer una dieta, la bulímica concede mayor importancia al alimento y al acto de comer. Cuanto más se priva de alimento, mayor se vuelve el impulso, tanto fisiológico como psicológico, para excederse en las comidas. Algunas veces descubre accidentalmente el proceso de comer en exceso y purgarse, o puede que una amiga le comente acerca de “esta estupenda forma de comer todo lo que quieras y perder peso”, o puede enterarse a través de la televisión o los medios impresos de que es posible excederse en la alimentación y después purgarse (Sherman y Thompson, 1999).

La violación de una dieta altamente restrictiva conduce a comer alimentos “prohibidos” e iniciar una comilona (DSM – IV TR, 2002), la cual planifica con antelación, ya que suele hacer salidas especiales para comprar comida, a veces va a establecimientos que quedan lejos de donde vive o trabaja por miedo de que alguien descubra su secreto si compra varias veces en el mismo lugar. Puede ir de tienda en tienda acumulando lo que tiene planeado comer. La planificación de una comilona puede crear mucha tensión y agitación, y consumir muchas horas de reflexión (Buckroyd, 2001).

Este patrón de comportamiento activa los temores sobre el incremento de peso y los problemas con la imagen corporal, al extremo que generan gran cantidad de preocupación y ansiedad. Los hábitos purgativos actúan como reductores de ansiedad y, de esa manera, son reforzados negativamente. Además, estos hábitos purgativos eliminan los nutrientes y energía

ingeridos a través de los alimentos, produciéndose una privación biológica y despertando en el sujeto sensaciones de hambre, lo cual conducirá a que se repitan los ciclos de ataque de glotonería – conducta purgativa (DSM – IV TR, 2002). Algunas bulímicas usan alimentos indicadores como la remolacha para saber si han vomitado todo lo que han comido. Muchas tienen alimentos favoritos para los atracones, por ejemplo: papas fritas de bolsa y galletas, que no necesitan ninguna preparación y son fáciles de comer; sin embargo, en el frenesí de un atracón algunas personas pueden llegar a comer cosas tan poco apetitosas como espaguetis crudos (Buckroyd, 2001).

Cuando el deseo imperioso de un atracón se produce en situaciones donde no es difícil conseguir alimentos, las ansias y la desesperación superan la necesidad de mantener el secreto y la discreción. Por lo general, la comilona tiene lugar por la noche y casi siempre cuando la enferma está sola. Una escena común para la bulímica es llegar a una casa o un departamento vacío después de un día de trabajo. Quizá en el camino haya comprado comida para la comilona o quizá use lo que encuentre a mano. En cualquiera de los dos casos, el llegar a casa parece actuar como disparador de una noche de comida y vómitos, en la que trata de resolver los problemas del día mediante la comida. Otras, se pasan los días enteros comiendo y vomitando una y otra vez, y las que son bulimaréxicas tratan casi cualquier cosa que han comido como si fuese un atracón y procuran quitársela del cuerpo (Buckroyd, 2001).

La mayoría de las personas bulímicas no pretenden recurrir al proceso de comer en exceso y purgarse en forma regular, pues creen que pueden controlar estos comportamientos. Desafortunadamente, las personas que están dispuestas a intentar este procedimiento de comer en exceso y purgarse, son las que tienen menor capacidad para controlar tales conductas. Con cada episodio de ingesta excesiva, los comportamientos se vigorizan con la práctica y el esfuerzo. Es decir, cada vez que la persona se excede en la alimentación y se purga, tales comportamientos se quedan “impresos” y se convierten en respuestas más bien probables para situaciones futuras. Además, los excesos y las purgas, por lo general ayudan a que la persona se sienta mejor temporalmente, al reducir su ansiedad y temor. Tiende también a aumentar la probabilidad de recurrencia. Por último, para la persona, estos comportamientos resultan más sencillos de explicarse racionalmente: la justificación, se vuelve más fácil (Sherman y Thompson, 1999).

Por lo anterior, se puede decir que la bulimia procede del control. Normalmente, las bulímicas son personas que tienen dificultades para controlar la forma en que comen, sus sentimientos y su vida. La bulimia contribuye de muchas formas a los sentimientos de haber perdido el control, pero también se utiliza como una forma de manejar los sentimientos y de restaurar una sensación de control. Cuando las bulímicas sienten que han perdido el control, tienden a comer en exceso y a purgarse. Por medio del exceso y las purgas pueden sentir temporalmente la recuperación de una forma de control. Es decir, con frecuencia están muy tensas y ansiosas antes de comer excesivamente y de purgarse; esta acción puede liberar parte de esa tensión, ayudándolas así a sentirse más relajadas y en control de la situación. Irónicamente, los excesos y la purga pueden hacer que se sientan con menos control (Sherman y Thompson, 1999).

Como ya se había mencionado, el atracón se siente como una pérdida de control, cuyos efectos se han evitado sólo por un escaso margen. Sumado a eso, muchas bulímicas sienten

culpa, indignación y remordimiento. Juran que jamás volverán a darse un atracón. Sin embargo, con mucha frecuencia, la bulímica, sobre todo la que tiene tendencias anoréxicas, se recupera física y emocionalmente para el siguiente atracón tan pronto como ha terminado el anterior. Las comilonas han hecho que su miedo a engordar sea más fuerte que nunca; lo que es peor, se horroriza de su capacidad para atiborrarse de comida cuando está conscientemente preocupada por controlar la ingesta de alimentos. Su reacción es intentar fortalecer las restricciones y los controles que pone al comer, sobre todo ahora que el atracón ha terminado. Para muchas bulímicas parece como si no existiese una tercera posibilidad entre atiborrarse de comida y pasar hambre. Comúnmente, se ponen a dieta estricta o incluso dejan de comer del todo. No obstante, su cuerpo reacciona a ese trato severo con ansias y deseos imperiosos de comer, que procuran desatender hasta que ya no pueden más y se produce otro atracón. Es evidente que la bulimia es mucho más que esto, pues de lo contrario sería muy difícil corregir el ciclo, pero sin duda existe un componente físico que ayuda a mantener el patrón (Buckroyd, 2001).

Este patrón de alternancia violenta entre la sensación de necesidad y el deseo de negarla constituye también un sistema que se extiende a otras partes de la vida de la bulímica. Un aspecto que tiende a afectarse es el económico. Ya que los atracones originan problemas económicos, pero a menudo las finanzas de la bulímica están permanentemente en estado de caos por razones que no son del gasto excesivo en comida (Buckroyd, 2001).

Tisera – López (1996) menciona que podríamos suponer que todo se debe a que las madres tienen mayor dificultad en dar el amor necesario para un desarrollo normal de sus hijas que a sus hijos varones o que especialmente hoy en día, con la adaptación mutua de los sexos, les resulta difícil a las mujeres transmitir a sus hijas una imagen de verdadera feminidad. También deberíamos considerar que en la sociedad actual, le estética desempeña un rol mucho más importante para las mujeres que para los hombres. Por supuesto, el sexo masculino también tiene una noción del ideal de su propia imagen corporal, pero la variabilidad de estas ideas es más amplia que en el caso de mujeres que no quieren estar fuera de la línea del moderno ideal de delgadez. Si una mujer es insegura en su autoestima tendrá la tendencia (mucho más que un hombre) a adaptarse excesivamente a las ideas normativas de la sociedad para corresponder a las dimensiones y formas ideales de la mujer moderna.

Tisera – López (1996) también menciona, que las bulímicas son personas que han quedado “hambrientas” durante la primera infancia o más tarde. Especialmente durante la pubertad sufren de esta falta temprana de amor y atención, primero porque no pueden identificarse con el rol de una mujer adulta, en segundo término, porque no reciben la simpatía incuestionable y el cuidado amoroso que esperan en sus encuentros con representantes del sexo opuesto. Las bulímicas son generalmente adolescentes, preadolescentes o mujeres de edad media que sufren de ataques de ingestión incontrolable de alimento, y que tienden a librarse de los alimentos incorporados por medio de vómitos autoinducidos. Los atracones se producen habitualmente cada vez que estas personas han llegado a tener una cierta cantidad de experiencias emocionales frustrantes y especialmente cuando se deciden a detener sus orgías de ingestión de alimentos. Se comen todo lo que guardan en la alacena y sólo se detienen cuando no queda nada, cuando sienten su abdomen hinchado y sufren sensaciones desagradables, y molestias de plenitud gástrica. Sin embargo, temen aumentar de peso y después del atracón introducen el dedo o toda la mano en la garganta a fin de inducir el

vómito. En ocasiones, incluso utilizan una herramienta o un utensilio para provocar el vómito, lesionándose de esta manera la faringe. Su desesperación en relación con los alimentos puede hacerse tan intensa que llegan a tener ideas de suicidio.

Maja Langsdorff (citado en Tisera – López, 1996) describe “la secreta adicción de comer enormes cantidades”. La bulimia en realidad siempre presenta una bulimarexia, es decir, una bulimia combinada con anorexia. Como lo afirma Langsdorff, esta adicción se sigue considerando actualmente como el resultado de una pérdida de autocontrol. Estas mujeres están hambrientas de sentido, de tareas y de reconocimiento, de amor, de sentimientos y de un sentido más profundo para su vida. Las mujeres que sufren de bulimia y deseos de darse atracones no sólo se fusionan con los objetos en su fantasía, también desean incorporar y tomar posesión de estos objetos. Quieren ser una sola cosa con los objetos y así ser capaces de “vivenciarlos”. Pero esta incorporación y toma de posesión hace que pierdan aun más a estos objetos. Un objeto que han tomado de esta manera pierde su carácter de objeto. Incluso el conocimiento de haber incorporado tantos objetos los hace finalmente indigestos e inaceptables, especialmente si se produce obesidad, lo que debilita y distorsiona sus ideales de feminidad y los sentimientos asociados a ésta.

Cuán grande es el hambre por los objetos de estas pacientes bulímicas (o anoréxicas) que puede verse también en los hurtos que cometen estas personas. Gerlinghoff y Backmund (citados en Tisera – López, 1996) observaron que 15 de 63 pacientes bulímicas habían cometido hurtos. Estas personas tienen un deseo enorme por objetos, pero aun más por calor humano, por reconocimiento y atención. Lo que deseaban inconscientemente no es básicamente incrementar sus posesiones materiales sino fundirse con los objetos a fin de reforzar su self débil. También la compra de muchos alimentos para las comilonas resulta caro y a veces las bulímicas tienen problemas económicos porque gastan demasiado en comida por lo que algunas mujeres roban, a veces porque están escasas de comida pero otras veces incluso teniendo dinero. A menudo, esos robos son inexplicables para la propia mujer, pero en parte están relacionados con el secreto y la excitación de los atracones (Buckroyd, 2001).

La ingestión adictiva de objetos (comestibles) en el sentido de tomar posesión como así también de incorporación, se puede considerar en todas las bulímicas como un intento inconsciente (y fracasado) de reforzar su self que se había desarrollado insuficientemente en la primera infancia y luego más tarde. Estas personas, sufren por lo tanto de un trastorno narcisístico. Una parte de ellas presentan un Yo bastante sólido y no están gravemente dañadas en su capacidad para manejar la realidad, excepto que sufren por sentirse insuficientes, a veces tienen estados de ánimo sombríos, depresivos, muestran tendencias compensatorias en forma de discretos sentimientos de grandeza, un deseo de fusión con objetos, como así también una tendencia a relaciones y transferencias en espejo (Tisera – López, 1996).

La persona bulímica oscila entre una parte “buena” que aprueba y que, por lo general, ha sido disciplinada para tener pocas necesidades o sensaciones muy bien controladas, y una parte “mala”, que está llena de necesidades, deseos y sensaciones irresistibles. Ni ella ni la anoréxica pueden ver que sus necesidades son normales y que si les diesen su espacio normal no serían tan conflictivas. Ambas sienten que su parte instintiva es un monstruo de necesidad y glotonería que debe ser disciplinado, castigado y refrenado todo lo posible. La necesidad de

ayuda no es inmune a esos sistemas. A la anoréxica le resulta casi imposible reconocer esa necesidad, al menos para empezar. La bulímica siente la necesidad, pero luego se arrepiente de haberla puesto en práctica (Buckroyd, 2001).

Una característica esencial de la anorexia y de la bulimia nervosa, es la alteración de la percepción de la forma y el peso corporales. Sin embargo, a diferencia de los enfermos con anorexia nervosa (tipo compulsivo/purgativo), las personas con bulimia nervosa son capaces de mantener el peso igual o por encima de un nivel normal mínimo (DSM – IV TR, 2002).

Las características generales que presentan las personas anoréxicas y bulímicas es que tienen una aparente adaptación social, ya que pueden ser personas exitosas en el aspecto económico, en los estudios o en algún otro aspecto; tienen una necesidad de perfección, tanto en su interacción social como en su desempeño académico y laboral, lo cual les permite llegar a ser exitosas (Feinholtz, 1997; citado en Álvarez et al., 2000). Las jóvenes con estos trastornos tienen una gran necesidad de control externo, de ahí que todo deba ser perfecto y que los afectos se manejen por medio de los alimentos, para con ello sustituir su falta de control interno sobre las emociones (Galindo, 1993; citado en Álvarez et al., 2000).

La alternativa a la causa física de la anorexia y la bulimia, y la hipótesis actualmente más aceptada entre los médicos, es la que considera que estas dolencias tienen un sentido y un propósito psicológico. Este sentido tiene que ver, por supuesto, con el individuo y su familia, pero también con la cultura y la sociedad en la que vive. La idea que subyace tras estos conceptos del sentido psicológico es que la anorexia y la bulimia son funcionales: se las busca para lograr algo diferente del propósito confesado de estar más delgada. Tanto la anoréxica como la bulímica se han metido en una posición donde nunca alcanzan lo que dicen que es su objetivo. La anoréxica puede literalmente morir de hambre, proclamando hasta el amargo final que todo lo que desea es estar delgada; la bulímica puede destruir su salud diciendo exactamente lo mismo mientras que sigue en el mismo peso: el vómito y la purga son métodos bastante ineficientes para asegurarse de que no se absorben las calorías (Buckroyd, 2001).

Las causas tanto en la anorexia como en la bulimia son múltiples y variadas, no obstante, el 80% de los casos aparece cuando se comienza una dieta de adelgazamiento sin ningún tipo de control médico. También se relaciona su inicio con la no aceptación de los cambios corporales durante la adolescencia con un aumento acelerado de peso, con cambios significativos en la vida, con complejos relativos al físico, con problemas de relación, etc. (Sandoval, 2001).

2.5 Trastorno de la conducta alimentaria no especificado [307.50]

2.5.1 Criterios diagnósticos del trastorno no especificado

La categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

1. En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares.

2. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3. Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas parecen menos de 2 veces por semana o durante 3 meses.
4. Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).
5. Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa (DSM – IV, 2002 pp. 665 - 666).

2.6 *Atracón (binge - eating)*

Inicialmente, el *atracon* se definió en el contexto de algunos síndromes neurológicos y en la bulimia nervosa (Kolotkin et al., 1993; Marcus et al., 1985; citados en Chinchilla, 2003), aunque la ingesta compulsiva de alimentos, es la otra entidad clínica con la que se suele confundir la anorexia y la bulimia, a pesar de ser entidades completamente distintas, cada una con sus propios síntomas y grupos de pacientes diferenciados (Gómez, 1996).

Con el paso del tiempo, se empezó a observar que este tipo de síntoma también se presentaba en otros pacientes, sin necesidad de completar el resto de síntomas asociados a la bulimia; principalmente en aquellos que buscaban ayuda para controlar su obesidad (Kolotkin et al., 1993; Marcus et al., 1985; citados en Chinchilla, 2003), como es el caso de los años 50's, durante los cuales se refirieron episodios de ingesta compulsiva en individuos obesos (Gómez Peresmitré, 2001). Pero el primer intento de definición operativa, lo realizó Spitzer (1992; citado en Chinchilla, 2003), reservando el diagnóstico de trastorno por atracones para aquellos pacientes que presentan atracones de comida de forma recurrente, sin las acciones de compensación posterior típicas de la bulimia nervosa, pero con sentimientos de desazón tras los episodios.

2.6.1 *Criterios diagnósticos*

- A. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por las dos condiciones siguientes:
 - 1) ingesta en un corto periodo de tiempo (p. ej. en 2 horas) de una cantidad de comida superior muy superior a la que la mayoría de la gente podría consumir al mismo tiempo y bajo circunstancias parecidas.

- 2) sensación de pérdida de control sobre el período de ingesta (p. ej., sensación de que uno no puede parar de comer o controlar qué o cuánto está comiendo).

B. Los episodios de atracón se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas:

- 1) Ingesta mucho más rápida de lo normal.
- 2) Comer hasta sentirse desagradablemente lleno.
- 3) Ingesta de grandes cantidades de comida a pesar de no tener hambre.
- 4) Comer a solas para esconder su voracidad.
- 5) Sentirse a disgusto con uno mismo, depresión o gran culpabilidad después del atracón.

C. Profundo malestar al recordar los atracones.

D. Los atracones tienen lugar, como media, al menos dos días a la semana durante seis meses.

Nota: el método para determinar la frecuencia difiere del empleado en el diagnóstico de la bulimia nervosa; futuros trabajos de investigación aclararán si el mejor método para establecer un umbral de frecuencia debe basarse en la cuantificación de los días en que hay atracones o en la cuantificación de su número.

E. El atracón no se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas (p. ej., purgas, ayuno, ejercicio físico excesivo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de una anorexia nervosa o una bulimia nervosa (DSM - IV, 1996; citado en García - Camba, 2002).

2.6.2 Características del atracón

Se define atracón como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo de una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comerían (DSM – IV TR, 2002), estas grandes ingestas de comida son la característica principal del trastorno por atracones (Chinchilla, 2003), que se dan en un “periodo corto de tiempo”, el cual significa un periodo de tiempo limitado, generalmente inferior a 2 horas. Los atracones no tienen porqué producirse en un solo lugar: por ejemplo, un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa, y el tipo de comida que se consume en los atracones puede ser variada, aunque generalmente se trata de dulces y alimentos de alto contenido calórico (como helados o pasteles) (DSM – IV TR, 2002).

Estas grandes ingestas de comida del trastorno por atracón (Chinchilla, 2003), se caracterizan más por una cantidad anormal de comida ingerida que por un ansia de comer un alimento determinado, y suelen empezar después o durante un periodo de régimen dietético (DSM – IV TR, 2002), aunque pueden sentir la necesidad imperiosa e irracional de darse atracones de comida, no impulsados por el hambre como las bulímicas, sino como una fuente de placer en sí o para vencer la ansiedad, llenar carencias afectivas, exactamente como podrían ingerir alcohol o drogas, sabiendo que su acto no tiene ninguna razón lógica, ya que, ni siquiera encuentra placer en lo que come (Gómez, 1996). Esta conducta se presentan de forma reiterada en el tiempo (Chinchilla, 2003), como toda compulsión, pero de forma

esporádica (Gómez, 1996); además son causa de malestar en el paciente y se caracterizan por el consumo de cantidades de comida importantes, en el contexto de una pérdida de control sobre la conducta, pero sin la presencia posterior de un mecanismo compensatorio o de purga, como pueden ser el vómito, ejercicio excesivo, abuso de laxantes o diuréticos (Chinchilla, 2003).

Al igual que los alcohólicos, los drogadictos y otras personas víctimas de comportamientos autodestructivos, los comedores compulsivos suelen negar que tengan un problema con la comida. Si se les obliga a reconocer su pauta de comportamiento, es muy posible que mientan sobre los hechos y no quieran aceptar ningún tipo de ayuda. Seguirán durante mucho tiempo dirigiéndose sigilosamente a la cocina a media noche para coger cosas de la nevera y comérselas a escondidas. La ocultación del problema es tal que a veces las parejas y familiares que conviven con estas personas ignoran la insistencia del problema durante años (Gómez, 1996).

Se han realizado diversas investigaciones relacionadas con los atracones, por ejemplo, Kinzl (1999; citado en Chinchilla, 2003), quien encontró en la población de mujeres estudiantes que las que presentaban el trastorno por atracones habían estado haciendo dietas, al menos una durante el último año y tenían una mayor tendencia a restringir en la dieta. También el sobrepeso y la obesidad se relacionaban con un mayor riesgo de presentar este trastorno.

Por otra parte, Hay (1998; citado en Chinchilla, 2003) encuentra que las edades más propensas a padecer el trastorno por atracones se sitúan entre los 30 - 40 años y no halla diferencias entre sexos en lo que a atracones se refiere. También encuentra una relación entre el sobrepeso y los atracones, y que un menor porcentaje de solteros en comparación con los casados, presentaban estas conductas alteradas. En una muestra similar de varones, este autor observa la misma relación entre la obesidad y el riesgo de presentar un trastorno por atracones.

Fairburn (1998; citado en Chinchilla, 2003) compara una muestra de 52 mujeres diagnosticadas de trastorno por atracones con varios grupos control. Frente al grupo de mujeres sanas, encuentra un mayor índice de propensión a la obesidad, críticas frecuentes sobre la imagen o el peso, y presencia de experiencias traumáticas precoces. Basdevant (1995; citado en Chinchilla, 2003) añade la relación existente entre trastornos por atracones y la historia personal de importantes fluctuaciones en el peso. Lingswiler et al. en 1987 (citados en Chinchilla, 2003), describió que la presencia de atracones en una muestra de pacientes obesos sometidos a tratamiento dietético, se asociaban con índices más altos de ansiedad, síntomas depresivos y fluctuaciones anímicas que en aquellas que no presentaban estos atracones.

2.6.3 Prevalencia

La ingesta compulsiva afecta casi por igual a hombres y mujeres de cualquier edad (Gómez, 1996); donde el 26 a 61 % de las mujeres y el 28 a 42 % de los hombres presentan episodios ocasionales de apetito compulsivo (Gómez Peresmitré, 2001). Casi un 20 % de estos enfermos suelen abusar también de forma ocasional de algún tipo de estupefaciente (Gómez, 1996).

Este comportamiento suele surgir en la edad adulta como consecuencia de decepciones amorosas, problemas laborales, inadaptaciones sociales, etc. (Gómez, 1996); aunque distintos autores han estimado la prevalencia de este trastorno entre el 1 y el 8 % en mujeres jóvenes. (Gómez Peresmitré, 2001).

2.7 Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones (www.obesidad.net, 2005). Clásicamente se le ha definido como “el aumento de la grasa corporal” (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a). Según Lolas (1992) la obesidad es definida como excesiva acumulación de grasa en el cuerpo, es producto de la vulnerabilidad genética y de las condiciones ambientales. Para Kaplan y Sadock (1999), la obesidad es una enfermedad caracterizada por un excesivo acumulo de grasa en el cuerpo; por lo que se ha acordado que es obeso aquel que presenta un peso corporal que excede un 20 % del estándar establecido en las tablas de altura/peso. De acuerdo con Barajas (1998), la obesidad es como una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal.

2.7.1 Criterios diagnósticos

El CIE - 10 (OMS, 1994) clasifica la obesidad de la siguiente manera (Ver Tabla 3):

Tabla 3 Obesidad y otros tipos de hiperalimentación (E65 - E68)	
E65	Adiposidad localizada Masa grasa
E66	Obesidad Excluye: distrofia adiposo genital (E23.6) Lipomatosis SAI (E88.2) dolorosa [Dercum] (E88.2) síndrome de Prader - Willi (Q87.1)
E66.0	Obesidad debida a exceso de calorías
E66.1	Obesidad inducida por drogas Use código adicional de causa externa (Capítulo XX), si desea identificar la droga.
E66.2	Obesidad extrema con hipoventilación alveolar Síndrome de Pickwick
E66.8	Otros tipos de obesidad Obesidad mórbida
E66.9	Obesidad, no especificada Obesidad simple SAI
E67	Otros tipos de hiperalimentación Excluye: hiperalimentación SAI (R63.2) secuelas de hiperalimentación (E68)
E67.0	Hipervitaminosis A
E67.1	Hipercarotinemia

E67.2	Síndrome de megavitamina B6
E67.3	Hipervitaminosis D
E67.8	Otros tipos de hiperalimentación especificados
E68	Secuelas de hiperalimentación
Trastornos metabólicos (E70-E90)	
Excluye: anemias hemolíticas debidas a trastornos enzimáticos (D55) deficiencia de 5 - alfa - reductasa (E29.1) hiperplasia suprarrenal congénita (E25.0) síndrome de Ehlers Danlos (Q79.6) síndrome de Marfan (Q87.4) síndrome de resistencia androgénica (E34.5)	
E70	Trastornos del metabolismo de los aminoácidos aromáticos
E70.0	Fenilcetonuria clásica
E70.1	Otras hiperfenilalaninemias
E70.2	Trastornos del metabolismo de la tirosina Alcaptonuria Hipertirosinemia Ocronosis Tirosinemia Tirosinosis

Fuente: CIE - 10 (OMS, 1994 pp. 146-147)

2.7.2 Características de la obesidad

Aunque la obesidad no se considera como un trastorno psiquiátrico, sino más bien como un trastorno físico (Sherman y Thompson, 1999), que no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica, y aunque anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud (www.obesidad.net, 2005).

A nivel popular, la obesidad se entiende como el aumento del peso corporal. Podríamos establecer que la obesidad es el incremento de peso debido al aumento de la grasa corporal (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a), debido a que el aporte de energía (ingesta de alimentos) (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d), es decir, por ingerir más calorías (Kaplan y Sadock, 1999) que supera al gasto de energía (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d; Kaplan y Sadock, 1999), por lo que la entrada de energía excede a la energía de salida (Kaplan y Sadock, 1999) y el excedente se almacena en el organismo como tejido graso (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d).

Aunque también puede deberse a otro factor como la inactividad física que se presenta en las sociedades desarrolladas y en donde esta inactividad limita el gasto de energía, y puede contribuir a una ingesta aumentada, ya que la ingesta no disminuye de manera proporcional cuando la actividad baja de un cierto nivel mínimo (Kaplan y Sadock, 1999). La predisposición hereditaria a baja actividad física, por ejemplo, si bien puede o no tener un rol casual directo en el trastorno ponderal, puede contribuir a su manutención o dificultar su tratamiento. Por lo que la noción de causación genética debe entenderse en un sentido directo

e indirecto. La obesidad puede considerarse entonces como factor de riesgo, síntoma de otras condiciones y estado final de regulaciones homeostáticas. En el segundo de los sentidos se ha asociado frecuentemente a la psicopatológica (Lolas, 1992).

Por ello es importante determinar la cantidad de tejido graso (masa grasa) que poseen los individuos y para ello hay varios métodos: desde técnicas precisas como la impedancia (que permiten establecer con bastante precisión la cantidad de tejido graso y su proporción en el cuerpo humano), hasta métodos antropométricos que relacionan la talla con el peso. El método de medida del sobrepeso y la obesidad más utilizado (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a), es una clasificación cuantitativa (OMS, 1994), la cual es el índice de Quetelet (por su descubridor) (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a) o Body Mass Index (BMI) (OMS, 1994), también llamado índice de masa corporal (ÍMC) (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a; OMS, 1994), que ha sido propuesto también por la Organización Mundial de la Salud. Este índice de Quetelet, se define como el cociente que se obtiene de dividir el peso (en Kg.) por la talla en metros al cuadrado (m^2) (Chinchilla, 2003; www.fundaciondelcorazon.com, 2005a). En la actualidad es el índice más difundido, tanto en la clínica como para realizar estudios epidemiológicos, ya que es el que mejor se correlaciona con el porcentaje de grasa corporal (Chinchilla, 2003).

Desde el punto de vista práctico, puesto que el aumento del tejido adiposo se traduce en un aumento ponderal, el grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal, peso deseable, que viene estandarizado en las llamadas tablas de peso ideal o peso deseable (Barajas, 1998). La grasa corporal constituye un almacenamiento compacto de energía sin requerimiento de agua, por lo que se convierte en un resguardo contra el hambre asegurando la sobrevivencia (Drewnosky, Brunzell, Sande, Iverius y Greenwood, 1985; citados en Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). Sin embargo, con el avance tecnológico e industrializado de las sociedades en general, se ha incrementado el nivel de la maquinaria productiva así como el de la vida socioeconómica en general, de tal manera que se han desarrollado estilos de vida que faciliten el almacenamiento de grasa en circunstancias que, paradójicamente, lejos de asegurar la sobre vivencia (como se requeriría en situaciones de escasez de alimentos) podría, frente al mayor sedentarismo y la relativa abundancia y fácil acceso de los alimentos atentar contra ella (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). También las influencias socioculturales, a través de la gran potenciación de una sociedad opulenta, alimentariamente consumista y al mismo tiempo automatizada, e implícitamente sedentaria, son responsables del incremento de la obesidad tanto en niños como en adultos. Así, con frecuencia el antecedente primario de la anorexia y la bulimia es la obesidad (Barajas, 1998).

La Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición ha establecido una escala que permite conocer a partir de qué punto se es obeso, y cuál es la severidad de la afección. En condiciones normales y con abundancia de alimentos, el organismo posee mecanismos complejos encargados de mantener un balance energético apropiado. La energía se almacena en forma de tejido adiposo (depósitos grasos) porque es el que puede acumular más cantidad de energía química (1 gr. de tejido graso almacena 9 Kcal.). Así, el individuo puede disponer de unos depósitos adecuados (pero no excesivos) de grasa - energía que le permiten desarrollar las distintas funciones vitales: supervivencia, crecimiento, relación, reproducción, etc. En un varón normal de 18 años, el 12 % de su peso es grasa, mientras que en una joven sana de esta misma edad, es del 25 % (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a). Cuando el

peso del sujeto está entre el 110 y 120 %, se habla de que existe sobrepeso y por encima del 130 % se dice que es obesidad. (Craig, 1988; citado en Barajas, 1998). En una persona adulta el peso corporal no varía más de un 1 - 2 % durante largos periodos de tiempo (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a).

2.7.3 Tipos de obesidad

A. Desde el punto de vista anatómico la obesidad puede ser:

- *Hiperplásica*: que es el exceso de número de células grasas; suele ser una obesidad grave de inicio temprano.
- *Hipertrófica*: que es el exceso de tamaño de las células grasas; este tipo es más leve e inicia en la etapa adulta.
- *Mixta*: este tipo combina los dos tipos anteriores (www.fundaciondelcorazon.com, 2005e).

B. Desde el punto de vista de distribución de la grasa puede ser:

- *Ginoide o en forma de pera*: se caracteriza por un acumulo de grasa preferentemente de cintura para abajo, entre la cadera y las rodillas. Es más frecuente en las mujeres y se suele asociar a varices y problemas osteoarticulares.
- *Androide o en forma de manzana*: la grasa se localiza fundamentalmente en la cintura. Es más común en los varones y se relaciona de forma especial con la diabetes mellitus tipo II, arterioesclerosis, hipertensión arterial y aumento de riesgo cardiovascular (www.fundaciondelcorazon.com, 2005e).

Es importante estudiar la distribución de la grasa, ya que según en qué zonas se halle tiene mayor o menor importancia en cuanto a factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Para saber qué tipo de obesidad se contempla, se puede utilizar la relación cintura/cadera, esto es, medir el perímetro de la cintura (pasando por el ombligo y la cresta ilíaca) y dividirlo por el perímetro mayor de los glúteos. Si el cociente es mayor de 1, tendremos un obesidad androide, si es inferior tendremos un obesidad ginoide (www.fundaciondelcorazon.com, 2005e).

C. Obesidad infantil

Otro tipo de obesidad, es la obesidad infantil, la cual es un proceso metabólico en el que se produce una acumulación de grasa excesiva en relación con el promedio normal para su edad, sexo y talla. Estudios de población demuestran que tener padres obesos predispone a la obesidad y, estudios en niños adoptados y en diferentes grupos étnicos permiten estudiar hasta qué punto influyen factores genéticos o ambientales en el desarrollo de la obesidad. En la actualidad, se sabe que en determinadas personas obesas se encuentran alteraciones en los mecanismos que regulan el equilibrio entre gasto y aporte energético a distintos niveles. Hay que tener en cuenta que la obesidad pocas veces se comporta como una enfermedad hereditaria simple que sigue las conocidas leyes de Mendel, sino que se trata de una

enfermedad metabólica multifactorial, influida por factores sociales, fisiológicos, metabólicos y moleculares (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d).

En general, y más aún en la infancia, el tratamiento de la obesidad será con estricta vigilancia médica. El niño deberá llevar una dieta controlada y sólo en contados casos los medicamentos y las técnicas quirúrgicas tienen cabida en el tratamiento. En escasos niños, la obesidad es secundaria a enfermedades (hipotiroidismo) o síndromes complejos (Prader - Willi (citados en www.fundaciondelcorazon.com, 2005d) que precisan de estudio y tratamiento específico.

2.7.4 Consecuencias físicas

La obesidad, no es un problema social y cosmético (www.obesidad.net, 2005), ha pasado de ser un trastorno metabólico a constituir un problema serio de salud en muchos de los países desarrollados por su incidencia y por condicionar un gasto sanitario; lo cierto es que la obesidad afecta de manera significativa a la cantidad de vida, longevidad (hay suficientes datos para aceptar que la vida de los obesos es más corta), como a la calidad de la misma y ocasiona, frecuentemente, un rechazo social a los que la padecen (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a). La obesidad, por sí misma, constituye una importante alteración de la salud. Pero además, complica y agrava otras enfermedades (www.obesidad.net, 2005).

El primer paso para saber si existe obesidad o no, es conocer el Índice de Masa Corporal (ÍMC), si se presenta un Índice de Masa Corporal en el adulto mayor de 25 unidades, existe obesidad, la cual se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo, como ya se había mencionado. La severidad de las secuelas está dada por el grado de obesidad que tenga la persona, entre más alto sea su ÍMC, mayor será el riesgo y la severidad de las secuelas (www.obesidad.net, 2005). Únicamente por encima del 130 % del peso ideal, la obesidad se asocia a complicaciones metabólicas, cardiocirculatorias o respiratorias que pueden anticipar la muerte del individuo; en el caso de los adultos, existe el riesgo de sufrir padecimientos, por ejemplo, cardiopatía, hipertensión, enfermedad renal, funcionamiento deficiente de los pulmones y cirrosis (Craig, 1988; citado en Barajas, 1998).

A continuación se presentan las secuelas que tiene la obesidad sobre el organismo:

1. Cardiovasculares:

- ★ *Hipertensión arterial:* Existe una relación muy estrecha entre la hipertensión arterial y la obesidad, siendo ésta uno de los factores más importantes para el desarrollo de la hipertensión arterial. En las personas menores de 45 años, el riesgo es mucho mayor (www.obesidad.net, 2005).

En relación con las enfermedades cardiovasculares, la obesidad tiene un efecto doble. Por un lado, conocemos que la obesidad condiciona un mayor incremento de la tensión arterial. Se estima que la hipertensión es 2.5 veces más frecuente en los obesos que en los sujetos de peso normal y que dentro de los obesos, es mayor en la obesidad de tipo androide que en la ginoide.

Sabemos que la pérdida de peso disminuye la tensión arterial tanto en personas normales como en obesos (www.fundaciondelcorazon.com, 2005c).

- ★ *Insuficiencia cardíaca:* Cuando la relación cintura - cadera es mayor a 0.80, la frecuencia de problemas cardiovasculares y de presión arterial elevada es mayor, siendo generalmente las cifras bajas las que primero se elevan, también se presentan los problemas óseos (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a), además se tiene una estrecha relación con enfermedades como la hipertensión (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a).
- ★ Además, la insuficiencia cardíaca se presenta, ya que el corazón es insuficiente para poder llevar por todo el organismo a la sangre, teniendo que hacer un gran esfuerzo contra la resistencia que le ofrece un cuerpo con obesidad (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Ateroesclerosis:* La ateroesclerosis es el endurecimiento de las arterias, que junto con la obesidad y el exceso de grasa circulante en la sangre, obstruye más rápidamente y de manera más importante todas las arterias, especialmente las arterias coronarias que son las que irrigan al corazón (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Enfermedad coronaria.*
- ★ *Insuficiencia venosa:* La obesidad provoca que las venas, especialmente de los miembros inferiores tengan que hacer un gran esfuerzo para llevar la sangre de la periferia al corazón y cada vez se van haciendo más insuficientes, presentándose la insuficiencia venosa que se manifiesta con las varices ya que cada vez se van debilitando más y más las paredes de las venas (www.obesidad.net, 2005).

Además la obesidad es un factor de riesgo de padecer cardiopatía isquémica y este riesgo es independiente de otros factores como edad, sexo, colesterol, tabaquismo y tolerancia a la glucosa. Recientemente, se ha publicado un estudio sobre la prevalencia de la obesidad y su impacto en el gasto sanitario (Estudio Delphi). En él, se cuantifican los costos asistenciales de la obesidad: el 62.6 % del gasto generado por las complicaciones de la obesidad corresponde a enfermedades cardiovasculares (www.fundaciondelcorazon.com, 2005c).

2. Cerebrales:

- ★ *Accidente vascular cerebral:* Debido al exceso de grasa en el cuerpo por la obesidad, en las arterias del cerebro se va depositando grasa y se va haciendo más estrecho el paso de sangre por estos vasos sanguíneos pudiendo llegar a ser tan estrecho el diámetro que sería muy factible que se tape dicho vaso sanguíneo, provocando un accidente vascular cerebral (www.obesidad.net, 2005).

3. Dermatológicas:

- ★ *Estrías:* En la obesidad, la acumulación de grasa se da en el tejido subcutáneo en donde se va depositando. La piel esta compuesta por elastina, lo que le

proporciona a ésta una cierta capacidad para su elasticidad y dar cabida a este exceso de grasa, pero llega a cierto límite y entonces este tejido se rompe, y aparecen las estrías, que según el grado de obesidad y la genética de cada individuo, será de diferente distribución y de diferente intensidad (www.obesidad.net, 2005).

- ★ *Pigmentación de la piel:* Igualmente al romperse la piel se van pigmentando esas zonas, ya que la melanina es utilizada como un medio de defensa al momento del rompimiento de la piel (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Hirsutismo:* Durante el proceso de la obesidad, también se dan cambios en el sistema endocrino, en las glándulas centrales y sebáceas en la piel, dando como resultado crecimiento de mayor vello en diversas regiones del cuerpo y esto se conoce como hirsutismo (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Sudoración profusa:* Igualmente que con estos cambios endocrinos, en las glándulas centrales y sebáceas en la piel, hay cambios en las glándulas sudoríparas y se presenta un aumento en la sudoración (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Furunculosis:* Debido a la obesidad, se presentan en las zonas de roce los furúnculos (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Infecciones por hongos:* Y en las zonas de pliegues empiezan a aparecer infecciones por hongos (www.obesidad.net, 2005).

4. Gastrointestinales:

- ★ *Reflujo esofágico:* En la obesidad, existe un exagerado consumo de alimentos sin importar el tipo, la calidad, la textura y la cantidad del mismo. Todo esto propicia que se inflame la mucosa del estómago, provocando gastritis y debido a la gran cantidad de alimento el ángulo esófago - gástrico se debilita y permite que el ácido del estómago se regrese hacia el esófago provocando el reflujo esofágico (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Gastritis.*
- ★ *Litiasis vesicular:* Por todos estos excesos de alimentos la vesícula biliar se vuelve insuficiente y se empieza a acumular la bilis en su interior y con el paso del tiempo se presenta la litiasis vesicular (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Hígado graso:* Por el exceso de grasa que se presenta en la obesidad, el hígado no es capaz de metabolizar toda la grasa y se empieza a acumular en las células del hígado, presentando el conocido hígado graso (www.obesidad.net, 2005).

- ★ *Colitis*: Por todo lo señalado anteriormente, también se inflama la mucosa del intestino grueso, mejor conocida como colitis (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Cáncer de colon*: Es la consecuencia de la colitis (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Hemorroides*: Con todo el exceso de carga alimentaria del aparato digestivo se inflaman las venas que se encuentran en la parte final del colon y se presentan las hemorroides, que pueden llegar a sangrar o a trombosarse, requiriendo una intervención quirúrgica de emergencia (www.obesidad.net, 2005).

5. Genito Urinarias:

- ★ *Incontinencia urinaria*: La función de la vejiga que al ser elástica, sirve para acumular una gran cantidad de orina y debido al problema de obesidad, la vejiga se ve comprimida y se vuelve insuficiente para retener la orina, presentándose la incontinencia urinaria (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Cálculos renales*: Por el exceso de alimentos que se presenta en la obesidad, el riñón se vuelve insuficiente para eliminar los desechos metabólicos y se van acumulando, presentándose los cálculos renales (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Alteraciones en la menstruación*: Debido a la obesidad, se producen alteraciones importantes en las hormonas; en la mujer, dichas alteraciones pueden provocar que se altere el proceso de ovulación y como consiguiente se presenten alteraciones en la menstruación. También debido a la obesidad, los ovarios se rodean de grasa y no permiten que se dé la ovulación. Como se puede observar existen 2 mecanismos por los cuales se pueden presentar alteraciones en la menstruación debido a la obesidad (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Cáncer de próstata*: Estas alteraciones hormonales, debido a la obesidad, en el hombre se puede presentar el cáncer de próstata (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Lesiones benignas y malignas en el útero*: En la mujer, la obesidad puede desencadenar lesiones en el útero, que pueden ser benignas o malignas (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Lesiones benignas y malignas en los senos*: Lo mismo sucede en los senos y debido al exceso de grasa, no es posible detectar a la exploración de los mismos, cualquier alteración que quizá si no existiera la obesidad, pudiera detectarse en fase más temprana evitando problemas de mayor gravedad (www.obesidad.net, 2005).

6. Metabólicas:

- ★ *Diabetes*: Una de las enfermedades más serias y que tienen mayor impacto en la salud y la calidad de vida de las personas es la diabetes mellitus tipo 2

(www.fundaciondelcorazon.com, 2005b) [niveles de glucosa (azúcar) circulantes altos en la sangre] y dicha enfermedad a veces es detectada cuando ya aparecen los síntomas como son poliuria nocturna (orinar mucho durante la noche), polidipsia (tomar mucho agua), polifagia (comer mucho) y pérdida de peso. Generalmente la aparición de estos síntomas se presentan entre 8 y 10 años después de tener los niveles de glucosa circulantes en la sangre por arriba de los niveles normales (>115 mg/dl en ayunas) (www.obesidad.net, 2005). Además presentan intolerancia a la glucosa (www.fundaciondelcorazon.com, 2005b).

También es importante saber que la obesidad con un alto ÍMC, como una proporción cintura cadera por arriba de 0.80, así como el sedentarismo predisponen a la presentación de la diabetes (www.obesidad.net, 2005).

- ★ *Resistencia a la insulina:* La obesidad provoca que se presente una resistencia a la insulina (www.fundaciondelcorazon.com, 2005b), provocando un aumento de producción de insulina para compensar el exceso de glucosa circulante en sangre y dicha producción al ser insuficiente provoca el deterioro de las células beta del páncreas que son las productoras de insulina (www.obesidad.net, 2005).
- ★ Generalmente en la obesidad, se encuentran altos los *niveles de grasa (lípidos)* circulantes en la sangre y se pueden dividir en:
 - ✓ *Hipercolesterolemia:* La hipercolesterolemia, que es una anormalidad de las grasas (lípidos) y se presenta cuando los niveles de colesterol en sangre se encuentran por arriba de 200 mg/dl (www.obesidad.net, 2005).
 - ✓ *Hipertrigliceridemia:* La hipertrigliceridemia es otra anormalidad de las grasas (lípidos) y se presenta cuando los niveles de triglicéridos en la sangre se encuentran por arriba de 150 mg/dl (www.obesidad.net, 2005).
 - ✓ La obesidad afecta en enfermedades metabólicas como las hiperlipidemias en sus diversas formas (www.fundaciondelcorazon.com, 2005b). Las lipoproteínas son parte de las grasas (lípidos) que se encuentran combinadas con proteínas, y se dividen generalmente en lipoproteínas de alta densidad (HDL) y de baja densidad (LDL), que son las más importantes para el pronóstico de aterosclerosis de las arterias coronarias (corazón) (www.obesidad.net, 2005).

Los pacientes obesos suelen tener generalmente un nivel bajo de colesterol HDL (considerado “bueno”), el cual aumenta cuando se reduce de peso, y un aumento de los triglicéridos; así como ácido úrico y niveles plasmáticos altos de insulina, y descienden los triglicéridos (www.fundaciondelcorazon.com, 2005b). Igualmente, existen las lipoproteínas intermedias (IDL) y las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), que no tienen tanta influencia en el pronóstico de enfermedad coronaria (www.obesidad.net, 2005).

- ✓ *Hiperlipidemia mixta:* En la obesidad se encuentra más comúnmente la hiperlipidemia mixta, en la que se pueden encontrar niveles altos de varios de

los lípidos mencionados en el párrafo anterior y otros se pueden encontrar en límites normales (www.obesidad.net, 2005).

- ★ *Gota*: Cuando los niveles de ácido úrico en sangre se elevan por arriba de 8 mg/dl, el riñón es incapaz de eliminarlo en su totalidad y se empiezan a formar cristales del mismo que se acumulan (tofos) y se depositan en las articulaciones. Generalmente se presenta en el dedo gordo del pie, pero también puede presentarse en otras articulaciones, y esta entidad se conoce como gota (www.obesidad.net, 2005).

7. Osteoarticulares:

- ★ *Dificultad para la movilización*: Debido al sobrepeso por la obesidad, cada vez es mayor la dificultad para la movilización, es más difícil desplazarse de un lado a otro, subir y bajar escaleras (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Hipotrofia muscular*: Los músculos que se encargan de sostener y movilizar nuestro cuerpo que son conocidos como músculos esqueléticos se van debilitando y su volumen va disminuyendo presentando hipotrofia muscular (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Artritis de miembros inferiores*: El mismo problema de sobrepeso causado por la obesidad va desgastando las articulaciones y disminuyendo su movilidad, y por lo mismo disminuye la circulación del líquido sinovial y disminuye el aporte nutritivo de estas causando una artritis de los miembros inferiores (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Artritis de columna vertebral y hernia de disco intervertebral*: Este desgaste de las articulaciones, provoca artritis de la columna vertebral y pudiendo presentar también, fácilmente una hernia de disco intervertebral (www.obesidad.net, 2005).

8. Pulmonares:

- ★ *Fatiga y falta de aire*: Debido al exceso de peso causado por la obesidad, el tórax y el abdomen se encuentran más rígidos, y se necesita mucho mayor fuerza para desplazar los músculos torácicos para la inspiración; la persona se fatiga fácilmente y le hace falta el aire (disnea), aunque sea en desplazamientos cortos, por lo que tiene que interrumpir frecuentemente la marcha y reposar (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Dificultad al respirar durante el sueño*: La obesidad favorece la aparición de una obstrucción repetida de las vías aéreas superiores, provocando una dificultad para respirar durante el sueño que se conoce como síndrome de apnea obstructiva del sueño (www.obesidad.net, 2005).

- ★ *Trombosis pulmonar:* Al estar más rígido el pulmón por lo mencionado con anterioridad, se produce un aumento del volumen sanguíneo pulmonar y se forman pequeñas comunicaciones en las zonas de declive de los pulmones, y en esa zona se pueden formar acumulaciones de los elementos de la sangre y presentar pequeños trombos, desencadenando una trombosis pulmonar (www.obesidad.net, 2005).

9. Quirúrgicas:

- ★ *En el preoperatorio:* En el paciente que presenta obesidad se presentan una gran variedad de problemas desde el periodo preoperatorio, ya que hay gran dificultad para canalizar las venas, para administrar las soluciones y los medicamentos (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Durante la anestesia:* Se presentan problemas desde la intubación (colocación de un tubo en la tráquea para mejor la ventilación), igualmente se dificulta la anestesia por vía espinal (raquia); por el problema de obesidad, la dosis de medicamentos anestésicos es muy variable y es muy difícil mantener una hidratación adecuada (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Durante la cirugía:* El aumento de la grasa en el tejido adiposo, dificulta las maniobras tanto de abrir como de cerrar la incisión quirúrgica y también se dificulta el control de los vasos sangrantes (hemostasia) (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *En el postoperatorio:* La mortalidad se encuentra muy aumentada en los pacientes que padecen obesidad, por una disminución de la concentración de oxígeno en las arterias. Se presentan frecuentemente neumonías (infección pulmonar), infecciones de la herida quirúrgica y también se asocia a tromboflebitis (inflamación de las venas) de miembros inferiores (www.obesidad.net, 2005).

10. Reproductiva:

- ★ *Alteración en la ovulación:* Debido al problema de obesidad, se producen alteraciones importantes en las hormonas. En la mujer dichas alteraciones provocan que se alteren tanto los niveles de estrógenos como los de progesterona y alteren el proceso de ovulación (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Infertilidad:* Por esta misma razón (de obesidad y alteración hormonal) se presenta la infertilidad (no poder concebir) (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Relaciones sexuales ineficientes:* Las relaciones sexuales son ineficientes y no se pueden llevar a cabo de manera habitual, debido al exceso de grasa en la obesidad y la mayoría de las veces no se realiza dicha relación de manera satisfactoria (www.obesidad.net, 2005).

- ★ *Alto riesgo durante el embarazo:* La obesidad es una de las entidades que con mayor frecuencia complican la evolución del embarazo. La mujer que inicia su embarazo con un ÍMC por arriba de 25 unidades se considera con obesidad, y se limita el crecimiento del producto a expensas del plan de alimentación bajo en calorías para que no suba más de peso. Además se ha visto que las embarazadas con obesidad tienen productos con mayor peso al nacer que los normales (macrosómicos) (www.obesidad.net, 2005).

11. Sanguíneas:

- ★ *Poliglobulia:* Debido al exceso de grasa y que la respiración es deficiente, la oxigenación se ve disminuida y para compensar esto, la médula ósea produce mas glóbulos rojos (poliglobulia), eleva la hemoglobina (que es la que transporta él oxígeno a todo el cuerpo), encontrado los niveles arriba de 18 mg/dl y en algunas ocasiones cuando las cifras son muy altas, es necesaria practicar una sangría, es decir, sacar sangre (www.obesidad.net, 2005).

12. Otras:

- ★ *Hernia y eventraciones:* Debido al problema de obesidad las hernias y eventraciones son muy frecuentes, ya que las paredes musculares no son capaces de sostener todo este sobrepeso y al debilitarse permiten que se formen sacos herniarios, que pueden ser en varias localizaciones y que requerirán de intervención quirúrgica, y debido al mismo problema, el porcentaje de recidiva es muy alto (www.obesidad.net, 2005).
- ★ *Mayor riesgo de sufrir accidentes:* Estos pacientes tiene mucho mayor riesgo de sufrir accidentes, ya que pierden más fácilmente su centro de gravedad y además no pueden percibir alteraciones en el piso o altura de escalones, o hasta podrían romper una silla que no se encuentre en buen estado o pueden caer al rotarse en una cama de exploración y así podríamos seguir poniendo ejemplos reales alrededor de esta situación (www.obesidad.net, 2005).

La obesidad afecta también al aparato locomotor (en este caso depende más de la severidad de la obesidad -índice de masa corporal- que de la distribución de la grasa). (www.fundaciondelcorazon.com, 2005b).

A mediano plazo, la obesidad infantil produce alteraciones ortopédicas, respiratorias y cutáneas. No habituales, pero de extrema gravedad, son el síndrome de Picwick (somnolencia e insuficiencia respiratoria), miocardiopatía y pancreatitis asociados a obesidad. En los niños obesos aumenta la incidencia de la diabetes mellitus y el riesgo de intolerancia a la glucosa, hipertensión y alteraciones de lípidos (aumento de colesterol y triglicéridos) (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d).

2.7.5 Consecuencias psicológicas

La obesidad se produce, cuando el número de calorías ingeridas es superior al número de calorías gastadas. Esta idea tan simple resume la causa de la obesidad y también la estrategia de cualquier plan terapéutico. Sin embargo, hay múltiples factores relacionados con el control del apetito y el gasto calórico que son muy diferentes en cada individuo (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a).

Uno de los factores que son más importantes y que además retroalimentan el problema de la obesidad, es la pérdida de la autoestima, que cada vez va siendo más y más intensa y como consecuencia se cae en un cuadro de depresión, lo cual baja aún más la autoestima y nos hace caer en una depresión cada vez más profunda, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha situación usando la comida como un aliciente para su problema y eso consecuenta más este problema, creando un círculo vicioso (www.obesidad.net, 2005).

A menudo se ha señalado, en comparación con las personas delgadas, que los obesos son más vergonzosos, pasivos, tímidos, con baja autoestima y un concepto distorsionado de su imagen corporal, e incluso se ha mencionado que tienen un desarrollo de su personalidad inadecuado o manifestaciones de enfermedades psíquicas (Bruch, 1980; Collip, 1980; Stunkard y Burt, 1967; citados en Saldaña y Rosell, 1988).

Debemos hablar también del porqué el obeso come y qué tanto afecta a su personalidad, se han hecho estudios, por ejemplo, el de Hamburger (citado en Saldaña y Rosell, 1988) donde trata de observar el papel que juega las variables psicológicas en la sobrealimentación y en donde apuntó cuatro factores causales a saber: 1) ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas; 2) sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables; 3) ingesta como síntoma de enfermedad subyacente y 4) adicción a la comida, aunque este último punto no ha sido probado ampliamente.

Los estados emocionales positivos o negativos afectan el comportamiento alimentario del individuo. Las personas obesas no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, lo que les conduce a ingerir alimentos de forma inapropiada como respuesta a su activación emocional, manteniendo este comportamiento por las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés (Saldaña, 1994; Thompson, 1996 citados en Barajas, 1998), lo cual concuerda con el punto número uno del estudio de Hamburger.

A corto plazo sus consecuencias más frecuentes son alteraciones psicosociales: incluso en edades tempranas el niño obeso es descrito despectivamente por sus compañeros, tiene problemas de aislamiento y relación, y menores expectativas académicas (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d). De acuerdo con los estereotipos sociales, en ciertas situaciones las personas toman actitudes de rechazo y desprecio hacia las personas obesas. Se ha visto que hay una disminución de la autoestima en niños obesos (12 años en los niños y 14 años en las niñas), pronunciándose una insatisfacción constante (Meldenson y White, 1985; citados en Barajas, 1998). Pues a las personas obesas se les considera desviados de las normas socialmente aceptadas y tienen menos éxito con el sexo opuesto. De hecho, algunos individuos obesos tienen la impresión que su cuerpo luce vergonzoso y grotesco, y que los

demás los consideran con desprecio u hostilidad. Está condición parece ser más frecuente en quienes tienen obesidad desde la infancia y, en modo alguno, representa un fenómeno corriente en los obesos. Incluso de un mínimo sobrepeso, sobre los adolescentes como coadyuvante de importantes problemas de la alimentación como la bulimia - anorexia nervosa (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d).

La Clasificación Internacional de Enfermedades, en su Décima Versión (CIE – 10; citado en Lolas, 1992) destina el capítulo V a los trastornos mentales y de la conducta. La sección F50 se destina a Trastornos del Comer (Eating Disorders). El CIE – 10 (OMS, 1994), considera que la obesidad puede constituir una motivación para hacer dieta, la que a su vez puede causar síntomas afectivos como ansiedad, inquietud e irritabilidad, e incluso síntomas depresivos graves. Gran parte de los trastornos psicológicos asociados a la obesidad derivan de la práctica de hacer dieta: a) las personas cuya obesidad apareció en la infancia parecen ser más vulnerables; b) la restricción calórica estricta produce síntomas con mayor facilidad que la abstinencia total de alimentos; c) el tratamiento ambulatorio es más estresante que el realizado en el hospital. Además, las personas con obesidad patológica (en términos de intensidad) sufren trastornos emocionales más graves durante la dieta que aquellas con obesidad moderada. Los síntomas más frecuentes son nerviosismo, debilidad y depresión (Lolas, 1992).

Entre las alteraciones psicológicas más frecuentemente asociadas a la obesidad, Stunkard (1985; citado en Lolas, 1992) menciona tres: ingesta excesiva (overeating), alteración de la imagen corporal y complicaciones por hacer dieta. De este último, se consideran tres variables significativas: a) las personas cuya obesidad apareció en la infancia parecen ser más vulnerables; b) la restricción calórica estricta produce síntomas con mayor facilidad que la abstinencia total de alimentos; c) el tratamiento ambulatorio es más estresante que el realizado en hospital. Además, las personas con obesidad patológica (en términos de intensidad) sufren trastornos emocionales más graves durante la dieta que aquellos con obesidad moderada. Los síntomas más frecuentes son nerviosismo, debilidad y depresión (Lolas, 1992).

2.7.6 *Consecuencias sociales y emocionales*

De las secuelas más importantes, definitivamente son las que tienen implicaciones sociales, ya que en la sociedad actual la persona con obesidad no es aceptada y más aun si es mujer el rechazo será mayor. A nivel laboral, los patrones generalmente no desean tener gente con obesidad, sobre todo a nivel de trabajo de oficina, recepción, ventas, etc., ya que dicen que la primera imagen que percibe el cliente es la que se percibe de la empresa, a veces ni tan siquiera les interesan los conocimientos y las virtudes de sus empleados sino la apariencia física de los mismos (www.obesidad.net, 2005).

Y ni que hablar de lo que sucede a nivel escolar, ya que como sabemos los niños no se callan nada y siempre el agredido es el que presenta obesidad, no se le permite que juegue con los demás y siempre es objeto de burlas y segregación, provocando en los niños, grandes complejos que requerirán tarde o temprano de ayuda profesional para resolver toda la problemática señalada anteriormente. Y todo esto los lleva al aislamiento, a separarse de la gente, a encerrarse y para reconfortarse de todas estas situaciones recurren a la comida y lo que esto va haciendo, es hacer más grave este problema (www.obesidad.net, 2005).

2.7.7 Prevalencia

Los hombres y las mujeres con obesidad presentan mayor riesgo de desarrollar diabetes e hipertensión (www.obesidad.net, 2005). La obesidad es seis veces más frecuente entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que alto, en los hombres se encuentra una relación similar a la de las mujeres pero débil. Además puede ser de tipo genético, ya que cerca del 80 % de los pacientes que presentan este trastorno tienen una historia familiar de obesidad, pero no puede solo deberse al factor genético, ya que la persona puede identificarse con los padres obesos y aprender métodos “orales” para combatir la ansiedad (Kaplan y Sadock, 1999).

Además su incidencia está aumentando, en Europa, se estima que alrededor del 13 % de la población general entre los 25 y 60 años es obesa. En otros países como Estados Unidos, la incidencia es mayor y el gasto sanitario directo ocasionado por la obesidad representa entre un 5 y un 7 % del gasto sanitario total. En Europa, se calcula (según el Estudio Delphi) que el costo total de la obesidad es de 12 millones de lo que representa el 6.9 % del gasto sanitario (www.fundaciondelcorazon.com, 2005a).

La obesidad infantil, en EUA, afecta del 15 al 20 % de los escolares; en España, un reciente estudio sitúa la prevalencia de la obesidad entre escolares del norte de España en un 7 %. Este tipo de obesidad, aumenta el riesgo de obesidad en la edad adulta, la cual significa que aproximadamente el 75% de los adolescentes obesos serán obesos de adultos, con su factor de riesgo de enfermedad cardiovascular (www.fundaciondelcorazon.com, 2005d).

2.7.8 Algunas explicaciones de la obesidad

Desde los años 50's hasta la actualidad se han ido formulando distintas hipótesis explicativas distintas, para dar respuesta de manera más o menos exacta sobre el origen y desarrollo de la obesidad, las cuales se explican a continuación:

- ① *El balance energético:* Sostiene que la mayoría de las obesidades son consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas y la cantidad de calorías gastadas por el individuo, producto del consumo de dietas de alto valor calórico y de una insuficiente actividad física y por una consecuente ganancia gradual de peso, incrementando la cantidad del tejido adiposo (Barajas, 1998).
- ① *La teoría del punto fijo:* Postula que cada individuo tiene un peso ideal biológicamente programado y una serie de procesos reguladores que actúan para mantener este peso constante, ajustado a la ingesta y gasto energético. La herencia determina en gran manera el punto fijo de peso de la persona, influenciado a su vez por la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica. Cuando se hace dieta, se presenta un balance energético positivo durante un periodo de tiempo prolongado, cambiará su punto fijo de peso a un nivel superior, conseguirá ganar peso y tener en el futuro dificultades para restaurar su peso por debajo del nuevo punto fijo de peso que se ha establecido (Barajas, 1998).

- ① *El modelo actual del aprendizaje:* Saldaña (1994; citado en Barajas, 1998), apoya la idea de que factores psicológicos, principalmente motivacionales, justifican plenamente este tipo de patrón de comportamiento y que los principios de reforzamiento son muy útiles para explicar el mantenimiento de estos patrones de comportamiento inadecuados.

El modelo conductual del aprendizaje permite explicar claramente los aspectos motivacionales que justifican por qué el obeso mantiene las conductas de sobreingesta y sedentarismo: ante las presiones socioambientales, el obeso responde a tal situación mediante la adopción de una dieta, de la cual a su vez también obtiene consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo. El seguimiento de una dieta conduce a corto plazo la pérdida de peso, por lo que el sujeto recibirá aprobación social y mejorará su autoestima – consecuencias positivas-. A largo plazo, se obtienen consecuencias negativas, tales como el incremento de peso, posible rechazo social y/o la aparición de problemas de salud frecuentemente asociados a dicho incremento de peso, como la hipertensión (Saldaña y Rossell, 1988).

- ① *La hipótesis de la externalidad:* Esta hipótesis sugiere que la ingesta de las personas con peso normal está regulada por estímulos internos, principalmente señales fisiológicas de hambre y saciedad (Schachter, Goldman y Gordan, 1968; citados en Saldaña, 1994), mientras que la ingesta de las personas con sobrepeso está regulada por estímulos o señales externas, tales como la presencia de alimentos, el olor de los mismos, la presencia de personas comiendo, el paso del tiempo, etc. (Nisbett, 1972; Schachter y Gross, 1968; citados en Saldaña, 1994).

Algunos estímulos externos, como la hora del día, la apariencia del alimento y especialmente la apetitividad, es posible que influyeran más en la ingesta de los obesos que de los que no lo son (Barajas, 1998).

- ① *La hipótesis de la ingesta emocional:* Se acepta ampliamente que los estados emocionales positivos o negativos afectan el comportamiento alimentario (Barajas, 1998). La sobreingesta es una conducta aprendida utilizada por el sujeto obeso como un mecanismo para reducir la ansiedad. Bruch (citado en Barajas, 1998) propuso que los indicadores de hambre podrían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, siendo este error de discriminación el que podía producir una ingesta inadecuada.

De los patrones anómalos de ingesta, el más estudiado es la bulimia, que alcanza el carácter de síndrome en algunos sistemas nosológicos cuando se agregan algunos síntomas adicionales. Alrededor de un 5 % de las personas obesas lo manifiestan, si bien sin el vómito que frecuentemente le acompaña en los casos de los individuos no obesos; existe cierta evidencia de que la dieta, o el hecho de hacer dieta o puede asociarse al patrón bulímico de ingesta (Lolas, 1992).

2.8 Hiperfagia en otras alteraciones psicológicas

De acuerdo con el CIE - 10 (OMS, 1994), se debe codificar de acuerdo con este apartado: la ingesta excesiva como una reacción a acontecimientos estresantes y que *da lugar a obesidad*. Duelos, accidentes, intervenciones quirúrgicas y acontecimientos emocionalmente estresantes pueden dar lugar a una “*obesidad reactiva*”, en especial en enfermos predispuestos a la ganancia de peso.

La obesidad como causa de alteraciones psicológicas no debe ser codificada en este apartado. La obesidad puede hacer que el enfermo se sienta muy sensibilizado acerca de sus aspecto y desencadenar una falta de confianza en las relaciones interpersonales, puede exagerarse la valoración subjetiva de las dimensiones corporales. Para codificar la obesidad como causa misma de alteración psicológica, se deben usar categorías tales como F38 otros trastornos del humor (afectivos), F41.2 trastorno mixto ansioso - depresivo o F48.9 trastorno neurótico sin especificación, más un código de E66 para indicar el tipo de obesidad. La obesidad considerada como efecto indeseable del tratamiento a largo plazo con neurolépticos, antidepresivos u otro tipo de medicación psicotrópica no debe codificarse aquí, sino bajo el epígrafe E66.1, obesidad inducida por fármacos, añadiendo un código adicional del capítulo XX de la CIE - 10 (causas externas), para identificar el fármaco (OMS, 1994).

De acuerdo con el CIE - 10 (Ver Tabla 4), la obesidad puede provocar a veces al seguir una dieta que puede dar lugar a síntomas afectivos menores (ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad) o más raramente, a síntomas depresivos graves (“depresión de la dieta”) (OMS, 1994).

Tabla 4. Obesidad de acuerdo al CIE - 10

Incluye: Hiperfagia psicógena
Excluye: Polifagia sin especificación (R62.2)
Obesidad (E66.-)

Fuente: CIE - 10 (OMS, 1994 pp. 146 - 147)



CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO

3.1 Factores de riesgo que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria

Las conductas alimentarias pueden tornarse en conductas de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, omisión de comidas, entre otras) (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001), por lo que en el campo de la salud, se están presentando avances en el esclarecimiento de los factores facilitadores (de riesgo) y protectores de la enfermedad. Los *Factores de Riesgo* (FR) se clasifican en aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desequilibrio del sujeto, volviéndolo vulnerable e incrementando la probabilidad de enfermedad que facilitan las condiciones para la misma (Gómez Peresmitré, 2000; citado en Gómez Peresmitré, 2001). Lemos (1996; citado en Gómez Peresmitré, 2001) define como *riesgo*, la exposición a circunstancias que aumentan la probabilidad de manifestar algún comportamiento desviado, es decir, el riesgo de desarrollar alguna alteración es el resultado de la interacción de disposiciones personales y de factores de riesgo.

Se ha observado que en el desarrollo de trastornos alimentarios intervienen diversos factores, como la predisposición genética y la estereotipia del rol sexual, así como los patrones socioculturales y, la influencia de las creencias y costumbres de los padres (Ángel y Jones, 1992; citados en González, Lizano y Gómez Peresmitré, 1999). Asimismo López, Mancilla y Álvarez (1998; citados en González et al., 1999) también proponen que la obesidad es un fenómeno multicausal, ya que convergen tanto factores biológicos (bioquímicos y genéticos) como factores psicosociales (psicológicos, sociales y culturales). Estos trastornos comúnmente tienen su comienzo en la infancia y persisten en la edad adulta (Mazza, 1987; citado en González et al., 1999). Castro (1991; citado en González et al., 1999), menciona que es en la niñez donde los padres intervienen de manera decisiva en la adquisición de los hábitos alimentarios, refiriéndose no sólo a lo que comen, sino a las cantidades, las combinaciones de alimentos, los horarios y los lugares donde usualmente se realiza la ingesta de alimentos. La carencia de conocimiento nutrimental se relaciona con la obesidad, ya que las madres pueden, de forma no intencional, seleccionar una dieta que contribuya a ganar exceso de peso (González et al., 1999).

La exposición a diversos factores de riesgo tienen efectos acumulativos ya que parecen tener efectos aditivos sobre la vulnerabilidad, la probabilidad de enfermar es proporcional al número y severidad (duración y toxicidad) de los factores de riesgo (Andersen, 1995; citado en Gómez Peresmitré, 2001), pero también ciertos trastornos comparten ciertos factores de riesgo que son antecedentes comunes.

De acuerdo con Striegel - Moore y Steiner - Adair (2000; citados en Rodríguez, 2004), diferentes modelos teóricos sugieren que la etiología de los trastornos alimentarios es multifactorial, esto nos dice que el riesgo surge a partir de una combinación de factores específicos de riesgo (aquellos propios de una enfermedad en particular) y factores generales (relacionados con varios trastornos), llevándose a cabo la exposición al riesgo en ambientes variados en un momento evolutivo donde el riesgo es acumulativo.

Gómez Peresmitré et al. (2001b; citado Rodríguez, 2004) menciona que los factores de riesgo que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria son aquellos que favorecen el desarrollo de tales trastornos, afectando seriamente la salud y aumentando las probabilidades

de dicha enfermedad, pudiendo ser éstos de naturaleza bio – psico – socio - cultural. Los factores de riesgo dentro del campo de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA's), se dividen en cuatro grandes grupos (tomando en cuenta la naturaleza de las variables) (Gómez Peresmitré, 2001):

1. **Factores de riesgo asociados con la imagen corporal (IC).**- como lo es la satisfacción/insatisfacción; alteración de la sobrestimación/subestimación; preocupación por el peso corporal y por la comida; actitud hacia la obesidad/delgadez; autoatribución positiva/negativa; figura real, ideal e imaginaria; peso deseado y actividad ligada a la delgadez entre otras.
2. **Factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria.**- dentro de estos el más importante es el seguimiento de dieta restrictiva; atracones (binge eating); conducta alimentaria compulsiva; hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos, disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico o “engordadores”, y consumo de productos “light”.
3. **Factores biológicos de riesgo.**- entre estos factores encontramos el peso corporal, la talla o estatura, la madurez sexual precoz/tardía y/o amenorrea.
4. **Factores de riesgo relacionados con prácticas compensatorias.**- tales como realizar ejercicio excesivo (10 hrs. o más a la semana), uso de algún producto con el propósito de control de peso como pueden ser inhibidores del hambre, laxantes, diuréticos, consumo excesivo de agua (más de 2 lts. al día) o el consumo excesivo de fibra.

Gómez Peresmitré et al. (2001), mencionan también los **Factores ambientales**, que pueden ser considerados como factores de riesgo y dentro de esta categoría cae la participación en actividades deportivas y artísticas, en las que se requiere un cuerpo delgado y en las que existen grandes expectativas de logro como en el ballet (Hamilton, Brooks - Gunn y Warren, 1985; Szmuckler, 1985b; Garner y Garfinkel, 1980; Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987; Warren, Stanton y Blessing, 1990; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), la gimnasia (Rosen, McKeag, Hough y Curley, 1986; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), la lucha (Enns, Drownowski y Grinker, 1987; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) y la natación (Dummer, Rosen, Heusner, Roberts y Counsilman, 1987; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), las cuales influyen de manera definitiva en la incidencia de los desórdenes alimentarios. Otros factores de riesgo pueden ser las grandes expectativas de logro, perfeccionismo, miedo a la obesidad, preocupación por el cuerpo, sumisión (Bruch, 1978 y Vicent, 1981; citado en Gómez Peresmitré et al., 2001), la edad (adolescente), el sexo femenino y pertenecer a medios o profesiones que exijan “peso y talla” determinados por los valores estéticos corporales de “extrema delgadez” (Arévalo, López, Álvarez, Ocampo y Mancilla, 2000).

En el caso de la danza no es difícil sospechar que entraña riesgos de comportamiento patológico en lo que respecta a la alimentación. Por ello, la consideran como la profesión de mayor riesgo de trastorno alimentario (Garner, Garfinkel, Rockert y Olmsted, 1987; Toro, 1996; citados en Arévalo et al., 2000). Un estudio ya clásico de Garner y Garfinkel (1980;

citado en Arévalo et al., 2000), señaló que las bailarinas tenían 6.5 veces más probabilidad de desarrollar anorexia nerviosa que estudiantes de la misma edad de otras profesiones, debido a que la “delgadez extrema” de la bailarina actual es una adquisición reciente los ideales de belleza impuestos al cuerpo sufren transformaciones que afectan el perfil que adopta la institución de la danza, por lo que a la bailarina se le exige una severa autodisciplina en su entrenamiento y un control sobre otras esferas de su vida, en particular sobre su dieta. Su cuerpo debe reflejar los “ideales estéticos” que tocan con lo mítico y perfecto, prueba de ello es que en promedio su peso está 14 % debajo del ideal para su peso y talla, además la mayoría de ellas presenta un retraso considerable en la menarca (Hamilton, Brooks – Jun, Warren y Hamilton, 1988; citados en Arévalo et al., 2000). Estas características aunadas con la preocupación por su figura, son factores predisponentes para un trastorno alimentario, que puede visualizarse como la alternativa para responder a la idealización de la figura del bailarín o la bailarina que exige el medio.

Un ejemplo de esto, son los estudios realizados en México con muestras de estudiantes de danza y bailarinas profesionales (Unikel y Gómez Peresmitré, 1996; citados en Gómez-Peresmitré et al., 2001) quienes confirman hallazgos reportados en la literatura internacional, en cuanto a la presencia en estas poblaciones, de un peso corporal significativamente bajo, mayores porcentajes de conductas inapropiadas del comer, preocupación por la figura y el peso, distorsión de la imagen corporal e incluso la presencia de desórdenes alimentarios; por lo que se puede decir, que las estudiantes de danza y las bailarinas profesionales constituyen un grupo de alto riesgo para desarrollar desórdenes alimentarios, aunque existen otras poblaciones en las cuales las conductas características de los desórdenes alimentarios se presentan de manera generalizada en mujeres adolescentes y adultas mexicanas, sin importar su actividad vocacional o profesional. Entre las características comunes a todos los grupos se encuentran la percepción de un peso corporal mayor al ideal y el deseo de pesar menos, la preocupación e insatisfacción con la propia figura y peso corporal, y el consecuente uso de métodos para bajar de peso (Gómez Peresmitré et al., 2001).

En este mismo estudio, la comparación entre grupos de adolescentes arrojó resultados separados en cuanto a la presencia de mayor patología en estudiantes de danza y estudiantes de escuela privada, mientras que en las estudiantes de escuela pública está se encuentra prácticamente ausente. Es interesante señalar que las estudiantes de escuela privada presentaron porcentajes elevados de conducta anómala del comer y sufrimientos asociados, algunos más elevados que las estudiantes de danza, como es el caso del uso del vómito autoinducido, los sentimientos de culpa, la depresión y el malestar al comer alimentos engordantes, la práctica de ayunos y omitir comidas. Otras conductas, como la práctica de los “atracones” y el seguimiento de dietas, parecen ser prácticas comunes en gran número de adolescentes. Es entonces, que las bailarinas profesionales son el grupo con mayor riesgo, ya que presentan porcentajes elevados en cuanto a la práctica de métodos para bajar de peso, en donde el 90 % de ellas practicaba dietas, 70 % se ejercitaba con este fin, 50 % practicaba “atracones” y omitía comidas, y entre 18 y 30 % hacía uso de laxantes, diuréticos, anfetaminas y del vómito autoinducido (Gómez Peresmitré et al., 2001).

En otro estudio, en el que se utilizó una muestra de 72 mujeres estudiantes de danza con un rango de edad de 10 – 18 años, de población urbana, de nivel socioeconómico medio y con 4 años de estudiar danza; se le aplicó el EAT – 40, Bulit, CIMEC, BSQ, EDI e IDED. Los

resultados señalan la presencia de trastornos alimentarios en estudiantes mexicanas de danza, siendo la anorexia la que tuvo mayor frecuencia entre estos trastornos (18 %), mientras que el 4 % recibieron diagnóstico de bulimia y un porcentaje considerable (18 %), presentó trastornos alimentarios no especificados (TANE); los síntomas de bajo peso y amenorrea son constantes en la mayoría de las estudiantes de danza, el índice de masa corporal en todas las participantes señala bajo peso, de acuerdo con los criterios para la población mexicana de Vargas y Casillas (1993; citados en Arévalo, et al., 2000). Los resultados señalan también, que la edad tiene una fuerte relación positiva con mayor insatisfacción corporal, mayor asimilación de modelos estéticos de “delgadez” y mayor presencia de conductas purgativas, lo cual señala que la edad más que el tiempo de estudio de danza, es un indicador de riesgo de trastorno alimentario. Entre los factores socioculturales, en este estudio se encontró que resalta la influencia de los modelos estéticos de extrema delgadez, por potencializar la presencia de las psicopatologías alimentarias en población general; sin embargo, en las estudiantes de danza parecen estar más presentes, habiendo una alta asimilación de estos modelos estéticos y fue significativamente más acentuada en las que presentaron trastornos alimentarios (Arévalo et al., 2000).

Se puede decir entonces, que cualquier grupo que requiera un peso corporal bajo o una figura esbelta coloca a sus miembros en un riesgo más alto. Aquí se incluye a bailarinas, modelos, como ya se había mencionado (Garner y Garfinkel, 1980; citados en Sherman y Thompson, 1999), así como algunos atletas (Thompson y Sherman, 1993; citados en Sherman y Thompson, 1999); además, las personas que han sido abusadas sexualmente parecen enfrentar un mayor riesgo.

3.1.1 Factores de riesgo asociados con imagen corporal (IC)

La *Imagen Corporal* (IC) debe entenderse como una categoría psicosocial estructurada, cognoscitiva, afectiva o emocionalmente evaluada, si es que ha de aprehendérsela en relación con el concepto del self, del que forma parte integral (Gómez Peresmitré, 1997). De acuerdo con Hamachek (1981; citado en Gómez Peresmitré, 1997), el self, el concepto del sí mismo, es la parte cognoscitiva del yo, en tanto que la autoestima constituye la dimensión afectiva.

De acuerdo con Raich (2000), la imagen corporal se ha definido de distintas maneras en función de la perspectiva bajo la que se ha estudiado y se han utilizado diferentes términos: esquema corporal, modelo postural, cuerpo percibido, “yo” corporal, límites del cuerpo y concepto corporal; y según la misma autora realizando un análisis de las diferentes definiciones llega a la conclusión de que la imagen corporal puede ser definida como un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos, valoraciones que hacemos y sentimos, y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos.

Rosenbaum (1979; citado en Gómez Peresmitré, 1997) se refiere a la imagen corporal como la sensación del cuerpo que comienza en la niñez temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención. De la misma forma, el cambio físico que sufren las adolescentes durante la pubertad modifica la imagen corporal previa.

Bruchon – Schweitzer (1992; citado en Gómez Peresmitré, 1998; Barajas, 1998) mencionan, que la imagen corporal, además de ser un concepto polisémico, no se reduce a una simple imagen óptica del cuerpo, esto es, no es meramente un “concepto corporal” sino una organización y elaboración cognoscitiva compleja y conciente, además es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, afectos de la unidad cuerpo - objeto y cuerpo – sujeto, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias.

Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a normas (de belleza, de rol) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa. Las experiencias a las que hace referencia Bruchon – Schweitzer (1992; citado en Gómez Peresmitré, 1997) son las debidas a cambios biológicos, las relacionadas con cambios psicológicos, y las debidas al contexto social y al entorno cultural, en estos cambios y las interacciones entre ellos, se asocian con adquisiciones sucesivas de una imagen corporal que puede diferir, según edad o etapa de vida, género y clase social, entre otras variables ambientales y sociodemográficas.

Así, el desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio, lo que corresponde también a la aprehensión del sí mismo como objetivo y sujeto (Gómez Peresmitré, 1998). La imagen corporal se refiere también a la representación que la persona tiene acerca de la apariencia física de su cuerpo (Garner et al., 1987; citado en Barajas, 1998). Mientras que para Schonfeld (1969; citado en Barajas, 1998) la imagen corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, ya sean reales o imaginarias.

De acuerdo son Adame, Frnak, Serdula, Cole y Abbas (1990; citados en Murrieta, 1997), la imagen corporal es una actitud que tenemos hacia nosotros mismos. De acuerdo con Schilder (1997; citado en Barajas, 1998) la imagen corporal es una representación que nos formamos en nuestra mente, es un camino de la apariencia corporal de nosotros mismos. La definición que también han manejado de imagen corporal es la insatisfacción con el propio cuerpo. La representación corporal se configura por una asociación estructurada de sensaciones que provienen de los sentidos; por medio de esta representación, esquema e imagen son integrados en la conducta, en el movimiento, en la postura, pasando por diversos centros nerviosos que portan diferentes calidades o distintas experiencias emocionales. Las sensaciones que alimentan la representación provienen de los sentidos –vista, oído, tacto, gusto, olfato- pero también de otros menos conocidos como la sensibilidad superficial, que abarca sensaciones térmicas, táctiles y dolorosas, y la sensibilidad profunda, que se refiere a la sensibilidad en relación con sensaciones vinculadas a la presión, el peso, a vibraciones, al sentido del movimiento, sentido de la posición, a las sensaciones dolorosas profundas y viscerales; todas estas sensaciones llegan desde el interior del cuerpo, de los receptores y de las articulaciones y también de las sensaciones que provienen de otros cuerpos, la mirada, la postura, el cuerpo de los otros, lo que nos van construyendo esta representación (Barajas, 1998).

Según Bruchon – Schweitzer (1992; citado en Gómez Peresmitré, 1998) debe destacarse con respecto a la imagen corporal, que el componente satisfacción/insatisfacción es la que constituye la dimensión evaluativa predominante y modula las relaciones entre realidades externas más o menos objetivas (cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de los otros), y unas realidades internas principalmente subjetivas (percepción de sí mismo,

auto evaluación, auto atribución). Una de las formas de entender y estimar la satisfacción o insatisfacción con el propio cuerpo es la que depende de la distancia entre la realidad y la idealidad (Tucker, 1984; citado en Gómez Peresmitré, 1998), realidad que tiende a diferir de la realidad objetiva y de manera más específica, se trata del cuerpo percibido que puede ser diferente tanto del cuerpo real como del cuerpo ideal. La autopercepción, ha demostrado ser el mejor predictor de la satisfacción corporal.

Para Gómez Peresmitré (1997), la imagen corporal se trata de una categoría psicosocial que se va desarrollando a partir de las siguientes experiencias: a) debidas a cambios biológicos, b) relacionadas con cambios psicológicos, por ejemplo, el desarrollo cognoscitivo que en la adolescencia culmina con el pensamiento abstracto, c) debidas al contexto social y al entorno cultural. Así, la imagen corporal es un factor formado por dos variables principales que son: *Distorsión de la imagen corporal* (sobreestimación y subestimación) y *Satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal*, y ambas son fundamentalmente preceptuales, evaluativas y prácticamente auto - actitudinales, resultado de la interacción de:

- a) **Condiciones sociales externas** como la presión que ejercen los agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación que difunden y mantienen estereotipos, valores y normas sobre belleza, salud, éxito, papeles femeninos, amor y además, según el marco de la cultura de la delgadez de las sociedades occidentales y altamente industrializadas.
- b) **Variables psicosociales subjetivas** como autopercepción y percepciones de los otros, del peso o del tamaño corporal y de la forma, peso y forma deseada o figura ideal, autoatribuciones, autoconcepto y autoestima, entre otras.

Una encuesta realizada en los Estados Unidos en 1993 (Cash y Henry, 1995; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) y los estudios conducidos por la revista *Psychology Today*, se concluye que de 1972 a 1985 se volvió más negativa la imagen corporal, tanto en los hombres como en las mujeres (Cash et al., 1985; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001). Las mujeres poseen actitudes más negativas hacia la imagen corporal que los hombres (Cash y Pruzinsky, 1990; Jackson, 1992; Muth y Cash, 1995; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) y que es principalmente el temor a subir de peso o a llegar a ser obesa lo que propicia la conducta dietaria (Brownell y Rodin, 1994; Cash et al., 1986; Fallon, Katzman y Wooley, 1994; Muth y Cash, 1995; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), la cual considera el inicio de los trastornos de la alimentación (Polivy y Herman, 1985; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001). Se ha establecido entonces, que una imagen corporal negativa se relaciona con trastornos de la alimentación y otras dificultades psicosociales (Cash y Deagle, 1995; Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), y estar satisfecho con la imagen corporal constituye un factor de adaptación social.

Existe poca investigación que haya examinado empíricamente aspectos de imagen corporal y trastornos alimentarios, y menos todavía los factores de riesgo. Los estudios que han comparado culturas occidentales y occidentalizadas, principalmente los EE.UU. con otros países como Japón, reportan para éste, tasas más bajas de insatisfacción con imagen corporal (por ejemplo, Iwawaki y Kerner, 1974; Rothblum, 1992; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000) lo mismo se ha encontrado en relación con Australia (Tiggemann y Rothblum,

1988; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000), y con respecto a España (Raich, Rosen, Deus, Pérez, Requena y Gross, 1992; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000).

Otros estudios han mostrado el efecto de aculturación, como son el de Cogan, Bhalla, Sefa - Dedeh y Rothblum (1996; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000), que hipotetizaron apoyándose en las diferencias económicas entre EE.UU. y los países en desarrollo, que los estudiantes de Vermont valorarían más la delgadez (reflejando en la conducta de dieta, actitudes y preferencia por figuras delgadas) que los estudiantes de Ghana, encontrando resultados que confirmaban sus supuestos (Gómez Peresmitre y Acosta, 2000).

Por otro lado, Furham y Alibhai (1983; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000) compararon mujeres asiáticas viviendo en Kenya; mujeres de Kenya viviendo en Inglaterra y mujeres caucásicas viviendo en Inglaterra, quienes tenían que calificar en términos de atractiva/no - atractiva, popular/impopular, etc.. En esta investigación se utilizaron 12 siluetas femeninas que iban de anoréxicas a extremadamente obesas. Las caucásicas británicas y las inmigrantes calificaron más positivamente a las figuras más delgadas, y las más pesadas más negativamente que las mujeres asiáticas viviendo en Kenya. Cogan y cols. (1996; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000), sugieren que los valores asociados con la delgadez y la gordura están influenciados por condiciones socioculturales y que estos valores fluyen en la medida en que la gente se mueve de una cultura a otra. Sin embargo, es posible que cierta aculturación o más bien transculturación se produzca aún sin la movilización (traspaso de fronteras) de las personas, gracias a toda la influencia ideológica que conllevan las globalizaciones económicas (Gómez Peresmitre, Unikel y Saucedo, en prensa; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000).

Los resultados de estudios previos realizados en muestras de poblaciones escolares mexicanas señalan la presencia de factores de riesgo asociado con imagen corporal y con conducta alimentaria caracterizado por su frecuencia menor, que la prevalencia mostrada en las preadolescentes y adolescentes norteamericanas, cuestión que coincide con lo señalado por Ledoux, Choquet y Flament (1991; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000), y Ledoux Choquet y Manfredi (1993; citados en Gómez Peresmitre y Acosta, 2000). Quienes hacen notar que en los estudios europeos se ha encontrado también una menor frecuencia que entre las muestras de EE.UU.,

En un estudio realizado en hombres, se utilizó una muestra formada por 1646 hombres adolescentes y jóvenes adultos estudiantes de bachillerato, y de los primeros semestres profesionales de escuelas públicas y privadas, con un rango de edad entre los 14 a los 24 años para que se abarcara la adolescencia media (14 a 17 años), adolescencia tardía (18 a los 20 años) y a jóvenes adultos (21 a 24 años). En este estudio se exploraron los factores de riesgo asociados con imagen corporal con un instrumento que investiga sobre Imagen Corporal (IIC) en su versión para adolescentes y adultos (IICA); se encontró que, al contrario de lo que sucede en las muestras de mujeres de poblaciones similares, la figura ideal de los varones no es más delgada que la escogida como figura actual y tampoco es muy delgada; al contrario, la figura ideal promedio resultó ligeramente más grande en todos los grupos. Lo que Bruchon - Schweitzer (1992; citados en Gómez Peresmitre, Granados, Jáuregui, Tafuya y Unikel, 2000) afirma cuando señala que los hombres quieren una figura mesomorfa (con músculos), sin que esto implique aumentar grasa. Entre los hombres adolescentes y jóvenes adultos no se

encontró esa “obsesión femenina” de una figura ideal delgada y más delgada que la figura actual. También se encontró insatisfacción, tanto en la forma (figuras completas) como en partes corporales; así, la presencia de mayor insatisfacción, tanto por querer ser más grueso como por desear ser más delgado fue evidente y más aún con las partes corporales con las que se mostraron, sin importar edad, consistentemente insatisfechos con el tamaño y forma, aunque ligeramente menos insatisfechos con esta última. Sin embargo, resultó más notoria la presencia de alteración de la imagen corporal en la forma de subestimación. En el caso de las mujeres, que debido a la mayor importancia atribuida a la figura corporal en situaciones como fiestas, con el sexo opuesto, en el trabajo, la importancia está dada por los efectos en los otros (como objeto de satisfacción para los otros) cuestión que dentro de los papeles tradicionales y estereotípicos que nuestra cultura asigna a la mujer no resulta problemático atribuírselos a la cultura (Gómez Peresmitré y Acosta García, en prensa; citados en Gómez Peresmitré et al., 2000).

3.1.2 *Distorsión de la imagen corporal*

Gómez Péresmitré (1995), señala que la insatisfacción con la imagen corporal es el resultado de una insatisfacción subjetiva del propio cuerpo, que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad, es decir, que asume un significado patológico (Gómez Peresmitré et al., 2001). Podemos definir entonces, la distorsión de la imagen corporal, como el mayor o menor alejamiento entre peso real y peso imaginario, siendo el peso imaginario un patrón de respuestas auto perceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo (Gómez Peresmitré, 1995). Por otro lado, la alteración de la imagen corporal, se puede definir como un efecto de sobreestimación o subestimación característico de poblaciones abiertas y que pueden indicar más bien la presencia de un factor de riesgo (Gómez Peresmitré et al., 2001) y, por último, puede definirse el peso real como el resultado de la medición realizada con una báscula y que puede obtenerse a través del índice de masa corporal (Gómez Peresmitré, 1995).

La imagen corporal, además tiene una influencia cultural pues propone ideales estéticos que impactan en la autoestima de las mujeres principalmente, para lo cual tiene mucho que ver la imitación y la sensación de control; tales creencias involucran a la imagen corporal, provocando desórdenes alimentarios (Thompson, 1996).

En el estudio realizado por Gómez Peresmitré (1997), se buscó conocer la imagen corporal de niños púberes o preadolescentes, detectando la presencia de posibles alteraciones de la misma. La muestra utilizada fue no probabilística (N = 200) de escolares del 5º y 6º grados, de instituciones públicas y privadas del sistema de enseñanza primaria; del género femenino y masculino, con una edad promedio de 10.8 y una desviación estándar de 0.846. Se aplicó un cuestionario en dos versiones, para niñas y para niños, que exploraban las mismas áreas, pero incluían reactivos específicos por género. De los resultados encontrados, se observó que la diferencia entre figura actual – figura ideal representa sólo uno de los elementos, aunque uno de los más importantes y que resultó ser indicador intragénero de satisfacción con la imagen corporal, ya que un poco menos del 50 % entre los niños y también entre las niñas obtuvieron una diferencia entre figura actual – figura ideal igual a cero, lo anterior coincide con lo encontrado por Moses y cols. (1989; citados en Gómez Peresmitré, 1997), quienes observaron un 67 % de insatisfacción con la imagen corporal entre las preadolescentes de su muestra.

Los hallazgos relacionados con los efectos individuales de los componentes de la diferencia entre las figuras resultaron sugerentes, la gran mayoría de las niñas seleccionó como figura ideal la silueta delgada y la más delgada. Los niños, eligieron más frecuentemente la silueta con peso intermedio. Cuando se toma en cuenta el tipo de escuela –privada vs. pública- la figura ideal seleccionada por los niños, hombres y mujeres, que asisten a escuelas públicas es significativamente más delgada que la de los que acuden a escuelas privadas. También se encontró que interactuaban significativamente sexo por grado escolar. Las figuras que las niñas y los niños del sexto grado eligieron, fueron más delgadas que las de las niñas y niños de quinto grado. Así, la figura ideal más delgada fue la de las niñas de sexto grado. En relación con la selección de la figura actual, las niñas eligieron también una figura significativamente más delgada que la de los niños; sin embargo, la silueta elegida fue la misma sin importar tipo de escuela ni grado escolar (Gómez Peresmitré, 1997).

Entre los resultados asociados con autopercepción del peso corporal, el 65 % se sobreestimó, pues la gran mayoría de ellas, el 81 %, se encontraba con un peso muy por abajo del normal y por abajo del normal, de acuerdo con su *ÍMC* real. Con respecto a la percepción de los otros, las niñas respondieron que sus padres y amigas las ven delgadas, por lo menos más delgadas de lo que ellas mismas se perciben, aunque las amigas las perciben menos delgadas que los padres. Los niños produjeron, promedios de autopercepción y de percepción de los otros muy similares y diferentes de las niñas. Con respecto a la autoevaluación de las partes corporales, mostrando cierta inconformidad con la estatura y con el estómago, y la mayor aceptación con pectorales (en niños), busto (en niñas) y con cara. Respecto a la atractividad, las niñas respondieron que una persona atractiva era significativamente más delgada que la señalada por los niños. La idea que tienen las niñas en torno a lo que es una figura atractiva, en relación con el peso corporal, coincide con su propia figura corporal. Sin embargo, el deseo por la figura ideal persiste – y es mucho más delgada- en tanto rebasa lo que ellas mismas consideran una figura atractiva. Los niños y niñas que se consideraron poco atractivos, y que correspondieron a los porcentajes más altos, fueron los que tuvieron el *ÍMC* real en promedio más alto, mientras que los que dijeron considerarse atractivos tuvieron el *ÍMC* real en promedio más bajo. Si les preocupaba o no su peso corporal, las niñas respondieron que se preocupaban mucho y demasiado, pero esta respuesta fue mayor todavía entre los niños, aunque no estadísticamente significativa. Resulta interesante hacer notar que, cuando en otra parte del cuestionario, se repite esa pregunta pero con otros términos, sustituyendo subir de peso por llegar a estar gorda (o), los porcentajes se invirtieron (Gómez Peresmitré, 1997).

En otro estudio, pero en el que se realizó una comparación transcultural entre México - España, acerca del comportamiento de factores de riesgo asociados con imagen corporal, ya que es cierto que México puede clasificarse como un país en desarrollo mientras que España se encuentra entre las economías desarrolladas, fue lo que llevó a Gómez Peresmitré y Acosta (2000) a esperar de acuerdo con hallazgos previos, que las tasas de satisfacción/insatisfacción, de alteración, etc. fueran más bajas entre las adolescentes mexicanas que entre las españolas, tomando en cuenta la variable geográfica, que se refiere a la cercanía que México mantiene con EE.UU. y que lleva a pensar en una facilitación del efecto de transculturización y en este caso, postular la menor prevalencia en la muestra de las estudiantes españolas. Para este estudio, se comparó a dos grupos de mujeres adolescentes de diferentes contextos socioculturales (español y mexicano), en conductas asociadas con imagen corporal y los

trastornos de alimentación, ampliamente documentadas como factores de riesgo, y por otra parte, se quiso probar si existía o no, un modelo ideal compartido en lo que a imagen corporal se refiere (Gómez Peresmitré y Acosta, 2000).

Para dicho estudio se formaron dos muestras con mujeres (estudiantes españolas y mexicanas) igualadas en edad, con una edad promedio de 17 años con desviaciones de 2 en la de España y de 1.8 en la de México, y las edades en ambos grupos se distribuyeron dentro de un rango de 15 a 25 años; se encontró que: a) fueron las mexicanas quienes en mayor proporción y en mayor medida se mostraron más insatisfechas tanto con su figura como con diferentes partes corporales; b) que más mexicanas que españolas y casi en su totalidad (93 %) escogieron como figura ideal una delgada y hasta dos veces más, una muy delgada, prácticamente emaciada y c) que la apariencia física (importancia de la figura corporal) con el sexo opuesto, en el trabajo, en las fiestas, resultó ser mucho más importante para las mexicanas que para las españolas. Un primer intento de explicación puede respaldarse en el efecto de “transculturización”, de “traspaso ideológico” (sin que necesariamente se de un traspaso real o geográfico de fronteras) que va agregado a todo lo que implica una globalización económica, y que para este caso particular, se ve reforzado por la cercanía con el país líder en el culto a la delgadez. Este intento de explicación también apoya el hallazgo que confirma, entre las mexicanas, la existencia de un modelo ideal de imagen corporal compartido (Gómez Peresmitré y Acosta, 2000).

Así mismo, y de acuerdo con la teoría (Cash y Deagle, 1995; Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990; citados en Gómez Peresmitré y Acosta, 2000) se esperaría que las mujeres mexicanas que mostraron estar más insatisfechas con su imagen corporal fueran las que presentaran mayores tasas de seguimiento de dietas relacionadas con el control de peso. Los resultados se dieron precisamente en dirección inversa, aunque no debe perderse de vista “la menor edad” (< 9 a 11) en el inicio de esta conducta seguida por dos veces más mexicanas que españolas. Respecto a esto, estudios previos han mostrado que las niñas en estas mismas edades hacen dieta intencional (Gómez Peresmitré y Avila Angulo, 1998; citados en Gómez Peresmitré y Acosta, 2000). Sobresale la diferencia en la alteración de la imagen corporal, en la que más de la mitad de las mexicanas no alteran su imagen corporal mientras que solo una parte mínima de las españolas no lo hace, encontrándose que la mayoría de ellas alteran su imagen en la dirección de una sobrestimación de la misma; finalmente, los resultados señalan la presencia de factores de riesgo asociados con imagen corporal en ambos grupos culturales (Gómez Peresmitré y Acosta, 2000).

3.1.3 Satisfacción/insatisfacción corporal

Operacionalmente la insatisfacción con la imagen corporal se define como la diferencia positiva o negativa entre figura actual menos figura ideal, mientras que satisfacción se define como una mayor diferencia o una diferencia igual a cero. Con lo anterior (figura actual, figura ideal) se obtiene la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Peresmitré et al., 2000). El nivel o grado de satisfacción/insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Para Gómez Peresmitré (1995) la satisfacción corporal parece depender de la distancia entre realidad e irrealidad, y la insatisfacción con la imagen corporal tiene un origen psicológico - social y de naturaleza cognoscitiva (intervienen

procesos de conocimientos que involucra percepción, aprendizaje y pensamiento) y por otro lado, es actitudinal, porque expresa afecto y, disposición de aceptación y rechazo hacia la propia figura corporal, y así la insatisfacción con la imagen corporal es, entre otras cosas, el resultado de conocimientos, de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo, creencias, valores, expectativas y actitudes, que el sujeto socializado internaliza, adopta y construye, como parte de la cultura (Gómez Peresmitré, 1993b; citado en Barajas, 1998; Gómez Peresmitré, 1995) que puede estar distorsionada (más o menos alejada de la realidad); entonces, la insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta/disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpos, y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación. La otra dimensión igualmente investigada es la distorsión de la imagen corporal. Para valorar estas variables se han sugerido diferentes procedimientos, como cuestionarios y escalas de clasificación, entre ellos están, el uso de figuras desde muy delgadas hasta muy gruesas, y la tarea de los sujetos es escoger aquella que se le parezca (figura actual) y la que le gustaría tener (figura ideal) (Gómez Peresmitré et al., 2001).

La teoría señala que la satisfacción con la propia imagen corporal constituye un elemento de inadaptación social en general y un factor de riesgo en el campo específico de los trastornos de la alimentación, que puede conducir a conductas alimentarias de riesgo como el seguimiento de dietas, que llevan a la sobreingesta y conductas compensatorias como el vómito autoinducido (Cash y Deagle, 1995; Cash y Pruzinsky, 1990; Thompson, 1990; Polivy y Herman, 1985; citados en Gómez Peresmitré et al., 2000). Además, ese hallazgo ha sido fuertemente reforzado por las pocas investigaciones longitudinales que se han realizado en el campo de los desórdenes alimentarios; en las dos últimas investigaciones se encontró, a lo largo de un periodo de dos años, que el único predictor significativo de incremento en los desórdenes del comer era precisamente la insatisfacción corporal (Gómez Peresmitré, 1998).

Aunque en este sentido, Raich (2000) menciona que la teoría de la discrepancia entre el yo real y el yo ideal, propone que la presión cultural hacia un modelo corporal delgado potencia la preocupación por el peso, esto conduce a compararse con el ideal socialmente sancionado y es entonces esta probable discrepancia entre el cuerpo real y el cuerpo ideal, lo que genera insatisfacción corporal. Así, la discrepancia entre el modelo que una persona ha elegido (o al que se ha visto abocado por la presión cultural del ideal estético, que cae dentro del peso muy bajo para el caso de las mujeres y musculoso para el caso de los varones) genera una enorme insatisfacción que puede generalizarse a otras áreas como la autoestima. Es entonces que la satisfacción corporal contribuye significativamente en la adaptación personal y social, con la autoestima favorable así como con el equilibrio emocional (Bruchon – Schweitzer, 1992; citado en Gómez Peresmitré, 1998). En diferentes estudios realizados con muestras de adolescentes escolares, se han encontrado asociaciones entre satisfacción corporal, autoestima y conductas asociadas con desórdenes del comer, por ejemplo, preocupación por la imagen corporal (Button, 1990; citado en Gómez Peresmitré, 1998). De esta manera, un cuerpo percibido negativamente, así como la insatisfacción corporal que trae consigo, se relaciona si no con trastornos alimentarios si con factores de riesgo asociados con ellos.

Desde tiempo antes, Davies y Furnham (1986a; citados en Toro y Vilardell, 2000) habían estudiado ya, en un grupo de 182 adolescentes británicas, de 12 a 18 años de edad, el grado de satisfacción experimentado respecto a nueve características corporales. Las dimensiones de la parte superior del muslo, nalgas y el estómago eran juzgadas con progresiva insatisfacción al

umentar la edad. Los autores concluyen, que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina durante la adolescencia y está asociada a la autoestima psicológica, y a la práctica de dietas restrictivas. En una ampliación de su investigación (Davies y Furnham, 1986b; citados en Toro y Vilardell, 2000), se señala que sólo el 4 % de su población sufría sobrepeso, mientras que el 40 % creía pesar excesivamente, oscilando desde el 26 % a los 12 años de edad hasta el 49 % a los 18. Además, casi la mitad de esas muchachas deseaba modificar su peso, considerando distintos procedimientos para hacerlo.

Más recientemente, Cash (1990; citado en Barajas, 1998) encontró que las mujeres que tienen peso normal y que anteriormente tuvieron sobrepeso, expresan más insatisfacción en cuanto a su autoconcepto y ansiedad con su peso en cuanto mayor es la discrepancia entre el peso real y el ideal. Las mujeres de población normal con patrones alimentarios anormales (comedoras restrictivas) y con desórdenes alimentarios (bulimia nervosa) califican su figura ideal como más delgada que su figura actual (Rozin y Fallon, 1988; Thompson y Psaltis, 1988; Williamson, Davis, Bennet, Goreczny y Blouin, 1989; Zellner, Harner y Adlre, 1989; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001). Las investigaciones muestran que muchas mujeres están insatisfechas con sus cuerpos, las mujeres con bulimia nerviosa evidencian mayor insatisfacción que las mujeres sin bulimia (Williamson et al., 1989; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001).

Nelson y Gidycz (1993; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) utilizaron en el estudio los dibujos de nueve figuras (desde muy delgadas hasta muy gruesas) de Stunkard, Sorenson y Schulsinger (1980; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), en tres grupos divididos por el nivel de ingestión (comedoras restrictivas, bulímicas y normales) y tres evaluaciones (figura actual, figura ideal, figura atractiva) con mediciones repetidas con el propósito de conocer si diferían las percepciones de los tres grupos respecto a su figura ideal, actual y la más atractiva para los hombres. Los resultados de este estudio en los tres grupos evidenciaron diferencias significativas entre sus figuras actuales e ideales; sin embargo, las bulímicas estuvieron más satisfechas que las normales. La discrepancia se debió a que las bulímicas calificaron su figura actual como mayor (la sobrestimaban) que las normales y su figura ideal más pequeña que las normales, por lo que parecen sobrestimar sus cuerpos. Las comedoras restringidas no difirieron significativamente de los otros dos grupos, aunque sus discrepancias (entre real e ideal) caen entre los grupos: normales, restrictivas y bulímicas, lo que confirma la hipótesis de problemas continuos relacionados con el comer (Laessle, Tuschl, Waadt y Pirke, 1989; Thompson, Berg y Shatford, 1987; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001).

La insatisfacción con la imagen corporal se ha investigado tanto en mujeres con trastornos de la alimentación como en la población en general (Cash y Brown, 1987; Thompson, 1990; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001). La mayoría de los estudios han mostrado que las mujeres adultas están menos satisfechas que los hombres y que el peso corporal es la fuente principal de insatisfacción (Berscheid, Walster y Bohrnstedt, 1973; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001).

En estudios realizados con preadolescentes (N = 960) de primaria y secundaria, acerca de la satisfacción/insatisfacción, cuya edad promedio era de 11.0 años, se encontró que el 56 % de las niñas estaba satisfecha, mientras que el restante 44 % se mostraba insatisfecho: 15 % con diferencias negativas (la figura actual más delgada que la ideal) y 29 % con positivas (figura

actual más gruesa que la ideal) (Gómez Peresmitré et al., 2001). Estos porcentajes son similares a los obtenidos previamente con otra muestra (N = 200) de preadolescentes con edad promedio de 10.8 años (Gómez Peresmitré et al., 2001), en que 49 % de las niñas mostraron satisfacción, en comparación con 46 % de los niños. El restante 51 % de las niñas mostró insatisfacción, 17 % con diferencias negativas, mientras que 34 % resultó con diferencias positivas.

En otro estudio (Ávila García, Lozano Rodríguez y Ortiz, 1997; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), realizado con niñas de primaria (N = 200) y secundaria (N = 200) con un promedio de edad de 11.9 años, se encontró que 57 % de las niñas estaban satisfechas con su imagen corporal y que del restante 43 %, 14 % mostraba insatisfacción negativa y 29 % positiva. En una de las submuestras del estudio (Estrada Robles y Zúñiga Flores, 1997; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) formada por niñas y niños (N = 111) de secundaria con edad promedio de 13.46 años, el 49 % de la muestra se encontraba satisfecha, mientras que el restante 51 % mostró insatisfacción.

Con lo anterior, se puede concluir que al comparar la satisfacción de las niñas de secundaria con la de las de bachillerato, la satisfacción disminuye con la edad, tanto en mujeres como en hombres. El porcentaje de satisfacción de las muestras de adolescentes comparado con el de preadolescentes se reduce aproximadamente una tercera parte, al mismo tiempo que se incrementa el de insatisfacción (Estrada Robles y Zúñiga Flores, 1997; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001); debido a que a medida que la edad aumenta la satisfacción corporal disminuye (de 10 a 40 años), lo cual se presenta claramente en las mujeres; así, antes de la adolescencia parece que las niñas están relativamente más satisfechas y esta tendencia se va invirtiendo lentamente después para acentuarse en la edad madura (Barajas, 1998). Aunque se ha encontrado que entre las niñas muy jóvenes (entre 9 y 13 años de edad) se ha presentado una preferencia tan marcada por una figura ideal delgada y muy delgada, e igualmente que un insatisfacción con la imagen corporal que manifiesta la enorme mayoría de las adolescentes (Gómez Peresmitré et al., 2001).

Éstos son algunos de los hallazgos documentados en edades muy tempranas que pueden conducir a trastornos de la alimentación con consecuencias que pueden ser muy negativas para la calidad de vida. En virtud a esto se realizó otro estudio cuyo propósito fue conocer si entre los escolares mexicanos prepúberes, ya estaban presentes los factores de riesgo en trastornos de la alimentación detectados en muestras de poblaciones púberes o preadolescentes, y adolescentes y comparar las distribuciones de dichos factores por sexo y por grupo de edad. El tamaño de la muestra total no probabilística fue de 8673 hombres y mujeres, distribuidos en 3 grupos: prepúberes, preadolescentes y adolescentes. Los resultados nos muestran que las niñas más pequeñas comparten con las chicas más grandes, no sólo el deseo de una imagen corporal delgada y muy delgada, sino que también se muestran y por las mismas razones (porque quieren estar más delgadas) insatisfechas con su imagen corporal. Además, estas jóvenes niñas también alteran (sobrestiman) su imagen corporal. Se perciben con mayor peso del que realmente tienen. Ahora bien, aunque la proporción de mujeres con el deseo de una figura ideal delgada se incrementa con la edad, de tal manera que hay más adolescentes que púberes y prepúberes, no obstante, casi la mitad de estas últimas ya tiene dicho deseo. También son las adolescentes las que ocupan el primer lugar en cuanto a insatisfacción con la imagen corporal, mientras que casi la mitad de las púberes y prepúberes, ya tiene dicho deseo. Y son las

adolescentes las que ocupan el primer lugar en cuanto a insatisfacción con la imagen corporal, mientras que las púberes y prepúberes ocuparon el segundo lugar. Debe hacerse notar que la insatisfacción más frecuente de las mujeres de los tres grupos, sin importar la edad, es consecuente con el deseo de una figura ideal delgada. Puede afirmarse entonces, que las niñas más jóvenes (6 a 9 años de edad) ya se encuentran involucradas (enganchadas) con el estereotipo del culto a la delgadez, además de sostener claramente una actitud negativa hacia la obesidad (Gómez Peresmitré et al., 2001).

Entre los hombres se encontró una mayor presencia, aún entre los más jóvenes, del deseo de una figura delgada atlética que ha caracterizado a las muestras de varones más grandes (púberes y adolescentes). Es cierto que quieren estar más gruesos, pero sin grasa y con músculos, como lo demuestran los resultados de la medición de la insatisfacción entre los púberes y adolescentes del estudio. Sin embargo, aunque estaba presente este tipo de insatisfacción (querer pesar más por desear una figura con músculo), entre los niños más pequeños, el porcentaje mayor estaba insatisfecho porque querían pesar menos, lo que resulta poco congruente con su deseo de dicha figura ideal. Entre los hombres púberes y prepúberes, se encontró mayor indefinición que entre las mujeres de esos mismos grupos con respecto a la elección de figura ideal, insatisfacción y alteración. Se esperaría que si lo que desea es una figura ideal más gruesa con músculo, el resultado iría acompañado de subestimación del peso corporal como efectivamente sucede entre los adolescentes. Los púberes o preadolescentes, en una alta proporción, casi las tres cuartas partes de la muestra, en lugar de subestimar, sobrestimaron. Así pues, puede concluirse que si bien es cierto que entre los jóvenes ya está presente lo que en los grupos de mayor edad distingue a los hombres de las mujeres, éstas han hecho suya una figura ideal delgada y muy delgada; además están insatisfechas porque quieren estar más delgadas y porque sobrestiman su peso corporal. Existen, sin embargo, entre los más jóvenes, inconsistencia entre las respuestas a dichas variables, no así entre los adolescentes. Entre los más jóvenes, la “preocupación por el peso corporal” fue la otra variable, además de la actitud negativa hacia la obesidad, que mostró: a) Porcentajes altos (más de las tres quintas partes de los niños de la muestra) y b) porcentajes similares en hombres y mujeres (sin distinción por sexo) (Gómez Peresmitré et al., 2001).

Puede concluirse, que uno de los factores de mayor riesgo, por constituir por sí mismo un problema de salud, es el seguimiento de dieta restrictiva. Éste se presentó por igual en la mitad de las niñas de cada grupo de edad y mostró comportarse de manera diferente en cada sexo: más mujeres púberes y adolescentes que hombres de los mismos grupos de edad hacen dieta restrictiva, aunque entre los más jóvenes (6 a 9 años), hacer dieta era lo mismo que hacían los púberes, sin definirse todavía la misma dirección, pues se encuentra la misma proporción de niñas que de niños que responden, que durante el último año hicieron cambios a su dieta con propósitos relacionados con el control del peso corporal (Gómez Peresmitré et al., 2001).

3.1.4 Preocupación por el peso corporal y por la comida

De acuerdo con Gómez Peresmitré (2001), esta es una variable que para algunos autores representa un factor de riesgo decisivo y necesario para que otras variables como deseo de figura ideal delgada, insatisfacción y alteración de la imagen corporal, sean consideradas efectivamente.

Ya en el año 1969, Dwyer y cols. (citados en Toro y Vilardell, 2000) estudiaron las actitudes hacia su peso en una muestra bastante numerosa de estudiantes de segunda enseñanza, en donde hallaron que el 80 % de las muchachas deseaban pesar menos, al tiempo que sólo compartían este deseo el 20 % de los varones. Por otro lado, en el momento en que se llevó a cabo la encuesta, estaban siguiendo algún género de dieta restrictiva el 30 % de la población femenina y tan sólo el 6 % de la masculina. Completando este significativo cuadro hallaron que el 60 % de las muchachas había seguido con anterioridad alguna dieta restrictiva, cuando el número de varones que había hecho lo propio, se situaba en el 24 %.

Saucedo (1996) menciona que varios autores como Brownell, Freedman y Rodin, observan la forma en que la cultura matiza nuestras percepciones sobre el ideal del peso, la apariencia y el cuerpo. La prevalencia de este ideal de ser muy delgada particularmente para la mujer en Estados Unidos es real, ya que desde 1960, el ideal estético ha ido creciendo constantemente, ésta esbeltez supera hoy el peso recomendado como saludable.

Individuos que se clasificaron como anormalmente preocupados por su peso y por su apariencia comparten muchos de los síntomas clínicos de la anorexia sin estar extremadamente emaciados. Button y Whitehouse (1981; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) llamaron a este síndrome anorexia subclínica. Garner, Olmsted y Polivy (1984; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) también observaron que las mujeres obsesionadas con el peso tienen un perfil psicológico muy similar a las pacientes anoréxicas y parecen sufrir de la variante subclínica de ese desorden.

No resulta extraño que exista evidencia de que niñas tan jóvenes, cuyas edades fluctúan entre los 7 y 12 años, respondan que desean estar más delgadas. Maloney, McGuire, Daniles y Specker (1989; citados en Gómez Peresmitré, 1997) encontraron en su muestra escolar de 318 niños de tercero al sexto grado, que un 37 % había intentado perder peso, mientras que Moses, Baniliv y Lifshitz (1989; citados en Gómez Peresmitré, 1997) encontraron que un 50 % de las adolescentes de su muestra que tenían peso por debajo del normal, respondieron sentirse temerosas de subir de peso, mientras que un porcentaje mayor 67 % de preadolescentes y adolescentes dijeron sentirse satisfechas con el peso y forma de sus cuerpos (Moore, 1988; citado en Gómez Peresmitré, 1997). Se ha observado también, que los niños en edades muy tempranas, aproximadamente entre los 6 y 9 años de edad, ya muestran actitudes negativas hacia las personas obesas, por lo que puede decirse que a edades tan cortas ya han adquirido las normas culturales o estereotipos del adulto de lo que es ser atractivo (Feldman, Feldman y Goodman, 1988; citados en Gómez Peresmitré, 1997).

Hill y Oliver (1992; citados en Gómez Peresmitré, 1997), midieron las variables satisfacción corporal y preferencias por figura corporal e índice de peso. La medición se efectuó preguntando a los sujetos qué tan satisfechos se sentían con ciertas características y partes de su cuerpo (peso, estatura, cara, cintura, hombros, etc.). Para preferencias por una figura corporal, la medición se efectuó presentando a los sujetos una escala visual con nueve dibujos de una figura femenina distribuida dentro de un continuo de peso: una figura muy delgada en un extremo y una obesa en el otro. El índice de peso se midió considerando el peso y la talla, para describir la desviación de los niños con respecto a peso y talla normativos. Entre algunos de los resultados encontrados destacan las no diferencias significativas por edad respecto a la selección de las figuras actual, ideal y la más atractiva. Fallon y Rozin (1985; citados en

Gómez Peresmitré, 1997) aplicaron dibujos con las siluetas de Stunkard, Sorensen y Schulsinger (1980; citados en Gómez Peresmitré, 1997); e informan que entre los niños se observó congruencia, en las figuras actual e ideal. En cambio, entre las adolescentes, la figura actual fue percibida como más pesada que la figura ideal.

En un estudio de diseño longitudinal, de un tratamiento de obesidad relativamente efectivo (cirugía de derivación biliar – pancreática que combina la restricción gástrica con la desviación del jugo biliar y pancreático hacia la porción distal del ileón), son los que aportan Adami, Gandolfo, Meneghelli y Scopinario (1996; citados en Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). En el estudio se tomaron mediciones antes de la intervención quirúrgica y un año después, los sujetos redujeron sustancialmente de peso (ÍMC promedio antes de la operación 46.9, S = 1.12; ÍMC promedio un año después 30.1, S = 0.70) y mediciones un año más tarde, esto es a los dos años de la intervención (ÍMC promedio 28.6, S = 0.55), durante el cual los sujetos mostraron mantenimiento del peso logrando independientemente de si guardaban dieta o no. Antes de la intervención, los sujetos obesos se encontraban profundamente insatisfechos con su forma corporal (98 %); se mostraban preocupados por la comida, con la cantidad y calidad de alimentos que consumían (84 %); tenían temor de perder el control sobre su ingesta (82 %); sostenían hábitos alimentarios inadecuados como comer frente al televisor (60 %); comer más rápido que los demás (81 %); comer sin darse cuenta (48 %); comer como respuesta al estrés psicológico (48 %); sentirse hambriento constantemente (49 %) y comer durante la noche (35 %). En las dos mediciones post – operatorias, estas respuestas disminuyeron sustancialmente con excepción de la comida nocturna (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998).

En otra investigación, la muestra se trabajó con un diseño de 4 grupos con observaciones independientes y con una muestra no probabilística (N = 222) constituida por adolescentes hombres y mujeres, con edad promedio de 16.96 años y desviación estándar de 2.21, respectivamente. Los grupos formados por peso corporal quedaron como sigue: peso por debajo del normal (Gpo. pan. = 52), peso normal (Gpo. pn. = 52), sobrepeso (Gpo. sp. = 52) y obesidad (Gpo. ob. = 66). Se utilizó el cuestionario que explora conductas alimentarias normales y anómalas, denominado Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA); en los resultados se encontró que la variable obesidad mostró estar clara y directamente asociada con conducta alimentaria compulsiva, así como con conductas dietarias. Entre los hombre adolescentes se encontró, podríamos decir, como factor distintivo de género, un factor compuesto por variables asociadas con conducta compensatoria. Asimismo, la conducta alimentaria normal resultó, entre las mujeres, inversamente relacionada con obesidad y sobrepeso (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998).

3.1.5 Actitud hacia la obesidad/delgadez

El estándar social de delgadez es muy persuasivo en las mujeres, el cual, en las sociedades modernas se ha tomado como sinónimo de belleza (Stregel – Moore, McAvay y Rodin, 1986; Thompson, 1990; citados en Barajas, 1998). De acuerdo con Raich (2000) en la cultura española, actualmente uno de los factores más influyentes puede ser la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad. Pero la obesidad es evaluada como seriamente denigrante, esto se da como resultado por la presión social (Thompson & Tantleff, 1992; citados en Thompson, 1996). Así, el background cultural de presión hacia la esbeltez es un

determinante claro para la aparición del trastorno de la imagen corporal, ya que el ser obeso (a) o simplemente presentar sobrepeso (y aún en nuestra cultura consideran gruesas a personas con un peso absolutamente dentro de los límites de la normalidad), es sinónimo de ser una persona “dejada” o descuidada, poco saludable y evidentemente fea y poco atractiva. Además, cuanto más piensa la mujer que lo que es gordo es feo, lo delgado bello y lo bello es bueno, más va a intentar adelgazar y va a sentirse más preocupada por poco que engorde. Esto facilita la discrepancia entre el tamaño corporal real y el ideal, derivando en insatisfacción corporal (Raich, 2000); pero además dicha presión social hace que se caiga en una contradicción: se busca que las mujeres tengan delgadez, pero que tengan grandes senos (Thompson & Tantleff, 1992; citados en Thompson, 1996).

Las mujeres son vulnerables a la cultura de la delgadez que plantea la cultura occidental (Nagel & Jones, 1992; citados en Thompson, 1996). Las dietas, los desórdenes alimentarios y la insatisfacción con la imagen corporal son vistos como respuestas naturales a la patología de la presión de la sociedad a ser delgada. En un estudio realizado por Heinberg y Thompson (1992; citado en Barajas, 1998), se encontró que los sujetos que se compararon con otros amigos o compañeros del mismo sexo reportaron gran ansiedad y angustia con la imagen corporal, que los sujetos quienes se compararon con los del sexo opuesto. Lo que se ha encontrado es que la mayoría de las variaciones de la imagen corporal y trastornos alimentarios, pueden deberse a la tendencia de hacer comparaciones sociales y a la tendencia de la internalización de las normas socioculturales hacia la delgadez y el atractivo físico.

3.1.6 *Atractivo físico ligado a la delgadez*

El atractivo físico ligado a la delgadez como factor de riesgo señalado por Gómez Peresmitré et al. (2001) tiene relación con el estereotipo de la cultura de la delgadez que asocia delgadez con bellaza, inteligencia y similares, con la presión social y otros estereotipos culturales (Toro y Vilardell, 2000), ya que las dimensiones corporales femeninas han sido valoradas de modos distintos durante la historia del mundo occidental, por lo que los cambios históricos entrañan cambios culturales que acarrear modificaciones en los patrones estéticos corporales. Es de notar que el modelo de belleza corporal femenina presenta marcadas diferencias de la época de Rubens (citado en Toro y Vilardell, 2000) a la de nuestros días, por lo que la existencia de este ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre los miembros de la población.

En la sociedad occidental contemporánea, el ideal cultural del atractivo sexual femenino ha adoptado al ideal estético corporal imperante en la actualidad, que cae dentro del peso muy bajo “ser bella es igual a ser delgada” y biogenéticamente difícil de conseguir (Raich, 2000; Gómez Peresmitré et al., 2001); con una imagen “de niño” (boyish) ultra delgada, como resultado o producto de una figura ideal que se volvió cada vez más delgada, a partir de la década de 1930 (Garner y Garfinkel, 1980; Silverstein, Perdue, Peterson y Kelly, 1986; Gómez Peresmitré et al., 2001).

Hsu (1983; citado en González et al., 1999), destacó desde sus primeros estudios la importancia del atractivo físico en las sociedades occidentales actuales y ha encontrado que en las mujeres este atractivo se relaciona con la delgadez, mientras que los hombres prefieren ser más grandes y pesados. Asimismo, la preocupación por mantenerse dentro de los patrones

culturales y sociales establecidos como aceptables hace que las mujeres, más que los hombres y principalmente los adolescentes, desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal, que en la práctica ha mostrado ser una figura cada vez más delgada, hasta llegar a ser excesivamente estilizada. Sin embargo, se ha encontrado que esta preocupación por la figura ideal inicia aún más temprano que en la adolescencia (Ángel y Jones, 1992; citados en González et al., 1999).

Silverstein et al. (1986; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) señalan la coincidencia en el tiempo entre el surgimiento de una mujer ideal sin curvas, con el gran incremento del número de mujeres profesionales; se considera que un cuerpo con curvas refleja feminidad y está se ha asociado tradicionalmente con un intelecto bajo, entonces es posible que semejantes asociaciones culturales sensibilicen a las mujeres con respecto a cómo se percibe su inteligencia y que, preocupada por esto, la mujer prefiera una figura delgada no voluptuosa. Los medios de comunicación social cumplen un papel importante en la promoción de esta imagen (Gómez Peresmitré et al., 2001).

Las mujeres mexicanas también han hecho suyo el ideal de una imagen corporal delgada, por lo que, al contrario de los supuestos originales en que se plantea que los problemas asociados con la imagen corporal y los trastornos de la alimentación eran característicos de las sociedades altamente desarrolladas (así como de las clases sociales altas, de raza blanca, etc.), son problemas que se extienden rápida e interculturalmente, y se producen en menor o mayor medida en toda sociedad moderna, sin importar el nivel de desarrollo. Lo anterior se ha incrementado a partir de la globalización de las economías y se hará todavía más pronunciado con la tendencia a homogeneizar el idioma, la moneda, etc., también se perderán las ideologías y los valores culturales nativos o nacionales. La promoción de valores y la presión para conformarse a ellos que ejercen los medios de comunicación, han dejado de ser externas y se ejercen de manera simultánea, natural, literal y simbólicamente, en la sala de los hogares de casi cualquier parte del mundo (Gómez Peresmitré et al., 2001).

3.2 Factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria

La conducta alimentaria es una conducta psicosocial, ya que en la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción madre - hijo. La conducta alimentaria puede ser influida también por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores, y pueden volverse conductas de riesgo (como lo son seguimiento de dietas restrictivas, ayuno, etc.) y estar directamente relacionadas con el estado de salud/enfermedad del sujeto individual o colectivo (Gómez Peresmitré et al., 2001).

No se puede dejar de reconocer que la alimentación desempeña un papel básico e inherente dentro del desarrollo del ser humano, pero se debe distinguir entre la alimentación y la nutrición, los cuales son términos totalmente diferentes y son usados como sinónimos. La alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles y la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos (Higashida, 1991; citado en León, 1998). La nutrición es entonces, un proceso fisiológico semejante entre un individuo y otro, mientras que el proceso de alimentación adopta diferentes formas de acuerdo a cada país, región, estrato social, familia, incluso entre miembros de la misma

familia de acuerdo a los contextos socioculturales en que se encuentran (Álvarez et al., 1998; citados en León, 1998).

En México, se han realizado diversas investigaciones (Escobar, 1992; Holtz, 1992; Gómez Peresmitré, 1993; citados en Barajas, 1998) para identificar patrones y hábitos alimentarios, que pueden considerarse como factores de riesgo en la población normal –en estudiantes de secundaria, preparatoria, licenciatura y posgrado-. Uno de los estudios realizados fue por Gómez Péresmitré (1993; citado en Barajas, 1998) cuyo propósito fue detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa) en una población estudiantil que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado; los resultados mostraron la existencia de obesidad en un 2 % para el sobrepeso, la prevalencia fue de 41 %. Además, se hallaron prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, así como factores relacionados con estas prácticas: las purgas, accesos bulímicos o *bienge eating* y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo (León, 1998; citado en Barajas, 1998). En otros estudios, se encontraron también insatisfacción con la imagen corporal y el deseo de querer pesar menos, y particularmente se ha encontrado en mujeres adolescentes, el deseo de estar más delgadas, por lo cual, practican dietas restrictivas originando el desarrollo de desórdenes alimentarios (Brodie, Bagley y Slade, 1994; Davies y Furnham, 1986; Dwyer, Feldman, Seltzer y Mayer, 1969; Halmi, Goldberg y Cunningham, 1977; citado en Barajas, 1998).

3.2.1 *Tipos de conductas alimentarias*

Los hábitos alimentarios se aprenden poco a poco desde pequeños e implantarlos depende de la dificultad del hábito, del interés del niño para aprenderlo, de la facilidad para integrarlo a su repertorio y de la forma en que se le enseña al niño (Gavino, 1995; citado en León, 1998).

En la variabilidad de los hábitos alimenticios puede observarse aspectos o parámetros como son: el número de comidas al día, los alimentos más frecuentes usados en las dietas o los evitados y erradicados de la dieta, la manera de prepararlos y combinarlos, el número y el tamaño de las porciones, si se llega a los ritos sociales, familiares o individuales que rodean el acto de comer. En la conducta alimentaria intervienen también factores biológicos, como son el hambre, las necesidades especiales por el crecimiento, embarazo o lactancia; factores geográficos como la disponibilidad del alimento de acuerdo a la región, clima y estación del año; factores psicológicos como el apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos y tradiciones (Bourges, 1987; citado en León, 1998).

De acuerdo con Gómez Peresmitré (2001) los tipos de conductas alimentarias de riesgo son:

- El seguimiento de dietas restrictivas
- Atracones
- Conducta alimentaria compulsiva
- Hábitos alimentarios inadecuados
- Ayunos
- Saltarse alguno de los alimentos
- Disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico o “engordadores”

- Consumo de productos “light”
- Purgas (Gómez Peresmitré, 1993; citado en León, 1998)

3.2.2 Conducta alimentaria normal

Por conducta alimentaria normal se entiende aquella conducta característica del individuo que brinda a su organismo el aporte energético que éste requiere por medio de nutrientes y en donde se presenta alteración de hábitos alimentarios, es decir, que no se incurre en dietas o privaciones excesivas, o en comportamientos como vómitos inducidos, por ejemplo; es la conducta de los individuos que tiene una sana -pero no exagerada ni obsesiva- preocupación por su peso y por los alimentos que ingieren (Gama, 1999).

3.2.3 Atracón (o binge eating)

El atracón es el consumo a lo largo de un período de tiempo corto, en el cual se ingiere una gran cantidad de comida, la cual es considerada superior a la que la mayoría de las personas comerían en un período corto de tiempo, el atracón no necesita presentarse en un solo lugar (DSM – IV TR, 2002).

3.2.3.1 Factores de riesgo para los atracones o sobreingesta

De acuerdo con Striegel – Moore y Steiner – Adair (2000; citados por Rodríguez, 2004), a continuación se enlistan los factores de riesgo:

- Crianza inapropiada
- Psicopatología de los padres
- Incesto
- Abuso físico
- Obesidad de los progenitores
- Preocupación de los progenitores por el peso
- La belleza como clave del éxito
- La belleza como factor determinante de la feminidad
- Autoestima baja
- Conciencia interoceptiva escasa
- Socialización perturbada
- Ideal de la belleza esbelta
- Creencias sobre lo que resulta atractivo
- Insatisfacción con la propia imagen corporal
- Obesidad infantil
- Menarca temprana
- Perfeccionismo
- Realización de dietas, purgas o ejercicios físicos excesivos

3.2.4 Conducta alimentaria compulsiva

Los comedores compulsivos presentan conductas de pérdida y control sobre su ingesta alimentaria, que los induce a incurrir a episodios frecuentes de voracidad y no muestran

conductas compensatorias para bajar de peso. (Gómez Peresmitré, 2001). En esta, el hambre no constituye el motivo, sino que intervienen factores psicológicos, emocionales, afectivos y/o sociales (Gama, 1999).

3.2.5 *Hábitos alimentarios inadecuados*

Patton, Jonson - Sabine, Wood, Mann y Wakeling (1990; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) demostraron que existían factores predictores de trastornos de la alimentación, entre conducta dietante y actitudes anormales hacia el comer. Striegel - Moore, Silberstein y Rodin (1986; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) como Garfinkel, Garner y Goldbloom (1987; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) han especificado tres categorías de factores de riesgo presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desórdenes del comer: factores socioculturales (en los que la delgadez es altamente valorada), factores individuales (desórdenes psicopatológicos, de la personalidad, obesidad, diabetes) y factores familiares (estructura familiar estricta, sobreprotección, psicopatología familiar).

Los hábitos alimentarios inadecuados, se pueden clasificar como ayunos, saltarse alguno de los alimentos considerados de alto contenido calórico (“engordadores”) y consumo de productos “light” (Gómez Peresmitré, 2001).

3.2.6 *Atribución de control alimentario interno y externo*

La atribución de control alimentario externo e interno están representados por variables que agrupan los factores así denominados (Gómez Peresmitré, 1998), e implica la percepción que tiene un individuo acerca del porqué suceden las cosas. Es decir, la atribución de control alimentario interno se refiere a que la explicación que el individuo da acerca de sí mismo está basada en aspectos internos (atribuye a su forma de ser el que tenga tal aspecto físico o el que sea de tal o cual manera). La atribución de control alimentario externo se refiere a que la explicación que el individuo da acerca de sí mismo está basada en aspectos externos (atribuye a la sociedad, al destino, a Dios o a cualquier otro factor ajeno a su persona, el que el tenga tal aspecto o sea de tal o cual manera) (Gómez Peresmitré, 1998; citado en Gama, 1999).

3.2.7 *Seguimiento de dieta restrictiva*

El término dieta hace referencia al programa alimentario que se consume cotidianamente y que incluye cualquier tipo de alimento y en cualquier cantidad, por lo que puede ser adecuada y nutritiva, o no. Sin embargo, en el contexto antes señalado, este término se ha generalizado y literalmente asociado con prácticas alimentarias restrictivas para bajar de peso (Gómez Peresmitré, Pineda, L' Esperance, Hernández, Platas y León, 2002), las cuales han sido definidas por algunos como “Dieta Cosmética” (Huon y Strong, 1998; Strong y Huon, 1998; citados en Saucedo, 2003). Estas prácticas son respaldadas por el especialista en nutrición o lo que es más frecuente, autoadministradas por la adolescente (elegidas en alguna revista, recomendada por una amiga, etc.) o simplemente disminuyendo el consumo de ciertos alimentos (tortillas, pan, arroz, etc.) y/o elimine una o más de las comidas principales del día tal y como se ha encontrado en muestras de preadolescentes y en niños mexicanos, de 9 a 12 años (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998a; citados en Gómez Peresmitré et al., 2002).

Cuando se hace dieta, se hace referencia a aquél régimen alimenticio en el cual se eliminan ciertos alimentos a fin de controlar el peso, con frecuencia disminuirlo o mantenerlo (Field, Wolf, Herzog, Cheun y Coiditz, 1993; citados en Rodríguez, 2004). Pero con el énfasis que se le concede a la esbeltez, los regímenes para adelgazar se han vuelto cada vez más comunes (Sherman y Thompson, 1999); aunque el problema de las dietas es que son temporales, que cambian los hábitos alimentarios en un tiempo muy corto, en donde las chicas ponen fuerza de voluntad reprimiéndose, ya que este control merece la pena debido a que no durará siempre y tarde o temprano, se volverá a todos los alimentos de los cuales renunció, ya que las dietas son intervalos desagradables en una vida de alimentación excesiva y los antiguos hábitos alimentarios son los que más gustan. (Arenser, 1991; citado en León, 1998). Y de acuerdo a Saucedo - Molina (1999; citado en Saucedo, 2003) esta conducta juega un papel muy importante en la evolución de los trastornos alimentarios y conduce a problemas nutricios y metabólicos, a alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso y cardiovascular.

Existen diversos tipos de dietas, dentro de las cuales las más comunes son:

- **Dieta hipocalórica:** Se caracterizan por una ingesta sumamente limitada de alimentos con el fin de no aumentar de peso y de tener una apariencia más deseable.
- **Dieta Crónica:** Implican que un individuo se someta a una dieta tras otra de manera que tal hábito se convierta en parte de su vida (Saucedo, 2003).

La práctica o el seguimiento de dietas altamente restrictivas y de conductas características - pero no exclusivas- de la anorexia y bulimia nerviosa, pueden llevar consigo importantes costos psicológicos, tales como sentimientos de culpa, inseguridad, baja autoestima y temores asociados con la pérdida de control, independientemente de la desgastante lucha que la persona sostiene consigo misma y que pone a prueba su control (Gómez Peresmitré, 1995; citado en Gama, 1999).

Los trastornos de la alimentación tienen dos componentes básicos: el temor a aumentar de peso y el temor a perder control sobre el comer. Y es precisamente a causa de estos temores que el individuo incurre en dietas y en conductas de riesgo, que pueden desembocar en algún trastorno. De hecho, distintos autores señalan que el principal factor de riesgo para el desarrollo de la conducta alimentaria anómala es el seguimiento de dietas para bajar de peso y, por otro lado, la insatisfacción con la imagen corporal es un denominador común en los desórdenes alimentarios (Gama, 1999).

Polivy y Herman (1985; citados en Gómez Peresmitré et al., 2002), señalan que existen suficientes datos con respecto a la coexistencia o covariación de las conductas, de dieta restrictiva y del atracón, estos autores consideran que más bien se presenta una relación inversa: es el seguimiento de dieta lo que causa el atracón (binge eating) o la sobreingesta. Señalan que la base conceptual que subyace a la hipótesis “dieta/atracón” implica una sustitución de controles fisiológicos (sobre alimentación) por controles cognoscitivos. También demanda que los controles fisiológicos que conducen a un nivel “desable” de peso sean reemplazados por controles cognoscitivos, diseñados específicamente para lograr un peso

más bajo de acuerdo con las aspiraciones personales del dietante (Polivy y Herman, 1985; citados en Gómez Peresmitré et al., 2002). Otros factores cognoscitivos son la preocupación por la comida que contribuye a exacerbar el problema de la conducta dietaria (Gómez Peresmitré et al., 2002).

Un estudio realizado por Zukerfeld (1996), el cual tenía como propósito explorar la preocupación por las dietas y la insatisfacción con el cuerpo en mujeres evidentemente exitosas en su tratamiento para la obesidad, que liderean grupos en un programa educativo (Dieta Club) en Buenos Aires. El estudio consistió en tres grupos: el grupo 1, con 60 mujeres de clase media que adelgazaron y son líderes del Dieta Club; el grupo 2, con 20 mujeres también de clase media que adelgazaron en Dieta Club, pero que no son líderes de la institución y el grupo 3, con 34 mujeres de clase media de peso normal sin historia de obesidad (grupo control). A todos los grupos se les determinó el peso actual (PA), el peso deseado (PD) y el peso posible (PP). En los resultados encontrados la preocupación por la dieta fue general en las mujeres que habían bajado de peso que en aquellas sin historia de obesidad, el deseo por adelgazar y la insatisfacción con el cuerpo fue significativamente mayor en las mujeres exitosas que trabajan como líderes, por lo que la diferencia fundamental entre las mujeres exitosas radica en su trabajo como líderes, una actividad que indica exposición corporal y ser un modelo para otras mujeres que desean adelgazar (Zukerfeld, 1996).

Hill, Draper y Stack (1994; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) refieren hallazgos de un estudio llevado a cabo con niños ingleses de ambos sexos (213 niñas y 166 niños), de 9 años de edad. Los niños con mayor peso corporal manifestaban menos autoestima, deseos de adelgazar y altos niveles de restricción alimentaria; sin embargo, el deseo de seguir un régimen alimentario restrictivo era independiente del peso corporal real y las niñas (41 %), más que los niños (28 %), eran las más interesadas en adelgazar.

Cabe destacar que estos resultados se duplicaron (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) con una muestra de 487 niñas y niños, aunque debe aclararse que la edad promedio de estos niños era un poco mayor (media = 10.8 y S = 0.821) y que los porcentajes de respuestas problemáticas fueron menores. Se encontró que 25 % respondió haber hecho cambios en su alimentación durante el último año y que de éstos 19 % los había hecho para bajar de peso, mientras que un 6 % para subir. Las niñas más que los niños, se saltaban alguna comida del día, especialmente la cena, disminuían el consumo de alimentos considerados como “engordadores”. Un resultado distinto de lo hablado por Hill et al. (1994; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) fue que en este grupo dietario el régimen alimentado seguido (para bajar o para subir de peso) sí se relacionaba con el peso corporal real. En cambio, en muestras de adolescentes mexicanas (13 a 19 años) se ha encontrado una independencia. De esta manera, querer bajar de peso y hacer dieta restrictiva, estaban presentes sin importar si el peso de las chicas estaba por debajo y aun muy por debajo del peso normal (Bolaños, 1998; Poblano y Trigueros, 2000; Gómez Peresmitré et al., 2000).

Pero a pesar de la falta de éxito de las dietas, de las cuales la mayoría no conduce a una pérdida de peso permanente), la dieta continúa siendo el régimen más popular (Sherman y Thompson, 1999). En un estudio llevado a cabo en 1979 por Nelson (citado en Sherman y Thompson, 1999), se encontró que 56 % de las mujeres estadounidenses, de entre 24 y 54

años, seguían dietas activamente. Con toda certeza este porcentaje es más alto hoy día y, probablemente, ponerse a dieta es más común entre mujeres muy jóvenes, como muestra un estudio reciente (Moses Baniliv y Lifshitz, 1989; citados en Sherman y Thompson, 1999) en el que se encontró que 72 % de una muestra de jóvenes de secundaria seguían alguna dieta.

De acuerdo con Gómez Peresmitré et al. (2001), en la población femenina joven y adolescente de la sociedad estadounidense, el consumo de alimentos dietéticos, light o bajos en calorías y el seguimiento de dietas para el control de peso son conductas derivadas de una situación considerada normativa: la insatisfacción con la imagen corporal que tiene que ver con la apropiación de una imagen ideal tan delgada que en la práctica pudiera calificarse como una imagen anoréxica. Sin embargo, en países en desarrollo, como en el caso de México, el seguimiento de dichas prácticas es cada vez más popular, ya que bajo la presión social que ejercen los medios masivos de comunicación (al abanderar los ideales de la cultura de la delgadez), patrones alimentarios restrictivos también se van convirtiendo en una conducta “normal” ampliamente aceptada (Gómez Peresmitré et al, 2000).

Debido tal vez al hecho de que las dietas no funcionan o al menos no funcionan con suficiente rapidez, con frecuencia los regímenes restrictivos se están complementando con medidas aún más extremas. Una encuesta de la revista *Glamour*, publicada en 1984, que entrevistó a más de 33,000 participantes, encontró que 50 % de las entrevistadas usaban píldoras para adelgazar, 18 % usaba diuréticos, 27 % seguían dietas de líquidos, 18 % usaban laxantes, 45 % ayunaban y 15 % se inducían el vómito para controlar su peso. Por lo que resulta obvio que existe una relación entre hacer dietas y la bulimia, ya que casi siempre la bulimia empieza con una dieta. Desde luego, no todas las personas que siguen una dieta se vuelven bulímicas. Basta decir que las dietas se relacionan específicamente con la bulimia en cuanto a que la dieta conduce a, o causa, la ingestión excesiva de alimento. Cuando se restringe radicalmente el consumo calórico, se presentan impulsos tanto psicológicos como fisiológicos para excederse en la comida. A esto se debe en parte, que falle la mayoría de las dietas, cuando de hecho, los impulsos psicológicos y fisiológicos para comer en exceso fueron demasiado intensos para controlarlos mediante la fuerza de voluntad (Sherman y Thompson, 1999).

En otro estudio realizado por Gómez Peresmitré et al. (2002), en el cual la muestra fue de 305 adolescentes hombres y mujeres, estudiantes de bachillerato del D.F.. De ésta muestra, 278 eran adolescentes que respondieron, que en un periodo de 15 días “nunca” habían seguido una dieta para bajar de peso y 27 adolescentes aceptaron que en ese mismo período “frecuentemente” y “siempre” habían realizado este tipo de dieta. Se les aplicó tres factores de la Escala (EFRATA) (Gómez Peresmitré et al., 2002). Los resultados encontrados fueron los siguientes: las adolescentes que respondían que “frecuentemente” y “siempre” hacían dieta restrictiva eran quienes presentaban más problemas con conducta alimentaria compulsiva, es decir, existe una correlación positiva entre seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva. Aunque fueron los adolescentes con seguimiento de dieta restrictiva (“frecuentemente” y siempre”), quienes “frecuentemente, 50 % de las veces” se encontraban preocupados por el peso y la comida, en comparación con sus pares que no habían hecho seguimiento de dieta y que respondieron que “nunca” se preocupaban por el peso y la comida.

También se encontró una correlación positiva entre la variable “seguimiento de dieta restrictiva” y “preocupación por el peso y la comida” ($r = 0.567$, $p = 0.000$), esto es, a mayor preocupación por el peso y la comida, mayor seguimiento de dieta. Entre conducta alimentaria normal y seguimiento de dieta restrictiva, se encontró una correlación negativa, que implica que a mayor conducta alimentaria normal, menor seguimiento de dietas restrictivas (Gómez Peresmitré et al., 2002).

3.3 Factores biológicos de riesgo

3.3.1 Índice de masa corporal e índice nutricional

El *Índice de Masa Corporal* (ÍMC) es un método de cálculo aceptado universalmente para poder determinar el grado de sobrepeso u obesidad de una persona. La ecuación fue desarrollada a mediados del siglo pasado por L.A. Quetelet (Clínica Médica Internacional, 2004; citado por Herrera, 2000), quien fue un matemático belga, el cual se basó en relaciones entre el peso y la estatura de una persona. El ÍMC es la medida que relaciona el peso y estatura de una persona, esto con el fin de calcular si tiene sobrepeso u obesidad. Este cálculo se realiza mediante una fórmula sencilla.

Para poder sacar el índice de masa corporal, se necesita dos datos importantes: estatura exacta y peso exacto. Una vez que se tengan estos datos, se procede a calcular el ÍMC con la siguiente fórmula:

$$IMC = \frac{\text{peso en kg}}{\text{estatura}^2 \text{ en m}}$$

Considerando el peso actual de la persona en kilogramos y su altura en metros, el valor de efectuar esta operación, es que se debe comparar con la siguiente Tabla (Ver Tabla 5) tomada del estudio de validación diagnóstica, realizada en muestras de adolescentes mexicanos de 15 a 18 años de edad (Saucedo y Gómez Péresmitré, en prensa; citados por Herrera, 2000).

Tabla 5. Clasificación para el ÍMC	
Categoría	ÍMC
Emaciación	Menor a 15
Bajo peso	15 - 18.9
Normal	19 - 22.9
Sobrepeso	23 - 27
Obesidad	>27 o 31
Obesidad extrema	>31

Debido a que los valores del ÍMC en los estudios que se han realizado de alteración de la imagen corporal, no han sido convenientes y válidos para las preadolescentes, para la clasificación de su masa corporal (Saucedo - Molina y Gómez Peresmitré, 1998; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), validaron otro índice utilizado en el área de la salud y que es recomendado para niños y adolescentes, este índice es el denominado *Índice Nutricional (ÍN)*; este índice corrige el extremo izquierdo de la curva, ya que cuando se utiliza no se encuentra

que porcentajes muy altos de preadolescentes caigan dentro de las categorías delgada y muy delgada (Gómez Peresmitré, 1997; citado en Gómez Peresmitré et al., 2001). La fórmula y puntos de corte del ÍN son los siguientes (Hernández, 1993; citado en Gómez Peresmitré et al., 2001) (Ver Tabla 6):

$$IN = \frac{\text{peso actual en kg}}{\text{talla actual en m}} \times 100$$

$$\frac{\text{peso medio en kg}(\text{percentil}50^*)}{\text{talla media en m}(\text{percentil}50^*)}$$

Tabla 6. Clasificación para el ÍN	
Índice nutricional	Clasificación
<90 %	Bajo peso
90 – 110 %	Peso normal
110 – 120 %	Sobrepeso
120 – 130 %	Obesidad

* Para la obtención de los percentiles, tanto de peso como de estatura, se utilizaron las tabla de peso por edad y estatura por edad de la OMS (1983).

De acuerdo al ÍMC, el prototipo de la mujer bella en México es una mujer joven (con edad promedio de 25 años y desviación estándar de 3.8, esto es, mujeres de 21 a 28 años) con un ÍMC promedio de 18 y desviación estándar de 1.0, esto corresponde a un peso inferior al normal. Es así, que el mayor porcentaje de las mujeres consideradas como las más guapas (68 %) tiene un ÍMC que va de 15.6 a 18.9, esto es, son más delgadas, mientras que el ÍMC del porcentaje restante (32 %) tiene un peso normal, en sus valores bajos, de 19 a 20.8. Por otro lado, los valores de ÍMC que describen al prototipo del hombre guapo en México, también se trata de un hombre joven (promedio de 26 años y una desviación estándar de tres años con seis meses de 22.7 a 29.9 años) y un ÍMC promedio igual a 22.83, lo que significa que se encuentra dentro del peso normal o promedio con una desviación por arriba o por debajo. De los hombres considerados como los más guapos, 66 % cayó dentro del intervalo de peso normal, mientras que el ÍMC del 34 % restante cayó en el sobrepeso, dentro de un ÍMC de 23 a 25.7. Estos valores del ÍMC corresponden a las mujeres más bellas y a los hombres más guapos que se encuentran dentro de la categoría de jóvenes adultos (de 21 a 29 años) (Gómez Peresmitré et al., 2001).

En un estudio realizado con hombres exclusivamente, se encontró que los factores de riesgo asociados con la imagen corporal se pueden acompañar de problemas con la conducta alimentaria. La prevalencia encontrada con respecto a seguimiento de dieta relacionada con el control del peso corporal fue de 15 %, mientras que la de problemas con la forma de comer resultó del 12 %. Seguir dieta para el control de peso y no hacerlo, influyó significativamente en el índice de masa corporal, de tal manera que los estudiantes que aceptaron hacer dieta y comer poco tenían el ÍMC más bajo en comparación con los que no hacían dieta y dijeron comer mucho. La relación del ÍMC con seguimiento de dieta mostró ser más fuerte y estable, y menos dependiente de la edad y del nivel socioeconómico que la variable “problemas con la

forma de comer”, cuando se controlaron los efectos de edad y tipo de escuela, aunque la dirección del ÍMC se mantuvo en peso normal, lo que significa que el ÍMC es más dependiente, se ve más afectado por la edad y por el nivel socioeconómico cuando se analiza en relación con problemas con la forma de comer, que con seguimiento de dietas (Gómez Peresmitré et al., 2000).

Podemos responder entonces, que la alteración de la imagen corporal se ve significativamente influida por el ÍMC y el grado autoatribuido de actividad. Así, los varones que subestimaron su imagen corporal fueron los que tenían sobrepeso y obesidad, y entre estos, los que más subestimaban su imagen corporal eran los que se consideraban más atractivos. En cambio, los sujetos con peso por debajo del normal sobreestimaron su imagen, y fueron los que más la sobreestimaban, los que también se consideraron más atractivos. Considerarse atractivo depende entonces, del efecto conjunto de ÍMC y de la alteración de la imagen corporal, ya que los que se consideran menos atractivos, eran delgados (peso por abajo del normal) y además eran los que subestimaban su imagen corporal, entre estos (delgados y menos atractivos) los que la sobreestimaban tenían un valor ligeramente más alto en atractivo. Ser delgado o tener peso bajo se relacionaba con sobrestimación, mientras que tener sobrepeso u obesidad se asociaba con obesidad y ambos casos se asociaban con el atractivo (regular o mucho) identificado (Gómez Peresmitré et al., 2000).

Los estudiantes que estaban insatisfechos porque deseaban una figura más gruesa efectivamente tenían peso bajo según su ÍMC, mientras que los insatisfechos que deseaban una figura más delgada eran aquellos cuyo ÍMC indicaba sobrepeso y obesidad; mientras que el ÍMC de los menos insatisfechos correspondió a peso normal. También se encontró en este estudio que, el ÍMC afecta de manera inversa el grado de satisfacción/insatisfacción que los estudiantes reportan con respecto a su imagen corporal, entre los insatisfechos que tenían peso normal, el mayor número de ellos se consideró con atractivo regular mientras que la mayoría de los que tenían sobrepeso se calificó con poco atractivo. Sin embargo, también se pudo observar que existe una relación directa entre satisfacción y atractividad, ya que los más satisfechos se consideraron también los más atractivos y puede decirse que el mayor número de los que se consideraron muy atractivos, tenían peso normal y se mostraban insatisfechos porque deseaban una figura ideal más gruesa que la figura actual con la que se habían identificado (Gómez Peresmitré et al., 2000).

3.4 Factores de riesgo en preadolescencia y adolescencia

La patología detrás de los trastornos alimentarios actúa preferentemente en un momento clave de la vida que es la adolescencia desde su etapa más temprana. Desde esta perspectiva, queda clara la importancia que asume en este campo de la salud todo intento dirigido a la prevención e idealmente a la prevención primaria. De aquí el interés por investigar no los trastornos de la alimentación propiamente dichos, sino los factores de riesgo que pueden conducir a ellos. Esto es detectar factores de riesgo en edades puberales (preadolescentes) y aún prepuberales (escolares). En este último caso, se ha informado (por ejemplo, Kirkpatrick y Sanders, 1978; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) que niños muy jóvenes, a los seis años, ya han adoptado una clara actitud negativa hacia la obesidad, atribuyendo características indeseables (perezoso, sucio y otras similares) a figuras endomorfos (gruesas) y adjetivos positivos a las más delgadas.

En un estudio enfocado al conocimiento de la presencia de conductas alimentarias de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria, en la población estudiantil de la Ciudad de México, recopilados por la “Encuesta de Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol” y en la población estudiantil del Distrito Federal de 1997 (N = 10,173, media de edad = 14.5), se encontró que las mujeres reportaron mayor proporción de conductas alimentarias de riesgo, con excepción de la práctica de ejercicio y de comer compulsivamente, en donde se encontró que las adolescentes de 18 y 19 años son las más afectadas (Unikel, Villatoro, Medina - Mora, Fleiz y Hernández, 2000; citado en Rodríguez, 2004).

En un estudio realizado por Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001; citados en Rodríguez, 2004) con prepúberes, púberes y adolescentes, se encontró que las escolares más jóvenes, ya presentaban actitud lipofóbica y al igual que las adolescentes, ya presentaban el deseo de poseer un cuerpo más delgado, al mismo tiempo que presentaban insatisfacción con su imagen corporal, la cual percibían con mayor peso del que poseían. También se ha observado que en preadolescentes ya se presenta insatisfacción y alteración de la imagen corporal, así como el deseo por tener cuerpos delgados y la elección de figuras ideales que se consideran anoréxicas (Gómez Peresmitré, 1997).

3.5 Factores de riesgo para la anorexia nerviosa

Se ha encontrado en la literatura internacional que existen ciertos factores de riesgo para la incidencia de la anorexia nerviosa (Striegel - Moore y Steiner - Adair, 2000; citados en Rodríguez, 2004):

- * Ingresos elevados y alto nivel educativo de los padres (Walters y Kendler, 1996; citados en Rodríguez, 2004).
- * Problemas alimentarios en la primera infancia (Marcho y Cohen, 1990; Rastram, 1992; citados en Rodríguez, 2004).
- * Autoestima baja (Walters y Kendler, 1996; citados en Rodríguez, 2004).
- * Predominio de conductas neuróticas (Walters et al., 1996; citados en Rodríguez, 2004).
- * Sobreprotección materna (Walters et al., 1996; citados en Rodríguez, 2004).
- * Algún pariente de sexo femenino que sufre de anorexia nerviosa o bulimia nerviosa (Strober et al., 1990; Walters et al., 1996; citados en Rodríguez, 2004).
- * Psicopatología de los progenitores (Garfinkel et al., 1996; citados en Rodríguez, 2004).
- * Abuso sexual en la infancia (Garfinkel et al., 1996; citados en Rodríguez, 2004).

Dentro de la población general, es decir la considerada normal, las adolescentes básicamente del sexo femenino, especialmente entre los 14 y 19 años, sobre todo con pesos algo superiores a la media, tendiendo a proceder a niveles socioeconómicos medios y superiores, de ambiente urbano, muestran unos comportamientos y actitudes que les hacen bordear la anorexia nerviosa, cuando no caer de lleno en ella. Parece, existir un continuo entre la población adolescente y juvenil nulamente anoréxica, y la verificada patológica. La influencia de los factores socioculturales es tan importante en la génesis de la anorexia nerviosa que probablemente pueda asegurarse que sin su existencia no existiría tampoco el trastorno, ya que

no puede entenderse la anorexia nerviosa sin tener en cuenta determinados fenómenos que parten y se desarrollan en el medio social que envuelve a las paciente (Toro y Vilardell, 2000).

Las características sociodemográficas que parecen definir el grupo de riesgo parecen coincidir con los datos suministrados por la epidemiología de la anorexia nerviosa (mujeres adolescentes y jóvenes, occidentales u occidentalizadas, pertenecientes a niveles socioeconómicos medios y medio – alto). Si la anorexia no está determinada primeramente por trastornos biológico, si la causalidad primaria debe por tanto buscarse y situarse en lo experiencial, habrá que preguntarse por el género de experiencias sufridas por las adolescentes occidentales ubicadas en el rango económico del bienestar que les lleva a padecer una anorexia nerviosa (Toro y Vilardell, 2000).

3.6 Factores de riesgo para la bulimia nerviosa

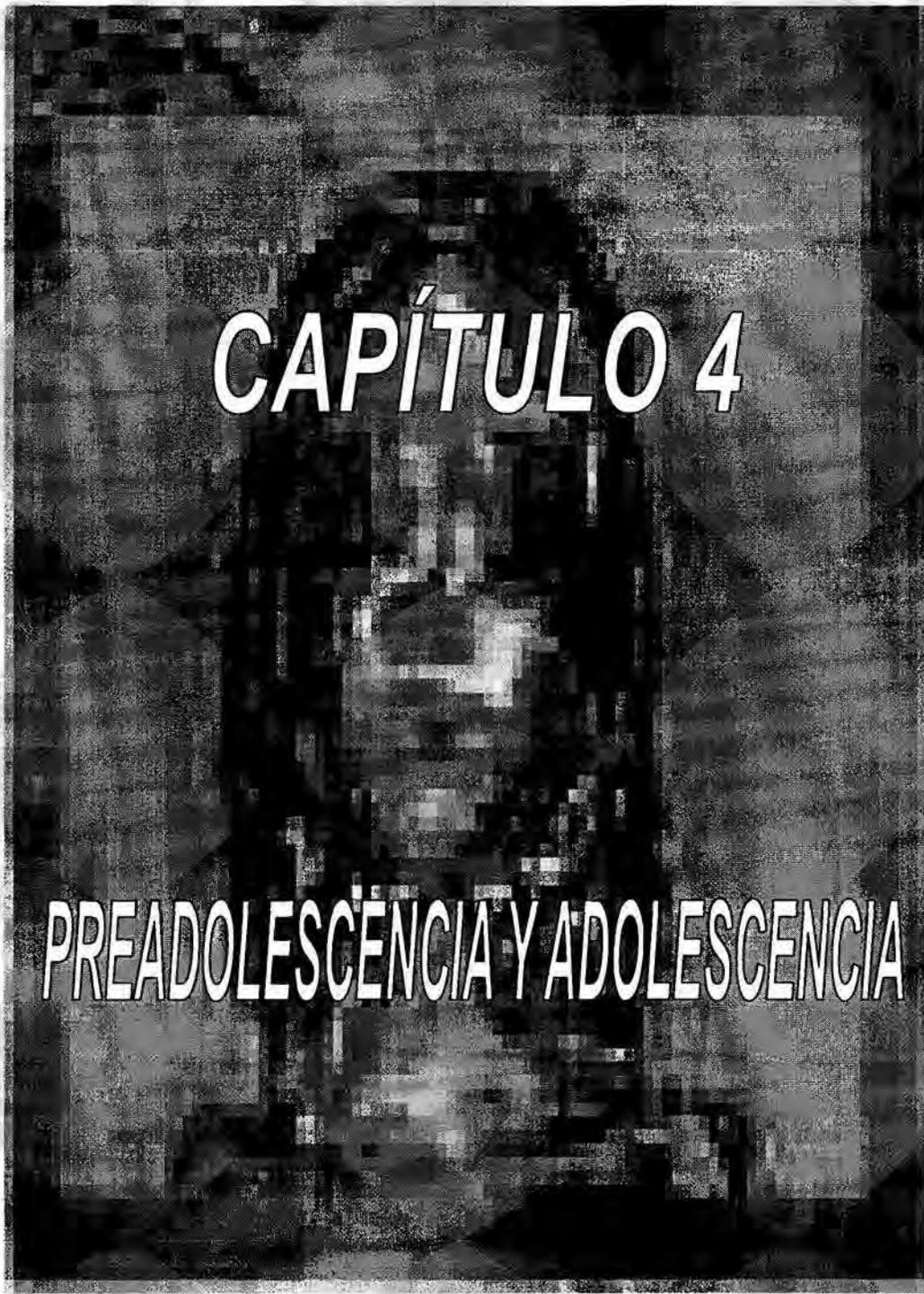
También se ha observado que existen factores de riesgo que influyen en la aparición de la bulimia nerviosa (Striegel – Moore et al., 2000; citados en Rodríguez, 2004):

- ** Menarca temprana (Fairburn et al., 1997; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Locus de control externo (Kendler et al., 1991; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Autoestima baja (Fairburn et al., 1997; Kendler et al., 1991; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Obesidad en la infancia (Fairburn et al., 1997; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Preocupación por el peso (Killen et al., 1994; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Presión social respecto del peso y/o alimentación (Fairburn et al., 1997; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Dietas familiares (Fairburn et al., 1997; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Trastornos alimentarios en los miembros de la familia (Fairburn et al., 1997; Kendler et al., 1991; Garfinkel et al., 1995; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Psicopatología de los progenitores (Fairburn et al., 1991; Garfinkel et al., 1995; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Crianza inadecuada (Fairburn et al., 1997; Kendler et al., 1991; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Discordia entre los padres (Fairburn et al., 1997; citados en Rodríguez, 2004).
- ** Abuso sexual en la infancia (Fairburn et al., 1997; Garfinkel et al., 1995; citados en Rodríguez, 2004).

Casi siempre la bulimia empieza con una dieta, aunque no todas las personas que siguen una dieta se vuelven bulímicas, las dietas se relacionan con la bulimia en cuanto a que la dieta conduce a la ingestión excesiva de alimento; cuando se restringe el consumo calórico, los impulsos psicológicos y fisiológicos son demasiado intensos para controlarlos mediante la fuerza de voluntad. La bulímica tiene que enfrentar la mayoría de éstas dificultades, si no es que todas ellas, por lo que pueden considerarse estas dificultades psicológicas como factores de riesgo. Por consiguiente, cuanto más de estos problemas psicológicos tenga la persona, tanto mayor es el riesgo de desarrollar bulimia (Sherman y Thompson, 1999).

Garner et al. (1987; citado en Gómez Peresmitré et al., 2001), mencionan que los predictores más importantes del desarrollo de la anorexia nerviosa y de la bulimia nerviosa son los índices

de insatisfacción con el cuerpo y el deseo de estar delgada. Los autores concluyen que el entrenamiento, aunado a la extrema delgadez, pueden ser los factores desencadenantes de la enfermedad, esto favorece la hipótesis que apoya la idea de que un ambiente altamente competitivo no deriva necesariamente en el desarrollo de estos trastornos, sino que requiere que exista además la presión por estar delgada. Entre los factores de riesgo también podemos encontrar la edad y el género, distorsión de la imagen corporal que asume un significado patológico, y en donde los factores de cuerpo ideal y cuerpo percibido tienen relación con esta, además que la alteración de la misma, se refiere al efecto de sobreestimación o subestimación.



CAPÍTULO 4

PREADOLESCENCIA Y ADOLESCENCIA

4.1 Preadolescencia y adolescencia

La adolescencia es uno de los periodos más significativos de la vida, ya que se da el crecimiento y la maduración del ser humano, es un proceso evolutivo cambiante común a todo ser humano, que se anuncia en la etapa puberal llamada también adolescencia temprana o preadolescencia, la cual sirve de transición entre la infancia y la edad adulta (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001), por lo cual los adolescentes son un grupo de estudio particularmente interesante en lo que se refiere a problemas de salud, ya que sufren los procesos de socialización en la edad adulta, por lo que no solo necesitan ser provistos de información, sino también de niveles de aceptación social, de salubridad y de otros problemas, como lo puede ser un accidente automovilístico que podría tener consecuencias para el individuo y a la larga para la sociedad (Sobal, 1987). Además, la proximidad que tiene la adolescencia respecto de la madurez biológica y de la adultez, provee la última oportunidad para prevenir problemas de salud en la vida adulta (Gómez Peresmitré, 2001).

4.1.1 Definición de adolescencia

La pubertad es definida como la época de la vida en que se manifiesta la aptitud para la reproducción (García – Pelayo, 1984). Aunque se utiliza el término pubescencia para denotar la totalidad del periodo en que tienen lugar los cambios físicos relacionados con la maduración sexual y la pubertad no sólo es acompañada por cambios biológicos, sino también por cambios psicológicos y sociales (Adams, Day, Dyk y Frede, 1992; Lerner, 1992; citados en Rice, 1997).

La palabra *adolescencia* viene del verbo italiano *adolescere*, que significa “crecer” o “llegar a la madurez” (Golinko, 1984; citado en Rice, 1997). Por lo tanto, la adolescencia es definida como un periodo de la vida humana durante la cual alcanzan su madurez de las funciones sexuales, es decir, el periodo comprendido entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta (Warren, 1995) y la duración de esta, se ha prolongado en la medida que las sociedades industriales se ha incrementado el periodo de dependencia (Rice, 1997).

Para Hall (citado en Rice, 1997), la pubertad representa un tiempo de trastorno e incapacidad emocional en que el estado de ánimo del adolescente oscila entre la energía y el letargo, la alegría y la depresión o el egoísmo y autodepreciación. Siendo el final de la adolescencia lo que marca el nacimiento de los rasgos adultos, que corresponden al inicio de la civilización moderna.

Knobel, menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS), que concluyó en junio de 1984, definió que la adolescencia es una fase de desarrollo específica, de marcada inestabilidad y cuyas características dependen de la interacción de factores psicobiológicos. A pesar de las diferencias individuales y de los factores ambientales, algunos aspectos son comunes a todas las culturas (Chomsky, Moreno y Sumiel, 1985).

La adolescencia ha sido descrita como un “periodo ingrato”, marcado por profundas transformaciones corporales y psicológicas. En el plano psíquico, esta etapa se caracteriza por la reactividad del instinto sexual, por el deseo de libertad y autonomía, y por el intento de afirmación de la propia personalidad (Gómez, 1996). De acuerdo con Rice (1997), la

adolescencia es un periodo de crecimiento que comienza en la pubertad y termina con el inicio de la vida adulta. Es una etapa de transición entre la niñez y la vida adulta, por la cual deben de pasar los individuos antes de que puedan tomar su lugar como mayores. La adolescencia es un proceso evolutivo cambiante común a todo ser humano, que se anuncia en la etapa puberal llamada también adolescencia temprana o preadolescencia (Gómez Peresmitré et al., 2001); aunque Rice (1997), menciona que la pubertad es el periodo o edad en que una persona alcanza la madurez sexual y adquiere la capacidad de tener hijos. Y es en ella cuando comienzan a aparecer los signos sexuales secundarios, continuando con la adolescencia media, en la que los cambios ya se encuentran establecidos y termina en la adolescencia final (Gómez Peresmitré, 2001).

Keniston (1970; citado en Rice, 1997) conceptualiza una etapa de la vida, la de la juventud, definida como el periodo del desarrollo que sigue a la adolescencia. En la terminología moderna, la juventud se refiere a la generación más joven, usualmente adolescente (Sebald, 1984; citado en Rice, 1997).

4.1.2 Etapas cronológicas de la preadolescencia y adolescencia

La adolescencia es la época de la vida que marca el paso desde la infancia a la edad adulta. La Organización Mundial de la Salud, considera adolescente a toda persona entre los 10 y 19 años de edad, aunque el comienzo y la duración de esta fase vital varía según los sexos, razas, el ambiente cultural y las condiciones socioeconómicas (Gómez, 1996). Para Blos (1968; citado en González, 2001) existen etapas cronológicas, que se observan de acuerdo con un punto de vista evolutivo, aunque puede darse una edad aproximada para cada una de ellas:

- a) Preadolescencia (9 a 11 años): en esta etapa comienzan metas impulsivas, se presentan algunas fobias, miedos o tics nerviosos que desaparecen pronto. Los varones suelen ser hostiles con las mujeres.
- b) Adolescencia temprana (12 a 15 años): se intensifican las metas impulsivas y los efectos; hay identificación con el padre del mismo sexo, se favorece el inicio de la madurez emocional, ya que se expresan mejor y emplean mayor tolerancia a la frustración.
- c) Adolescencia como tal (16 a 18 años): en esta etapa culmina la formación de la identidad sexual; la vida emocional se hace más intensa y profunda. Se orientan acciones, pensamientos y valores hacia la realidad.
- d) Adolescencia tardía (19 a 21 años): se presenta una mayor integración del trabajo y el amor, y se afirman las creencias e ideologías. Se busca una ocupación y se dirigen las acciones hacia la realización de esta.

La OMS (Chomsky, 1985; citado en León, 1998) por su parte, ha hecho divisiones del periodo de adolescencia de acuerdo a criterios cuantitativos y a grupos de edad:

- * *Adolescencia*: es la etapa que transcurre entre los 10 y 20 años de edad, comienza con los cambios puberales (10 – 15 años) y finaliza al cumplirse gran parte del desarrollo y crecimiento morfológicos.

- * *Juventud*: comprende el periodo entre los 14 y 25 años y es una categoría sociológica, caracterizada porque los jóvenes asumen con plenitud sus derechos y responsabilidades sociales.

Sin embargo, durante la adolescencia el individuo cursa por distintas fases (Gesell, 1990/1992; citado en González, 2001 pp. 2 - 4) con las siguientes características:

- **10 años:** Les gusta escuchar y relatar historias de eventos o situaciones que han visto, oído o leído, y manifiestan predominancia por hablar. Las actividades sociales ejercen atracción sobre ellos, muestran preferencia por grupos pequeños y espontáneos. Las niñas tienden a formar círculos más pequeños e íntimos. En ambos sexos se observa gusto por la escuela y se otorga valor a la familia, actitud que transcurrida esta época, pasará bastante tiempo para presentarse de nuevo con adaptabilidad y alegría.
- **11 años:** Comienzan a manifestar formas desusadas de afirmación de su personalidad, de curiosidad y de sociabilidad. Son inquietos, investigadores y cada vez formulan más preguntas sobre los adultos tratando de explorar las relaciones interpersonales con sus padres y hermanos. Se adecuan a la escuela y gustan de reunirse, y competir con sus compañeros. En su labor escolar revelan procesos intelectuales fácticos más que académicos.
- **12 años:** Son más razonables y poseen una nueva visión de sí mismos y de sus compañeros; son menos ingenuos en las relaciones sociales y muestran una mayor adaptación dentro de éstas. Tienden a contemplar los problemas desapasionadamente, pero siempre toman en cuenta el punto de vista del grupo, sin embargo, poseen una mayor aptitud para realizar tareas individuales.
- **13 años:** Responden con interés intenso a los estudios escolares, en el hogar suele ser callado y reflexivo, dedicado a pensar y a soñar; también se observa una tendencia a eludir las relaciones confidenciales íntimas con sus padres. Es capaz de adaptarse y digno de confianza.
- **14 años:** En ambos sexos se observa mayor alegría y relajación. Se encuentran mejor orientados con respecto a sí mismos y en relación con su medio interpersonal; tienden a mostrarse amistosos y extrovertidos tanto en su hogar como fuera de él. Adoptan una actitud más madura hacia los adultos en general y hacia la familia en particular.
- **15 años:** Adoptan actitudes indiferentes, que en el fondo reflejan una preocupación reflexiva por estados anímicos íntimos. Poseen un naciente espíritu de independencia que los impulsa a tratar de separarse del círculo familiar, a veces de manera abrupta debido a que experimentan un conflicto entre apego y desprendimiento. Establecen vínculos interpersonales profundos y verdaderos. Les gusta la vida colectiva y escolar.

- **16 años:** Tienen mayor confianza en sí mismos y autonomía, se han vuelto más tolerantes, muestran una felicidad permanente e interés por la gente, con respuestas positivas y sociales. Varones y mujeres prefieren estar en compañía de ambos sexos, sin embargo, la relación con sus familias ha mejorado considerablemente; en esta edad existe mayor orientación hacia el futuro que en etapas anteriores.
- **17 años:** El interés del adolescente por formar parte de grupos en los que la presencia de líderes se hace evidente, así como de personajes altamente idealizados. Ambos sexos se encuentran en pleno establecimiento de vínculos afectivos que, aunque tienden a ser de corta duración, tienen un carácter más significativo que en la edad anterior. En el aspecto escolar muestran selectividad por los intereses vocacionales, así como mayor interés por la actividad que emprenderán en el futuro. Sus relaciones familiares se encuentran en armonía, sin embargo, asuntos como la elección de vocación y los planes a futuro tienden a ser temas de discusión entre la familia.
- **18 años:** En la mayoría de los casos, el individuo se encuentra realizando una elección vocacional, situación que lleva a la necesidad de actuar dentro de una realidad social, con una creciente necesidad de cuestionar y refutar valores tradicionales. Aunque ya se ha realizado una elección de carrera o actividad laboral, existe una preocupación por la adquisición de bienestar inmediato, que otorgue comodidad, sin una auténtica preocupación por una económica futura. Existe en ambos sexos un interés más genuino por entablar relaciones interpersonales duraderas; la vida amorosa y sexual ocupa gran parte del interés emocional del joven de esta edad, no obstante, existe una franca separación de ambos aspectos.
- **19 años:** Se encuentran en tránsito hacia la madurez, en una plena ejecución de los roles y las actividades formales que les obligan a emprender un proceso adaptativo. Se encuentran en la consolidación de una relación de pareja y a veces ya ejercen las tareas de procreación. Deben realizar un esfuerzo constante dirigido a objetivos definidos, que incluyen el desempeño de un rol en el aspecto escolar, familiar, social, económico, político y cultural; para ello es necesaria la adquisición de una identidad adulta y un adecuado grado de autonomía.

La adolescencia termina aproximadamente a los 25 años, cuando se espera una madurez plena, que implica la adquisición de intereses heterosexuales definitivos, independencia de la tutela paterna y de la familia, así como la adquisición de una independencia intelectual y económica, que incluya la terminación de una carrera profesional o el establecimiento de una actividad laboral, un manejo apropiado del tiempo libre, con un ajuste emocional y social a la realidad y la formación de una filosofía de vida (González, 2001).

4.1.3 *Crecimiento físico y biológico*

La pubertad denota la totalidad del periodo en que tienen lugar los cambios físicos relacionados a la maduración sexual (Rice, 1997). El brote de crecimiento que se da en la

pubertad, afecta a todas las dimensiones corpóreas y apunta tanto al esqueleto y a la musculatura, como a los órganos internos (Nickel, 1980), lo que se refleja en los valores de talla, peso y superficie corporal, así como en los diámetros, perímetros y relación de segmentos (Gómez Peresmitré et al., 2001).

Los cambios físicos son controlados por las hormonas, que son productos que segregan en poca cantidad, las glándulas endocrinas. Estas hormonas van a aumentar considerablemente en la pubertad. Las hormonas “masculinas y femeninas” están presentes en los individuos de ambos sexos, pero los hombres tienen más de las hormonas llamadas andrógenas, de las cuales la más importante es la testosterona y las mujeres tienen más de las hormonas llamadas estrógenos y progesterona (Tenne, 1978; citados en Ávila, 1997).

Las pautas fisiológicas están gobernadas por el aumento de la actividad de la glándula “maestra”, la pituitaria, órgano endocrino situado en la base del cerebro y que produce diversas hormonas. Las secreciones de la pituitaria regulan otras glándulas que afectan el crecimiento, entre ellas la tiroides, las suprarrenales y las gónadas (testículos y ovarios). Las glándulas sexuales (testículos y ovarios) cumplen dos funciones: producir gametos (espermatozoides u óvulos) y segregar andrógenos y estrógenos. Las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales tienen una repercusión emocional y fisiológica en el adolescente (Stone y Church, 1997; citados en Ávila, 1997).

En el momento en que comienza esta actividad hormonal parece depender de la consecución de un nivel de peso crítico. Estudios realizados en ratones y seres humanos muestran que la leptina, hormona proteínica secretada por el tejido graso e identificada como factor importante en la obesidad es necesaria para dar comienzo a la pubertad (Chahab, Mounzih, Lu y Lim, 1997; Clement et al., 1998; O’Rahilly, 1998; Estrobel, Camión, Ozata y Strosberg, 1998; citados en Papalia, 2001). La acumulación de leptina en el torrente sanguíneo puede estimular al hipotálamo, región situada en la base del cerebro, enviando señales punzantes a la glándula pituitaria, la cual a su vez, puede indicar a las glándulas sexuales que incrementen la secreción de hormonas. Esto puede explicar por qué las niñas con sobrepeso tienden a entrar en la pubertad mucho más temprano que las niñas delgadas (Papalia, 2001).

Durante la adolescencia, los cambios físicos tienen un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y del tamaño del cuerpo, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de las características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento de tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo (Stone y Church, 1977; citados en Ávila, 1997).

Los primeros signos de pubescencia en las niñas son la aceleración del crecimiento, así como la aparición de vello púbico (Stone y Church, 1977; citados en Ávila, 1997; Nickel, 1980) y en axilas (Nickel, 1980), el aumento del tamaño de los pechos, las areolas se hacen más grandes, sobresale y toman forma cónica, y su pigmentación se oscurece. Habitualmente los senos alcanzan casi su pleno tamaño antes de la menarca, se da el comienzo de la menstruación (Stone y Church, 1977; citados en Ávila, 1997). La pelvis de las chicas se ensanchan y, las caderas y los músculos se redondean gracias a un depósito de grasa que se acumula en estas partes conformando su aspecto femenino (Padioleau, 1991; citado en Ávila, 1997).

Hay un aumento de la longitud de la vagina, su cubierta mucosa se hace más gruesa y más elástica, y cambia a un color más intenso; las paredes internas de la vagina cambian su secreción de la reacción alcalina de la niñez a una reacción ácida en la adolescencia. Las glándulas de Bartolini empiezan a secretar sus fluidos. Los labios mayores se agrandan considerablemente, igual que los labios menores y el clitoris. El monte de Venus se hace más prominente por el desarrollo de una almohadilla de grasa (Rice, 1997).

Junto al desarrollo de los senos, se inicia el de los ovarios y el útero (Nickel, 1980). El útero duplica su tamaño, mostrando un incremento lineal durante el periodo que va de los 10 a los 18 años; los ovarios incrementan notablemente su tamaño y peso, muestran un crecimiento bastante estable desde el nacimiento hasta la edad de 8 años, y cierta aceleración en el crecimiento desde la edad de 8 años hasta el momento de la ovulación (a los 12 o 13 años) y un incremento muy rápido después de alcanzar la madurez sexual. Indudablemente esto es el resultado de la maduración de los folículos, de los cuales, cada niña nace con aproximadamente 400 000 folículos en cada ovario y para el momento en que alcanza la pubertad, este número ha disminuido a cerca de 80 000 en cada ovario. Un folículo produce un óvulo maduro aproximadamente cada 28 días, por un periodo de 38 años, lo que significa que maduran menos de 5 000 óvulos durante los años reproductivos de la mujer (McCary y McCary, 1982; citados en Rice, 1997).

La muchacha adolescente empieza a menstruar a la edad de 12 o 13 años, aunque puede ocurrir considerablemente antes o después (un rango extremo va de los 9 a los 18 años). La menarquia usualmente no ocurre hasta que se han alcanzado las tasas máximas de crecimiento en peso y estatura. Un incremento en la grasa corporal puede estimular la menarquia, mientras que el ejercicio vigoroso tiende a demorarla (Stager, 1988; citado en Rice, 1997). Puede suceder que se inicie el ciclo menstrual, aún antes de que los ovarios produzcan folículos maduros, pero el intervalo entre la menarquia y el comienzo de la fecundidad, no suele rebasar 1 año (Nickel, 1980).

En los chicos el fenómeno ocurre de diferente manera, se estiran los huesos de los hombros y la grasa tiende a situarse en la parte superior del cuerpo (Padioleau, 1991; citado en Ávila, 1997). En el varón empieza el crecimiento del vello, en torno a los órganos sexuales, en las axilas, piernas y antebrazos, así como sobre el labio superior, signo externo de la próxima masculinidad (Nickel, 1980).

Los testículos y el escroto comienzan a crecer con rapidez aproximadamente a la edad de 11 años y medio. Dicho crecimiento se vuelve bastante rápido después de la edad de 13 años y medio, para luego hacerse más lento. Durante este periodo, los testículos aumentan una y media veces su tamaño y su diámetro, con el crecimiento más rápido entre los 14 y 18 años. Tanto la próstata como las vesículas seminales maduran y empiezan a secretar semen. En este tiempo maduran las glándulas de Cowper y empiezan a secretar el fluido alcalino que neutraliza la acidez de la uretra y la lubrica para permitir el paso seguro y fácil del esperma (Rice, 1997). El pene, adopta una forma cilíndrica; el escroto se alarga y se vuelve más laxo (Nickel, 1980).

El cambio más importante dentro de los testículos es el desarrollo de las células espermáticas maduras, la producción es estimulada por las hormonas hipofisarias

foliculoestimulante y luteinizante. Los muchachos adolescentes pueden preocuparse por las poluciones nocturnas (o sueños húmedos), esos sueños ocurren con mayor frecuencia entre varones adolescentes, pero aproximadamente la mitad de los hombres adultos sigue teniéndolos (Rice, 1997).

La chica promedio madura alrededor de dos años antes que el muchacho promedio, pero el tiempo del desarrollo no es siempre consistente. La edad promedio para la primera eyaculación de semen es de 13.7 años y la edad promedio de la menarquia es de 12.5 años (Rice, 1997).

En ambos sexos, las extremidades y el cuello crecen más rápido que la cabeza y el tronco durante la pubescencia, lo que les da a los jóvenes un aspecto característico (Stone y Church, 1977; citados en Ávila, 1997). En las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones. La cabeza casi ha dejado de crecer, habiendo realizado la mayor parte de su desarrollo a los 10 años de su vida. Las manos y los pies casi alcanzan su talla adulta; luego hay un aumento en el largo de piernas y brazos. El estiramiento físico que a menudo se da en esta época puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Al crecimiento de las extremidades le sigue un crecimiento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros (Craig, 1992; citado en Ávila, 1997).

La talla y el peso corporales, en ambos sexos, aumentan durante el brote de crecimiento (Lenz y Kellner; citados en Nickel, 1980), con una distancia de dos años, a favor de las chicas (Nickel, 1980) que llegan primero al período del crecimiento rápido (Morris, 1987; citado en Ávila, 1997), debido a que ellas empiezan a madurar antes (Rice, 1997) en ocasiones superando en estatura a los varones entre los 12 y 14 años (Morris, 1987; citado en Ávila, 1997; Rice, 1997), alcanzado el 98 % de su estatura adulta para los 16 años y tres meses, aunque esas tasas varían entre individuos (Rice, 1997); pero por otro lado, los chicos ganan más rápidamente estatura y peso entre las edades de 10 y 14 años de edad.

Por lo que se refiere a la estatura, los muchachos aumentan, por término medio, en el transcurso del brote de crecimiento de la pubertad, unos 20 cm en estatura y 20 kg. de peso, en cambio las muchachas aumentan tan sólo unos 16 cm de estatura y 16 kg. de peso (Tañer y Taylor, 1970; citados en Nickel, 1980).

Los hombres también comienzan a tener huesos más fuertes y una masa muscular mucho mayor que la de las mujeres, particularmente en el rostro. Por el contrario, el cuerpo de la mujer empieza a acumular proporcionalmente mayores cantidades de grasa. El aumento de la grasa corporal en sus brazos, tórax, caderas y piernas, comienzan a darles la figura propia de la mujer. Tanto en los varones como en las niñas la piel se vuelve más grasosa, sus poros se dilatan y las glándulas sebáceas son más activas produciendo una secreción aceitosa. Como resultado en los jóvenes aparecen con más frecuencia las espinillas y el acné (Morris, 1987; citado en Ávila, 1997).

La maduración sexual en la pubertad puede verse resumida en la siguiente Tabla (Ver Tabla 7):

Tabla 7. Secuencia de desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias

Hombres	Intervalo de edad		Mujeres
Empieza el crecimiento de los testículos, escroto, vello púbico Cierta pigmentación, se forman nódulos en los pechos (que luego desaparecen) Empieza el incremento de estatura Empieza el crecimiento del pene*	11.5 - 13	10 - 11	Empieza el incremento de la estatura Ligero crecimiento del vello púbico En los senos, se elevan los pezones para formar la "etapa de botón"
Desarrollo de vello púbico liso y pigmentado Primeros cambios de voz Rápido crecimiento del pene, testículos, escroto, próstata, vesículas seminales* Primera eyaculación de semen* Vello púbico ensortijado Edad de máximo crecimiento Empieza el crecimiento del vello axilar	13 - 16	11 - 14	Vello púbico y pigmentado La voz se hace algo más profunda Rápido crecimiento de la vagina, ovarios, labios y útero* Vello púbico ensortijado Edad de máximo crecimiento Mayor crecimiento, pigmentación, elevación de los pezones y la aureola para formar los senos primarios Menarquía*
Rápido crecimiento del vello axilar Marcado cambio en la voz Crecimiento de la barba Hendidura de la línea frontal del cabello	16 - 18	14 - 16	Crecimiento del vello axilar Llenado de los pechos para adquirir su forma adulta, etapa secundaria de los senos

Nota: Las características sexuales primarias están marcadas con un asterisco.

Fuente: Desarrollo Humano. Estudio del ciclo vital (Rice, 1997 pp. 350)

Estas importantes transformaciones físicas, ocasionan un cambio en la propia imagen corporal. Obviamente la aceptación o no del propio cuerpo en un momento dado de la vida, en el que se producen cambios significativos en el mismo, va a estar condicionado por los valores estéticos predominantes en su grupo de iguales y por la percepción que la persona tiene sobre las evaluaciones que los otros hacen de su físico (Herrera, 2000).

4.1.4 Influencia de la nutrición en el desarrollo

Existen muchos factores que determinan el momento de la maduración sexual y el desarrollo (Robertson et al., 1992; citados en Rice, 1997). La herencia y los factores étnicos ciertamente ejercen influencia, así como la nutrición y el cuidado médico. Uno de los factores más importantes en la determinación de la estatura total del individuo es la herencia (Eveleth y Tañer, 1976; Gertner, 1986; citados en Rice, 1997). Pero el factor ambiental más importante es la nutrición (Tañer, 1970; citado en Rice, 1997).

Los niños que reciben nutrición y cuidado médico adecuado tienen más probabilidades de madurar temprano que aquellos cuya nutrición y cuidado médico son inadecuados. La dieta y el ejercicio también influyen en el inicio de la pubertad, debido a su efecto sobre el peso y el porcentaje de grasa corporal. En general, los chicos con mayor peso y exceso de grasa corporal suelen madurar antes, los niños que reciben mejores dietas durante los años de crecimiento suelen convertirse en adultos más altos que aquellos cuya nutrición es menos adecuada. La edad en que comienza la maduración sexual también afecta la estatura que finalmente se alcance. Las niñas y los muchachos que maduran temprano suelen ser de menor estatura cuando adultos, que los que maduran tarde; ello obedece a que éstos últimos tienen más tiempo para crecer antes de que las hormonas sexuales hagan que la hipófisis deje de estimular el crecimiento (Rice, 1997).

Durante el período de rápido crecimiento, los adolescentes necesitan mayores cantidades de comida para atender los requerimientos corporales. Como consecuencia de ello, desarrollan un apetito voraz. El estómago incrementa su capacidad para ser capaz de digerir las mayores cantidades de alimento. El requerimiento calórico para las chicas puede incrementarse 25 % en promedio de los 10 a los 15 años, mientras que para los muchachos el requerimiento calórico puede aumentar en promedio de 90 % de los 10 a los 19 años. Es por esto, que de la buena nutrición depende que pueda alcanzarse la estatura, la fuerza y bienestar físico máximos. Los nervios, los huesos, músculos y otros tejidos en crecimiento requieren alimentos que les ayuden a constituir el cuerpo. Las deficiencias nutricionales están relacionadas con inestabilidad emocional, tensión premestrua (en las mujeres), menor resistencia a infecciones, reducción en las estaminas y, retardo físico y mental (Rice, 1997).

Muchos adolescentes tienen dietas inadecuadas, por lo que de acuerdo con Rice (1997) a continuación se presentan las principales deficiencias, que son:

1. Insuficiencia de tiamina y riboflavina.
2. Insuficiencia vitamínica (especialmente de las vitaminas A y C), causada sobre todo por la falta de vegetales y frutas frescas en la dieta.
3. Insuficiencia de calcio, causada principalmente por un consumo inadecuado de leche.
4. Insuficiencia de hierro, en especial en las mujeres.
5. Insuficiencia de proteína, por lo general sólo en mujeres.

Los adolescentes suelen preocuparse por el exceso de peso (Cook, Reiley, Stallsmith y Garretson, 1991; citados en Rice, 1997). Del 10 al 15 % de todos los adolescentes son obesos (es decir, tienen un sobrepeso de por lo menos 20 % o más), y es más común la obesidad en las chicas que en los muchachos (U. S. Department of Commerce, 1987; citado en Rice, 1997). El exceso de peso afecta el ajuste emocional de los adolescentes, el desarrollo de la identidad del yo, la autoestima y las relaciones sociales; influye mucho en la tendencia de los adolescentes a experimentar sentimientos negativos acerca de su cuerpo. El tener sobrepeso también se asocia con la maduración temprana y afecta de manera global las autoevaluaciones negativas de las muchachas adolescentes (Alsaker, 1992a; citado en Rice, 1997). Por otro lado, los adolescentes cuyo peso es inferior a lo normal se encuentran en la situación opuesta: están quemando más calorías de las que consumen. Especialmente a los varones les preocupa ser demasiado flacos o “no tener una buena figura”. En un estudio de 568 adolescentes

varones, más de la mitad reportó sentir insatisfacción con su cuerpo y 71 % reportó que comían para subir de peso (Fleischer y Read, 1982; citados en Rice, 1997).

4.1.5 Cambios psicológicos y sociales

Durante la pubertad se pueden observar alteraciones más o menos profundas, en los diversos campos del comportamiento y de las vivencias de los adolescentes. Se experimenta esta etapa de la vida como una época de transformaciones; a diferencia de años anteriores, el sujeto capta los cambios verificados. Esto vale no sólo para la aceleración del crecimiento y el aumento de fuerza física, y de la capacidad de rendimiento en los deportes, sino también para los síntomas de la maduración sexual, que se acentúa con tensión expectante para los adolescentes y para las propias vivencias, en especial, las referentes a las actitudes y relaciones con el medio ambiente (León, 1998).

La comunicación personal constituye una selección subjetiva realizada por el propio adolescente, determinada por la impresión especial de un acontecimiento ocasional o persistente (León, 1998). También se da lugar a que ciertos adolescentes, de pubertad precoz o tardía, se consideren excluidos del consorcio humano por creerse seres anormales (Nickel, 1980). Por ejemplo, las muchachas precoces se sienten marginadas, entre sus compañeros que se encuentran aún en los aledaños de la pubertad (Nickel, 1980); están en desventaja durante los años de escuela elemental, debido a que son más altas y físicamente más desarrolladas, por lo que suelen sentirse más cohibidas y desgarbadas (Alsaker, 1992b; citado en Rice, 1997), resultando más simpáticas en cambio, las que se hallan en el mismo estadio de desarrollo. Sin embargo, según Faust (1960; citado en Nickel, 1980) a medida que se van haciendo actuales para las demás chicas, los problemas relativos a la maduración sexual, las púberes precoces van adquiriendo un mayor prestigio, debido a que aparentan ser mayores, por lo que las otras chicas envidian su apariencia; además atraen la atención de los chicos mayores y empiezan a tener citas antes de lo normal (Phinney, Jensen, Olsen y Cundick, 1990; citados en Rice, 1997) y pueden llegar a tener experiencias sexuales a edades más tempranas (Flannery, Rowe y Gulley, 1993; citados en Rice, 1997).

Las adolescentes con desarrollo tardío a menudo sufren desventajas sociales (Apter et al., 1981; citados en Rice, 1997), por lo que se sienten más afectadas (Nickel, 1980). Se ven y son tratadas como “niñitas”, y ello dificulta que se les invite a fiestas y a actividades sociales. Sus actividades reflejan los intereses de los grupos de menor edad con los que pasan su tiempo. Aunque una ventaja para las chicas que maduran tarde, es que reciben menos críticas de los padres y otros adultos. La principal desventaja parece ser la pérdida temporal de su estatus social por su relativa inmadurez física (Rice, 1997). Del sentimiento de inferioridad nace la impresión de un retraso somático y se refuerza, ante el hecho de que su capacidad de rendimiento físico, sobre todo en actividades deportivas (Nickel, 1980).

En cambio, los muchachos que maduran temprano son grandes para su edad, más musculosos y con mejor coordinación que los muchachos que maduran tarde, por lo que disfrutan de ventajas atléticas y sociales. Son más capaces de sobresalir en deportes competitivos. Su desarrollo superior y sus habilidades atléticas mejoran su prestigio social y su posición. La maduración sexual temprana suele empujarlos a relaciones heterosexuales tempranas. Además los adultos tienden a favorecer a estos chicos, al calificarlos como más

atractivos físicamente, mejor presentados y más masculinos, que los muchachos que maduran tarde; sin embargo, los adultos suelen esperar más de ellos en términos de conducta adulta y responsabilidades (Rice, 1997).

Pero las experiencias negativas que los muchachos arrastran desde el período escolar, se agrava aún más en la pubertad (Nickel, 1980), cuando maduran tarde, es que sufren una serie de desventajas sociales que pueden hacer que desarrollen sentimientos de inferioridad (Apter, Galatzer, Beth – Halachmi y Laron, 1981; citados en Rice, 1997). A los 15 años de edad pueden ser de 10 a 20 centímetros más bajos y 15 kilos más delgados que los chicos que maduran temprano, por lo que pueden tener menos fuerza y su desempeño motor, coordinación y tiempo de reacción suelen ser más pobres que los observados en los muchachos que maduran temprano. El tamaño físico y la coordinación motora juegan un papel importante en la aceptación social, por lo que estos muchachos desarrollan una percepción negativa de sí mismos (Rice, 1997). Potashin (1946; citado en Nickel, 1980) pudo apreciar que los adolescentes retrasados muestran suma prudencia y cautela en su comportamiento global, son incapaces de reírse de sí mismos, sus compañeros los consideran antipáticos, desconsiderados y charlatanes; también han sido caracterizados como menos populares, menos acicalados, con menor atractivo físico, más inquietos y afectados, dominantes y rebeldes con sus padres, dependientes, con sentimientos de inadecuación y rechazo (Rice, 1997).

Mussen y Jones (1957; citados en Raich, 2000) se basan en sus investigaciones, acerca de la imagen que los adolescentes de pubertad tardía se forjan de sí mismos, para llegar a la conclusión de que en conjunto, carecen de importantes estímulos sociopsicológicos ambientales, respecto del desarrollo ulterior de la personalidad, particularmente, en lo que atañe a las vivencias de autoevaluación. Ya que los cambios físicos de la pubertad pueden provocar preocupación inicial acerca de la apariencia física. En esta época es más importante tener “buen tipo” o llevar la ropa adecuada que las materias de la escuela, los cambios provocan feedback o comentarios de las otras personas, éstos a su vez influyen la imagen corporal, así como la autoestima.

El atractivo físico es entonces, importante de varias maneras, ya que afecta la autoestima positiva y la aceptación social del adolescente (Koff, Rierdan y Stubbs, 1990; Thornton y Ryckman, 1992; citados en Rice, 1997), además influye en la personalidad, la atracción interpersonal y las relaciones sociales (Shea y Adams, 1984; citados en Rice, 1997). Lo anterior se ve reflejado en que los adolescentes atractivos son considerados en términos positivos como inteligentes, deseables, exitosos, amistosos y cálidos (Lerner et al., 1990; citados en Rice, 1997), además de que suelen recibir calificaciones más favorables de sus padres, compañeros y maestros que los adolescentes menos atractivos (Rice, 1997). Los hombres musculosos son socialmente más aceptados que los que tienen otros tipos de figura (Tucker, 1982; citado en Rice, 1997), al igual que los hombres altos con buena figura se consideran más atractivos que los de baja estatura (Feingold, 1982; citado en Rice, 1997). Esto provoca que muchos adolescentes se preocupen por su apariencia física, desarrollando ansiedad por la apariencia, especialmente si han tenido experiencias sociales negativas en la niñez y el inicio de la adolescencia (Keelan, Dion y Dion, 1992; citados en Rice, 1997).

Las evaluaciones que hacen los adolescentes de su atractivo físico están determinadas parcialmente por las personas que los rodean. Un estudio demostró que las autoevaluaciones eran más favorables después de ver a una persona objetivo del mismo sexo y no atractiva, que después de ver una persona atractiva (Brown, Novick, Lord y Richards, 1992; citados en Rice, 1997). Los adolescentes son influidos por los conceptos de la figura ideal aceptados por la cultura (Cok, 1990; citado en Rice, 1997). Como la cultura occidental pone demasiado énfasis en la importancia de ser delgado, la vida de la adolescente obesa es especialmente miserable (Bozzi, 1985; Lundholm y Littrell, 1986; citados en Rice, 1997). Lo cual se ve reflejado en que si una chica no tiene una figura delgada, es menos probable que tenga citas y es difícil vivir con el rechazo social; esto significa que la autosatisfacción y la autoestima están muy relacionadas con la aceptación del propio físico (Jaquish y Savins – Williams, 1981; Littrell y Littrell, 1990; Padin, Lerner y Spiro, 1981; Stewart, 1982; citados en Rice, 1997).

Todo lo mencionado anteriormente está relacionado con lo que Erickson (1950, 1959; citado en Rice, 1997) llama la principal tarea psicosocial de la adolescencia, que es el logro de la identidad, la cual definió como la confianza en la continuidad interior de uno mismo en medio del cambio (Papalia, 2001) y consta de varios componentes (Rogow, Marcia y Slugoski, 1983; citados en Rice, 1997), como son las características sexuales, sociales, físicas, psicológicas, morales, ideológicas y vocacionales, que componen el yo en su totalidad, de esta manera los individuos pueden ser identificados por sus características físicas como apariencia y figura; por su sexo biológico y representaciones de los roles de género; por sus habilidades de interacción social y la pertenencia a grupos, por su elección de carrera y logro académico; por su militancia política, afiliación religiosa, moral, valores y filosofía; por su identidad étnica (Phinney y Alipuria, 1990; citado en Rice, 1997); por sus características de personalidad, ajuste psicológico y salud mental (Rice, 1997); por lo que los adolescentes que son capaces de aceptarse, que han desarrollado una identidad positiva, tienen más probabilidad de ser mentalmente sanos que los que tienen una identidad negativa o no se agradan ellos mismos (Goldman, Rosenzweig y Lugger, 1980; citados en Rice, 1997).

Según Erikson, los adolescentes forman su identidad no sólo tomando como modelo a otras personas, sino también modificando y sintetizando identificaciones anteriores en “una nueva estructura psicológica, mayor que la suma de sus partes” (Kroger, 1993; citado en Papalia, 2001). Para formar la identidad, los adolescentes deben determinar y organizar sus capacidades, necesidades, intereses y deseos para expresarlos luego en un contexto social.

De acuerdo con Erikson (1968; citado en Rice, 1997) la duración de la adolescencia y el grado de conflicto emocional experimentado por los adolescentes varían en sociedades diferentes (Rice, 1997), empezando en la pubertad y finalizando alrededor de los 18 - 25 años. En esta etapa la tarea primordial es lograr la *identidad del yo* y evitar la *confusión de roles* (Boeree, 1997), la cual se da debido a la existencia de dudas y al fracaso para establecer la identidad en este momento, lo que puede disparar perturbaciones psicológicas latentes (Rice, 1997).

Anna Freud (1964; citada en Rice, 1997), también caracterizaba la adolescencia como un periodo de desequilibrio psíquico, conflicto emocional y conducta errática. Por un lado, los adolescentes son egoístas y centrados en sí mismos, creen que la atención de todos está centrada en ellos. Por otro lado, son capaces de olvidarse de sí mismos mientras se concentran

en las necesidades de otros y participan en proyectos de caridad. Oscilan entre la rebelión y la conformidad. No son sólo egoístas y materialistas, sino también moralmente idealistas. Son ascéticos, aunque hedonistas, desconsiderados y rudos, cariñosos y tiernos. Fluctúan entre la confianza exuberante y la duda medrosa; entre el entusiasmo infatigable y el hastío indiferente (Freud, 1946; citado en Rice, 1997). De acuerdo con Anna Freud, la razón de esta conducta conflictiva es la madurez sexual que se alcanza en la pubertad, que ocasiona el desequilibrio psíquico. Hay un marcado incremento en las pulsiones instintivas (ello), incluyendo un mayor interés en la genitalidad y las pulsiones sexuales. Se incrementa el exhibicionismo y la rebeldía, se intensifica el hambre física; reaparecen los intereses oral y anal, y los hábitos de limpieza ceden el lugar a la suciedad y el desorden (Rice, 1997).

La identidad yoica significa saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad. Exige que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos, y lo moldeemos en una autoimagen unificada, una que nuestra comunidad estime como significativa; hay cosas que hacen más fácil estas cuestiones, por ejemplo, debemos poseer una corriente cultural adulta que sea válida para el adolescente, con buenos modelos de roles adultos y líneas abiertas de comunicación. Además, la sociedad debe proveer también unos *ritos de paso* definidos, o lo que es lo mismo, ciertas tareas y rituales que ayuden a distinguir al adulto del niño (Boeree, 1997), es decir, en algunas culturas, cuando un niño alcanza la pubertad se realizan ceremonias para celebrar el paso a la madurez. Una vez que el niño pasa con éxito las pruebas prescritas, es aceptado como miembro de la sociedad adulta (Rice, 1997). Por ejemplo, en las culturas tradicionales y primitivas, se le insta al adolescente a abandonar el poblado por un periodo de tiempo determinado con el objeto de sobrevivir por sí mismo o a cazar algún animal simbólico o a buscar una visión inspiradora. Tanto los chicos como las chicas deberán pasar por una serie de pruebas de resistencia, de ceremonias simbólicas o de eventos educativos. De una forma o de otra, la diferencia entre ese periodo de falta de poder, de irresponsabilidad de la infancia y ese otro de responsabilidad propio del adulto, se establece de forma clara; sin estos límites, nos embarcamos en una confusión de roles, lo que significa que no sabremos cual es nuestro lugar en la sociedad y en el mundo. Erikson dice que cuando un adolescente pasa por una confusión de roles, está sufriendo una crisis de identidad. De hecho, una pregunta muy común de los adolescentes en nuestra sociedad es “¿Quién soy?” (Boeree, 1997).

Una de las sugerencias que Erikson plantea para la adolescencia en nuestra sociedad es la *moratoria psicosocial*, en la cual, anima a los jóvenes a que se tomen un “tiempo libre”, a darse un respiro, a buscarse a sí mismo. Por norma, se tiende a conseguir el “éxito” demasiado deprisa, aunque muy pocos se hayan detenido a pensar en lo que significa el éxito (Boeree, 1997).

Existe un problema cuando tenemos demasiado “identidad yoica”. Cuando una persona está tan comprometida con un rol particular de la sociedad o de una subcultura, que no queda espacio suficiente para la tolerancia. Erikson llama a esta tendencia, mal adaptativa o *fanatismo*. Un fanático cree que su forma es la única que existe. Por descontado está, que los adolescentes son conocidos por su idealismo y por su tendencia a ver las cosas en blanco o negro. Éstos envuelven a otros alrededor de ellos, promocionando sus estilos de vida y creencias sin importarles el derecho de los demás a estar en desacuerdo (Boeree, 1997).

La falta de identidad es bastante más problemática y Erikson se refiere a esta tendencia maligna como *repudio*. Estas personas repudian su membresía en el mundo adulto e incluso repudian su necesidad de una identidad. Algunos adolescentes se permiten a sí mismos la “fusión” con un grupo, especialmente aquel que le pueda dar ciertos rasgos de identidad: sectas religiosas, organizaciones militaristas, grupos amenazadores; en definitiva, grupos que se han separado de las corrientes dolorosas de la sociedad. Pueden embarcarse en actividades destructivas como la ingesta de drogas, alcohol o incluso adentrarse seriamente en sus propias fantasías psicóticas. Después de todo, ser “malo” o ser “nadie” es mejor que no saber quién es. Si se logra negociar con éxito esta etapa, se tendrá entonces la virtud que Erikson llama *fidelidad*; la fidelidad implica lealtad o la habilidad para vivir de acuerdo con los estándares de la sociedad a pesar de sus imperfecciones, faltas e inconsistencias, no de una lealtad ciega, así como tampoco de aceptar sus imperfecciones. La fidelidad se establece cuando se ha hallado un lugar dentro de la comunidad, un lugar que permita contribuir a su estabilidad y desarrollo (Boeree, 1997).

Por otro lado, Marcia sugirió cuatro niveles en la formación de la identidad que son modelos de manejo del tema de la identidad, característico del final de la adolescencia (Marcia, 1980; citado en Rice, 1997), los cuales son:

1. El logro de la identidad, que es el nivel más avanzado del desarrollo; el individuo ha pasado por un periodo de exploración de alternativas y ha hecho compromisos bien definidos.
2. La moratoria, la persona se dedica a la exploración y los compromisos se forman sólo vagamente.
3. La exclusión, se refiere al individuo que no ha pasado por la exploración (o que lo ha hecho muy poco) y permanece firmemente comprometido con los valores formados en la niñez.
4. La difusión de identidad, es el nivel menos avanzado, está compuesta por personas que, sea que hayan explorado o no alternativas, no se han comprometido con ninguna dirección definida en su vida (Marcia, 1987; citado en Rice, 1997). La difusión es la condición de la identidad menos sofisticada del desarrollo y suele ser una característica normal del inicio de la adolescencia (Rice, 1997).

Los sujetos con identidad difusa no han experimentado una crisis, ni han hecho compromiso alguno con una religión, filosofía política, rol sexual, ocupación o normas personales de conducta (Archer y Waterman, 1990; citados en Rice, 1997). Los niveles de formación de identidad no siempre se desarrollan en una secuencia exacta.

Se han observado tres variaciones importantes a esta secuencia de desarrollo:

1. Algunos individuos nunca hacen la transición entre las condiciones de moratoria y logro de identidad, y permanecen firmemente atrincherados en la condición de exclusión.
2. Un número significativo de individuos entran a la adolescencia en el nivel de difusión de la identidad, en el que algunos de ellos se mantienen.

3. Ciertos individuos que habían alcanzado el nivel de logro de la identidad, en un seguimiento realizado años después parecían haber retrocedido a una condición inferior. Dicha regresión sugiere que los individuos pueden pasar por la secuencia del desarrollo de la identidad más de una vez durante su vida (Marcia, 1989; citado en Rice, 1997).

La OMS (Chomsky, 1985; citado en León, 1998) ha definido las *tareas evolutivas del adolescente medio*:

- 1) Adaptación a los cambios anatómicos y fisiológicos asociados a la pubertad, y la integración de una sexualidad madura y conformación de un modelo personal de conducta.
- 2) Resolución progresiva de las formas tempranas de vinculación con los padres y la familia, y desarrollo a través de la relación con sus pares, mayor capacidad para desplegar una intimidad interpersonal.
- 3) Establecimiento de la individualidad, por medio de la incorporación de una identidad sexual y el ajuste de roles sociales.
- 4) Utilización de una competencia intelectual más rica en virtud de la adquisición de un sentido de comunidad y una "visión de mundo".
- 5) Desarrollo de potenciales para la realización de actividades ocupacionales y recreativas, asumiendo un compromiso gradual hacia aquellas relevantes para sí mismo y para la comunidad.

Muchas investigaciones apoyan el punto de vista de Erikson, según el cual la identidad y la intimidad se desarrollan juntas en las mujeres. Según Carol Gilligan (1982, 1987a, 1987b; L. M. Brown y Gilligan, 1990; citados en Papalia, 2001), el sentido del yo femenino se desarrolla no tanto a través del logro de la identidad por separado, sino del establecimiento de relaciones. Las jóvenes y mujeres, afirma Gilligan (citado en Papalia, 2001), se juzgan a sí mismas por el manejo de sus responsabilidades y por la capacidad de cuidarse a sí mismas, y de cuidar a los demás. Incluso mujeres con logros altos alcanzan la identidad, más a través de la cooperación que a través de la competencia.

La posición psico - sociológica hace ver la imperiosa necesidad de establecer una relación entre las contradicciones observadas en la adolescencia y las tensiones contradictorias o incoherentes que caracterizan a los grupos a los que pertenecen. Pues en la actualidad se sabe que:

1. La crisis de la adolescencia sufre un desfase cronológico respecto de las transformaciones físicas de la pubertad.
2. Tiene una duración independiente de los procesos biológicos, pero relacionada con la situación social impuesta a los adolescentes en una sociedad dada.
3. No es universal.

4. Tiende a revestir formas diferentes según las culturas (Debarge, 1972; citado en Bolaños, 1998).

Lo que la sociedad demanda y los individuos necesitan constituye las tareas del desarrollo. Estas tareas son los conocimientos, actitudes, funciones y habilidades que los individuos deben adquirir en ciertos momentos de su vida por medio de la maduración física, el esfuerzo personal y las experiencias sociales. El dominio de las tareas en cada etapa del desarrollo da por resultado el ajuste, una preparación para las tareas más duras que se encontrarán en el futuro y una mayor madurez. El fracaso para dominar las tareas del desarrollo da por resultado desaprobación social, ansiedad e incapacidad para funcionar como persona madura (Gavazzi, Anderson y Sabatelli, 1993; citados en Rice, 1997).

Havighurst (1972; citado en Rice, 1997) describió ocho tareas psicosociales importantes que deberían ser cumplidas durante la adolescencia de la siguiente manera:

1. Aceptar el físico propio y usar el cuerpo de manera efectiva. Los adolescentes se vuelven conscientes de lo que ocurre en sus cuerpos, se preocupan por la figura, la imagen y apariencia corporal (Newell, Hammig, Jurich y Jonson, 1990; citados en Rice, 1997).
2. Lograr la independencia emocional de los padres y otros adultos, que es lograr la autonomía de los padres y al mismo tiempo establecer con ellos relaciones adultas (Brown y Mann, 1990; Daniels, 1990; citados en Rice, 1997).
3. Lograr un rol social – sexual masculino o femenino. En este proceso reexaminan los roles sexuales cambiantes de su cultura y deciden cuáles pueden adoptar (Havighurst, 1972; Nelson y Keith, 1990; citados en Rice, 1997).
4. Formar relaciones nuevas y más maduras con compañeros de la misma edad de ambos sexos. Establecen amistades heterosociales, en oposición a las amistades del mismo sexo que son más comunes en la niñez media (Verduyn, Lord y Forrest, 1990; citados en Rice, 1997), también significa el desarrollo de las habilidades sociales necesarias para llevarse bien con los demás y participar en grupos sociales.
5. Desear y alcanzar una conducta socialmente responsable (Havighurst, 1972; citado en Rice, 1997).
6. Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético para guiar la conducta. Incluye el desarrollo, adopción y aplicaciones de valores significativos, moral e ideales de la vida personal (Harding y Zinder, 1991; Zern, 1991; citados en Rice, 1997).
7. Prepararse para una carrera económica (Havighurst, 1972; citado en Rice, 1997).
8. Prepararse para el matrimonio y la vida familiar (Havighurst, 1972; citado en Rice, 1997).

En nuestra cultura, desde el punto de vista antropológico es evidente que la adolescencia es una creación, un período crecientemente prolongado de transición de la niñez a la vida adulta, durante el cual el individuo es educado y socializado para tomar su lugar como adulto en la sociedad (Rice, 1997).

Aunque para el buen desarrollo social del adolescente, la familia es la principal fuente socializadora, esto significa que la familia es el principal transmisor de los conocimientos, valores actitudes, roles y hábitos que una generación pasa a la siguiente, ya que le infunde modos de pensar y formas de actuar que se vuelven habituales. Aunque la mayoría de los adolescentes presiona tan duro para obtener sus privilegios y la libertad de que disfrutaban los adultos (Fasick, 1984; citado en Rice, 1997). Desean sentir que pueden tomar sus propias decisiones y vivir sus propias vidas (Pardeck, 1990; citado en Rice, 1997); sin embargo, necesitan que sus padres les vayan concediendo autonomía de manera gradual, según vayan aprendiendo a usarla en forma responsable (Dornbusch, Ritter, Mont – Reynaud y Chen, 1990; Gavazzi, Anderson y Sabatelli, 1993; Gavazzi y Sabatelli, 1990; citados en Rice, 1997).

Durante la adolescencia la amistad también tiene una función estratégica, es un factor relevante en la socialización de los adolescentes. Puede ser un medio para aprender habilidades sociales y juega un papel central en la búsqueda del adolescente del conocimiento y la definición de él mismo. La amistad es importante para lograr la emancipación de los padres, el establecimiento de relaciones heterosexuales y la afirmación de la identidad. Obtener la aceptación de los grupos sociales se convierte en una poderosa motivación en la vida de los adolescentes (Borja – Alvarez, Zarbatany y Pepper, 1991; Woodward y Kalyan – Masih, 1990; citados en Rice, 1997), ya que una meta principal del adolescente es ser aceptado por los miembros de un grupo o camarilla por la que se siente atraído; por lo que los adolescentes son sensibles a las críticas o a la reacción negativa de los demás, les preocupa lo que las personas piensan porque desean ser aceptados y admirados por ellas; además, el valor que se atribuyen es en esa parte un reflejo de la opinión de los demás; sin embargo, algunos jóvenes obtienen aceptación social uniéndose a grupos desviados (Rice, 1997).

4.1.6 Cambios emocionales

El crecimiento y desarrollo emocional se refiere al desarrollo de sentimientos subjetivos, y al condicionamiento de las respuestas fisiológicas y los cambios conductuales a esos sentimientos. El estado emocional afecta el bienestar y la salud física (Rice, 1997).

Las emociones son importantes por que afectan la conducta en las relaciones con los demás (Wintre, Polivy y Murria, 1990; citados en Rice, 1997), es decir, controla en parte la forma en que actúa; además, pueden ser fuente de placer, gozo y satisfacción. Las emociones, de acuerdo con Rice (1997), se clasifican en diferentes categorías de acuerdo con su efecto y resultado:

- * Estados de júbilo: emociones positivas de afecto, amor, felicidad y placer.
- * Estados inhibitorios: temor o espanto, preocupación o ansiedad, tristeza o pena, vergüenza, arrepentimiento o culpa y disgusto.
- * Estados hostiles: ira, aborrecimiento, disgusto y celos.

Cada quien experimenta estos tres estados, pero los que predominen son lo que tendrán mayor influencia en la vida y comportamiento, y la elección depende a su vez de los sucesos y de la gente a la que se haya estado expuesto en la niñez (Rice, 1997).

El patrón de respuesta emocional que se muestra durante la adolescencia es sólo una continuación del que ha ido apareciendo lentamente en la niñez. Los adolescentes que se convierten en gente cálida, afectuosa y amistosa tienen algunas claras ventajas (Paul y White, 1990; citados en Rice, 1997); no sólo obtienen mucha mayor satisfacción de las relaciones humanas, sino que emprenden relaciones sociales más armoniosas. Para los adolescentes, el amor es necesario como un vínculo de unión con sus amistades o en las relaciones con sus padres (Rice, 1997).

Los adolescentes que son ligeramente mayores que sus compañeros en un nivel educativo, particularmente tienen mayor autoestima que los que suelen ser más jóvenes que sus compañeros. Los adolescentes que en sus relaciones con los demás son más flexibles y adaptables suelen gustar más a los otros, cualidades que se asocian con una mayor autoestima (Klein, 1992, citado en Rice, 1997). Por otro lado, los adolescentes con baja autoestima desarrollan con mayor frecuencia sentimientos de aislamiento y son afligidos por las punzadas de la soledad; estos individuos suelen manifestar diversos síntomas de mala salud emocional (Ehrenberg, Cox y Koopman, 1991; Koenig, 1988; citados en Rice, 1997); pueden presentar síntomas psicósomáticos de ansiedad y estrés (Youngs, Rathge, Mullis y Mullis, 1990; citados en Rice, 1997).

En ocasiones los adolescentes con baja autoestima tratan de compensar y superar el sentimiento de minusvalía construyendo una fachada falsa para convencer a los demás que son valiosos, estos adolescentes son vulnerables a la crítica, el rechazo o cualquier hecho de la vida diaria que haga evidente su inadecuación, incompetencia o minusvalía. La baja autoestima en los adolescentes se asocia con niveles elevados de problemas en las áreas de la salud y desarrollo físico, en el hogar y la familia (Rice, 1997).

Una autoestima positiva es importante para la competencia interpersonal y los ajustes sociales, para el bienestar emocional, el progreso escolar y las aspiraciones vocacionales; en cambio la autoestima negativa se relaciona con la delincuencia. Varios factores son importantes para el desarrollo de un autoconcepto positivo: la calidad de las relaciones entre el adolescente y sus padres, el tipo de control ejercido por los padres, la atmósfera del hogar (si es feliz o desdichado), la autoestima de los padres y la calidad de las amistades y las relaciones sociales (Rice, 1997).

4.1.7 Cambios cognoscitivos

Los cambios que tiene lugar en el funcionamiento cognoscitivo durante la adolescencia reflejan lo mismo cualitativa que cuantitativamente. Según la teoría de Piaget, el preadolescente pasa de la etapa de las operaciones concretas (de los 7 a los 11 años), que caracterizan el pensamiento en los años de la niñez intermedia, a la etapa de las operaciones formales en la adolescencia (de los 11 años en adelante) (www.mwdicadeterragona.es, 2005; Rice, 1997). Al aparecer en la etapa de las operaciones formales, el adolescente adquiere varias capacidades nuevas importantes:

- ❖ Puede tomar como objeto a su propio pensamiento y razonar a cerca de sí mismo.
- ❖ Puede considerar no sólo una posible respuesta a un problema, situación o explicación, sino varias posibilidades a la vez.
- ❖ La capacidad de generar hipótesis sistemáticamente y de compararlas con testimonios, aumenta enormemente la capacidad del adolescente para entenderse consigo mismo y con el mundo que le rodea (www.mwdicadeterragona.es, 2005).

El pensamiento de los adolescentes empieza a diferir radicalmente del de los niños (Piaget, 1972; citado en Rice, 1997). Los niños nunca logran integrar a su pensamiento en un sólo sistema lógico total. En cambio, los adolescentes son capaces de utilizar la lógica propositiva; en las operaciones formales pueden razonar, sistematizar sus ideas y construir teorías. Pueden probar esas teorías de manera científica y lógica considerando varias variables (Inhelder y Piaget, 1958; citados en Rice, 1997). Se han sugerido entonces, tres características interrelacionadas del pensamiento adolescente:

1. La capacidad para derivar una proposición de dos o más variables o una relación compleja.
2. La habilidad para sugerir mentalmente el posible efecto de una o más variables y, la capacidad para combinar y separar las variables en un marco hipotético – deductivo.
3. La propiedad fundamental del pensamiento adolescente es esta maniobra reversible entre la realidad y la posibilidad (Gallager y Noppe, 1976; citados en Rice, 1997).

Los adolescentes muestran la capacidad de ser flexibles. Pueden ser muy versátiles en sus pensamientos y construir muchas interpretaciones de un resultado observado sin basarse en ideas preconcebidas; empiezan a usar un segundo sistema de símbolos: un conjunto de símbolos de símbolos. Por ejemplo, los signos algebraicos y el lenguaje metafórico. Esta capacidad hace el pensamiento del adolescente mucho más flexible que el del niño (Rice, 1997).

Los adolescentes son también capaces de orientarse hacia lo abstracto y lo que no está inmediatamente presente, y esto les permite distinguir lo posible de lo real, proyectarse en el futuro y pensar en lo que podría ser (Bart, 1983; citado en Rice, 1997), esto se deriva de la capacidad de tomar en cuenta todas las posibilidades de la situación, y es este darse cuenta de la posibilidad lo que señala la verdadera diferenciación entre pensamiento y realidad (www.mwdicadeterragona.es, 2005). Su pensamiento se vuelve inventivo, imaginativo y original, y “la posibilidad domina la realidad” (Rice, 1997). El pensamiento adolescente se vuelve más abstracto también, es decir, más general y más divorciado de la experiencia inmediata, que el del niño de menor edad. Mientras que el pensamiento del niño es más concreto, el adolescente se le entiende fácilmente con las metáforas (www.mwdicadeterragona.es, 2005).

La capacidad del adolescente para el pensamiento reflexivo les permite evaluar lo que han aprendido como niños (Schmidt y Davison, 1983; citados en Rice, 1997) y volverse más

capaces de razonamiento moral (Steinberg, Greenberger, Jacobi y Garduque, 1981; citados en Rice, 1997).

Para Craig (1998) durante la adolescencia hay una expansión de la capacidad y el estilo de pensamiento que aumenta la conciencia del individuo, su imaginación, su juicio e intuición. Estas mejores habilidades conducen a una rápida acumulación de conocimientos que extienden el rango de problemas y cuestiones, que enriquecen y complican su vida. En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo se caracteriza por un mayor pensamiento abstracto y el uso de la metacognición.

El desarrollo cognoscitivo durante la adolescencia abarca lo siguiente:

1. Empleo más eficaz de componentes individuales de procesamiento de información como la memoria, la retención y la transferencia de información.
2. Estrategias más complejas que se aplican a diversos tipos de solución de problemas.
3. Medios más eficaces para adquirir información y almacenarla en formas simbólicas.
4. Funciones ejecutivas de orden superior: planeación, toma de decisiones y flexibilidad al escoger estrategias de una base más extensa de guiones (Sternberg, 1988; citado en Craig, 1998).

El desarrollo cognoscitivo y el crecimiento de la inteligencia, abarcan tanto la acumulación de conocimientos como el perfeccionamiento del procesamiento de la información. Son dos procesos interrelacionados. Los problemas se resuelven de manera más eficaz cuando se ha almacenado información abundante y pertinente. Los individuos que tienen estrategias eficaces de almacenamiento y recuperación crean una base más completa de conocimientos. Los adolescentes resuelven los problemas y hacen inferencias de forma más adecuada y satisfactoria que los niños de edad escolar; pero también poseen más guiones o esquemas a los cuales recurrir (Craig, 1998).

De acuerdo con Barajas (1998), los cambios internos y externos en la vida de los adolescentes se combinan para que se dé la madurez cognoscitiva: las estructuras de su cerebro han madurado y su ambiente social se ha ampliado. Dándole más oportunidades para la experimentación, aunque no en todos los individuos se llega a este estadio, pues la experiencia juega un papel muy importante y si el individuo se ha desarrollado en un ambiente muy pobre, impedirá que alcance este estadio.

Sin los cambios cuantitativos y cualitativos del funcionamiento cognoscitivo que tiene lugar en este periodo del desarrollo, el joven sería incapaz de lidiar adecuadamente con muchas de las demandas intelectuales que se le hacen durante este periodo. El adolescente ahora, es capaz de la discrepar entre como son las cosas y como podrían ser, probablemente es fundamento de muchos de los sentimientos recurrentes de depresión y de inconformidad de los adolescentes (citado en www.mwdicadeterragona.es, 2005). Su capacidad para distinguir lo posible de lo real, les permite imaginar como sería el mundo adulto bajo condiciones ideales. Comparan lo posible con lo real, reconocen que lo real es menos que lo ideal y así se convierten en rebeldes idealistas (White, 1980; citado en Rice, 1997;

www.mwdicadeterragona.es, 2005), convirtiéndose en los defensores de los desvalidos (Rice, 1997), debido a que constantemente compara lo posible con lo real y descubre en lo real, multitud de faltas patentas (www.mwdicadeterragona.es, 2005).

La aparición del pensamiento operativo formal afecta también a la idea que el adolescente se forma de sí mismo (www.mwdicadeterragona.es, 2005), da por resultado el desarrollo de una nueva forma de egocentrismo (Adams y Jones, 1982; Hudson y Gray, 1986; deRosenroll, 1987; citados en Rice, 1997). Comienza a dirigir sus nuevas facultades de pensamiento hacia adentro, es decir, adquiere la capacidad para reflexionar sobre sus propios pensamientos y se vuelven egocéntricos, introspectivos, analíticos y autocríticos, cobrando una aguda conciencia de ellos mismos (citado en www.mwdicadeterragona.es, 2005; Rice, 1997). Sienten que son el centro de atención (Goosens, Seiffge – Krenke y Marcoen, 1992; citados en Rice, 1997) y realiza esto con alguna ecuanimidad, puesto que reconoce ahora el carácter privado del pensamiento y saben que no tienen que compartir con otros los resultados de su autoexamen.

La autoconciencia y el egocentrismo de los adolescentes tienen otras manifestaciones: llegan a considerarse especiales y únicos; creen que las calamidades sólo les suceden a los demás, nunca a ellos; creen que todos los miran, pero se sienten totalmente solos, únicos en un universo vasto y frío; creen estar siempre en escena, vigilados de cerca pero rara vez entendidos, sometidos a una presión emocional aterradora. Como consecuencia emplean numerosos mecanismos de defensa para proteger sus frágiles egos. Se vuelven más críticos y sarcásticos, en parte como defensa en contra de sus propios sentimientos de inferioridad y como una manera de quedar bien (Elkind, 1975; citado en Rice, 1997). Los que tienen una baja autoestima tienden a presentar una fachada falsa a los demás y enmascaran sus verdaderos sentimientos fabricando una imagen (Hauck y Loughhead, 1985; citados en Rice, 1997). La intelectualización y el súbito ascetismo de los estudiantes universitarios han sido explicados como uno de esos mecanismos de defensa.

Sin la capacidad de pensamiento abstracto, de conceptualizar posibilidades hipotéticas sustitutivas de la realidad existente y sin la adquisición de criterios para distinguir entre la verdad y la falsedad, muchas de las preocupaciones características de los adolescentes no serían posibles (www.mwdicadeterragona.es, 2005). El adolescente es capaz también, de hacer razonamientos hipotéticos y deductivos; puede pensar en términos de posibilidades, afrontar los problemas con flexibilidad y probar hipótesis (Barajas, 1998).

El desarrollo de los valores y de los principios morales, la preocupación por la introspección y la autocrítica, la conciencia de sí mismo, que se refleja en las relaciones con el yo y con los demás, y el desarrollo de las metas futuras y de los planes de vida que caracterizan a los adolescentes, todos dependen, en grado considerable, de la maduración cognoscitiva que tiene lugar durante la adolescencia (www.mwdicadeterragona.es, 2005); por lo anterior, la maduración del sistema nervioso desempeña un papel importante en el desarrollo cognoscitivo, ya que para que cualquier pensamiento real tenga lugar, es necesario que el sistema nervioso esté suficientemente desarrollado (Rice, 1997).

Dentro del desarrollo moral encontramos la teoría de Kohlberg (citado en Papalia, 2001), el cual describió tres niveles de razonamiento moral, cada uno de los cuales puede dividirse en dos etapas (Ver Tabla 8):

Tabla 8. Niveles de razonamiento moral, de acuerdo a la Teoría de Kohlberg

Niveles	Etapas de razonamiento
<p><i>Nivel I:</i> Moral preconventional (entre 4 y 10 años de edad)</p> <p>El énfasis en este nivel está en el control externo. Las normas son las que imponen los demás, y se cumplen para evitar el castigo, para alcanzar recompensas o por egoísmo.</p>	<p><i>Etapa 1:</i> Orientación hacia el castigo y la obediencia. Los niños obedecen las reglas de los demás para evitar el castigo. Desconocen los motivos de un acto y se centran en su forma física o sus consecuencias.</p> <p><i>Etapa 2:</i> Propósito instrumental o intercambio. Los niños se adaptan a las reglas por egoísmo y en consideración a lo que los demás pueden hacer por ellos a su vez. Miran un acto en términos de las necesidades humanas que satisfacen y diferencian ese valor de la forma física y de las consecuencias del acto.</p>
<p><i>Nivel II:</i> Moral convencional (10 a 13 años de edad o más)</p> <p>En esta etapa los niños desean agradar a otras personas. Aún observan las reglas de los demás, pero las han interiorizado de algún modo. Desean que los consideren "buenos" aquellas personas cuyas opiniones son importantes para ellos. Son capaces de asumir suficientemente bien los papeles de las figuras de autoridad, para decidir si una acción es buena con base en sus propias normas.</p>	<p><i>Etapa 3:</i> Mantenimiento de las relaciones mutuas, aprobación de los demás, la regla dorada. Los niños desean ayudar y agradar a los demás, pueden juzgar las intenciones de los demás y desarrollar sus propias ideas sobre qué tan bien se desarrolla una persona. Evalúan un acto según el motivo que se esconde detrás de éste o el desempeño de la persona, y tiene en cuenta las circunstancias.</p> <p><i>Etapa 4:</i> Preocupación y conciencia sociales. Las personas están preocupadas por cumplir sus deberes, mostrando respeto por las máximas autoridades y manteniendo el orden social. Consideran equivocado violar una regla y dañar a los demás, a menos que haya motivo o así lo exijan las circunstancias.</p>
<p><i>Nivel III:</i> Moral Posconvencional (adolescencia temprana, en la edad adulta o temprana o nunca)</p> <p>Este nivel marca el logro de la verdad moral. Por primera vez la persona conoce la posibilidad de que exista conflicto entre dos normas aceptadas socialmente e intente decidir entre ellas. El control de la conducta es interno en este momento, tanto en las</p>	<p><i>Etapa 5:</i> Moral de contrato, de derechos individuales y de leyes aceptadas democráticamente. Las personas piensan en términos racionales, valoran la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad. Generalmente creen que estos valores están mejor apoyados si se ciñen a la ley, creen que obedecerla es mejor para la sociedad a largo plazo.</p> <p><i>Etapa 6:</i> Moral de principios éticos universales. Las personas llevan a cabo lo</p>

<p>normas observadas y en el razonamiento acerca del bien y el mal. Las etapas 5 y 6 pueden ser expresiones alternativas de los más altos niveles de razonamiento moral.</p>	<p>que creen correcto como individuos, sin tener en cuenta las restricciones legales ni las opiniones de los demás. Actúan de acuerdo con las normas interiorizadas, sabiendo que se condenarían así mismos si no actuaran así.</p>
--	---

Fuente: Desarrollo humano (Papalia, 2001 pp. 430 – 431)

Carol Gilligan (1982; citada en Papalia, 2001) demostró que la teoría de Kohlberg se orientaba hacia valores más importante para los hombres que para las mujeres. De acuerdo con Gilligan, las mujeres ven la moral no tanto en términos de justicia e imparcialidad sino de responsabilidad para mostrar afecto y evitar el daño. Las mujeres que están en la adolescencia temprana tienden a enfatizar las preocupaciones relacionadas con los cuidados más que los varones, en especial cuando se les hicieron pruebas de preguntas abiertas o dilemas morales seleccionados por ellas a partir de su experiencia (Garmon et al., 1996; citados en Papalia, 2001).

Kohlberg (citado en Papalia, 2001) observó que antes de desarrollar por completo ciertos principios morales, las personas deben reconocer la relatividad de las normas morales. Los adolescentes comienzan a comprender que cada sociedad elabora sus propias definiciones de lo bueno y lo malo; en algunos casos, los valores de alguna cultura pueden incluso parecer indecentes para los miembros de otra.

4.1.8 Autoestima e imagen corporal en la preadolescencia y la adolescencia

Para Gil (1997), la autoestima es la suma de la confianza y el respeto que debemos sentir por nosotros mismos y refleja el juicio de valor que cada uno hace de su propia persona, es la aceptación positiva de la propia identidad y hace referencia a una *actitud hacia uno mismo*, generada en la interacción con los otros que comprende la *percepción, estima y concepto* que cada uno tiene de sí mismo e implica un adecuado desarrollo del proceso de identidad, del conocimiento y valoración de sí mismo, del sentido de seguridad y de pertenencia, del dominio de ciertas habilidades de comunicación social y familiar, y del sentimiento de ser útil y valioso par los demás.

Durante la adolescencia, la autoestima se desarrolla principalmente en el contexto de las relaciones con los pares, en especial con los del mismo sexo. De acuerdo con el punto de vista de Gilligan (citado en Papalia, 2001), la autoestima masculina parece estar ligada a la lucha por logros individuales, mientras que la autoestima femenina depende más de las conexiones con los demás.

El atractivo físico y la imagen corporal tienen una relación importante con la autoevaluación positiva del adolescente, con su popularidad y la aceptación por parte de los iguales (Koff, Rierdan y Strubbs, 1990; citados en Rice, 1997). El atractivo físico influye sobre el desarrollo de la personalidad, las relacione sociales y la conducta social. En general, se ve a los adolescentes atractivos como personas cálidas, amigables, personas de éxito e inteligentes (Lerner, Delaney, Hess, Jovanovic y von Eye, 1990; citados en Rice, 1997). Como resultado de este tratamiento diferencial, los adolescentes atractivos parecen tener una autoestima más

alta y atributos de personalidad más saludables, están más adaptados socialmente y poseen una más amplia variedad de habilidades interpersonales (Jovanovic, Leerner y Lerner, 1989; citados en Rice 1997).

La imagen corporal surge de la interacción social; la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen de parte de su propio desarrollo físico, de la importancia que los compañeros dan a los atributos físicos y por las expectativas culturales, de la valoración que el adolescente hace de su conducta. Es decir, que la imagen de su cuerpo depende de las relaciones con los otros, la asimilación de los nuevos roles, el concepto de su capacidad para ejecutar metas, de su autoestima, los sentimientos de seguridad y los de frustración. Si dentro de la familia se sobrevalora el cuerpo hermosos y los buenos músculos, se le forma un cuerpo ideal que el adolescente debe tener. Los padres si hacen observaciones despectivas de características físicas como la talla corta, la falta de musculatura, el retraso de la menarca, los senos pequeños o el peso excesivo de una hija; esto podría fomentar de alguna manera, la ansiedad de sus hijos adolescentes (Schonfeld, 1969; citado en Barajas, 1998).

Los adolescente están influidos profundamente por las imágenes del cuerpo ideal que muestra su cultura (Rice, 1997); la mayoría de ellos esta más preocupado por su apariencia que por cualquier otro aspecto y muchos no están conformes con lo que ven en el espejo (Papalia, 2001). El peso y su distribución en el cuerpo de la mujer ejerce un poderoso efecto sobre la evaluación de las mujeres sobre su cuerpo (Andersen y LeGrand, 1991; citados en Rice, 1997); por lo general, ellas tienden a estar más descontentas por su apariencia que los hombres, lo cual refleja el gran énfasis cultural en los atributos físicos de las mujeres (Rosenblum y Lewis, 1999; citados en Papalia, 2001).

Como ejemplo de valores estéticos, en la cultura occidental, las mujeres son bombardeadas con imágenes de mujeres ideales, la idea e imagen del cuerpo femenino perfecto ejerce una influencia en la conciencia de las mujeres creando conflictos por primera vez durante la pubertad, con lo que la adolescente recibe un discurso de la mujer arquetípica ideal que posee un cuerpo perfecto. Así, la adquisición progresiva de la imagen del propio cuerpo se apoya sobre adquisiciones múltiples no sólo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales. El resultado final del desarrollo de la imagen del cuerpo consiste en percibir el cuerpo como único, diferente de los otros y como propio (Bruchon - Schweitzer, 1992; citado en Bolaños, 1998).

Las mujeres, en especial aquellas que están en el desarrollo avanzado de la pubertad, tienden a pensar que son demasiado obesas (Richards, Boxer, Petersen y Lewis, 1999; citados en Papalia, 2001). Esta imagen corporal negativa puede conducir a trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa y la bulimia las cuales han llegado a ser un problema común entre las chicas adolescentes (Cook, Reiley, Stallsmith y Garretson, 1991; Grant y Fodor, 1986; citados en Rice 1997). Muchos de los signos de los trastornos de la alimentación aparecen durante la adolescencia temprana (Frosson, Knibbs, Bryan - Waugh y Lask, 1987; citados en Barajas, 1998), estos han sido reportados en niños con edad promedio de 10.7 años y en algunos desde los ocho años. Una imagen corporal distorsionada y un autoconcepto distorsionado son factores primarios en esta problemática. Los investigadores trabajaron con adolescentes de 12 a 14 años, y encontraron que los principales factores predisponentes fueron una autoimagen

pobre y un marcado interés o una involucración activa en las dietas para el control de peso (Barajas, 1998).

La imagen corporal en general, tiene una importancia más crítica para la joven adolescente que para el muchacho adolescente. La sociedad de más relevancia al cuerpo femenino que al masculino y por tanto, las mujeres tienden a preocuparse más por su apariencia. Si la adolescente posee una imagen corporal atractiva puede agrandar sus relaciones heterosexuales y demás prácticas sociales (Kinsey, 1948; Brownell, 1991; citados en Barajas, 1998). Para la adolescente resulta de gran importancia poseer el cuerpo de la mujer arquetípica ideal que tiene un cuerpo perfecto. La idea e imagen del cuerpo femenino perfecto ejerce una omnipresente influencia en la conciencia de las mujeres y comienza a crear conflicto por primera vez durante la pubertad. Al apretar, comprimir y rellenar sus cuerpos con el fin de ajustarse a algún ideal artificial, las mujeres están interiorizando el mensaje de que el cuerpo natural no es presentable ni atractivo y es necesario cambiarlo (Barajas, 1998).

Entonces, si una chica no tiene una figura delgada, tendrá tendencia a ser más ignorada por los chicos y menor probabilidad de tener citas. En el caso de los hombres deben tener una buena constitución física y ser altos para que sean socialmente más aceptados que los que tienen constituciones diferentes. Es duro tener que vivir con este tipo de rechazo social. La autoestima y la satisfacción con uno mismo están muy estrechamente relacionadas con la aceptación y la satisfacción con un yo físico (Rice, 1997).

Por lo que la aceptación o no del propio cuerpo, va a estar condicionada por los criterios que al respecto predominan en el grupo coetáneo. Pero el grupo adolescente, está sumamente determinado por los modelos sociales oficiales u oficiosos. De ahí la radical importancia del todo lo que contribuya a la creación social de modelos estéticos corporales, especialmente la publicidad manifiesta o encubierta, las características físicas de actrices, bailarinas, cantantes, gimnastas, modelos, etc. Todos esos personajes –esas “modelos”- además suelen ser jóvenes, como corresponde a un momento sociohistórico en que el culto a la juventud embarga a todos los estamentos de la sociedad. Para el adolescente su cuerpo en evolución plantea no sólo como es, sino cómo desearía ser. Aumentar de peso o no perderlo, significa alejarse del modelo vigente e interiorizado, arriesgarse a la desaprobación explícita o implícita del grupo, fracasar en lo que se constituye en proyecto de vida, autodemostrarse un autocontrol insuficiente, ceder a la presión de los padres a favor del aumento de peso y cien fenómenos más de parecido cariz. Todo ello situado en un marco sociohistórico, en un momento cultural en el que el hedonismo y culto al cuerpo se han convertido en valores primordiales, preeminentes (Toro y Vilardell, 2000).

En la adolescencia se enfatiza la importancia del atractivo físico, ya que es durante esta etapa de la vida cuando pueden modificarse ideas, costumbres, creencias y hábitos. Campollo (1995; citado en González, Lizano y Gómez Peresmitré, 1999) y Hernández (1993; citado en González et al., 1999) afirman que en las sociedades industrializadas existe una actitud negativa hacia la obesidad, lo que contribuye a disminuir la autoestima y a incrementar problemas psicológicos como la depresión, hipocondriasis e introversión social. Asimismo, se ha encontrado décadas atrás que los atributos negativos como perezosos, lento y sucio están asociados con las personas obesas, mientras que la belleza, la inteligencia y el ser sociables son relacionados con las personas delgadas (Staffiere, 1972; Dion, 1973; citados en González

et al., 1999). Esto refuerza el hecho de que es precisamente en la adolescencia donde se busca lograr ese “ideal” y por ello, se presentan conductas encaminadas a conseguir esta meta, como las señaladas por Hernández (1993; citado en González et al., 1999): irregularidad en el patrón de comidas, abuso de las comidas de preparación rápida, dietas vegetarianas y otras no convencionales (González et al., 1999).

Los estudios acerca de la belleza femenina han analizado que las mujeres al intentar cambiar su cuerpo utilizan un sin fin de métodos (por ejemplo, cremas, dietas, ejercicios, etc.), particularmente las personas que presentan los desórdenes alimentarios, como la bulimia y la anorexia. Estos desórdenes reflejan la internalización de los estándares sociales y culturales, haciéndoles creer a la mujer que es bonita aquella que es delgada (Garner y Grfinkel, 1980; Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson, 1980; citados en Barajas, 1998).

La imagen corporal no es estática, evoluciona continuamente en relación con el desarrollo del cuerpo y con los cambios, esto implica en las relaciones con el medio ambiente, de modo tal, que los elementos para la construcción de esta imagen corporal no proceden solamente de las percepciones externas e internas que tenemos de nuestro cuerpo sino también de las reacciones de los que nos rodean (Bolaños, 1998). La imagen corporal tiene un fuerte anclaje en la infancia y la adolescencia, pero está mantenida por diversas circunstancias y manera de interpretarlas del momento actual. Tener una buena o mala imagen corporal influirá en nuestros pensamientos, sentimientos y conductas, y no sólo en las nuestras, sino en la manera en cómo nos respondan los demás (Raich, 2000).

Durante la adolescencia la autoestima puede debilitarse pues uno de los factores importantes, como es la imagen corporal cambia y se da la confusión de roles. En esta primera etapa, el adolescente cuestiona, rechaza, pregunta y necesita que los adultos le ayuden a valorar sus logros con el fin de fortalecer su posición personal y su estima. El o la adolescente siente la necesidad de independencia, de ser reconocido, de buscar su propia identidad. Hay que sentir al adolescente, tener fe en él o ella, ya que esto le permitirá internalizar la confianza en sí mismo (a) y ser un (a) adulto (a) responsable, con una alta autoestima y capaz de luchar por sus convicciones (González, 2001).

El estereotipo de la adolescencia como un período tumultuoso de la vida, aún sigue siendo popular en los medios de comunicación, pero ahora se considera a la adolescencia como más variada. Un estudio realizado en chicos de quinto a noveno grado reportó tasas mayores de emociones negativas entre los adolescentes que entre los preadolescentes, pero esas mayores tasas de perturbación podían atribuirse en parte al mayor número de eventos vitales y negativos con que se encuentran los jóvenes conforme van creciendo (Larson y Ham, 1993; citados en Rice, 1997).

Es posible afirmar que el individuo que ha dejado a tras el período de la adolescencia presentará las siguientes características: madurez emocional, madurez social, una visión clara de la vida, independencia familiar y económica, una ocupación que satisfaga su vocación, una pareja y un adecuado uso del ocio junto con una jerarquía de valores emocionales a expresar apropiada. Tener una jerarquía emocional clara, favorece la salud mental por sí misma. Tanto en su mundo interno como en el medio, el adolescente tiene que resolver muchas tareas en el tránsito de esta época en su vida. También son muchos los aspectos nuevos que se le pueden

presentar, mientras que él solo tiene un repertorio dado lo peculiar de su vida, en una familia, una escuela y una cultura determinadas que le imponen formas de sentir que son consideradas como adecuadas aunque él no concuerda con ellas (González, 2001).



CAPÍTULO 5

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

5.1 Medios de comunicación masiva

Una buena parte de los mensajes que recibimos desde niños nos llegan a través de los medios de comunicación masiva. Otros a través de escritos de estudios de la sociedad, sean libros de texto o de estudio (Paradinas, 1978). Por lo tanto, se puede decir que los medios masivos de comunicación se refieren específicamente a los canales artificiales, que el hombre ha creado para llevar sus mensajes a auditorios representativos; estos medios encarnan una peculiaridad de la época en que vivimos y su desarrollo ha sido paralelo al de la sociedad. Los vertiginosos cambios a que está expuesta y que persigue la civilización contemporánea, acompañados de la constante innovación tecnológica y de la elevación del nivel cultural y económico del individuo promedio, son otras características relacionadas con los medios masivos de comunicación (González, 1994).

5.1.1 Definición de medios de comunicación masiva

La palabra *medio*, proviene del inglés “medium” y es el canal por donde viaja un mensaje desde la fuente hasta el receptor (Dominick, 1996). Un medio también es considerado un instrumento técnico de reproducción multiplicadora de la imagen y de la palabra hablada o escrita, de la música y del movimiento. La palabra *masiva* quiere decir que el mensaje puede llegar a centenares de miles y aun a millones de personas desde más allá de las fronteras nacionales. Por lo tanto, son *medios de comunicación masiva* porque establecen de parte de los transmisores, un flujo de mensajes a los cuales corresponde un conjunto de respuestas probables de parte de los receptores (Pardinas, 1978). La comunicación masiva se refiere entonces, al proceso por el cual una organización compleja produce y transmite mensajes públicos, con la ayuda de uno o más instrumentos, que se dirigen a una colectividad, heterogénea y dispersa (Dominick, 1996).

Janowitz (citado en González, 1994) define a los medios masivos de comunicación como “medios que comprenden las instituciones y las técnicas mediante las cuales grupos especializados utilizan determinados recursos tecnológicos, para difundir contenidos simbólicos en el seno del público numeroso, heterogéneo y disperso”. Dominick (1996) define también a los medios de comunicación masiva como todos los instrumentos mecánicos que transmiten y a veces almacenan el mensaje, como por ejemplo, las cámaras de televisión, los micrófonos de radio, el equipo de impresión, entre otros, y también a las instituciones que usan estas máquinas para transmitir mensajes (Dominick, 1996). También con el término medio masivo de comunicación se designa el proceso que cada canal utiliza para producir, seleccionar y transmitir mensajes, así como de ofrecer respuestas al público al producirse la retroalimentación (González, 1994).

Por lo tanto, son medios de comunicación porque la mayor parte de los mensajes son decididos de acuerdo a los códigos de una serie eslabonada de transmisores, hasta llegar al transmisor inmediato cuya imagen aparece en la pantalla de cine o televisión, cuya voz escuchamos en el receptor de transistores, en el cassette, en el disco, cuyas opiniones se leen en el periódico, la revista o los libros (Pardinas, 1978).

El público que acude a estos medios siempre es heterogéneo como consecuencia de la fusión de dos elementos: lo numeroso y la tendencia generalizada de quienes dirigen los medios, a

incrementar constantemente su auditorio. Lazarsfeld (citado en González, 1994) dedujo a partir de una investigación realizada hace más de 20 años, que la radio, más que cualquier otro medio, llegaba por igual a toda la población. Otros trabajos llevados a cabo también por esos años, demostraron que había grupos sociales y culturales diferentes que se interesaban por el mismo tipo de programas, tanto en la radio como en la televisión. La realidad es que los medios masivos llegan simultáneamente a una gran cantidad de personas que pueden estar a enormes distancias de donde son emitidos o transmitidos los mensajes (González, 1994).

La publicidad, por otro lado, es el proceso de diseminar información con propósitos comerciales. También se define como el conjunto de técnicas y medios de comunicación que se utilizan para atraer la atención del público hacia el consumo de bienes y servicios (González, 1994).

5.1.2 Tipos de medios de comunicación masiva.

Los medios de comunicación comprenden cuatro canales emisores y conductores de mensajes que son: la televisión, la radio, la prensa y el cine (González, 1994). Dentro de los tipos de medios de comunicación se encuentran:

- ✓ Los medios impresos: que comprende los periódicos, revistas, libros, e historietas (González, 1994; Dominick, 1996; Paradinas, 1978) y folletos.
- ✓ Los medios electrónicos: comprende lo audiovisual, la radio, grabaciones sonoras, el cine, la televisión, e Internet (González, 1994; Dominick, 1996; Paradinas, 1978).
- ✓ Los medios audiovisuales: en esta amplia gama se conjunta una serie de elementos como son los equipos de fotografía, de proyección de transparencias, de grabación y reproducción de audio y otros apoyos como los retroproyectos de cuerpos opacos, las filminas, los rotafolios, etc. (González, 1994). Aunque también es el caso de la industria de la reproducción de la palabra y de la música por medio de cassettes, discos y actualmente CD's y DVD's, que han masificado también este tipo de comunicación (Paradinas, 1978).

Tabla 9. Esquema de Mensajes de Medios de Comunicación Masiva

Televisión	Cine	Teatro
Noticieros	Comerciales	Ballet
Espectáculos	Documentales	Opera
Comerciales	Noticieros	Drama
Películas	Películas	Comedia
Teatro	Suspense	
Enseñanza	Crimen – policía	
Deportes	Comedia	
Finanzas	Eróticas	
Ballet		

<p>Libros</p> <p>Artes plásticas Novela Poesía Textos Escolares Textos académicos Historia Biografía Religión Filosofía</p>	<p>Periódico Diario</p> <p>Noticias Editoriales Sociales Deportes Espectáculos Finanzas Modas</p>	<p>Revistas</p> <p>Público en general: Mensajes semejantes a los de la prensa Público especial: Niños, mujeres, hombres de negocios, profesionales, académicos y científicos.</p>
<p>Discos</p> <p>Música Teatro Poesía</p>	<p>Cassettes</p> <p>Cuentos Música Teatro Poesía Fotografía</p>	<p>Radio</p> <p>Noticieros Música Teatro Enseñanza Deportes Finanzas</p>
<p>Arquitectura</p>	<p>Escultura</p>	<p>Pintura Mural</p>

Fuente: Manual de Comunicación social (Pardinas, 1978 pp. 173).

5.2 Percepción del espectador hacia los medios de comunicación

Como ya se ha ido mencionando, desde la segunda guerra mundial y sobre todo desde los años sesenta, el mundo desarrollado e industrializado ha cambiado enormemente. Un aspecto sumamente importante de este cambio ha sido el notable aumento de la prosperidad de la mayoría de los ciudadanos de esos países, siendo uno de los resultados de ese aumento de recursos económicos, la capacidad de adquirir bienes de una manera que fue nueva en la historia del mundo (Buckroyd, 2001).

Aunque los medios de comunicación masiva son parte fundamental de nuestra vida, ya que para que una sociedad exista se deben presentar ciertas necesidades de comunicación, por lo que también debemos darnos cuenta que los medios tienen diferentes usos, por ejemplo, los profesores de historia quizá lean artículos en revistas especializadas para mantenerse actualizados en su profesión (Dominick, 1996). Sin embargo, este desarrollo ha sido respaldado y aumentado por la industria de la publicidad, que nos enseña a querer cosas y nos educa sobre lo que debemos desear (Buckroyd, 2001), aunque los comerciales de televisión y de radio, procuran hacer ver al televidente o al radioescucha la ganancia de adquirir el producto anunciado (Paradinas, 1978). Pero temiendo que nos demos cuenta de que la adquisición de cosas probablemente no nos hará personas más contentas o satisfechas, si no se colman nuestras necesidades humanas más profundas, la publicidad nos enseña que nuestras nuevas posesiones nos traerán todas esas cosas más profundas que tanto anhelamos (Buckroyd, 2001). Por esto que cada quien puede tener sus preferencias racionales o racionalizadas en la adquisición de un producto, pero es relevante que sepamos criticar los comerciales para no ser manipulados por ellos, y así tomar las decisiones de acuerdo con criterios reales: costo, efectividad real, duración, garantía, etc. (Paradinas, 1978).

Para Charles y Orozco (1990), el estudio crítico de los medios de comunicación ha abordado, desde la década de los setenta, los diversos elementos que integran el proceso de comunicación: emisor, mensaje y receptor. Multitud de diagnósticos, análisis y reflexiones se han centrado en la denuncia de los sistemas de comunicación social, que actúan conforme a los lineamientos de un sistema hegemónico transnacional y a los intereses de los sectores nacionales en el poder. Asimismo, se ha resaltado la primacía del carácter comercial de los medios sobre el carácter social, educativo y de servicio con consecuencias en la educación, cultura y soberanía nacionales.

La televisión y su relación asimétrica de poder que mantiene con el público y, por tanto, el a veces escaso margen de la negociación de los significados a los que éstos se verían reducidos, peca de ligereza. La televisión sigue representando tanto una especie de síntesis de los múltiples lugares de poder dispersos en el tejido social, como un dispositivo de autorreproducción de su poder, si concedemos que gran parte se asienta en niveles inconscientes (Poloniato, 1993).

De acuerdo con Poloniato (1993), las construcciones sociales del sentido están en íntima dependencia con muchos otros factores de la vida social cotidiana de los espectadores, de los cuáles también la televisión forma parte. Los públicos se apropian de manera diferente de los mensajes televisivos poniendo en juego sus diferentes competencias culturales, dadas por su lugar y posición en el mundo. Estas actúan como mediaciones del proceso de recepción, que lejos de ser una mera reproducción, asumen un carácter activo.

Carlos Monsivais (citado en Poloniato, 1993) comenta respecto de las pasividades que, sin embargo, son activas: la llamada "pasividad" es una manera de seguir actuando y muy vigorosamente la cancelación de alternativas propias, la aceptación de la falta de alternativas, la resignación, la falta de información que se confunde con la ignorancia. Todos los datos que se interiorizan para lograr lo que las clases dominantes quisieran que fuera la psicología popular.

Para Poloniato (1993) la televisión produce y propone sentidos al espectador, y al decir de muchos, también vacuidad de sentido. La otra cara del sentido corre a cargo de los espectadores. La televisión crea, produce, transforma formas culturales, pero también operan mecanismos y criterios de selección. Una lógica emanada de la tecnología y de las relaciones asimétricas de poder gobierna la producción selectiva de formas culturales. Esto supone una severa restricción, a esa pretensión de abarcarlo todo con que la televisión se presenta. Los textos televisivos se inscriben en procesos de interacción discursiva y, por tanto, están situados cultural e históricamente. Pero el sentido del texto no está dado, sino planteado, propuesto para alguien.

En definitiva, el sentido de acuerdo con el punto de vista de Batjín (citado en Poloniato, 1993) se construye por la colaboración de los dos entes dialógicos: emisor - destinatario. De hecho, el carácter conclusivo de un texto viene dado por "la posibilidad de ser contestado". Las construcciones de sentido corresponden a ambos polos, el receptor y el emisor, ambos también ponen en marcha sus respectivas estrategias de producción y de lectura. Ni las de unos, ni las de los otros son meras reproducciones de sentido, pero tampoco escapan a las

determinantes globales del momento histórico y cultural. Como en todo acto de percepción al estar detrás o frente a la televisión se construyen sentidos (Polinato, 1993).

Sin embargo, los anunciantes no son personas particularmente malvadas, empeñadas en engañarnos y embaucarnos, lo único que hacen es proporcionarnos imágenes que ya nos resultan seductoras. Los anunciantes son la voz de una sociedad proyectada en una cartelera o en una pantalla de televisión. Las imágenes pueden agrandar y ampliar nuestras fantasías y deseos individuales, pero no crearlos de la nada, simplemente nos informan del sistema de valores que ya tenemos (Buckroyd, 2001).

Pero también los medios masivos de comunicación proporcionan a la sociedad un espacio de diversión, esparcimiento, educación e información, y paralelamente ofrecen imágenes corporales que fomentan conductas que pueden desencadenar trastornos alimentarios en poblaciones vulnerables. Así también los medios de comunicación, se pueden utilizar para transmitir valores al reforzar las normas sociales (Mc Phail, 2002).

Estudios realizados han demostrado que a pesar de la presión de los medios de comunicación masiva, de revistas, libros y películas, ciertos códigos son difíciles de sustituir. De la década de los 60's al año 1975, tres clases de mensajes: violencia, erotismo y fármacodependencia, lograron una alarmante difusión en los cortes de edad menores de 25 años (Paradinas, 1987).

Es importante tener en cuenta que la creación de la imagen anunciada no sólo tiene que ver con la satisfacción privada y personal, sino que proporciona una versión del yo que nos da valor y aceptación entre nuestros pares. Estas imágenes difieren según el sexo, la edad y la clase social, pero son muy fuertes dentro de cada grupo. El impulso de poseer una imagen aceptable es fuerte. Ser aceptado y aceptable es una de las necesidades humanas más básicas. Se equipara "tener buen aspecto" con "ser bueno", de manera que la virtud y la imagen se transforman en la misma cosa (Buckroyd, 2001).

Esta actitud se fomenta sobre todo con respecto a la apariencia física. Hace décadas que la gente dejó de comprar la ropa principalmente para satisfacer la necesidad de calor y decencia. Por supuesto, nunca se la compró sólo para esos propósitos. La historia de la vestimenta como forma de exteriorización es casi tan vieja como la raza humana, pero cuando la calefacción central nos mantiene calientes y el aire acondicionado nos mantiene frescos, la función utilitaria de la ropa disminuye. Entonces podemos usarla casi exclusivamente para exteriorizar y eso es lo que hacemos. Así que los detalles más mínimos de la ropa se vuelven importantes: como la marca, que no tiene que ver con el uso o la función de la ropa, pero sí con la creación de imagen (Buckroyd, 2001).

5.3 *Las estructuras mentales y la experiencia*

Orozco (citado en Polinato, 1993) sintetiza muy bien las relaciones entre los esquemas mentales cognoscitivos y emotivos con la recepción televisiva, diciendo que la cantidad y calidad de información, conocimientos y valoraciones que un sujeto receptor "traiga" a la pantalla del televisor mediante su receptor del mensaje, influyen en aquellos aspectos que son

percibidos en general, que son percibidos como relevantes y en las asociaciones que resulten de lo percibido con lo anteriormente asimilado en la mente del sujeto.

Parecería que no siempre el ver televisión supone esa percepción activa y selectiva que discrimina, asocia y elige datos de información de las imágenes en correspondencia con las experiencias extratelevisivas. Baggaley y Duck (citados en Poloniato, 1993), identificaron tres tipos de interés perceptivo en receptores adultos en relación con formatos dramáticos televisivos. El primero es un interés activo y superior por las tramas narrativas bien estructuradas, centrado concretamente en las inferencias de lectura y su interpretación. El segundo dirige la atención al contrapunto de las imágenes en su montaje y no establece necesariamente inferencias. Puede decirse que su actividad perceptual inteligente es media. El tercero, se muestra un interés pasivo por la novedad de las imágenes, es decir, por la experiencia visual como conjunto de sensaciones (Poloniato, 1993).

Los tres tipos de interés traducidos a receptores concretos, dan por resultado lecturas diferentes de un mismo drama televisivo. Los intereses diferentes parecen estar asociados con el grado de desarrollo alcanzado por los esquemas mentales de percepción. Como señalan Baggaley y Duck (citados en Poloniato, 1993), cualquier clase de programa –con independencia de su función y tema– parece encaminado a mantener por sobre todo el interés visual por las imágenes, haciendo de ello sinónimo de “buena” televisión (Poloniato, 1993).

Para Orozco (1990), en los estudios sobre televisión y audiencia infantil, las concepciones del niño como televidente han oscilado entre un niño víctima irremediable de una programación que busca conquistar su atención, sus gustos, su tiempo libre y sus opciones de diversión, y un niño condicionado por impulsos innatos al placer, la emoción, el entretenimiento y la información, que prende el televisor para satisfacerlos, independientemente de la programación que se le ofrezca. No obstante las diferencias y matices de las distintas concepciones, en las dos subyace el mismo supuesto fundamental: el niño es un televidente con rasgos definitorios independientes de su interacción social, en vez de un niño que llega a ser o se constituye en un cierto tipo de televidente, debida a la influencia explícita o encubierta, directa o indirecta, consciente o inconsciente de distintos agentes o en instituciones sociales como la familia, la escuela, el grupo de amigos y la misma programación televisiva.

De acuerdo con Poloniato (1993), los programas televisivos presentan al espectador diferentes instrucciones de lecturas o modalidades para que se les atribuya el carácter de verdadero y, por consiguiente, se le asocie credibilidad o bien el carácter de ficción dentro de amplios márgenes de verosímil/inverosímil.

Con el lenguaje audiovisual, vale y quizás de manera más dramática la afirmación de que las reglas se hacen para romperse. Forman parte decisiva en la producción del sentido y, por consiguiente, el conocimiento de las convenciones por parte de los receptores es de suma importancia para entender la televisión, porque no hay divorcio entre estructura formal y contenido (Poloniato, 1993).

Hodge y Tripp (citados en Poloniato, 1993), después de una profunda investigación sobre recepción televisiva infantil, señalan que la gente no depende únicamente de los indicadores

de modalidad presentes en los mensajes, sino que comparan continuamente con la realidad misma o para ser más precisos, con su idea de realidad, muchas de las observaciones en torno a las diferencias en lo que ven, escuchan y entienden de la televisión los niños pequeños, en relación con los mayores y los adultos; se fundan en su carencia de habilidades para la lectura gramatical. A medida que su desarrollo cognoscitivo avanza, en paralelo a las múltiples experiencias televisivas de ensayo y error, sus habilidades crecen en ese sentido. Sin embargo, subsisten en el mundo adulto diferentes grados de analfabetismo gramatical en la lectura de imágenes, con variadas consecuencias.

La familia, la escuela y la televisión, tratan de educar al niño en una serie de valores desde diversas perspectivas y con diferentes estrategias, pero ninguna institución educa totalmente al niño, aunque todas ellas influyen en su formación. Estas tres instancias socializadoras no tienen objetivos necesariamente coincidentes, por lo que los niños se encuentran sujetos a contradicciones; muchas veces la escuela y la familia entran en conflicto con la televisión, aunque tienen la posibilidad y el potencial de intervenir en la relación niño - televisión, para hacer del niño televidente un sujeto más activo y más crítico ante los mensajes a los que está expuesto (Charles y Orozco, 1990).

Por otra parte, lo que se produce en cine y televisión, sea narrativo o no, son textos. Las representaciones visuales aluden en verdad a objetos del mundo, pero tanto la distinta contextualización que reciben como a las combinaciones a las que se someten, ponen a los sujetos receptores ante diversas dificultades. Los juicios que concluyen en que nada es más fácil de descodificar que las imágenes televisivas o cinematográficas y por tanto, para hacer comprender y asimilar información en el sentido buscado, parten de supuestos falsos (Poloniato, 1993).

Para Poloniato (1993), los espectadores hacen diferentes lecturas de lo “real” televisivo, en confrontación, si no de la realidad misma, de su ideal con lo real. Precisamente por ello, cuando en relación con muchos temas, amplios sectores de la población tienen casi como única fuente la información televisiva, es muy probable que su idea de lo real se forje según el modelo de la televisión. Tal vez no ocurre en todos los terrenos informativos, sino de manera particular, en aquellos más alejados de la vida cotidiana.

Las audiencias mismas son las que llevan hasta límites exasperantes –sobre todo para publicistas y productores de televisión- la fragmentación, la discontinuidad, la búsqueda de estímulos, ya que saltan de un canal a otro durante los comerciales, “siguen” varios programas a la vez, “investigan” otras opciones (Poloniato, 1993).

Este ver la televisión saltando de un canal a otro, realizando otras tareas, significaría también para las audiencias una evacuación de sentido por el cual construyen o reconstruyen otros sentidos. Estas reconstrucciones pueden tener, como no tener, puntos en común con lo que quieren, buscan, persiguen conscientemente los agentes emisores. Más parece recibir el sello de marca de las contradicciones, fracturas, discontinuidades, desdibujamiento de fronteras, que caracteriza en muchos sentidos a la cultura contemporánea (Poloniato, 1993).

Si se adscribiera a la televisión únicamente la intención voluntaria y consciente de dirigismo y manipulación, y de haberse erigido en un poder aparte y separado de la cultura

contemporánea, podríamos decir que ella misma habría generado en sus entrañas el monstruo que las devore (Poloniato, 1993).

Poloniato (1993), señala que los espectadores de programas televisivos hacen “lecturas” diferenciadas porque tienen y manejan competencias diferentes según su lugar y posición en el mundo. La clase a la que se pertenece, el sexo, la edad, el trabajo, la religión misma, el nivel de educación recibido, la familia, las situaciones institucionales en las cuales reciben la televisión, etc., constituyen la mediación, que es por las que se “negocia” la construcción del sentido de los mensajes televisivos. El perceptor juega un papel activo y selectivo ante cualquier medio ambiente, porque se acerca con esquemas, planes preparatorios y expectativas, dependientes tanto de su estadio de desarrollo como de lo establecido por su experiencia vital. Este conjunto de actividades mentales, que suelen denominarse esquemas o estructuras cognoscitivas, es usado por los individuos para seleccionar, organizar, procesar y almacenar la información entrante.

De acuerdo con la edad existe, una progresión en ese desarrollo, no ocurre sólo por maduración cerebral, depende en gran medida de la interacción con el entorno. A una mayor y más rica interacción de esta naturaleza, el esquema mental de cada uno se vuelve más rico e informado. En los niños, quienes a medida que crecen y entran en contacto con otras personas, otras instituciones, otras clases, comprenden más los contenidos de una cierta gama de mensajes televisivos (Poloniato, 1993).

5.4 Roles de género y estereotipos en la publicidad

5.4.1 Roles de género

Por *género* entendemos la dimensión construida socialmente que, asigna arbitrariamente a cuerpos de mujeres y de hombres una serie de características, atributos o rasgos de personalidad con una fuerte carga simbólica, que derivan en la llamada feminidad (como “propia” de las mujeres) y masculinidad (como “propia” de los varones). Esta división conlleva relaciones sociales de poder diferentes entre mujeres y hombres, otorgándose en la mayoría de las sociedades un mayor prestigio, estatus y reconocimiento a lo realizado por los varones, en comparación con lo femenino, que en general es desvalorizado e interiorizado (Bustos, 2003).

De acuerdo con Bustos (1995), los medios masivos de comunicación se encargan de transmitir, reforzar y perpetuar ciertas pautas de comportamiento, valores, normas y expectativas, diferentes para mujeres y hombres, que la sociedad define como femeninos y masculinos. Esto deriva en los llamados roles de género. Tanto en las revistas como en la televisión se observa claramente que dependiendo del público o públicos a los que vaya dirigido el programa televisivo o la revista en cuestión, en función a ello será el tipo de publicidad que se presenta. Pareciera que la inclusión de personajes de diferentes edades –en revistas y programas televisivos- más que obedecer a una cuestión de representatividad de los distintos grupos de la sociedad, es porque de esa manera se asegura la venta de los productos que se publicitan.

Tener revistas y programas televisivos para públicos de diferentes etapas del ciclo vital, con personajes masculinos y femeninos de las edades correspondientes, también probabilizan el que los comportamientos, valores y actitudes, transmitidos en los mensajes y personajes que aparecen en estos medios, pueden tener un impacto en los públicos respectivos. Dentro de estos medios muchos de los mensajes, así como las y los personajes, llevan implícita una diferenciación de roles y presentación continua de estereotipos femeninos y masculinos (Bustos, 1995).

Las características, atributos o rasgos asociados a las mujeres (representantes de lo femenino) son: tiernas, sensibles, dulces, honestas, inseguras, dependientes, pasivas, sumisas, abnegadas, comprensivas, generosas, cariñosas, emotivas, afectivas, estéticas, coquetas, seductoras, observadoras, intuitivas, débiles, miedosas, indecisas; por el contrario, lo asociado con los hombres es que éstos son: agresivos, violentos, dominantes, fuertes, firmes, valientes, controladores, poderosos, egoístas, ambiciosos, impetuosos, creativos, inteligentes, decididos, asertivos, activos, intransigentes, autónomos, independientes. La diferencia entre los dos grupos de características y atributos, o rasgos de personalidad es la carga simbólica en cuanto a valor, estatus, reconocimiento y poder asignados, siendo el modelo masculino como el ideal al que cualquier persona debería aspirar, es decir, un modelo prestigioso, prepotente y poderoso, que anula o al menos subordina al modelo femenino (Bustos, 2003).

Tanto en la publicidad dirigida a adultos como en la dirigida a los menores, las niñas son muchos más “femeninas” y los niños más “masculinos” que sus correspondientes mayores. El niño es casi siempre protagonista, activo, rebelde y a menudo violento. La niña, en cambio, casi siempre es secundaria, pasiva, obediente, delicada (Bustos, 1995).

Los mensajes de los medios de comunicación advierten a la joven que su cuerpo es el pasaporte a la felicidad: es a través de él como atraerá a un hombre, que debería ser su principal objetivo. Esta actitud se encuentra presente a lo largo de toda la vida. La transformación del cuerpo durante la adolescencia -que se ajusta al último estereotipo social de belleza femenina- en otro más pesado y redondo, considerado como menos atractivo, causa angustia en las muchachas (Barajas, 1998).

Dentro de la publicidad en México, lo anterior cobra un rasgo de exageración en época navideña o de Reyes, cuando la publicidad está orientada básicamente a los juguetes de niñas y niños. El mensaje es que las niñas tendrán juguetes si presentan los atributos de quien lo anuncia y que se resumen en “mucho feminidad” (obediencia, delicadeza, coquetería, ingenuidad, entre otros). En contraste, el que anuncia los juguetes para niños (un niño), se proyecta como muy activo, seguro de sí mismo, agresivo, con iniciativa e imaginación (Bustos, 1995).

En un estudio, considerado como piloto, se trató de investigar lo siguiente (Bustos, 1995):

¿De qué manera se presentan a las niñas y niños en las revistas y programas televisivos?
¿Cómo perciben niñas y niños los mensajes y personajes infantiles, proyectados en ambos medios? Interesó también averiguar:

- a) Razones por las que ven televisión

- b) Horas promedio diario de exposición a su programación
- c) Programas de televisión más vistos
- d) En compañía de quién ven televisión y con quiénes comentan los programas

De acuerdo con lo reportado por niñas y niños, las razones principales para ver televisión son: a) por entretenimiento o distracción o no tener nada que hacer, b) por diversión, c) por gusto, d) por los temas de los programas. También se encontró que la cantidad promedio de horas que niñas y niños ven televisión es de cuatro horas diarias. El 90 % dijo que veía y/o que habían visto telenovelas, el 78 % afirmó que veía programas cómicos, el 95 % contestó que veía concursos infantiles. La mayoría mencionó que veían televisión con el hermano o hermana o bien solo, únicamente el 20% la veían con familiares. El 98 % platicaba o comentaba con compañeros de escuela o con amigos los programas que veían en la televisión (Bustos, 1995).

A las niñas en la mayoría de las imágenes de los diversos materiales se les presentaba como muy inseguras, dependientes, obedientes, seductoras, sobrevalorando la maternidad o bien el cuerpo y la belleza. En cambio los niños aparecen muy seguros de sí mismos, independientes, atrevidos (Bustos, 1995).

Se observa que existe una falta de sensibilización respecto a las implicaciones que tiene el que los medios masivos de comunicación proyecten reiteradamente una diferenciación de roles de género para niñas y niños. Las imágenes y mensajes de niñas y niños, que refuerzan los roles de género para unas y otros, van en detrimento sobre todo de las niñas, marcando un estatus superior para ellos e inferior para ellas. Esto tiene serias implicaciones en el desarrollo de ambos, en el autoconcepto, en la autoestima y en la percepción y autopercepción de niños y niñas, y posteriormente en la vida adulta, en la participación inequitativa de unas y otros en los diferentes ámbitos de la sociedad: familiar, laboral, político, cultural, legal, etc. (Bustos, 1995).

5.4.2 *Estereotipos de género que promueven los medios de comunicación*

El proceso de socialización por el que atravesamos todas las personas ejerce una influencia en las formas de actuar, de pensar y de sentir. Específicamente, a través de las diferentes instancias de socialización se transmiten una serie de pautas de comportamiento, normas, valores, actitudes, que se traducen en estereotipos de género y que marcan los roles que “deben” asumir mujeres y hombres (Bustos, 2003). Entre las instancias que participan en el proceso de socialización se encuentran: la familia, la escuela, los medios de comunicación, la religión, entre otras (Bustos 1988, 1994, 2001; citados en Bustos, 2003).

Los *estereotipos* se refieren entonces, a conjuntos organizados de creencias acerca de las características de todas las personas que integran un grupo particular. Más específicamente los estereotipos de género se refieren al conjunto de creencias, pensamientos o representaciones acerca de lo que significa ser hombre o mujer, incidiendo en esferas tales como: apariencia física, rasgos psicológicos, relaciones sociales, formas de pensar (Bustos, 2003).

El problema con los estereotipos, es que encasillan a las personas que integran un grupo a ciertos rasgos que deben reunirlos, por el sólo hecho de formar parte del mismo. Pero lo más

es su carácter fijo, estático, anquilosado y por lo tanto reaccionario; desconocen el carácter cambiante y dinámico de las sociedades, algo que evoluciona constantemente (Bustos, 2003).

Se ha encontrado también, que las adolescentes se ven fuertemente influidas por los medios de comunicación social (Cash y Pruzinsky, 1990; Gómez, Peresmitré, 1993, 1993b; Striegel – Moore, Silberstein y Rodin, 1986; citados en Gómez Peresmitré, 1997) para adoptar y mantener las normas que impone la cultura de la delgadez, asimismo los niños se encuentran sometidos a los diferentes efectos socializadores de su entorno. Brownell Napolitano (1995; citados en Gómez Peresmitré, 1997) señala lo poco que se conoce sobre la exposición de los niños a los ideales que promueven los medios de comunicación, la moda y demás, desde muy temprana edad y cotidianamente, se expone el modelo corporal que representa la famosa Barbie y el no menos famoso Ken, que van conformando tan naturalmente –a través del juego– las figuras ideales que, en la preadolescencia o en la adolescencia, intentarán hacer valer.

Los estereotipos de género difundidos ampliamente por los medios de comunicación, cumplen funciones importantes dentro de estos: sirven para promover la venta de innumerables artículos y contribuyen al mantenimiento del statu quo, ya que reflejan y promueven imágenes de mujeres que el sistema requiere para el logro de sus objetivos. Se sigue privilegiando el estereotipo de mujeres madres – esposas - amas de cosas, por lo que cualquier otra actividad resulta incompatible, no apta para mujeres o muy secundaria. Se les encasilla dentro del ámbito de lo afectivo o lo emocional, en contraposición con los hombres, a quienes se les ubica en el campo de lo racional, manejándose estos atributos en términos de una bipolaridad. Lo anterior deriva en los llamados roles de género a través de los cuales se establecen funciones y actividades diferentes para mujeres y hombres, marcando la desigual participación de unas y otros a nivel familiar, económico, político, educativo, cultural, laboral, etc.. Poniendo en serias desventajas a las mujeres en comparación con los hombres (Bustos, 2003).

Desde los setenta las mujeres han logrado trascender varios mitos que la mantenían en la desigualdad y en el encierro, como los mitos sobre maternidad, domesticidad, castidad, pasividad y, sin embargo, pareciera ser que entre más obstáculos supera la mujer, se multiplican las imágenes disciplinarias y estrictas de belleza (Bustos, 2003). Foucault (citado en Mc Phail, 2002), en el esquema que estudiado por él, hace referencia al sistema carcelario de vigilancia y castigo, parece aplicarse a la ideología de la belleza, como último reducto de las viejas ideologías sobre la feminidad, ya que mantiene el poder para controlar a aquellas mujeres al ejercer el poder coercitivo de la disciplina sobre el. Los diferentes castigos que se impone la mujer hace de su cuerpo un recipiente de restricciones de las que ha logrado liberarse en otros ámbitos; las veces en que aparecen las mujeres representando un papel adicional a los roles tradicionales de género, como tener un trabajo remunerado, el mensaje es que esto resulta incompatible y no deseable a su rol tradicional de esposa – madre – ama de casa y recibiendo la consecuente reprobación social (Bustos, 2003).

No se entiende por qué a pesar de que las mujeres ganan más dinero, poder, perspectiva y reconocimiento legal, reportan un malestar físico que no aparece en testimonios de nuestras abuelas. Wolf (citado en Mc Phail, 2002), cita investigaciones durante los noventa que muestra un submundo secreto en aquellas mujeres occidentales trabajadoras, atractivas,

exitosas, en el que predomina una noción de belleza que implica una veta que promueve la obsesión por las dietas y el terror frente al envejecimiento, y la pérdida de “atractivo físico”.

Progresivamente se ha impuesto un estereotipo de belleza que cada vez se aleja más de los estándares de la población. Es un fenómeno bien conocido que las medidas de las modelos se alejan progresivamente de las medidas medias de las mujeres, que ven cada vez más inalcanzable un “cuerpo atractivo” que en absoluto es representativo de la población (www.ditca.net, 2006).

En las últimas dos décadas un estereotipo muy socorrido por los medios es el de la “supermujer”. Para los medios hablar de la supermujer es hablar de mujer moderna. De acuerdo con este estereotipo, además de cumplir con los roles tradicionales, se trata de una mujer que debe de estar a la moda si quiere triunfar y agradar a los demás, es decir, consumir ropa, zapatos, lucir esbelta y por lo tanto, caer en la espiral sin fondo de cremas y masajes reductivos, cápsulas, gran cantidad de horas en el gimnasio, para mantener una figura corporal “aceptada” (Bustos, 2003).

Mc Cracken (1993; citado en Thomsen, McCoy & Williams, 2001) señala que la meta de las revistas que hablan de moda y belleza, buscan contribuir a la “cultura basada en el consumismo”, en la que la respuesta a todos los problemas se encuentra en los cambios de la apariencia física, lo cual se puede conseguir comprando los productos que aparecen en las revistas de mujeres. Estas revistas crean y exacerbaban inseguridades acerca en la imagen que las mujeres tienen de ellas mismas, al mismo tiempo que les venden productos de belleza; estas revistas enseñan a los lectores, desde una temprana edad, a mirar críticamente su cuerpo y ha avergonzarse de las partes de su cuerpo que no se ajustan al modelo establecido; ellas también enseñan a los lectores a fantasear acerca de la creación de un ideal de belleza o de la perfección. Ferguson (1993; citados en Thomsen et al., 2001), menciona que se están presentando como ejemplos de supermodelos, en una interminable procesión de éxito y belleza, modelos de roles que son envidiados.

Se puede notar entonces, que la publicidad como instrumento de comunicación social, influye en la formación de modelos colectivos de valores y comportamientos, ofreciendo además de productos, ciertas actitudes, formas de vida e imágenes paradigmáticas que dirigen las “necesidades” y deseos de las personas, con grandes repercusiones en la imagen corporal que las personas tienen de sí mismas. Los estereotipos de género en la publicidad presentan a mujeres bellas, seductoras y muy delgadas, como formas de ser valoradas, por los hombres y a pesar de que resulte contradictorio con los roles tradicionales, los medios de comunicación siempre han promovido una imagen de mujer seductora, objeto de decoración u objeto sexual, donde es valorada sobre todo por características como belleza, “buen cuerpo” y juventud, y donde el mensaje es que su función es agradar a los demás o bien, que puede obtener y lograr cosas a través de estos atributos (para lo cual debe consumir una cantidad desmesurada de productos de “belleza”, convirtiéndose en “blanco” perfecto de la publicidad). Aunque los hombres no escapan a esto, fundamentalmente son valorados por éxitos en: trabajos, deportes, mujeres. Algunos “pseudocambios” en publicidad proyectan a mujeres autónomas, respetadas, con poder y estatus, pero lográndolo sólo a través de la belleza, consumiendo cada vez más productos (Bustos, 2003).

La belleza femenina y las revistas de moda hacen una gran contribución al proceso, particularmente en consideración del aprendizaje del rol de género, formación de la identificación y del desarrollo de valores y creencias (Arnett, 1995; Berchmans, 1998; Ferguson, 1983; Hermes, 1995; Klein, Brown, Childers, Oliveri, Porter & Dykers, 1993; McCracken, 1993; citados en Thomsen et al., 2001). Dando popularidad a la belleza de mujeres y adolescentes en las revistas de moda –al menos tres cuartas partes de mujeres blancas en los Estados Unidos entre los 12 y 14 años de edad leen al menos una de estas revistas regularmente (Klein et al., 1993; citados en Thomsen et al., 2001)– puede no ser sorprendente que estas revistas potencialmente juegan un mayor rol en el proceso de socialización (Arnett, 1995; citado en Thomsen et al., 2001).

Tiggemann y Pickering (1996; citados en Walcott, Pratt & Patel, 2003) postularon que los roles de género, el estereotipo del cuerpo y el descontento del cuerpo están ligados fuertemente a los medios de comunicación, ellos afirmaron que los jóvenes internalizan los estereotipos de los medios lo cual afecta la insatisfacción hacia su propio cuerpo. Medios impresos y electrónicos promueven una constitución de delgadez poco realista o el cuerpo ideal para los hombres y las mujeres, especialmente los adolescentes y los adultos jóvenes. Esto, se piensa que puede ser una causa importante del descontento del cuerpo. La mayoría de la juventud que ve televisión (especialmente telenovelas y las películas), expresa el creciente descontento con sus cuerpos.

5.5 *Autoestima y medios de comunicación*

El concepto de imagen corporal en tanto representación física y cognitiva del cuerpo que implica e incluye actitudes de aceptación y rechazo (Reporte del Consejo Europeo para los Trastornos de la Alimentación, 1996; citado en Mc Phail, 2002) ha sido clave para comprender la influencia de los medios masivos de comunicación en las personas. Diversos estudios señalan que la imagen corporal está íntimamente relacionada con cuestiones de autoestima y una imagen corporal “negativa”, por lo que se puede vincular con los trastornos alimentarios. Incluso se ha asegurado que las imágenes mediáticas pueden ser particularmente importantes en la producción de cambios en la manera de percibir y evaluar el cuerpo.

El predominio de la imagen se fue extendiendo desde los años sesenta al cuerpo humano, sobre todo al cuerpo femenino. La mujer debía tener un aspecto correcto y ese aspecto es la delgadez. Hay otros elementos descados en una imagen aceptable, relacionados por ejemplo con los pechos, las pompis, las piernas, etc., pero con mucho el más importante de esos imperativos es la exigencia de que la mujer esté delgada. Eso parece algo nuevo, pero en otras épocas –y de hecho en otras culturas hoy en día– la imagen deseada de la mujer era regordeta o incluso gorda. A veces esto se ve como un indicio de prosperidad, sobre todo en culturas donde escasea la comida; la mujer que es gorda evidentemente pertenece a una familia rica y tiene comida suficiente. Pero también tiene que ver con la fertilidad. Como ya hemos visto, una mujer muy delgada es una mujer estéril. Incluso en sociedades más modernas, como las de Francia e Inglaterra en el siglo XIX, las pinturas muestran que se consideraban bellas a las mujeres gruesas y más recientemente, se ha comentado que incluso en nuestros tiempos Marilyn Monroe usaba talla 44 en España (en México talla 11), lo que no la habría hecho aceptable para un observador posterior a los años sesenta (Buckroyd, 2001).

Se calcula que el 47 % de la población femenina del Reino Unido es de talla 44 o más, pero uno nunca se enteraría si entra en una tienda de modas. En la mayoría de esas tiendas la talla 44 es la más grande disponible y hay cuatro tallas más pequeñas (36, 38, 40, 42). Eso es notable no solo debido a la insinuación de que cualquier mujer con talla superior a la 44 no debe llevar ropa de moda, sino también porque para gran parte del mercado de la ropa, esas mujeres simplemente no existen. Parece que la demanda cultural de delgadez excede incluso el interés capitalista en las ganancias (Buckroyd, 2001).

Pero la importancia de elevar la autoestima como medida preventiva para el desarrollo de los trastornos alimentarios, fue el resultado de un estudio aplicado en 1996 por la Revista Británica de Psicología Clínica, a niñas entre 11 y 12 años de edad. Reveló que las niñas con bajos niveles de autoestima eran ocho veces más propensas a desarrollar trastornos alimentarios y otros problemas a la edad de 15 o 16. El estudio advirtió que los comentarios acerca del peso en la familia podían actuar como detonadores para la instalación de los trastornos alimentarios, ya que podían afectar la autoestima y vincular la delgadez con la condición de "ser amadas" y "tener éxito en la vida". Además identificó dos importantes correlatos para la instalación de trastornos alimentarios en las adolescentes: leer revistas que contienen información e ideas acerca de atractivo físico, figura ideal y administración de peso y dietas, y el hostigamiento familiar relacionado con "atractivo físico" concretizado en el cuerpo y el peso (Mc Phail, 2002).

El impacto negativo que los medios representan de la delgadez depende de la ocurrencia de la comparación social. Algunos estudios han demostrado que cuando a las mujeres se les muestran fotografías o comerciales de televisión con modelos super delgadas, reportan cambios negativos en su estado de ánimo (Heinberg & Thompson, 1995; Pinhus, Toner, Ali, Garfinkel & Stuckless, 1999; Stice & Shaw, 1992; citados en Wilcox & Laird, 2000) e incrementa la insatisfacción hacia su cuerpo (ej. Crouch & Degelman, 1998; Ogden & Munday, 1996; Stice & Shaw, 1992; citados en Wilcox & Laird, 2000). Algunos estudios han examinado también la autoestima, pero los resultados no han sido muy específicos, en algunos estudios se ha encontrado reducción en la autoestima, sin embargo, algunas veces particularmente en grupos susceptibles (Henderson - King & Henderson - King, 1997; Posavec et al., 1998; citados en Wilcox & Laird, 2000). En otros estudios no se encontraron efectos de los medios en la autoestima (Cusamano & Thompson, 1997; Seddon & Berry, 1996; citados en Wilcox & Laird, 2000). En resumen, una evidencia considerable apoya la proposición que la representación que los medios hacen sobre los modelos de delgadez puede causar un mal estado de ánimo. De cualquier manera ninguno de estos estudios ha demostrado efectos positivos al mirar estas modelos delgadas.

La comparación social y la identificación difieren de muchas maneras, pero una importante diferencia es ciertamente en la proyección de cómo se sienten consigo mismas. En una comparación social, la persona sabe que esta siendo comparado con el estándar. En contraste, durante la identificación, la persona sabe como son realmente y adoptan temporalmente la identidad del otro (Wilcox & Laird, 2000).

El ver fotos de modelos delgadas puede inducir a algunas participantes a sentirse tristes, llegar a consternarse por su peso y también han reportado reducción en su autoestima. Estos efectos ocurren entre las mujeres quienes han sido identificadas como más responsivas ante

las críticas sociales y entre quienes sus sentimientos están basados en sus acciones y quienes presumiblemente estaban más activas. Ellas utilizaban la información de las fotos como un contexto en el cual se comparaban ellas mismas desfavorablemente. En contraste, las mujeres quienes son menos responsivas ante las críticas personales se sienten un tanto mejor después de ver a las modelos delgadas, identificándose con las modelos y observando entusiastamente y tranquilamente la convencional publicidad pasajera (Wilcox & Laird, 2000).

Esta imagen de extrema delgadez impuesta por la sociedad actual a las mujeres como ideal de belleza, conlleva en el fondo consignas autodestructivas, ya que las relaciones impropias con la comida, ya sea a base de atracones o de privaciones que ponen en peligro la salud, no son más que un comportamiento, consecuencia a su vez de la falta de autoestima que se nos inculca a las mujeres desde la infancia. Querer adelgazar “para tener otro aspecto” es la expresión de nuestra falta de amor y de aceptación hacia uno mismo. De hecho, la mayoría de las personas que ejercen la medicina constatan cómo algunas de las pacientes se empeñan en someterse a la liposucción o lipoescultura para librar su cuerpo de la gordura, sufriendo tras este tipo de intervenciones un agravamiento de su falta de autoestima, pudiendo aparecer en muchos casos crisis psicóticas e incluso crisis de identidad de difícil resolución. La razón es que de la noche a la mañana, se han quedado sin el “problema” que encubría su verdadero problema (Gómez, 1996).

Estudios recientes sugieren que actualmente mujeres jóvenes ven modelos y actrices que son delgadas, y con mucho menos curvas de los que veían nuestras madres y abuelas, solamente una o dos generaciones atrás. No es sorprendente, que la investigación muestre, por ejemplo, que las medidas de las modelos y también de las finalistas de Miss América, de las pasadas décadas, hallan perdido gradualmente esa forma de reloj de arena y sean más varoniles, infantiles y más andróginas (Czajka – Narins & Pharham, 1990; Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Gordon, 1988; Harrison & Cantor, 1997; Levine et al., 1994; Myers & Bicoca, 1992; Silverstein et al., 1986; Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1990; citados en Thomsen et al., 2001). Más tarde las revistas apuntaron hacia las adolescentes y jóvenes mujeres típicas para que se acercaran al tema de la auto mejora enfocándose en la vestimenta de moda y de la belleza física (Evans, Rutberg, Sather & Tuner, 1991; citados en Thomsen et al., 2001).

5.6 Imagen corporal, trastornos de la conducta alimentaria y medios de comunicación

Muchos investigadores han implicado a los medios en la contribución del desarrollo y mantenimiento de la insatisfacción de la imagen corporal y los problemas alimenatrios en mujeres a través de la conveniencia de la delgadez orientada por normas y valores (Garner, Garfinkel, Schwartz & Thompson, 1980; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff – Dunn, 1999; citados en Foley, Gray & Ahrens, 2003).

Para examinar la influencia de los medios, es importante considerar los estímulos a los que comúnmente son expuestas las mujeres. Un largo y gran número de mujeres pueden haber sido expuestas a revistas que muestran este tipo de imágenes a través de amigos, en la oficina o en la fila de la caja del supermercado. Dado el gran número de mujeres que han sido expuestas a este tipo de medio impreso a través de dichas fuentes, es importante examinar las representaciones del ideal de belleza femenina de estas revistas, los cuales tienen un

significante efecto en la insatisfacción de la imagen corporal (Foley et al., 2003). Los recurrentes estudios han examinado la manera en que estas revistas de moda han representado el ideal de belleza femenina por más de 40 años. Debido a la repetida exposición de las imágenes de delgadez, estas han sido implicadas como un mecanismo a través del cual el ideal es internalizado (Steice et al., 1994; citados en Foley et al., 2003) y como la presentación de los cuerpos de la modelos de moda, impactan el modo en que las mujeres son expuestas a estas imágenes del ideal de delgadez.

La revisión de la evidencia indica que los niños, adolescentes y adultos pueden estar percibiendo inicialmente en concordancia con el estereotipo de “lo que es bonito es bueno”. Este fenómeno es una fuerte percepción de la creencia social (ej. popular, simpático, abierto) y el juicio psicosocial (Eagly et al., 1991; citados en Lavin & Cash, 2000), indiferentemente del género de la persona. Tales estereotipos a veces influyen en las interacciones sociales (Zinder, Tanke & Berscheid, 1997; citados en Lavin & Cash, 2000) y alientan la discriminación que se basa en la apariencia, estos sucede en varios contextos sociales (Bull & Rumsey, 1988; Cash, 1990; Jackson, 1992; citados en Lavin & Cash, 2000). De esta manera la gente que se ve bien puede disfrutar de ciertas ventajas en la vida, comparadas con las personas menos atractivas, quienes pueden ser socialmente penalizadas

Un estudio realizado a este respecto fue el de Foley et al. (2003), el cual tuvo como objetivo determinar como se han ido modificando las tendencias sobre el ideal de belleza femenina, para esto se obtuvieron los puntajes de la talla corporal de las modelos de los pasados 40 años. Las modelos seleccionadas fueron las que aparecieron en las portadas de las revistas para mujeres más populares en un año dado. La determinación de cual revista fue incluida en este análisis, fue cuantificada a través de una selección de las revistas que estaban de moda en esos años entre las mujeres, las cuales fueron: *Cosmopolitan*, *Glamour*, *Mademoiselle* y *Vogue*, y las cuales estuvieron en existencia desde 1959 hasta 1999 y tenían gran circulación de acuerdo con el “Standard Periodical Dictionary” de cada año. Los hallazgos encontrados fueron que la mayoría de las portadas durante este periodo de tiempo no muestran modelos con una figura llena, sin embargo, estas presentan exclusivamente la cara de las modelos o su torso. De los años 1980 y 1990, el estudio muestra un decrecimiento en la talla corporal de estas modelos.

Algunas reflexiones sobre influencia de los medios masivos de comunicación en los trastornos alimentarios, utilizan el concepto de “imagen corporal elástica” para explicar que los medios contribuyen a la representación social del “cuerpo ideal” ofreciendo ejemplos de “mujeres atractivas”-modelos, actrices, cantantes- que proporcionan un referente con el cual las mujeres establecen comparaciones. Sugieren que éstas configuran un “cuerpo ideal internalizado” al comparar su propia figura con el cuerpo ideal socialmente representado y avalado como modelo a seguir. Lo anterior resulta en una imagen corporal elástica en el sentido de que a diferentes momentos y bajo diversas situaciones de estrés las mujeres pueden comparar sus propios cuerpos con diversos puntos de referencia. El problema surge cuando el “cuerpo ideal” se vuelve cada vez más homogéneo en su delgadez, induciendo mayor presión en las mujeres que perciben sus cuerpos comparativamente como “más gordos, más pesados, menos atractivos y menos sensuales” con relación a las imágenes mediáticas que se ofrecen diariamente (Mc Phail, 2002).

Es decir, las mujeres están internalizando que el esquema de ideal de delgadez en los medios, se va repitiendo a través de dichas representaciones, primero incrementando la insatisfacción con el cuerpo y después la patología alimentaria, así como la insatisfacción en las mujeres con su cuerpo; esto encaja con el drástico significado de perder peso (Stice, Schupak – Neumberg, Shaw & Stein, 1994; citados en Foley et al., 2003). La transmisión de los medios del ideal de delgadez como medida de la belleza femenina, así como la correspondiente estigmatización de la obesidad, es acertada para crear una presión excesiva en las mujeres, para tener un peso y talla corporal que es muy difícil de tener, contribuyendo al desarrollo de los trastornos alimentarios en muchas mujeres (Levine & Smolak, 1996; citados en Foley et al., 2003).

La sociedad contribuye a la bulimia mediante su penetrante preocupación por la esbeltez. A las personas en general y a las mujeres en particular, tanto en los medios visuales como en los impresos se les bombardea con mensajes de que el atractivo, el éxito y la felicidad dependen de estar delgada. Estos continuos mensajes nos ayudan a atribuirle a la esbeltez demasiada importancia. De hecho, estudios recientes han señalado que la esbeltez es el aspecto más importante del atractivo físico en las mujeres. Mientras que con frecuencia los atributos positivos se asocian con ser delgada y atractiva, el sobrepeso conlleva numerosas connotaciones negativas como “perezosa, fuera de control, descuidada y fea”. Consecuentemente, al tener la esbeltez un valor más alto y estar en un sobrepeso se convierte en un tabú, nuestra sociedad alienta a las mujeres a bajar de peso a cualquier costo (Sherman y Thompson, 1999).

Los estudios que han utilizado otras técnicas como distorsión por TV – video, reportan por tanto las bulímicas como las comedoras restringidas, que están más insatisfechas con el tamaño de sus cuerpos que las normales (Lindholm y Wilson, 1988; citados en Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001). Las mujeres con desórdenes más graves tienen mayor probabilidad de poseer una imagen corporal negativa, así como de aceptar más fácilmente creencias socioculturales estereotipadas, como las relacionadas con la valoración y deseabilidad de la delgadez (Mintz y Betz, 1988; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001).

La gran mayoría de las investigaciones sobre la influencia de los medios masivos en la sintomatología de los trastornos alimentarios, se centra en los efectos frecuentes de la exposición a mensajes e imágenes que perpetúan el “ideal de delgadez” como estereotipo femenino (Harrison & Cantor, 1997; Levine, Smolak & Hayden, 1994; Myers & Bicocha, 1992; Silverstein, Perdue, Peterson & Kelly, 1986; Stice, Schupack – Neumberg, Shaw & Stein, 1994; citados en Thomsen et al., 2001). La sugerencia de ser atractivo, feliz y exitoso a través de ser ultra delgado, los medios enfatizan que la apariencia es verdaderamente lo que permite que muchas mujeres jóvenes internalicen un irreal e intangible físico como estándar de belleza y desarrolla niveles altos de insatisfacción con el propio cuerpo (Harrison & Cantor, 1997; Levine & Smolak, 1996; Myers & Bicocha, 1992; Silverstein et al., 1986; Stice et al., 1994; citados en Thomsen et al., 2001).

Vázquez, Álvarez, Mancilla y Raich (1998) realizaron un estudio en Barcelona, el cual investigó la influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastorno alimentario; su muestra estuvo formada por dos grupos: un grupo clínico que se integró con los pacientes que acudieron a solicitar atención entre los meses de Noviembre de 1996 y

Marzo de 1997, en dos Hospitales de la provincia de Barcelona y que cumplían con los criterios de diagnóstico para trastornos alimentarios de acuerdo con el DSM - IV (1994; citado en Vázquez et al., 1998), y un grupo control que fue elegido en base a las características del grupo clínico, el cual estuvo constituido por 34 mujeres y un hombre (como la cantidad de varones no es representativa en ambos grupos, se hizo alusión a éste de manera femenina). Como criterio de selección para el grupo control se utilizó una breve entrevista, edad y puntuación máxima de 23 en el cuestionario de Actitudes Alimentarias EAT - 40 (Eating Attitudes Test, Garner y Garfinkel, 1979; citado en Vázquez et al., 1998). En los resultados se encontraron que las puntuaciones totales del CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal) señalan a las mujeres con diagnóstico de trastorno alimentario como el grupo que mostró mayor influencia de los modelos estéticos corporales; además la comparación entre los grupos clínico y control en los 5 factores del CIMEC - 26 muestran que el grupo con trastorno alimentario fue significativamente más susceptible a la influencia de la publicidad, los mensajes verbales, los modelos sociales y las situaciones sociales que promueven estereotipos corporales de delgadez (Vázquez et al., 1998).

Los medios de comunicación social cumplen un papel importante en la promoción de esta imagen (con un mensaje genérico centrado en la idea de que un cuerpo delgado es el determinante del atractivo de la mujer) y en consecuencia, en la presión para que éste se conforme. Se refuerza la actitud hacia la apariencia corporal de moda que se estigmatiza incluso un sobrepeso moderado (Rodín, Silberstein y Striegel - Moore, 1985; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001), por lo que muchas mujeres creen que necesitan estar delgadas para ser atractivas, esto es, sexualmente atractivas (Cash, Winstead y Janda, 1986; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001).

Si las mujeres y las adolescentes están siendo sacudidas por la ofensiva de los medios sobre la esbeltez – dieta-, debemos recordar que las niñas de hoy han crecido durante una producción televisiva muy fuerte. Existen indicios de que estas jóvenes también son susceptibles a la publicidad sobre la esbeltez, ya sea que esté dirigida a mujeres de más edad o directamente a ellas. Un artículo reciente en la revista médica *Pediatrics* (Moses et al., 1989; citados en Sherman y Thompson, 1999) informaba que las niñas de escuela primaria veían la obesidad como peor que estar discapacitadas o minusválidas. Asimismo, estamos encontrando chicas cada vez más jóvenes que siguen alguna dieta (Sherman y Thompson, 1999).

Los poderosos mensajes de la sociedad sobre la esbeltez ayudan a que las chicas y a las mujeres a que perciban erróneamente su físico, y les desagrade la forma en que se ven. Esto se confirma con el hecho de que estudios sobre la percepción de la imagen corporal indican que muchas mujeres jóvenes se ven a sí mismas más grandes de lo que son en realidad (Klesges, 1983; citado en Sherman y Thompson, 1999). Se confirma, asimismo, con el hecho de que 76 % de las mujeres que estaban a dieta durante el estudio (Nelson; citado en Sherman y Thompson, 1999) no seguían la dieta porque la necesitaran, sino por razones cosméticas. La distorsión de la imagen corporal y la insatisfacción con el físico tienen particular relevancia para el desarrollo de trastornos alimentarios.

Con lo anterior, se puede notar que numerosos mensajes sociales convergen en que el look está influenciado el día a día en nuestras vidas (Heinberg, 1996; Thompson et al., 1999; citados en Lavin & Cash, 2000). Frecuentemente encontramos imágenes de modelos

aparentemente sanas que recurren a dietas para embellecerse, e imágenes que nos muestran que el look es lo más importante, lo cual puede influir en una negativa percepción de la imagen corporal. Además, es claro que existen estereotipos negativos contra las personas atractivas, discriminándolas y relacionándolas con la percepción de ser egocéntricos, oportunistas y sexuales (Cash & Duncan, 1984; Cash & Janda, 1984; Dermer & Thiel, 1975; Major & Deaux, 1981; citados en Lavin & Cash, 2000).

El aparente crecimiento en los trastornos alimentarios en las últimas décadas (Hoek, 1993; citado en Foley et al., 2003) ha coincidido con el decrecimiento del ideal del peso corporal en las mujeres representadas en los medios (Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1992; citados en Foley et al., 2003). Lo que es modelo de belleza hoy, no lo era hace unas décadas. Basta hacer un estudio exploratorio sobre cine a lo largo del siglo pasado para observar los diferentes patrones de belleza en mujeres que se han construido. En un ensayo provocador, escrito en 1981, sobre la obsesión femenina por la delgadez de las últimas décadas, Chernin (citado en Mc Phail, 2002), menciona que si las mujeres fueran admiradas por tener cuellos redondos, abdómenes abultados y caderas regordetas como las mujeres de principios de siglo, miles de mujeres no estarían vomitando ahora (Chernin, 1981; citado en Mc Phail, 2002).

Las investigaciones realizadas confirman influencias interpersonales en la apariencia, estudios revelan grandes dificultades que la gente tiene respecto a su propia apariencia como la aceptación y la satisfacción (Cash & Pruzinsky, 1990; Cash, Winstead & Janda, 1986; Gerner, 1997; Pliner, Chaiken & Flett, 1990; Thompson et al., 1999; citados en Lavin & Cash, 2000). Una imagen corporal negativa es también relacionada con otros problemas psicosociales, como los trastornos alimentarios, baja autoestima, ansiedad social, depresión e inhibición sexual (Cash, 1990, 1996; Cash & Deagle, 1997; Cash & Grant, 1996; Thompson et al., 1999; citados en Lavin & Cash, 2000), como lo encontrado por Stice y Shaw (1994; citados en Lavin & Cash, 2000) y, Heinberg y Thompson (1995; citados en Lavin & Cash, 2000) que experimentalmente demostraron que las imágenes representadas en los medios acerca de la delgadez y belleza, pueden dañar la satisfacción que las mujeres sienten por su cuerpo y su estado de ánimo. Heinberg y Thompson (1995; citados en Lavin & Cash, 2000), también encontraron que las mujeres en alto riesgo de tener una reacción negativa ante estas imágenes tienen altos niveles de distorsión de su imagen corporal, incluyendo una alta internalización de los estándares culturales de belleza.

Los investigadores han examinado como la exposición de imágenes de belleza que los medios muestran, afecta la percepción que algunas personas tienen de su apariencia (Kenrick & Gutierrez, 1980; Martín & Kennedy, 1993; Mlamed & Moss, 1975; citados en Lavin & Cash, 2000) o los efectos que producen en la imagen corporal de los espectadores como resultado del proceso de comparación social (Cash, Cash & Bttis, 1983; Grogan, Williams & Conner, 1996; Heinberg & Thompson, 1995; Irving, 1990; Richins, 1991; Stice & Shaw, 1994; citados en Lavin & Cash, 2000).

La medición de cuerpos en las investigaciones, no deja duda alguna de que la apariencia física es una variable de influencia en las relaciones sociales y en las funciones psicológicas (Bull & Rumsey, 1988; Cash & Pruzinsky, 1990; Jackson, 1992; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff – Dunn, 1999; citados en Lavin & Cash, 2000). Aunque las tendencias históricas son casi siempre una referencia de parte de la denuncia, que las imágenes de delgadez los

medios pueden ayudar a alentar y/o reforzar el clima social en el cual la delgadez es considerada como esencial para la belleza femenina.

Estudios previos han demostrado que dicha tendencia a de la delgadez, a través de la examinación de las maneras en que la revista Playboy en sus portadas y las participantes del concurso Miss América han cambiado en el tiempo (Garner et al., 1980; citados en Foley et al., 2003; Toro y Villardel, 2000). Garner y cols. (1980; citados en Toro y Villardel, 2000), verificaron la evolución de la altura, el peso y ciertas dimensiones corporales “femeninas” - busto, cintura y cadera- correspondientes a las jóvenes que durante los 20 años anteriores aparecieron en las páginas de Playboy. Como puede observarse, durante ese periodo de tiempo el peso disminuyó significativamente, cosa que también hacen las dimensiones del busto y de las caderas, pero incrementándose el tamaño de la cintura, es decir, se estaba produciendo una progresiva evolución hacia la aparición positiva de un tipo de cuerpo femenino más bien tubular, es decir andrógino.

Al mismo tiempo, estudiaron la evolución del peso de las muchachas representantes de los distintos Estados que se presentaron y fueron elegidas para el concurso de “Mis América”, desde 1959 a 1978. Las cifras expuestas significan que estas modelos de la estética corporal, elegidas en la medida en que encarnan los criterios sociales acerca del cuerpo femenino e influyendo en la creación de tales criterios, experimentaron un adelgazamiento en 20 años, situado entre 2,600 y 3,400 kilos. Durante ese mismo periodo de tiempo, la mujer joven americana, la mujer joven promedio, experimentó un aumento medio de peso de 2,800 kilos. En ambos casos se han valorado los pesos teniendo en cuenta edades, tallas y sexo. Lo cierto es que todo acaece como si los criterios socioculturales empujaran en un sentido y la biología lo hiciera en otro. El aumento progresivo de peso es un fenómeno universal y propio del mundo desarrollado, correlacionado con el incremento de la talla, fruto de las condiciones nutritivas y sanitarias generales. Entre esa presión hacia el adelgazamiento y esa tendencia natural al incremento del peso se hallan las mujeres, especialmente las más jóvenes (Toro y Villardel, 2000). En la segunda parte del estudio, se observó que la tendencia pareció continuar a través de los años de 1979 – 1988, así como las participantes del concurso Miss América continuaron el decrecimiento en su talla corporal, mientras que las portadas de Playboy mostraban un punto de extremadamente bajo peso corporal (Wiseman et al., 1992; citados en Foley et al., 2003).

Estudios realizados en México, señalan que hay una satisfacción con la imagen corporal, observándose diferencias entre la imagen real y la imagen ideal. Se observa una distorsión en la imagen corporal, sobre todo en las mujeres (desde la etapa infantil hasta la adulta) se perciben con mayor peso del que tienen (aun en mujeres muy delgadas), eligiendo como imagen ideal, figuras mucho más delgadas. Respecto a los hombres, se observa en la etapa preadolescente o de la adolescencia, querer una imagen ideal más robusta que la que tienen. Como puede verse, tanto en el caso de las mujeres como de los hombres, las aspiraciones o deseos en cuanto a imagen corporal están influidos fuertemente por los estereotipos de género femeninos y masculinos respectivamente. Los resultados de algunos estudios realizados apuntan, que cuando hay una identificación con las imágenes estereotipadas que aparecen en la publicidad, mayor será el grado de insatisfacción con la imagen corporal (Bustos, 2003).

Erróneamente, el cuerpo se considera como maleable, lo cual implica que cualquier persona que utiliza una combinación de ejercicio, dieta y autodominio pueden llegar a tener el "cuerpo perfecto". Los medios influyen para que se logre esta meta haciendo creer a la gente que grandes recompensas los aguardan. Sin embargo, el peso corporal y la complexión de una persona son influenciados fuertemente por la predisposición biológica y genética, particularmente, los adolescentes que no entienden ni aceptan estas limitaciones pueden experimentar angustia extrema y posteriormente métodos drásticos para lograr llegar a su "propio ideal de delgadez" (McKenzie, Williamson & Cubic, 1993; Norwak, 1998; citados en Walcott et al., 2003). En suma las jóvenes preadolescentes que tienen una relación o salen con alguien son más vulnerables para desarrollar desordenes de la conducta alimentaria, porque ellas internalizan la noción de que la delgadez representa la belleza y esta a su vez incrementa la posibilidad de obtener más parejas (Cauffman & Steinbert, 1996; Levin & Smolak, 1991; Smolak, Levine & Gralen, 1993; citados en Walcott et al., 2003).

Los medios en nuestra sociedad no sólo muestran imágenes visuales de lo que consideran bello, si no que también transmiten implícitamente y explícitamente los beneficios sociales de serlo. Desde luego, con esta confirmación científica acerca de que las ventajas de la atractividad y algunas desventajas de la no atractividades (Bull & Rumsey, 1988; Cash, 1990; Eagly et al., 1991; Jackson, 1992; citados en Lavin & Cash, 2000).

Ya que los medios manejan realidades virtuales que no son fácilmente detectables, la dificultad estriba en descifrar aquellos mensajes mediáticos que vinculan la belleza con la aceptación social, el prestigio y el éxito al utilizar palabras e imágenes cuyos significados están ocultos, o son contradictorios o confusos (Mc Phail, 2002); por ejemplo, en 1996 surgió un estilo publicitario llamado "adicta" entre los fotógrafos de moda, este estilo fue utilizado por Calvin Klein entre otros, quienes presentaban modelos pálidas, demacradas, ojerasas, de pómulos hundidos y ojos vidriosos, todo con el fin de vender ropa (Dominick, 1996).

Aunque los investigadores han postulado que el "ideal de delgadez" está relacionado con los altos índices de los desordenes alimentarios entre mujeres, en un análisis de datos obtenidos a partir de 238 estudiantes femeninas, en E.U.A., se encontró un efecto directo de la exposición de los medios sobre los síntomas de los desordenes alimentarios. Los resultados apoyan que más jóvenes adoptan, de la sociedad en la que viven, un estereotipo que resalta a la vista la belleza y que maneja una mayor probabilidad de ser más infelices con el tipo de cuerpo que tiene; es también más probable adoptar patrones de los desordenes de la alimentación y del comportamiento para lograr el "ideal de delgadez" de su sociedad (Stice, Schupak - Neubert, Shaw & Stein, 1994; citados en Walcott, et al., 2003).

El discurso de opciones que nos ofrecen las imágenes globalizadas, es cada vez más homogéneo no sólo en tanto propuesta de belleza física, sino de etnia, raza, clase social que vinculan definiciones culturales de "belleza" y "atractivo físico" con ideas de éxito (Mc Phail, 2002).

El asunto de la publicidad se toma cada vez más en serio, ya que investigadores se han dado cuenta que esta industria es una poderosa fuerza educativa en el mundo occidental. Por ejemplo, se tienen datos sobre las mujeres estadounidenses expuestas diariamente a, entre 400

y 600 comerciales. Esto significa que para cuando una chica cumpla 17 años, ha recibido 250 mil impactos publicitarios a través de los medios (La Vore, 2000; citado en Mc Phail, 2002).

Un estudio realizado por Myers (1995; citado en Mc Phail, 2002) revela en una muestra de 4.294 comerciales televisivos, que 1 de cada 3.8 de ellos incluyen mensajes sobre “atractivo físico” indicando a los consumidores lo que es y no es atractivo. El mismo estudio reporta que el adolescente promedio ve más de 5.260 mensajes al año que definen la “atractividad”.

En una investigación se encontró que solamente 9 % de los comerciales tienen un mensaje directo sobre la belleza, pero muchos de ellos enfatizan implícitamente su importancia y en particular la femenina, especialmente mujeres jóvenes y niñas. Otro estudio sobre comerciales de juguetes para niños encontró que 50 % de los que se dirigían a mujeres hablaba sobre "atractivo femenino", mientras que ninguno de los que estaban dirigidos a niños lo hacía. Registraron que el 56 % de los comerciales dirigidos a jóvenes mujeres en televisión y 57 % en revistas femeninas y de moda hablaban de la belleza (Mc Phail, 2002). Especulaban que esto podía tener como consecuencia que las niñas se sintieran conscientes de su apariencia física como medida de su valor (Dittrich; citado en Mc Phail, 2002). Los estilos corporales van de la mano de la moda y se promueven a través de la publicidad, y de las revistas femeninas, cuyo contenido editorial se confunde y disimula frecuentemente con los anuncios.

Estas revistas son utilizadas para llenar “necesidades” y esto ocurre como resultado de los nexos de personalidad, familia, factores emocionales y diferentes sucesos que surgen en la vida de estas mujeres. Las revistas son usadas específicamente, para dirigir sus propósitos que incluyen comparaciones con otras mujeres, motivación para hacer dieta y restricción de comida, adquirir información, reducción de la disonancia y crear la ilusión de madurez social (Thomsen et al., 2001).

Un estudio realizado por la fundación Commonwealth en 1997, reportó 10.5 más anuncios en revistas juveniles femeninas que en revistas masculinas que promueven dietas como medida para mejorar la apariencia. También informa que la principal fuente de información sobre salud entre adolescentes son los medios y que la adolescente promedio ve la televisión cuatro horas diariamente (The Commonwealth, 1997; citado en Mc Phail, 2002).

Varios comentaristas han notado el fuerte impacto de los medios en los sentimientos de las mujeres acerca de sus propios cuerpos (ej. Harrison & Cantor, 1997; Shaw & Waller, 1995; citados en Wilcox & Laird, 2000). En revistas, televisión y películas, observamos modelos cada vez más delgadas. El cambio hacia la delgadez y hacia modelos cada vez más delgadas en la publicidad y espectáculo, ha llegado a aumentar los desordenes alimentarios (Silberstein, Perdue, Peterson & Kelly, 1986; Garfinkel, Goldbloom, Davis, Olmstead, Garner & Halmi, 1992; citados en Wilcox & Laird, 2000) y a aumentar la insatisfacción entre mujeres acerca de su cuerpo y talla (Rodin, Silberstein & Striegel - Moore, 1984; Polivy & Herman, 1987; Richins, 1991; citados en Wilcox & Laird, 2000). El efecto que las revistas tienen en sus lectores es diferente, ya que algunas lectoras se sienten insatisfechas con ellas mismas por lo que ven en los medios, al mismo tiempo otras lo disfrutan y para algunas les resulta indiferente lo que ven en las revistas.

Cuando una mujer mira en una revista a otra mujer dos procesos pueden ocurrir: uno es la identificación, es decir, se identifica con la mujer delgada que observan en la foto y la lectora puede lograr un breve momento de placer imaginándose que ella es como la modelo o que puede ser tan delgada y atractiva como la modelo; este otro proceso es la comparación social (Richinis, 1991; citado en Wilcox & Laird, 2000). Una mujer que mira una foto de una modelo tal vez piense que como ella, puede ser comparada con una modelo la cual es proveedora de un estándar.

Tanto en el caso de las mujeres como de los hombres, las aspiraciones o deseos en cuanto a imagen corporal están influidos fuertemente por los estereotipos de género femeninos y masculinos respectivamente (Bustos, 2003). Desde 1980, las investigaciones de Garner y Garfinkel (1980; citados Mc Phail, 2002) y su equipo sobre contribuciones biológicas, familiares y psicológicas a la aparición de trastornos alimentarios principalmente en población femenina adolescente en occidente, otorgan responsabilidad importante a la publicidad “por su impacto potencial de establecer modelos identificatorios”. De acuerdo con las imágenes de los medios, estas refuerzan un ideal calificándolo dicotómicamente de aceptable o inaceptable: lo gordo/lo flaco, lo bello/lo feo, lo que está a la moda y lo que no lo está, lo adecuado y lo que no lo es, lo femenino y lo masculino, esto va incidiendo frecuentemente en la autoestima.

El Dr. Becker, un investigador de la Escuela de Medicina de Harvard (reportado en “Eating Disorder Symptoms”, 1999 en Reuters’ Health news; citado en Walcott, et al., 2003) y sus colegas estudiaron el impacto de la televisión en los patrones alimentarios de los adolescentes (edad media 17 años) en un país no industrializado. En 1995, antes de que la televisión fuera introducida a la Isla Fiji, solo el 15 % de las jóvenes adolescentes participantes admitió inducirse el vómito para perder el peso. Los autores no atribuyen a la introducción de la televisión como la causa de esta conducta, pero sugieren una correlación entre dicho evento y el incremento en el vómito inducido.

Entre los factores que pueden influir en la imagen corporal y en el grado de satisfacción con ésta, están el bombardeo de la publicidad en los medios, que muestra cuerpos idealizados y estilizados, así como la valorización diferencial de los cuerpos de mujeres y hombres, basada en la estructura de géneros de la sociedad que notablemente valoran a las mujeres por su cuerpo (Bustos, 2003).

La imagen corporal es casi siempre una representación subjetiva, ya que se evalúa respecto a ciertas normas de belleza y los roles que son impuestos por la sociedad (Bruchon – Schweitzer, 1992; citados el Bustos, 2003). Sería ingenuo pensar que todo esto se debe a que en los medios de comunicación existen evidencias de que los estímulos estéticos provocan respuestas diferentes en mujeres con anorexia nerviosa, que en mujeres sin este trastorno. Ello significa que la población enferma es especialmente sensible a estos estímulos que ayudarían a perpetuar el trastorno antes que generarlo. Los medios de comunicación no son por sí mismos quienes generan cambios en los estándares de belleza sino que parecen hacer eco de los cambios en los estereotipos culturales. No obstante su influencia no es neutral, difunden y rutinizan un rango muy estrecho de modelos corporales, se repite en ellos una constante asociación de determinados modelos corporales con símbolos de prestigio y promocionan la falsa idea de que podemos tener, con sólo proponérselo y esforzarnos, el cuerpo que queramos (www.ditca.net, 2006).

5.7 *Cultura y trastornos de la conducta alimentaria*

Una de las cuestiones con más atractivo y que más especulaciones han generado tiene que ver con el contexto cultural en que se producen estos trastornos. Si tuviéramos que subrayar dos elementos en nuestra cultura que parecen especialmente significativos en su relación con estos trastornos, citaríamos en primer lugar a la “delgadez como estereotipo de belleza, éxito y control personal” y, en segundo lugar, el papel de los medios de comunicación (www.ditca.net, 2006).

Su papel debe ser considerado como el de un factor más en la constelación de variables que intervienen en la puesta en marcha y/o en el mantenimiento de esas alteraciones. El que el peso de la cultura en que nos desenvolvemos es importante, viene avalado por una serie de datos. Tal vez el más demostrativo es el que pone de manifiesto la proliferación de síntomas de trastornos de conducta alimentaria y de temores a la obesidad entre las jóvenes de culturas más tolerantes con el peso, a medida que éstas se van occidentalizando. En este sentido nos hallamos inmersos en lo que podríamos llamar la “cultura de la belleza” en la que, lejos de primar los valores del individuo, el individuo es valioso en cuanto que da una buena imagen ante los demás. Parece no importar como somos y ser trascendental lo que aparentamos ser (www.ditca.net, 2006).

Esto parece ser el resultado de que desde jóvenes se está expuesto a imágenes de mujeres encantadoras en los medios impresos, en la televisión y el cine. El mensaje es sutil pero poderoso. Las mujeres atractivas están sonriendo, se ven felices, parecen exitosas y contentas. No cabe duda de que la forma en que cada sociedad determina lo que es bello, sigue siendo un misterio, sin embargo, es evidente que el mensaje que se desarrolla en cada sociedad es lo suficientemente fuerte y claro para que muchos, si no la mayoría de sus miembros, lleguen a creer que dicho mensaje es verdad. Resulta interesante que el mensaje que se elabora para las mujeres es más claro y más específico que el mensaje destinado a los hombres, ya que los hombres no cuentan con una apariencia específica a la cual se supone que deben ajustarse. De ellos no se espera que se vean como Tom Cruise, Mel Gibson, Arnold Schwarzenegger o un modelo destacado, y es muy probable que la mayoría de las personas no puedan ni siquiera nombrar un modelo masculino. A los hombres se les permite verse en muchas formas diferentes y aun así se les considera atractivos. Esto es, los estándares de atractivo para los hombres son menos restrictivos, por ejemplo, cuando el cabello de un hombre muestra canas, se ve “distinguido”. Además, es más aceptable que los hombres estén pasados de peso. De hecho, en nuestra sociedad se mira con desprecio a los hombres pequeños (Sherman y Thompson, 1999).

No obstante, las mujeres viven en un mundo diferente del de su contraparte masculino. Se supone que deben ajustarse a determinada apariencia. Ya el intento de adaptarse a ella es muy difícil, pero la apremiante situación de la mujer se complica más aún con el hecho de que el estilo cambia cada año más o menos. Tal es el caso de la apariencia muy delgada, aunque formas que recientemente ha dado paso al aspecto saludable, esbelto y musculoso. -Un aspecto como el de la modelo Elle Macpherson-, este nuevo tipo de cuerpo se acerca todavía más a la forma tradicional masculina –caderas y muslos pequeños, pero hombros anchos y un fuerte tronco-; en realidad estos dos tipos de cuerpo parecen negar y rechazar la forma física femenina natural (un cuerpo suave, más redondo, con caderas y muslos más grandes en

proporción con la parte superior del cuerpo). Al hacer esto, ¿puede decirse que nuestra cultura está promoviendo un valor antifemenino? Siendo así que los estándares de belleza son mucho más severos y restrictivos para las mujeres, por ejemplo, cuando el cabello de una mujer encanece, se ve “vieja” y como se espera que además sean delgadas, algunas veces, son discriminadas si están excedidas de peso (Sherman y Thompson, 1999).

Un ejemplo claro, actual e impactante apareció en una revista mexicana de gran difusión entre los jóvenes. En ella se presentaron los nombres de las 50 mujeres más bellas (abril 1997) y los de los 50 hombres más guapos (octubre, 1997), junto con sus pesos corporales y estaturas. Todos eran personajes del medio artístico, como cantantes, actrices, actores, modelos, etc. (Gómez Peresmitré et al., 2001).

Pero es interesante señalar que el énfasis en la esbeltez se ha dirigido cada vez más también hacia los varones. Como resultado, hay muchos hombres que ahora se someten a dieta y está aumentando el número de hombres que trota y hace ejercicio. Aparentemente, muchos hombres están usando estos mecanismos como medios para lidiar con su vida emocional pues, ya como se observa, se están volviendo más compulsivos (obligatorios o ritualistas) en relación con la dieta y el ejercicio. Es decir, se sienten culpables por alterar sus dietas y sienten la necesidad de compensarlo mediante el ayuno o el ejercicio. O por si alguna razón no pueden hacer ejercicio, se sienten culpables, deprimidos o ansiosos. Al igual que muchas mujeres, algunos hombres están utilizando la dieta, el peso y el ejercicio como distracciones para sus dificultades reales. Asimismo, como muchas mujeres, algunos hombres en realidad están compitiendo con otros hombres en un esfuerzo por estar más delgado que sus compañeros de ejercicio. Si continúan estas tendencias, en un futuro veremos más varones bulímicos (Sherman y Thompson, 1999).

Aunque, la excesiva preocupación por la imagen personal, que si bien ha hecho de la gordura un problema social, ha propiciado también que el cuerpo sea la máscara detrás de la cual miles de personas ocultan su verdadero yo, por lo que el tributo a la delgadez ha pasado a ser la nueva religión del milenio. El ascenso de los hedonismos contemporáneos encuentra su base y su fundamentación en una cultura regida por los designios de la imagen donde la apariencia importa más que los sentimientos (Soto, 2002) como resultado de un bombardeo continuo con mensajes acerca de que la belleza –con frecuencia sinónimo de esbeltez- es lo que realmente importa y que siempre se debe poner todo el empeño en verse tan bien como se pueda (Sherman y Thompson, 1999). Y como el cuerpo se lleva a todas partes, con diferentes ropajes y estados de ánimo y ante la imposibilidad de renunciar a las exigencias del mercado de las apariencias, tuvo que volverse, por fuerza, en algo decorativo, en algo agradable a la vista de los demás. Porque como el cuerpo sigue a las personas a donde quiera que vayan, y las personas quieren relucir y ser objetos de atención, pues no hay mejor forma que llevando un cuerpo de culto. Los cuerpos de culto son todos aquellos a los que la ropa ajustada les va bien (Soto, 2002).

El cuerpo llegó a ser el adorno más inmediato de la persona y la ropa se volvió una segunda piel. Y para mantenerlo como un museo en donde se recrearan los hedonismos contemporáneos, se hicieron necesarias tanto una nueva política como una nueva filosofía con orientación ecológica cuya finalidad fue la creación de un derecho incuestionable: el de cautivar y agradar, por lo que la administración de kilocalorías resultó ser indispensable.

Poseer un cuerpo decorativo, agradable a la vista de los demás. Ha sido la aspiración de millones de personas desde que los concursos de belleza crearon su modelito de 90 – 60 - 90. Lo bonito de la cara quedó relegado por las medidas del cuerpo. Y obviamente que los sentimientos y la inteligencia han perdido el peso específico que tenían. De esta manera, en las sociedades contemporáneas la estupidez, la superficialidad y el goce ganan terreno constantemente mientras que la afectividad, la inteligencia y la creatividad lo van perdiendo hasta no saber en dónde acomodarse (Soto, 2002).

En este sentido la disposición también puede reflejar la necesidad de cierto tipo de poder en lo que ha sido y continúa siendo un mundo de hombres. Tal vez algunas mujeres han visto la belleza como una forma indirecta de contar con una cantidad mínima de poder en una sociedad dominada por los hombres, en el cual se les otorga muy poco poder real; debido a que entre las mujeres existe una competitividad que, en parte, puede explicar su disposición a recurrir a medios incómodos o potencialmente dañinos a fin de ser atractivas. Esta competitividad puede estar relacionada con los muchos mensajes sobre esbeltez y belleza que reciben, así como con la necesidad de poder. La competencia entre mujeres se manifiesta en tal forma que si una mujer joven percibe a otra como más delgada, siente que debe hacer dieta y perder peso porque no está suficientemente flaca. Es casi como si no pudiera ser atractiva si la otra persona es más delgada. Esta competitividad cambia con las reglas acerca del atractivo, va un paso más allá “para ser atractiva tienes que ser flaca”, pues sugiere que sólo la más delgada puede ser atractiva (Sherman y Thompson, 1999).

También compiten por la atención masculina, sin embargo, cuando se les pregunta a los hombres por sus gustos, la mayoría responderá que no les agradan las mujeres que estén demasiado flacas. Las mujeres están malinterpretando el desagrado de los hombres por las mujeres gordas. La mayoría de las mujeres creen que a los hombres no les agradan (ni salen ni se casan con) las mujeres gordas. De hecho, cuando se les pregunta si les gustan las mujeres gordas, es probable que la mayoría diga “no” (aunque hay una minoría de hombres que se siente atraídos por mujeres obesas) (Sherman y Thompson, 1999).

Parece que es muy diferente lo que las mujeres y los hombres consideran como gordura. Incluso hombres más jóvenes, que están en los últimos años de la adolescencia y los primeros años de la veintena, parecen no querer que las mujeres sean tan delgadas como las mujeres piensan que necesitan ser. Una reciente encuesta Gallup, publicada en *American Health* (Britton, 1988; citado en Sherman y Thompson, 1999) indicaba que los hombres más jóvenes tienen preferencia por mujeres más delgadas. Sin embargo, la encuesta también indicaba que “aun cuando las mujeres piensan que a los hombres les gustan flacas, 65 % de los hombres dicen que la mujer ideal tiene un tipo promedio de cuerpo; sólo 18 % piensa que lo delgado es maravilloso”. Más específicamente, los hombres dijeron que les gustaban las mujeres con un “trasero lleno, caderas de un ancho mediano, cintura de tamaño pequeño a mediano y pechos de talla mediana” (Sherman y Thompson, 1999).

5.8 *La otra publicidad*

Los medios de comunicación, principalmente la televisión, las revistas y todo lo relacionado con la publicidad, han sido los principales promotores de este “ideal de delgadez”, reafirmando algunas de las ideas que se le atribuye a la gente delgada (Toro, 1996; Gómez

Peresmitre et al., 2001b; citados en Rodríguez, 2005). Este ideal que cuenta con mayor difusión en los medios de comunicación y en la sociedad, es el de la figura alta, delgada, de extremidades largas y delgadas, de cintura pequeña y busto abundante. Aunque sabemos que esta figura no corresponde a la constitución corporal de todas las personas, se recurre con frecuencia a diferentes estrategias con el propósito de obtenerlo: dietas, cirugías, ejercicios excesivos, etc.. Todo ello, con tal de poseer esa “figura ideal”. Este ideal de delgadez es representado por modelos, cantantes, actrices, etc., quienes constantemente están cuidando que su figura corresponda a esa silueta esperada. Las grandes compañías de ropa, artículos de belleza, productos para adelgazar, comestibles y bebidas “light”, y gimnasios, han sido principales promotores y beneficiados del ideal de delgadez, a partir del cual se han creado diferentes productos, por ejemplo, en el caso de la industria textil la introducción de las tallas “0” y “1”, a las cuales sólo tienen acceso aquellas mujeres que son excesivamente delgadas (Rodríguez, 2005)

Puesto que son tan poderosas las modelos y actrices esbeltas en transmitir mensajes, resultan igual de poderosos muchos anuncios de productos relacionados con dietas, control de peso o con el ejercicio. En años recientes, los anuncios en estas áreas han prosperado. Hace 10 años, los anuncios no habrían mencionado nada acerca de calorías. Ahora tenemos todo con etiquetas de “dieta” o *light*. Un anuncio que parece resumir el fin ridículo del medio continuo es el aliento (uno contra diez); de ahí se deduce que ese insignificante número de calorías es muy importante y debe tomarse en cuenta al comprar tales pastillas (Sherman y Thompson, 1999) (que en México llevan el nombre de “Tic tac” y fueron anunciadas por la cantante Paulina Rubio). Sin embargo, el mensaje no es la parte más desconcertante de este anuncio. Más bien, es que este anuncio se exhibe porque vende. Es decir, el público está comprando el producto y el *mensaje*. De no ser así, las agencias de publicidad no usarían este tipo de técnica (Sherman y Thompson, 1999).

Hamburg (1998; citado en Mc Phail, 2002), médico psiquiatra e investigador de la escuela de medicina de Harvard en EE.UU., especula sobre la publicidad como “normalizadora” de cuerpos irreales para estimular un deseo no satisfecho que mueve hacia el consumo. Lo anterior puede apoyar el incremento exponencial de las ganancias de la industria dietética que ha generado 33 billones de dólares según datos de finales de los noventa.

Pero gracias a esto, las dietas se han vuelto tan comunes que ahora se estima que, cada año, se gastan más de 33,000 millones de dólares en la industria promotora de reducción de peso (Wolf, 1991; citado en Sherman y Thompson, 1999). Como resultado de este creciente interés en las dietas, ha aumentado en modo importante en los últimos veinte años, el número de artículos y libros dedicados a las dietas. De forma similar, Garner et al. (1980; citados en Sherman y Thompson, 1999) encontraron 70 % más artículos sobre dietas en revistas para mujeres entre 1969 a 1978 que en los diez años anteriores. Esta tendencia se incrementó aún más drásticamente en los ochenta. Sin embargo, no sólo tenemos artículos en revistas, existen desde las extravagantes dietas de moda pasajeras promovidas en folletos de supermercados hasta libros de dieta en las listas de los libros de mayor venta. Hacer dietas se ha vuelto tan generalizado y popular que se está convirtiendo en norma (Sherman y Thompson, 1999).

Desafortunadamente, esta moda de las dietas ha conducido a muchas personas a experimentar con regímenes que no sólo no funcionan, sino que también pueden ser

potencialmente peligrosos o destructivos (Sherman y Thompson, 1999), como sucede con el uso de los productos “milagro” (como las marcas Genoma Lab, Biotanic, Naturezza, Innova Sistem, los dietéticos Astro Diet, Redrugrass, Slim Fast, Sin Hambre, píldoras Xennical, Fataché, Redulceltzer) para la reducción de peso que prometen maravillas, entre ellas bajar de talla en un mes y los cuales son publicitados en infomerciales televisivos hasta el cansancio. Héctor Bolaños (citado en Zárate, 2005), Director Ejecutivo de la Asociación de Fabricantes de Medicamentos de Libre Acceso (AFAMELA), señaló que “los productos denominados popularmente como milagro, constituyen un fraude a la salud, ya que al exagerar sus propiedades y posibles beneficios engañan al consumidor o paciente” (Zárate, 2005 p. 26).

Los resultados del análisis de 132 números de una revista de gran difusión en EUA (Guillén y Barr, 1994; citados en Gómez Peresmitré, Pineda, L' Esperance, Hernández, Platas y León, 2002) realizados de 1970 a 1990, promueve en mayor medida: pérdida de peso mediante el recuento de calorías; los alimentos se clasifican en “buenos” y “malos”, y se recomienda ingerir menos de 1200 kcal. por día. En los artículos más importantes se enfatiza el nivel de atracción física y la quema de calorías con mayor frecuencia que la salud. Sin embargo, menos del 25 % de los números revisados daban importancia a la nutrición (Guillén y Barr, 1994; citados en Gómez Peresmitré et al., 2002).

Los mensajes, ya sean implícitos o explícitos, que promueven o hacen más atractiva la esbeltez tienen tendencia a aumentar el riesgo de bulimia, al menos para ciertos grupos de mujeres. Los medios visuales desempeñan un papel integral en este aspecto, debido a que los mensajes acerca de la esbeltez se comunican tanto en términos de productos como de las modelos que se emplean para venderlos (Sherman y Thompson, 1999).

Esto lleva a que las características valoradas en diferentes temáticas publicitarias por las mujeres sean: la belleza, el estatus, la juventud, etc.. La influencia ejercida por los medios de comunicación no se da en forma coercitiva, sino de una manera de “dominación pacífica”, en donde cabe la posibilidad de buscar ampliar el conocimiento acerca de algo. Pero como la decodificación de mensajes no es automática, se requiere entonces de un análisis crítico, considerándose a los receptores, individuos activos dentro del proceso de recepción, procesamiento y transformación de la información (Bustos, 2001a; citada en Rodríguez, 2005). El modelo de figura ideal ha sido adoptado por la sociedad, de tal manera que lo aceptamos como ideal de belleza, donde esta incorporación ha sido adoptado no sólo por mujeres de edad adulta, sino incluso por las niñas de 5 o 6 años. Por lo tanto, se piensa que la promoción del ideal de delgadez es una de las principales influencias en el desarrollo de los trastornos alimentarios (Shisslak et al., 2000; citado en Rodríguez, 2005).

Muchas niñas prepúberes y adolescentes, así como mujeres jóvenes disfrutan, usan y consumen esos productos debido a la influencia de los medios masivos, por lo que es necesario poner atención en los procesos psicológicos involucrados en la motivación para el uso de los medios, y la extracción de mensajes y temas del contenido manejado por los mismos (Levine, Piran y Stoddard, 1999; citados en Rodríguez, 2005), ya que los niños y adolescentes pueden cambiar sus conocimientos, creencias, actitudes y conductas relacionadas con la salud cuando se les guía a considerar ciertas preguntas básicas que facilitan “la comprensión del intento persuasivo” y la reducción del “realismo percibido” de los anuncios en los medios.

Si miramos en retrospectiva a las mujeres desnudas tratadas en las obras de arte de los pintores del Renacimiento, vemos a la mujer con una figura llena (tal vez obesa según los estándares actuales) como el ideal de belleza femenina. Ya en fechas más recientes, en los años cincuenta, vemos mujeres como Jayne Mansfield y Marilyn Monroe como diosas del sexo, y como poseedoras de la figura femenina ideal. Estas mujeres eran mucho más llenas que las modelos de hoy. Cuando en los años sesenta Twiggy ocupó la atención del público, todo el mundo se quedó consternado ante lo delgada que era. Ahora esa misma apariencia se ha convertido en algo común y deseable (Sherman y Thompson, 1999); aunque últimamente hemos visto el arribo a la televisión de mujeres más naturales y reales (Lazo, 2005) con tallas y figuras más “normales”, la mayor parte de las modelos que se han exhibido en los últimos veinte años han sido significativamente más delgadas que la mujer promedio. En algunos casos, han sido tan delgadas que adoptan una apariencia prepuberal, sin forma y en ocasiones anoréxica (Sherman y Thompson, 1999), por lo que el estereotipo de la perfección esquelética empezó a relacionarse con la enfermedad de la misma forma en que algún momento a ésta se le relacionó con la gordura (Lazo, 2005). Esta apariencia ha sido tan generalizada y predominante en los círculos de modelaje y publicidad en años recientes que es fácil pasar por alto lo delgadas que se han vuelto estas modelos (Sherman y Thompson, 1999).

Aún cuando la mayoría de estas modelos no son representativas, en forma alguna, de la mujer típica físicamente madura, no obstante se ha convertido en estándares mediante los cuales las mujeres se evalúan a sí mismas y, que en muchos casos, no pueden alcanzar. La falta de representatividad de estas modelos para las mujeres maduras se debe a varios factores. Primero, pueden ser parte de un 5 % de mujeres “afortunadas” que están en condiciones de conservar una figura esbelta (debido principalmente a factores genéticos) sin recurrir a métodos, como privarse del alimento o purgarse. Segundo, en realidad puede tratarse de adolescentes prepuberales. En ellas todavía tiene que presentarse su ciclo menstrual y no han desarrollado una forma o figura madura –carecen de pechos, caderas o curvas-. Tercero, con frecuencia se les hace lucir más “perfectas” de lo que son en realidad gracias al uso de maquillaje y técnicas fotográficas como peinados artificiales y retoques. Y finalmente, puede tratarse de mujeres anoréxicas o bulímicas. Como grupo, las modelos presentan una frecuencia significativamente más alta de trastornos alimentarios (Sherman y Thompson, 1999).

Pero actualmente, la industria voltea cada vez con mayor insistencia a las mujeres de la vida real, un poco rellenitas. Las féminas hoy piden pluralidad en la complexión corporal, no en un estereotipo artificial invocado por la mayoría de los medios de comunicación (revistas, radio, televisión, cine) (Bienvenidas, 2005). Debido a que el gran problema es que la mayoría de las mujeres no son, ni serán nunca, tan delgadas como las imágenes que se presentan como deseables en nuestra sociedad. Los requisitos mínimos para la clase de modelo que aparecen en vallas publicitarias es una altura de un metro setenta y tres y una aproximadamente talla 5, la cual jamás será alcanzada por la inmensa mayoría de las mujeres, para empezar, porque la altura y las proporciones de una mujer están en gran medida determinadas genéticamente, lo mismo que su peso; eso no quiere decir que no haya variaciones considerables provocadas por influencias medioambientales. Por ejemplo, con una mejor nutrición, las mujeres son más altas, tienen pies más grandes, maduran antes físicamente y pesan más que nunca. El triste resultado es que muchas mujeres sienten que no son aceptadas porque nunca tendrán la forma corporal que nuestra cultura les exige. Las anoréxicas y las bulímicas están entre las que

todavía no han aprendido a aceptarse, sean cuales sean los dictados de la cultura (Buckroyd, 2001).

En México, “el 70% de las mexicanas considera que los atributos y los cuerpos de la belleza femenina se han vuelto muy limitados en el mundo de hoy”. De acuerdo con un estudio realizado para Dove por el instituto independiente de análisis de mercado StrategyOne, cuatro de cada diez mujeres mexicanas, en promedio, se sienten mal consigo misma cuando mira mujeres bonitas en las revistas. En cambio, sólo dos de cada diez francesas tienen un sentimiento similar. Por tal motivo Dove ha emprendido una sorprendente campaña que busca someter a debate los estereotipos de belleza. Y tal vez cansados de “la belleza perfecta” que ha traído graves consecuencias de salud a muchas mujeres, cada vez hay más empresas u organismos que apuestan a la belleza natural, real y la de las curvilíneas (Negocio redondo, 2005).

Pocas han sido las empresas que se han preocupado por el bienestar de los consumidores, o más bien de los individuos, como pocas empresas los denominan y en particular de la mujer. A principios de los 80’s una compañía que marco la diferencia: Benetton, hoy Colores Unidos de Benetton, la cual rompió con los cánones establecidos en la publicidad artificial. Su filosofía basada en la creencia de Luciano Benetton, quien tenía claro que “la comunicación no debía ser comisionada a alguien externo de la compañía, sino concebida desde el interior de su corazón”. Con esta teoría nace la estrategia de publicidad de una marca que ha apuntado por más de 20 años a capitalizar la imagen. Una compañía que enfatiza el valor y elige crearlo, no está ya más comunicándose con el consumidor sino con el individuo (Bienvenidas, 2005).

Sin embargo, es ineludible que tanto en la televisión estadounidense como en la mexicana, se sigue manejando un estándar de belleza que discrimina la gordura. Basta ver a las protagonistas de las telenovelas mexicanas o a las actrices principales de las series más exitosas de Estados Unidos, para darnos cuenta que la esbeltez es lo que sigue vendiendo. Más bien son los extremos lo que empieza a volverse chocante en la televisión. Quizás el regreso de las “gordas” es solo un estratagema de mercadotecnia, un intento más de ser políticamente correctos, otro invento de los medio (Lazo, 2005).

5.9 Estrategias informativas y preventivas

Steiner – Adair y Purcell (1999; citados en Rodríguez, 2005) mencionan que es posible preparar a los alumnos en el sentido de que tengan un pensamiento crítico acerca de los mensajes y formas presentadas en los medios masivos. Ellas implementaron un programa que se llevó a cabo con niños de tercer grado, en el cual los niños realizaron un noticiero escolar, reto ante el cual debían elegir las noticias más relevantes. El noticiero escolar se comparó con uno transmitido por televisión y los niños comparaban contenidos, tiempos y comerciales durante el programa. A través de este análisis, se encontró que las niñas identificaron que al ver ciertos programas de televisión se crea un contexto de desarrollo temprano, en el cual se enseña a las niñas que es importante cultivar ciertas habilidades para cambiar sus cuerpos y desarrollar ciertos roles en pos de ser en un futuro atractivas, lo cual generó molestias entre las niñas (Rodríguez, 2005).

También empleando el análisis de los mensajes promovidos en los medios, un proyecto denominado *GO GIRLS! Project* aplicado en adolescentes que cursaban la secundaria, demostró tener impacto. Por medio de este programa se ha intentado comprender las relaciones entre la promoción de ideal de mujer por parte de los medios, el negocio de la mercadotecnia y los efectos negativos resultantes sobre la imagen corporal y el cuerpo de muchas mujeres. En este sentido, se enfatiza en que este tipo de programas pueden ayudar a las adolescentes a: 1) desarrollar habilidades de análisis y crítica sobre feminidad y belleza, 2) retar el ideal de delgadez y reducir los atributos irreales hacia la delgadez, 3) procurar un cuerpo más saludable, 4) tener mayor autoconfianza y autonomía, 5) mejorar habilidades de comunicación y 6) aprender a usar la publicidad de los medios masivos para la promoción de hábitos saludables. La intervención mediante programas de prevención primaria durante la educación básica, permite que éstos actúen antes de que se presenten patrones alimentarios indeseables o dañinos. De esta forma, se logra que los niños pasen por los periodos de intensos cambios biológicos y psicológicos de manera más saludable (Levine et al., 1999; citados en Rodríguez, 2005).

La Asociación Médica de Gran Bretaña (BMA) conjuntamente con el Ministerio de Ciencia y Educación, enfatizan en su informe de mayo de 2000, la urgente necesidad de presentar más opciones de imágenes corporales en la televisión, la publicidad y en las revistas de moda y a reducir el número de modelos con extrema delgadez. Recomiendan que los medios deben proveer a niños y jóvenes con las habilidades y la información para resistir los mensajes mediáticos de perfección corporal, crear conciencia y convencer a las personas que busquen ayuda y consejo, así como proporcionar datos sobre lugares en donde pueden acudir para obtenerlos (Mc Phail, 2002).

De acuerdo con lo anterior en abril de 1998, se transmitió por la ITV británica una telenovela sobre una joven bulímica cuyo guión fue revisado por la Asociación Británica de Trastornos Alimentarios. Había preocupación sobre la ansiedad que podría provocar entre el público el tratamiento del tema y se tomó la decisión de mostrar los teléfonos de ayuda que proporciona la ABTA al final de cada emisión. La asociación proporcionó más líneas de apoyo e información durante la emisión de dicha telenovela. Los resultados fueron sorprendentes, ya que se recibieron casi 10 mil llamadas a lo largo de tres semanas (Mc Phail, 2002).

En 1999, se transmitió una historia televisiva por la BBC sobre una mujer joven que al principio de su carrera como modelo fue inducida al vómito como medio de control de peso. Después de una lluvia de llamadas y correos electrónicos recibidos, la BBC conjuntamente con la ABTA construyó un sitio especial en la red que contenía información y fuentes de ayuda para personas preocupadas por el tema, su salud, su familia y sus amigos. Una vez más la BBC mostró los números telefónicos al final de los episodios siguientes y como consecuencia, aumentó importantemente el número de llamadas (Mc Phail, 2002).

Los noticieros presentan un reto para los trastornos alimentarios, ya que en caso de la muerte de celebridades han podido discutirse en los medios y esto ha logrado que se acerquen las personas con dudas y temores. Por ejemplo la muerte de la princesa Diana de Gales, quien había reconocido su problema de bulimia y en vida apoyaba a la ABTA, generó un número importante de llamadas buscando información y apoyo (Mc Phail, 2002).

En la Cumbre sobre la Imagen Corporal, realizada por la Asociación Británica sobre Trastornos Alimentarios (EDA) en junio del 2000, en Londres, Inglaterra, se dieron a conocer dos iniciativas emanadas de esa Cumbre: 1) la promoción de un código autorregulatorio para las revistas femeninas con el fin de evitar la contratación de modelos delgadas con “apariencia poco saludable” y agencias de modelos en “lista negra” que las proveen y 2) un plan de acción para que la Comisión de Normatividad de los Medios Masivos de Comunicación inicie un monitoreo de las tallas de mujeres que aparecen en la televisión, con el objeto de evaluar si se representa la diversidad de mujeres (Bustos, 2003).

En México, es urgente incidir en las políticas públicas, a fin de que se incorpore la problemática medios - imagen corporal - trastornos alimentarios, con objeto de incidir directamente en los medios, por otra parte, orientar esfuerzos en programas con perspectiva de género para formar audiencias críticas hacia los medios de comunicación (Bustos, 2003).



CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA

6.1 Justificación

El Cuestionario de Influencias del Modelo Estético - Corporal (CIMEC 40) (Toro, Salamero & Martínez, 1994) fue diseñado para intentar medir la influencia de los agentes y situaciones que transmite el modelo estético actual (Vázquez, Álvarez y Mancilla, 2000). Toro et al. (1994), llevaron a cabo la validación de dicho instrumento en 118 jóvenes españolas, de las cuales 59 eran anoréxicas y 59 controles, ambos grupos fueron igualados en cuanto a edad y clase social. En dicha validación se encontró que la versión CIMEC 40, conformada por 40 variables directos que exploran la ansiedad por la imagen corporal, la influencia de los modelos sociales y la influencia de las situaciones sociales, contaba con una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.93$); sin embargo, de los 40 variables disponibles se aislaron 26 de ellos, los cuales eran estadísticamente significativos ($p < 0.005$), por medio del análisis factorial por el método de componentes principales, estas variables constituyeron el cuestionario CIMEC 26. El análisis del contenido de estos 26 variables, con altas cargas en cada factor, permite identificar a cada variable en uno de los siguientes factores:

- 1) Malestar por la imagen corporal (IC)
- 2) Influencia de la publicidad
- 3) Influencia de mensajes verbales
- 4) Influencia de los modelos sociales
- 5) Influencia de las situaciones sociales

Los 5 factores del CIMEC 26 tienen eigenvalues > 1 y una adecuada consistencia interna ($\alpha = 0.94$), así como una apropiada sensibilidad y especificidad, por lo que podría servir como un instrumento de criba o tamizaje debido a su relación con la anorexia nerviosa y las influencias socioculturales, ya que ambos cuestionarios (CIMEC 40 y CIMEC 26) determinaron significativamente diferencias entre el grupo de anoréxicas y el de control (Vázquez et al., 2000).

Posteriormente Vázquez et al. (2000), evaluaron el estatus psicométrico del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético - Corporal (CIMEC 40) en población mexicana, aplicándolo a una población de 1001 mujeres estudiantes de bachillerato y de carrera universitaria en instituciones públicas y privadas, con un rango de edad de 14 a 33 años. Los resultados obtenidos de la investigación fueron una excelente consistencia interna ($\alpha = 0.94$), semejante a la señalada por Toro y cols. (1994; citado por Vázquez et al., 2000) y quedó conformado por 4 factores (el **factor 1**, compuesto por 14 preguntas que pueden ser identificadas como *Influencia de la Publicidad*; el **factor 2**, que contiene 10 preguntas y fue llamado *Malestar por la Imagen Corporal y Conductas para reducir el Peso*; el **factor 3**, con 6 preguntas relacionadas con la *Influencia de los Modelos Sociales* y el **factor 4**, que contiene 5 preguntas acerca de las *Relaciones Sociales*); con lo anterior se puede concluir que, el CIMEC 40 es un cuestionario confiable para evaluar la influencia de los modelos estéticos corporales en la población comunitaria mexicana por medio de algunos medios específicos: la publicidad, los modelos sociales y las situaciones sociales.

Por otro lado, se realizó un estudio en donde se utilizó un cuestionario que explora conductas alimentarias normales y anómalas, denominado Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA), cuyo objetivo fue explorar la relación

entre conducta alimentaria y obesidad, comparando estas variables en una muestra de adolescentes hombres y mujeres, con diferente peso corporal. Trabajaron con un diseño de 4 grupos con observaciones independientes y con una muestra no probabilística (N = 222) constituida por adolescentes hombres (N = 124) y mujeres (N = 98), con una edad promedio de 16.96 y una desviación estándar 2.21 respectivamente. Los grupos quedaron formados de la siguiente manera: peso por abajo del normal (Gpo. pan. = 52); peso normal (Gpo. pn = 52); sobrepeso (Gpo. sp = 52) y obesidad (Gpo. ob. = 66). Los resultados obtenidos en este estudio mostraron que en las mujeres había una relación clara y directa entre la variable obesidad y conducta alimentaria compulsiva; entre los hombres se encontró un factor compuesto por variables compensatorias, y un factor común a hombres y mujeres que involucra variables que miden preocupación por el peso y la comida (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998).

Con base en lo anterior, se consideró importante realizar la validación y confiabilización del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético - Corporal (CIMEC 52) y de la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F), en una población de púberes (9 - 11), preadolescentes (12 - 13 años) y adolescentes sanas (14 - 16 años), debido a que después de buscar información al respecto no hemos encontrado que en México se halla realizado alguna validación en este tipo de población. Por tal razón se consideró importante contar con un instrumento que evalúe que tanto influyen los modelos estéticos corporales en una población más joven, ya que se ha encontrado que es muy útil para ver la influencia de los medios de comunicación en los preadolescentes y adolescentes. Esto permitiría detectar desde una edad más temprana dicha influencia, y así poder crear programas preventivos y/o audiencias más críticas hacia la información que reciben cotidianamente del medio en el que se desenvuelven.

6.2 *Objetivos de investigación*

Obtener la validez y la confiabilidad del Cuestionario de Influencias del Modelos Estético - Corporales (CIMEC 52) en una muestra de mujeres púberes, preadolescentes y en adolescencia temprana.

Obtener la validez y la confiabilidad de la Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F) en una muestra de mujeres púberes, preadolescentes y en adolescencia temprana.

6.3 *Objetivos específicos*

Obtener la validez de constructo, la validez predictiva y la confiabilidad del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético - Corporal (CIMEC 52).

Obtener la validez de constructo, la validez predictiva y la confiabilidad de la Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F).

6.4 Método

6.4.1 Muestra

Se trabajó con una muestra de carácter no probabilístico con una $N = 1669$, tomando en cuenta los requerimientos exigidos por el análisis estadístico correspondiente, el cual determina que la muestra se obtiene multiplicando el número de variables (R) y de opciones (O) del instrumento por una constante $K = 10$ (ROK).

6.4.2 Participantes

Mujeres sanas púberes, preadolescentes y en adolescencia temprana, de nacionalidad mexicana, con un rango de edad entre los 9 y 16 años de edad, de escuelas públicas y privadas del D.F., que aceptaron participar en la investigación.

6.4.3 Criterios de selección

Los criterios de selección fueron los siguientes: púberes, preadolescentes y adolescentes mujeres, con edades comprendidas entre los 9 y 16 años, estudiando el 5º y 6º grado de primaria y 1º, 2º y 3º de secundaria, de escuelas públicas y privadas.

6.4.4 Control de la varianza de error

Se controló el género, sólo mujeres menores de 9 años y/o mayores de 16 años, que no fueran analfabetas, que estuvieran estudiando, que no se encontraran trabajando, que no presentaran defectos físicos notorios o padecieran enfermedades crónicas que pudieran estar vinculadas al desarrollo de trastornos alimentarios, así como problemas de salud que pudieran afectar las respuestas de las participantes. Los cuestionarios que en su mayor parte no fueron contestados tuvieron que ser eliminados.

6.5 Instrumento y aparatos

En esta investigación se validó: 1) el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético – Corporal (CIMEC 52) basado en el CIMEC 40 (Toro et al., 1994) (Ver Anexo 2), diseñado para intentar medir la influencia de los agentes y situaciones que transmite el modelo actual y validado en una muestra de mujeres españolas de 14 a 24 años de edad, el cual mostró tener una consistencia interna de 0.93, una sensibilidad de 81 % y una especificidad de 56 %. Los autores realizaron una comparación entre una muestra de 59 mujeres diagnosticadas como anoréxicas y 59 controles, de la misma edad y clase social. Comparando ambos grupos, los autores encontraron diferencias altamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por ambos grupos.

En la presente investigación se validó la última versión del CIMEC, el cuál consta de 52 variables. Las respuestas se clasificaron de acuerdo a la escala de 3 puntos, en donde: a) Si siempre, equivale a una puntuación de 2; b) Si a veces, equivale a una puntuación de 1 y c) No nunca, equivale a una puntuación de 0. Obteniendo 0 como puntuación mínima y 80 como puntuación máxima.

Los 5 factores del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético - Corporal (CIMEC) definidos por Toro et al. (1994), son los siguientes:

1) Malestar por la Imagen Corporal (IC):

Definición conceptual: Incluye todos aquellos variables que se refieren a la ansiedad al enfrentarse a situaciones que cuestionan el propio cuerpo o que propician el deseo de igualarse a los modelos sociales de delgadez. Este mismo factor incluye la practica de restringir los alimentos por el propio sujeto.

Definición operacional: Definida por la respuesta a las preguntas 2, 4, 5, 11, 13, 16, 17, 18, 20, 22, 25, 29, 30, 31, 36, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49 y 51 de acuerdo a la escala de 3 puntos, en donde: a) Sí siempre, b) Sí a veces y c) No nunca.

2) Influencia de la publicidad:

Definición conceptual: Incluye 9 variables referentes al interés que despierta la publicidad hacia los productos adelgazantes.

Definición operacional: Definida por la respuesta a las preguntas 6, 8, 9, 15, 21, 28, 33, 35, 38 y 44 de acuerdo a la escala de 3 puntos, en donde: a) Sí siempre, b) Sí a veces y c) No nunca.

3) Influencia de mensajes verbales:

Definición conceptual: Se refiere al interés que suscitan los artículos, reportajes, libros y conversaciones relacionados con el adelgazamiento.

Definición operacional: Definida por la respuesta a las preguntas 7, 10, 14, 19, 23, 26 y 32 de acuerdo a la escala de 3 puntos, en donde: a) Sí siempre, b) Sí a veces y c) No nunca.

4) Influencia de los modelos sociales:

Definición conceptual: Se refiere al interés que despiertan los cuerpos de las actrices, las modelos de pasarela y de las transeúntes.

Definición operacional: Definida por la respuesta a las preguntas 1, 12, 24, 27, 37 y 51 de acuerdo a la escala de 3 puntos, en donde: a) Sí siempre, b) Sí a veces y c) No nunca.

5) Influencia de las situaciones sociales:

Definición conceptual: Incluye todos aquellos variables referentes a la presión social subjetiva experimentada en situaciones alimentarias y a la aceptación social atribuida a la delgadez.

Definición operacional: Definida por la respuesta a las preguntas 3, 34, 39, 40, 50 y 52 de acuerdo a la escala de 3 puntos, en donde: a) Sí siempre, b) Sí a veces y c) No nunca.

2) También se validó la Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F) (Ver Anexo 2). La versión original del EFRATA, estaba compuesta originalmente por 75 variables y está validada en muestras de adolescentes, de donde se obtuvo que la versión del EFRATA para mujeres estaba compuesta por 9 factores, con eigenvalues > 1; agrupando 49 variables con 5 opciones de respuesta cada uno y con coeficientes alpha de 0.63 a 0.89. La versión para hombres, quedó compuesta por 8 factores, con eigenvalues > 1; agrupando 51 variables con 5 opciones de respuesta y con coeficientes alpha de 0.63 a 0.89. La Escala original explica el 61 % de la varianza total (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998).

En otra investigación más reciente, también realizada por Gómez Peresmitré (1999; citado en García, 2002) se validó nuevamente la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios, pero con una muestra mayor (N = 1494 sujetos hombres adolescentes), a la cual se le aplicó un análisis factorial de componentes principales y una rotación varimax que convergió en 15 iteraciones, para extraer 16 factores que explicaban el 55.9 % de la varianza. En este análisis se descartaron 5 factores por no cumplir con los criterios, por lo que el modelo final quedó con 11 factores, los cuales explican el 48.5 % de la varianza, la escala total obtuvo un alpha de 0.8660. Cada variable tiene cinco opciones de respuesta (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre), a las opciones de respuesta se les asigna un valor numérico del uno al cinco; de tal manera, que los puntajes más altos indican mayor presencia de problema en la conducta alimentaria, por consiguiente un puntaje bajo implica menor problema (García, 2002).

En la presente investigación se validaron cuatro Factores del EFRATA (Escala E y F), los cuales se mencionan a continuación:

Factor 1 Conducta alimentaria Compulsiva		
	Variables	Carga Factorial
	Paso por períodos en los que como en exceso	.43929
E31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	.46365
F1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	.72085
F2	Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.79064
F3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	.74727

F4	No soy consciente de cuanto como	.66033
F5	Siento que no puedo parar de comer	.80983
F6	Como sin medida	.79753
F7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.62831
F8	Difícilmente pierdo el apetito	.40022
F14	Soy de los que se hartan (se llenan) de comida	.52215
F20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.65582
F21	Me avergüenzo de comer tanto	.58300
F23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	.45587
Eigenvalue = 12.4 Varianza explicada = 16.5% alpha = 0.9051		

Factor 2 Preocupación por el peso y la comida		
Variables		Carga Factorial
E11	Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
E13	Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	.59484
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores"	.64573
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68226
E25	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.41013
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	.71942
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.49265
F18	Soy de los que se preocupan constantemente por la comida	.55815
F22	Me deprimó cuando como de más	.48531
Eigenvalue = 5.52 Varianza explicada = 7.4% alpha = 0.8242		

Factor 3 Conducta alimentaria normal		
Variables		Carga Factorial
E5	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74462
E15	Como lo que es bueno para mi salud	.73346
E17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.71196
E20	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	.73420
E21	Como con moderación	.45378
E28	Procuro comer verduras	.71369
E29	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61685
Eigenvalue = 4.39 Varianza explicada = 5.9% alpha = 0.6944		

Factor 6 Dieta Crónica y Restrictiva		
Variables		Carga Factorial
E10	Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
F9	Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	.48691

F11	Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.46423
F12	Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar	.41047
F15	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	.59416
F16	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas	.62004
F17	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
F19	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706
Eigenvalue = 1.93 Varianza explicada = 2.6% alpha = 0.8136		

3) El Instrumento completo se compone además del CIMEC 52 y del EFRATA (escalas E y F), de variables sociodemográficas tales como:

- 1) Sexo
- 2) Edad
- 3) Escolaridad
- 4) Estado civil de los padres
- 5) Escolaridad de los padres
- 6) Ocupación de los padres
- 7) Número de hermanos
- 8) Lugar que ocupa entre los hermanos
- 9) Clase social a la que pertenecen
- 10) Personas que viven bajo el mismo techo

4) De variables de nutrición y salud como:

- 1) Si tienen familiares en tratamiento psicológico o psiquiátrico
- 2) Si tienen familiares diagnosticados con TCA's
- 3) Si ha recibido tratamiento psicológico o psiquiátrico
- 4) Si presentaron sobrepeso en la infancia
- 5) Edad de la menarca
- 6) Presencia o ausencia de la menarca
- 7) Problemas con la comida
- 8) Características en su apetito
- 9) Edad de la 1ª dieta
- 10) Características del seguimiento de la dieta
- 11) Percepción de la imagen corporal

5) Y de dos subescalas que exploran:

- a) *Partes corporales*: que contiene 12 conceptos (cara, cuerpo, estatura, etc.) con 5 intervalos de respuesta (que va de muy pequeño a muy grande).

- b) *Situaciones sociales*: a las que se enfrentan constantemente, que contiene 9 situaciones (critican tu estatura, critican tu peso corporal, etc.) con 6 intervalos de respuesta (personas que las critican).

6) Los aparatos utilizados en esta investigación son:

- o Estadímetro de madera para obtener la talla en metros.
- o Báscula electrónica de marca Excell, peso - persona de 300 Kg. con una precisión de 50 grs., para obtener el peso de los sujetos en kgs..

Las medidas utilizadas son las propuestas por el Sistema Métrico Decimal.

7) Otros materiales empleados fueron:

- La hoja de respuestas
- Lápices con goma.

6.6 *Procedimiento*

1.- Se pidió a las escuelas primarias y secundarias públicas y privadas, su consentimiento para llevar a cabo la investigación.

2.- Se pidió a las alumnas de 5° y 6° de primaria y de 1°, 2° y 3° de secundaria, su participación en la investigación sobre alimentación y salud, realizada por la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

3.- A las participantes, se les informó que podían negarse a contestar el cuestionario, retirarse en el momento que gustaran y que toda información dada sería tratada confidencialmente, ya que se seguiría un manejo estadístico y no un manejo personal de los datos. También se les preguntó si no tenían alguna duda acerca de lo anterior.

4.- Una vez obtenido el consentimiento de la escuela y de las participantes, se realizó inmediatamente la aplicación del Cuestionario.

6.7 *Análisis de datos*

Para la obtención de la validez de constructo, se aplicó un análisis Factorial por el método de Componentes Principales y rotación VARIMAX. Para efectos de la validez discriminante, se aplicó un análisis Multivariado Discriminante y para la validez predictiva, se aplicó un análisis de Regresión Múltiple mediante el método Entered, el cual nos proporcionó el modelo de análisis de Relaciones y Pesos, para analizar y explicar las variables de estudio. Para la confiabilidad, se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach. También se describieron los datos con tablas y figuras para facilitar el análisis, exposición y comprensión de los datos.

6.7.1 Validez

La validez es la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas en el sentido y grado en que un instrumento mida realmente los rasgos de la variable que se pretenden medir (Torres, 2001; Hernández, Fernández y Baptista, 2000). La validez es tradicionalmente estimada por un coeficiente de correlación, llamado coeficiente de validez, el cual indica la relación que hay entre los datos obtenidos con el test y los datos que usamos (Torres, 2001).

Existen diferentes tipos de validez, los cuales son:

- a) Validez de contenido: Se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide. Es el grado en que la medición representa el concepto medido (Bohrstedt, 1976; citado en Hernández et al., 2000), es decir, la representatividad o la adecuación de muestreo del contenido –la sustancia, la materia, el tema- de un instrumento de medición (Kerlinger y Lee, 2001).
- b) Validez de criterio: Establece la validez de un instrumento de medición comparándolo con algún criterio externo. Este criterio es un estándar con que se juzga la validez del instrumento (Wiersma 1986; citado en Hernández et al., 2000) ya que se estudia al comparar las puntuaciones de una prueba o escala con una o más variables, o criterios que se sabe o se considera que miden el atributo que se estudia (Kerlinger y Lee, 2001). Entre más se relacionen los resultados del instrumento de medición con el criterio, la validez de criterio será mayor (Hernández et al., 2000).

Un tipo de validez relacionada con el criterio es la llamada *validez predictiva*, este tipo de validez involucra el uso de desempeños de criterios futuros (Kerlinger y Lee, 2001), es decir, se fija en el futuro (Hernández et al., 2000). El otro tipo es la *validez concurrente*, que difiere de la predictiva, en la dimensión del tiempo, ya que mide el criterio casi al mismo tiempo (Kerlinger y Lee, 2001), es decir, los resultados de los instrumentos se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo (Hernández et al., 2000).

- c) Validez de constructo: Se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con hipótesis derivadas teóricamente y que conciernen a los conceptos (o constructos) que están siendo medidos. Un *constructo* es una variable medida que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico. El proceso de validación de un constructo está vinculado con la teoría. No es posible llevar a cabo la validación de constructo, a menos que existe un marco teórico que soporte a la variable en relación con otras variables (Hernández et al., 2000).

6.7.2 Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de medición que se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández et al., 2000), es

decir, se remide el mismo conjunto de objetos una y otra vez, con el mismo instrumento de medición o uno comparable, esto implica una definición de confiabilidad en términos de estabilidad, fiabilidad y predictibilidad (Kerlinger y Lee, 2001). La confiabilidad puede definirse entonces, como la proporción entre la varianza verdadera y la varianza total, que obtiene un valor numérico de la proporción entre la varianza de la distribución de los puntajes verdaderos y la varianza de la distribución de los puntajes obtenidos en los test (Torres, 2001).

La confiabilidad varía de acuerdo con el número de items que incluya el instrumento de medición, por lo que mientras mayor sea el número de items, mayor será la confiabilidad (Hernández et al., 2000). Existen varios métodos para determinar la confiabilidad, estos son: *medidas de estabilidad* (confiabilidad por test – retest), *método de formas alternativas o paralelas*, *método de mitades partidas*, *coeficiente alpha de Cronbach* y *coeficiente KR – 20* (Hernández et al., 2000).

6.7.2.1 *Alpha de cronbach*

Este coeficiente desarrollado por J. L. Cronbach (Hernández et al., 2000), es un coeficiente de confiabilidad, que se refiere a una medición de un conjunto de items (o variables) que mide un constructo unidimensional (SPSS FAQ; citado en www.ats.ucla.edu), el cual requiere una sola administración del instrumento de medición y produce valores posibles entre 0 y 1. Su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a las variables del instrumento de medición, simplemente se aplica la medición y se calcula el coeficiente (Hernández et al., 2000). El alpha de Cronbach, puede describirse como una función entre el número de variables del test y el promedio de intercorrelación entre estos (SPSS FAQ; citado en www.ats.ucla.edu).

6.7.3 *Análisis factorial*

Es un método estadístico multivariado para determinar el número y naturaleza de un grupo de constructos subyacentes en un conjunto de medición (Hernández et al., 2000). Su propósito fundamental es ayudar al investigador a descubrir e identificar las unidades o dimensiones (Kerlinger y Lee, 2001) que este análisis genera, llamadas “variables artificiales” (denominadas factores), que subyacen a muchas medidas y que representan constructos (Hernández et al., 2000; Kerlinger y Lee, 2001). Los factores se obtienen de los valores originales y deben ser interpretados de acuerdo con estos. Como menciona Naghi (1984; citado en Hernández et al., 2000), es una técnica para explicar un fenómeno complejo en función de unas cuantas variables.

El análisis factorial también proporciona la varianza explicada y es sumamente útil para la validez de constructo, por lo que las variables deben estar medidas en un nivel por intervalos o razón (Hernández et al., 2000).

6.7.3.1 *Rotación VARIMAX*

La meta del método VARIMAX consiste en dispersar la mayor cantidad de varianza a través de los factores y, al mismo tiempo, tratar de obtener la estructura simple. Si se incluyen demasiados factores al emplear el método VARIMAX, entonces un resultado posible es el

incremento artificial de los factores pequeños. Por lo tanto, VARIMAX se vuelve sensible al número de factores utilizados en la rotación (Kerlinger y Lee, 2001).

6.7.4 *Análisis multivariado discriminante*

Los métodos de análisis multivariado son aquellos métodos estadísticos en que se analiza la relación entre varias variables independientes y al menos una dependiente. Uno de estos métodos es el *análisis discriminante*, que es cuando las variables independientes son medidas por intervalos o razón, y la dependiente es categórica. Este análisis sirve para predecir la pertenencia de un caso a una de las categorías de la variable dependiente sobre la base de varias independientes (dos o más). Se utiliza una ecuación de validación, llamada “función discriminante”. Además, se obtiene una medida del grado de discriminación del modelo (Hernández et al., 2000).

Otros de estos métodos son: *el análisis de agrupamientos o conglomerados, el escalamiento multidimensional, el análisis de espacios pequeños, el análisis de series cronológicas y elaboración de mapas multidimensionales* (Hernández et al., 2000).

6.7.5 *Análisis de regresión múltiple*

Es un método para analizar el efecto de dos o más variables independientes sobre una dependiente. Así mismo, es una extensión de la regresión lineal, solo que con mayor número de variables independientes. Es decir, sirve para predecir el valor de una variable dependiente conociendo el valor y la influencia de las variables independientes incluidas en el análisis (Hernández et al., 2000).

La información básica que proporciona la regresión múltiple, es el coeficiente de regresión múltiple (R), que señala la correlación entre la variable dependiente y todas las demás variables independientes tomadas en conjunto. El coeficiente puede variar de 0 a 1 y cuanto más alto sea su valor, las variables independientes explicarán en mayor medida la variación de la variable dependiente o que son factores más efectivos para predecir el comportamiento de esta última. R^2 (el coeficiente de correlación múltiple elevado al cuadrado) nos indica el porcentaje de variación en la dependiente debida a las independientes. Otra información relevante producida por este análisis de regresión múltiple, son los valores “beta” (B) que indican el peso o influencia que tiene cada variable dependiente sobre la independiente (Hernández et al., 2000).

6.7.6 *Distribución normal*

La distribución es un modelo de probabilidad o distribución normal. Como todo modelo es una distribución teórica que difícilmente se presenta en la realidad tal cual, pero sí se presentan aproximaciones a ésta (Hernández et al., 2000). Su gráfica es la de una curva simétrica acampanada que se extiende indefinidamente en ambas direcciones, positiva y negativa. La frecuencia relativa con que una variable tomará valores entre dos puntos, es el área bajo la curva comprendida entre los dos puntos del eje horizontal. Las palabras “distribución normal” se refieren al hecho de que el área bajo la curva se distribuye de una

manera determinada, aunque no todas las distribuciones acampanadas simétricas son distribuciones normales (Dixon y Massey, 1970).

Las curvas normales se distribuyen infinitamente hacia la derecha y a la izquierda, son simétricas respecto a la media, son cóncavas descendentes desde la media hasta la primera desviación de la media y cóncavas ascendentes desde la media, mayor que la primera desviación de la media. La proporción de área bajo la curva normal entre dos valores cualesquiera está determinada completamente por la media y por la desviación estándar (Dixon y Massey, 1970).

La configuración de la distribución es la siguiente: el 68.26 % del área de la curva normal es cubierta entre $-1s$ (desviación estándar) y $+1s$, el 95.44 % del área de esta curva es cubierta entre $-2s$ y $+2s$ y el 99.74 % se cubre con $-3s$ y $+3s$. Las principales características de la distribución normal son:

- a. Es unimodal (una sola moda).
- b. La asimetría es cero. La mitad de la curva es exactamente igual a la otra mitad.
- c. Es una función particular entre desviaciones con respecto a la media de una distribución y la probabilidad de que éstas ocurran.
- d. La base está dada en unidades de desviación estándar (puntuaciones "z"), destacando las puntuaciones $-1s$, $-2s$, $-3s$, $+1s$, $+2s$ y $+3s$ (que equivalen respectivamente a $-1.00z$, $-2.00z$, $-3.00z$, $+1.00z$, $+2.00z$ y $+3.00z$). Las distancias entre puntuaciones "z" representan áreas bajo la curva, siendo estas la curva normal.
- e. Es mesocúrtica (curtosis de cero).
- f. La media, la mediana y la moda coinciden en el mismo punto (Hernández et al., 2000).

6.7.6.1 Skewness (asimetría)

La asimetría o skewness, es la medida más usada de la desproporción de la distribución de frecuencias (ASTM Committee E - 11 on quality control of materials, 1951), Es una estadística necesaria para conocer cuánto se parece nuestra distribución a una distribución teórica llamada "curva normal" y constituye un indicador del lado de la curva donde se agrupan las frecuencias. Si es cero (asimetría = 0), la curva o distribución es simétrica. Cuando es positiva, quiere decir que hay más valores agrupados hacia la izquierda de la curva (por debajo de la media) (Hernández et al., 2000), esto se conoce como sesgo positivo, ya que la cola o extremidad se extiende hacia la derecha (Downie y Heath, 1997). Cuando es negativa significa que los valores tienden a agruparse hacia la derecha de la curva (por encima de la media) (Hernández et al., 2000) y se conoce como sesgo negativo porque la cola va hacia la derecha (Downie y Heath, 1997). La asimetría requiere de un mínimo nivel de medición por intervalos (Hernández et al., 2000).

6.7.6.2 Kurtosis

La Kurtosis o curtosis, es un indicador de lo plana o "picuda" que es una curva (Downie y Heath, 1997). Cuando es cero (curtosis = 0), significa que se trata de una "curva normal". Si

es positiva, quiere decir que la curva o distribución o polígono, es más “picuda” o levantada. Si es negativa, quiere decir que es más plana (Hernández et al., 2000).

Con este grado de agudización o curtosis las curvas se pueden clasificar en tres tipos:

1. Leptocúrtica, que es cuando la curva es muy aguda y los extremos o colas están por encima de la línea base.
2. Mesocúrtica, que es cuando la curva está algo achatada.
3. Platocúrtica, que es cuando la curva se encuentra muy aplanada (Downie y Heath, 1997).

Otro tipo de curva es la “curva bimodal”, esta curva tiene dos cimas o picos, que corresponden a dos modas (también es posible que una curva tenga más de dos modas) y la “curva normal o de campana” (Downie y Heath, 1997).

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

El objetivo de esta investigación fue obtener la validez de constructo, la validez predictiva y la confiabilidad del Cuestionario de Influencias del Modelo Estético - Corporal (CIMEC 52) y la validez de constructo, la validez predictiva y la confiabilidad de la Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escala E y F), aplicado a mujeres púberes, preadolescentes y adolescentes.

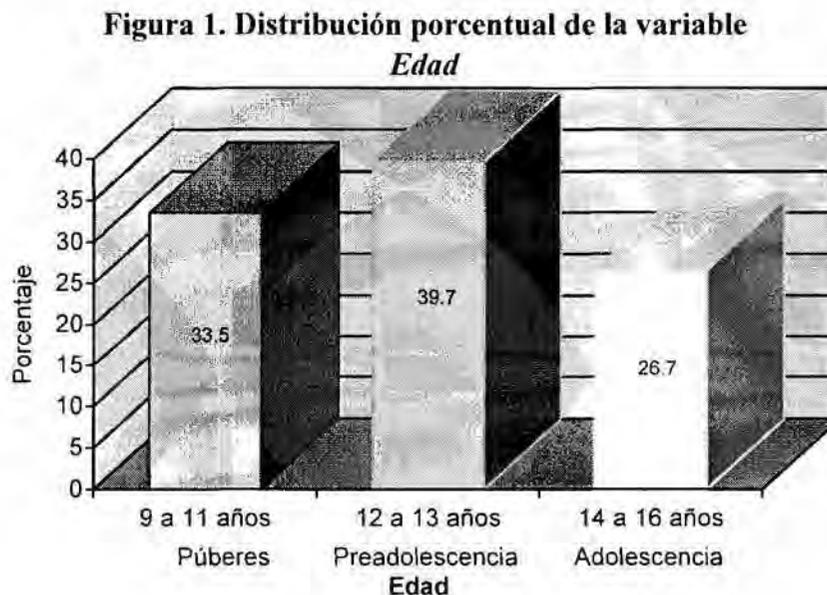
Para llevar a cabo la descripción de la muestra y el análisis descriptivo, se utilizaron porcentajes y medidas de tendencia central. Para el análisis inferencial se utilizaron las siguientes pruebas: para la validez de constructo se aplicó un análisis Factorial por el Método de Componentes Principales y rotación VARIMAX; para la validez predictiva se aplicó un análisis Multivariado Discriminante y un análisis de Regresión Múltiple, y para la confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Crombach.

7.1 Descripción de la muestra

La muestra estuvo conformada por $N = 1669$ estudiantes mexicanas de sexo femenino. De la muestra total, 14 cuestionarios fueron eliminados por problemas de respuesta, por lo que la muestra final quedó conformada por una $N = 1655$ participantes.

7.1.1 Edad

Las edades de las 1655 participantes se encontraron en un rango de 9 a 16 años; la mayor parte de la muestra se agrupó entre los 12 y 13 años (40 %) (Ver Figura 1), la media de edad fue de $\bar{X} = 12.34$ y la desviación estándar de $S = 1.55$.



7.1.2 Tipo de escuela

Para la muestra total se reclutó a las participantes de escuelas del Distrito Federal, de las cuales el 52 % de las participantes pertenecía a escuelas públicas y el 48 % restante a escuelas privadas (Ver Tabla 10).

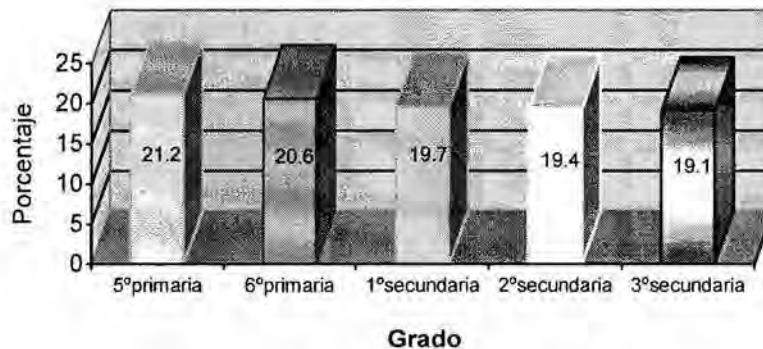
Tabla 10. Distribución porcentual de la variable Tipo de Escuela

Tipo de escuela	Frecuencia	Porcentaje
Pública	857	51.8 %
Privada	798	48.2 %
Total	1655	100.0 %

7.1.3 Grado escolar

Referente al grado escolar, la muestra se dividió de la siguiente manera: 21 % cursaba quinto de primaria, el 21 % sexto de primaria, el 20 % primero de secundaria, el 19 % segundo de secundaria y otro 19 % tercero de secundaria (Ver Figura 2).

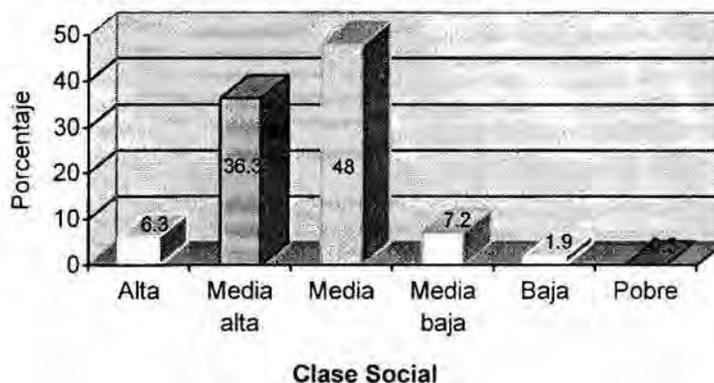
Figura 2. Distribución porcentual de la variable Grado Escolar



7.1.4 Clase Social

En la Figura 3, se observa que con respecto a la clase social a la cual consideraban que pertenecían, las participantes se agruparon en mayor medida en la opción de clase media (48 %) y en la de media alta (36 %).

**Figura 3. Distribución porcentual de la variable
¿A qué Clase Social Consideras que Perteneces?**



7.1.5 Estado civil de sus padres

Con respecto a los padres de las participantes, la mayor parte de la muestra reportó que sus padres están casados (67 %) y un porcentaje mínimo que viven en unión libre (2 %) y el 19 % reportó que sus padres son solteros (Ver Tabla 11).

**Tabla 11. Distribución porcentual de la variable
Estado Civil de tus Padres**

Estado civil de tus padres	Frecuencia	Porcentaje
Casados	1095	66.8 %
Solteros	318	19.4 %
Separados	46	2.8 %
Viudos	53	3.3 %
Divorciados	94	5.7 %
Unión libre	32	2.0 %
Total	1638	100.0 %

7.1.6 Con quién viven

También haciendo referencia a los padres, la mayor parte de la muestra reportó que viven con ellos (79 %) y del 21 % restante, el 5 % mencionó que vivía con alguna otra persona y el 16 % con otro familiar (Ver Tabla 12).

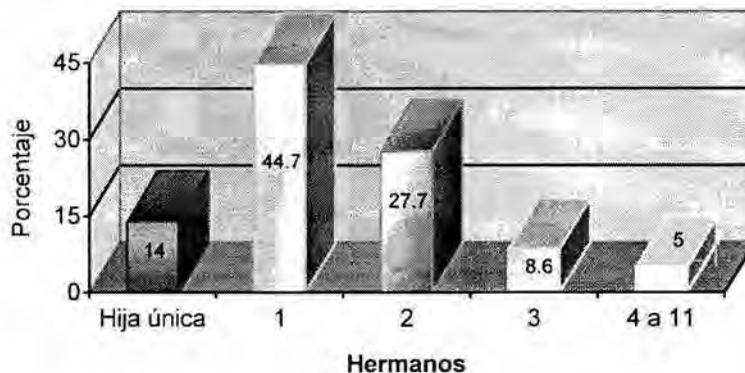
Tabla 12. Distribución porcentual de la variable ¿Con Quién Vives?

¿Con quién vives?	Frecuencia	Porcentaje
Padres	1287	78.6 %
Sola	27	1.6 %
Pareja	31	1.9 %
Amigos	6	0.4 %
Otros familiares	268	16.4 %
Otros	18	1.1 %
Total	1637	100.0 %

7.1.7 *Número de hermanos*

Con respecto al número de hermanos que son en su familia incluyéndose ellas, el 14 % de las participantes reportó ser hija única, aunque la mayor parte de las participantes reportó tener en primer lugar como mínimo un hermano (45 %), en segundo lugar reportaron tener dos hermanos (28 %), en tercer lugar reportaron tener tres hermanos (9 %) y el resto de la muestra reportó tener entre 4 y 11 hermanos (5 %) (Ver Figura 4).

Figura 4. Distribución porcentual de la variable ¿Cuántos Hermanos Son Incluyéndote a Ti?

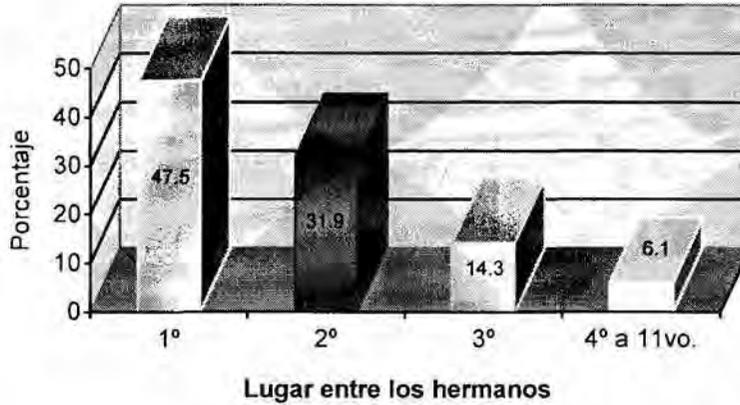


7.1.8 *Lugar que ocupan entre los hermanos*

De acuerdo con lo anterior, se observó que la distribución de la muestra en relación al lugar que ocupan entre sus hermanos, fue que la mayoría ocupa entre el 1º, 2º y 3er lugar (94 %), y

el resto de las participantes ocupa entre el 4º y el 11vo. lugar entre sus hermanos (6 %) (Ver Figura 5).

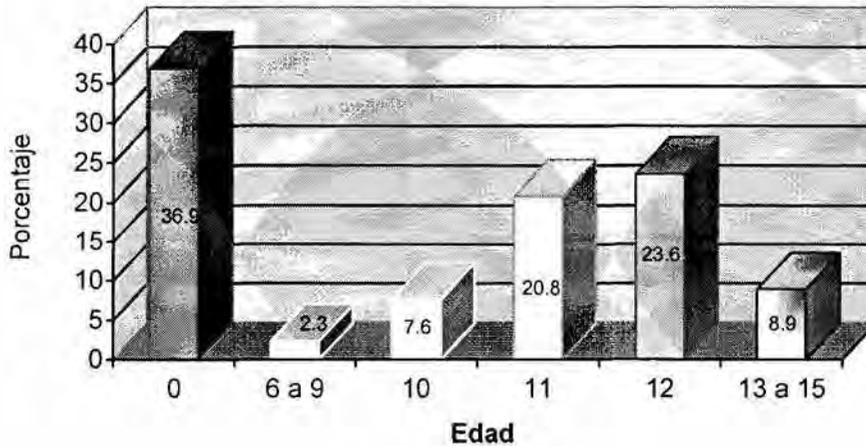
**Figura 5. Distribución porcentual de la variable
¿Qué Lugar Ocupas entre Tus Hermanos?**



7.1.9 Menarca

En la Figura 6, se puede observar que la mayor parte las participantes aún no han tenido su menarca (37 %); pero de las participantes que ya tuvieron su menstruación, la mayor parte la tuvo entre los 11 y 12 años (44 %). La media de edad de la menarca fue de $\bar{X} = 11.47$ y la desviación estándar de $S = 1.08$.

**Figura 6. Distribución porcentual de la variable
Edad de Inicio de la 1ª Menstruación**



7.2 Descripción de las variables de estudio

7.2.1 Dieta para el control de peso

Del total de la muestra, el 68 % contestó que no había hecho dieta, sin embargo, un porcentaje importante (32 %) reportó si haber hecho dieta (Ver Tabla 13).

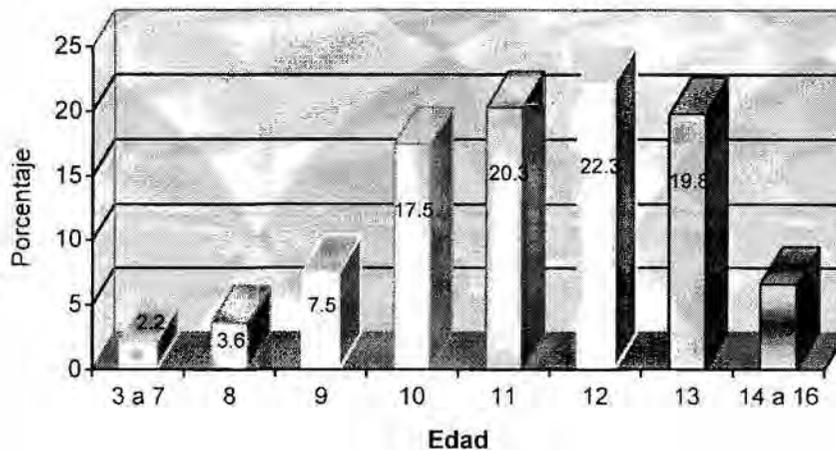
Tabla 13. Distribución porcentual de la variable ¿Has Hecho Dieta para Adelgazar una Vez en tu Vida?

¿Has hecho dieta para adelgazar?	Frecuencia	Porcentaje
Sí, más de 2	135	8.2 %
Sí, 1 o 2	398	24.2 %
No, ninguna	1113	67.6 %
Total	1646	100.0 %

7.2.2 Edad de la primera dieta

De la muestra total, 439 participantes han hecho dieta y las edades en las cuales la mayoría de ellas (80 %) hicieron su primera dieta fue entre los diez años y los trece años (Ver Figura 7).

Figura 7. Distribución porcentual de la variable ¿A qué Edad Hiciste Tu 1ª Dieta?



7.2.3 Preocupación por el peso corporal

De las 1637 participantes que contestaron la pregunta relacionada a si les preocupa su peso corporal, la mayoría de las participantes (52 %) respondió que no estaba preocupada por su peso corporal, sin embargo, un importante porcentaje (48 %) respondió que sí le preocupaba su peso (Ver Tabla 14).

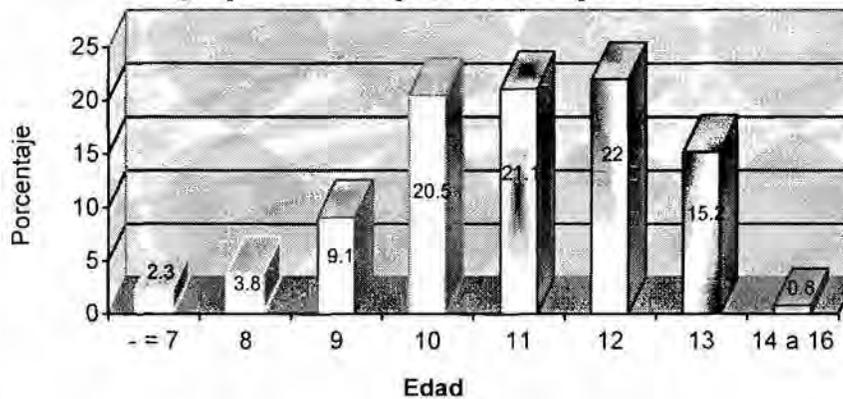
Tabla 14. Distribución porcentual de la variable ¿Te Preocupa Tu Peso Corporal?

¿Te preocupa tu peso corporal?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	781	47.7 %
No	856	52.3 %
Total	1637	100.0 %

7.2.4 Edad de inicio de la preocupación por el peso corporal

De un total de 941 participantes a las cuales les preocupa su peso corporal, al 79 % le comenzó a preocupar su peso entre los 10 y los 13 años (Ver Figura 8).

Figura 8. Distribucion porcentual de la variable ¿A qué Edad Empezó a Preocuparte Tu Peso?



7.2.5 Problemas de sobrepeso en la infancia

En la Tabla 15, se puede observar que de un total de 1612 participantes que contestaron a la pregunta de si habían tenido sobrepeso en su infancia, la mayor parte contestó que no (81 %); sin embargo, un porcentaje considerable contestó que sí (19 %).

Tabla 15. Distribución porcentual de la variable ¿Tuviste Sobrepeso en Tu Infancia?

¿Tuviste sobre peso en tu infancia?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	312	19.4 %
No	1300	80.6 %
Total	1612	100.0 %

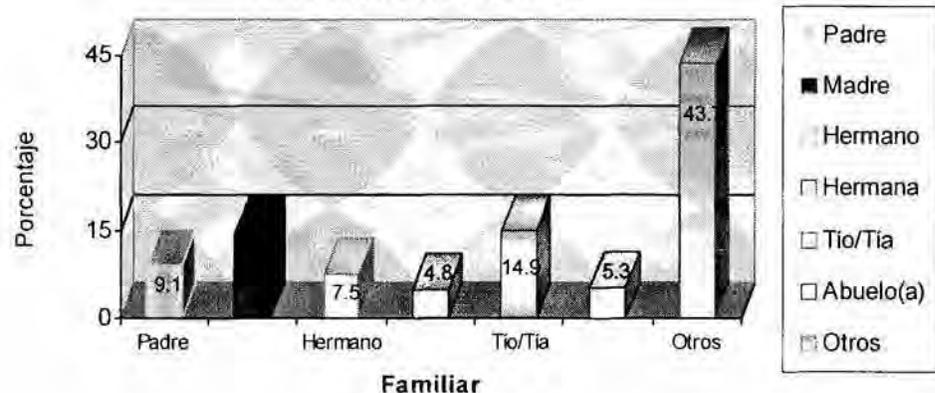
7.2.6 Historia familiar en TCA's

De la muestra total, la mayor parte de las participantes (77 %) reportó no tener ningún familiar diagnosticado de anorexia, bulimia u otro trastorno alimentario; el 23 % restante respondió que sí (Ver Tabla 16). De los familiares de las participantes diagnosticados con algún trastorno alimentario, el mayor porcentaje (44 %) contestó que “otro” era su familiar diagnosticado, un 15 % contestó que su familiar diagnosticado era su “tío/a” o “madre”, respectivamente, y el 27 % restante se distribuyó entre el “padre”, el “hermano”, la “hermana” y “abuelo/a” (Ver Figura 9).

Tabla 16. Distribución porcentual de la variable ¿Tienes algún familiar con Dx de TCA?

¿Tienes algún familiar con Dx de TCA?	Frecuencia	Porcentaje
Sí	367	22.7
No	1251	77.3
Total	1618	100.0

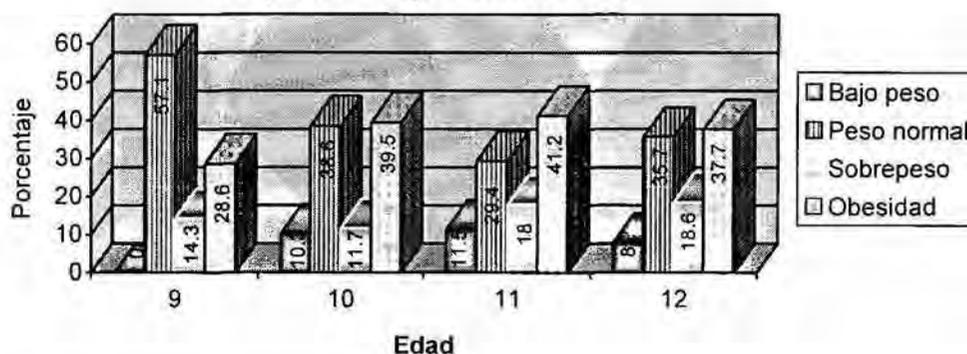
Figura 9. Distribucion porcentual de la variable Familiares con Dx de TCA



7.2.7 Índice nutricional (ÍN)

De las preadolescentes, con un rango de edad de 9 a 12 años de acuerdo con el Índice Nutricional (ÍN), la distribución fue de la siguiente manera: el mayor porcentaje de las niñas que tenían 9 años de edad (57 %) tenían peso normal; entre las niñas de 10 años, un porcentaje importante (39 %) presentaba obesidad, aunque un 39 % se encontraban en peso normal. Entre las niñas de 11 años, la mayoría (41 %) tenía obesidad y las preadolescentes de 12 años, presentaban en porcentajes similares peso normal y obesidad (36 % y 38 %, respectivamente) y la edad en que en menor porcentaje se presentó bajo peso, fue a los 9 años (0 %) (Ver Figura 10).

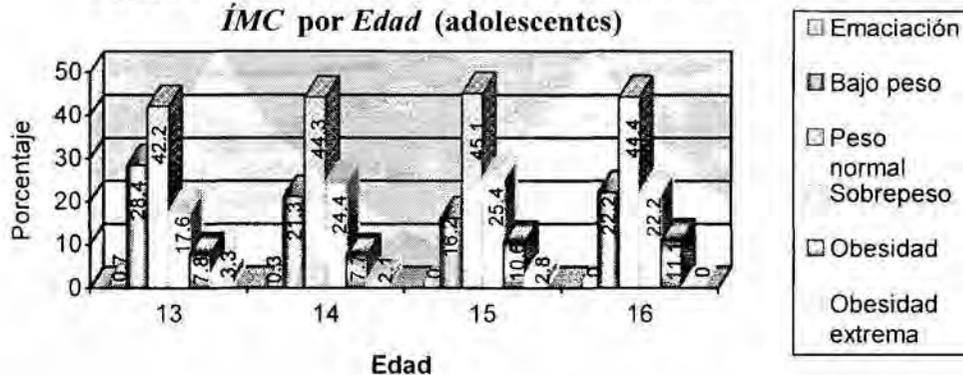
Figura 10. Distribución porcentual de la variable ÍN por Edad (preadolescentes)



7.2.8 Índice de masa corporal (ÍMC)

De la misma forma, en la Figura 11 se puede observar, que de las adolescentes (con un rango de edad de 13 a 16 años) de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (ÍMC), la distribución fue la siguiente: el 42 % de las adolescentes que tenían 13 años de edad, al igual que el 44 % de las de 14 años, el 45 % de las de 15 años y el 44 % de las de 16 años, se encontraban en peso normal. Por otro lado, el mayor porcentaje de las adolescentes en bajo peso (28 %), se encontró a los 13 años y el mayor porcentaje con obesidad (25 %), se encontró a los 15 años.

Figura 11. Distribución porcentual de la variable ÍMC por Edad (adolescentes)



7.2.9 *Dieta para el control de peso*

Referente a si las participantes preadolescentes habían hecho dieta para el control de peso, el mayor porcentaje que respondió que había hecho dieta más de 2 veces (60 %), al igual que las que respondieron que la habían hecho 1 o 2 veces (58 %) presentaban obesidad, sin embargo, fueron las de bajo peso (12 %), las que en mayor porcentaje reportaron que no realizaban dieta (Ver Tabla 17).

Tabla 17. Distribución porcentual de la variable ¿Has Hecho Dieta para Adelgazar? por IN (preadolescentes)

¿Has hecho dieta para adelgazar?	IN				Total
	Bajo peso	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	
Sí, más de 2	4.2 %	25.0 %	10.4 %	60.4 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	3.3 %	23.1 %	15.4 %	58.2 %	100.0%
No, ninguna	12.0 %	38.0 %	17.4 %	32.6 %	100.0 %
Total	9.8 %	34.3 %	16.6 %	39.3 %	100.0 %

Dentro de las participantes adolescentes, entre quienes reportaron haber hecho dieta más de 2 veces, los porcentajes más importantes se ubicaron en las que tenían peso normal (39 %) y sobrepeso (37 %), y entre quienes reportaron haber hecho dieta de 1 a 2 veces, los mayores porcentajes se ubicaron también en las que tenían peso normal (47 %) y sobrepeso (25 %) (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Distribución porcentual de la variable ¿Has Hecho Dieta para Adelgazar? por IMC (adolescentes)

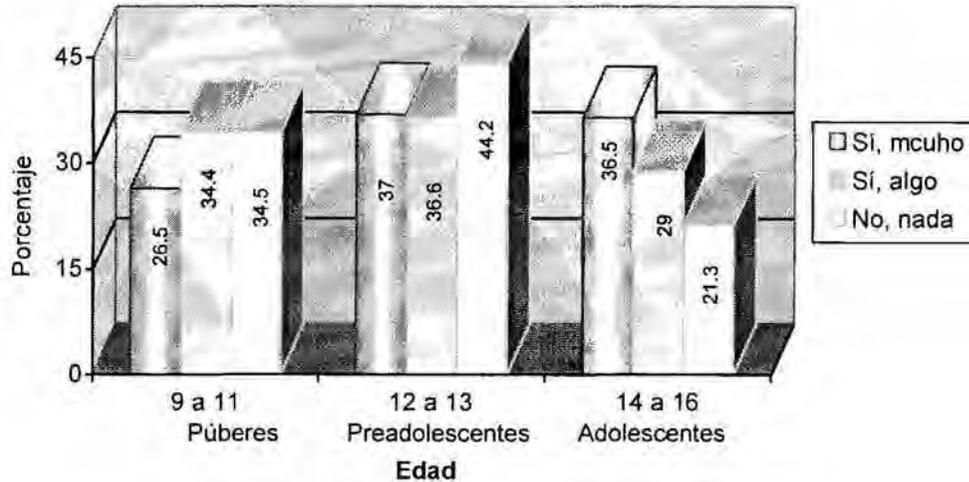
¿Has hecho dieta para adelgazar?	Emaciación	IMC					Total
		Bajo peso	Peso normal	Sobre peso	Obesidad	Obesidad extrema	
Sí, más de 2	0 %	8.3 %	39.3 %	36.9 %	9.5 %	6.0 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	0.5 %	8.4 %	47.0 %	24.6 %	14.9 %	4.6 %	100.0 %
No, ninguna	0.5 %	33.4 %	42.6 %	17.4 %	5.0 %	1.1 %	100.0 %
Total	0.4 %	23.3 %	43.5 %	21.7 %	8.4 %	2.7 %	100.0 %

7.2.10 *Sentimientos de culpa relacionados con el peso corporal*

Las participantes preadolescentes y adolescentes (37 % y 36 %, respectivamente) reportaron que les angustiaba mucho ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que les han quedado pequeñas o estrechas, aunque también fueron las preadolescentes, las que en mayor

porcentaje reportaron que les angustiaba algo (37 %) y que no les angustiaba (44 %) (Ver Figura 12).

Figura 12. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia Ver Pantalones, Vestidos u Otras Prendas de Ropa que Te Han Quedado Pequeñas o Estrechas? por Edad



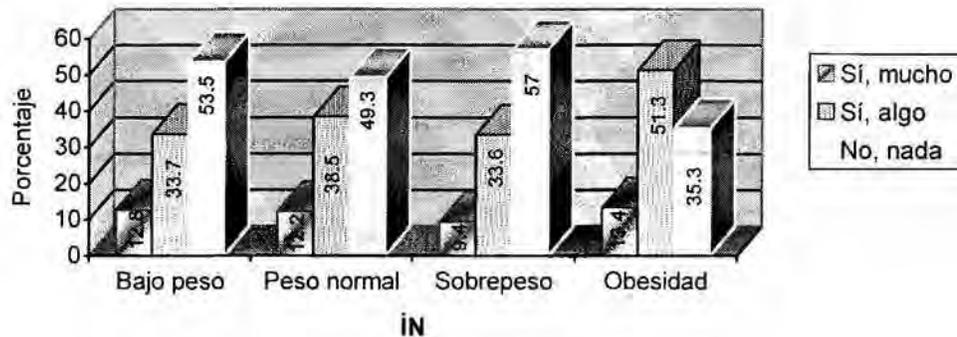
En relación con esta misma pregunta, de si a las participantes les angustiaba mucho ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que les han quedado pequeñas o estrechas, se puede observar que a mayor presencia de dieta (más de 2 veces), mayor porcentaje de angustia (47 %); aunque hay que notar, que un porcentaje bastante considerable de las participantes que respondieron haber hecho dieta de 1 a 2 veces (52 %) respondió que se angustiaban algo. Sin embargo, un 39 % que respondió sentir algo de angustia y mucha angustia (9 %) no habían hecho dieta ninguna vez (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia Ver Pantalones, Vestidos u Otras Prendas de Ropa que Te Han Quedado Pequeñas o Estrechas? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?			Total
	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada	
Sí, más de 2	46.6 %	34.6 %	18.8 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	24.7 %	52.0 %	23.3 %	100.0 %
No, ninguna	8.8 %	39.0 %	52.2 %	100.0 %
Total	15.8 %	41.8 %	42.4 %	100.0 %

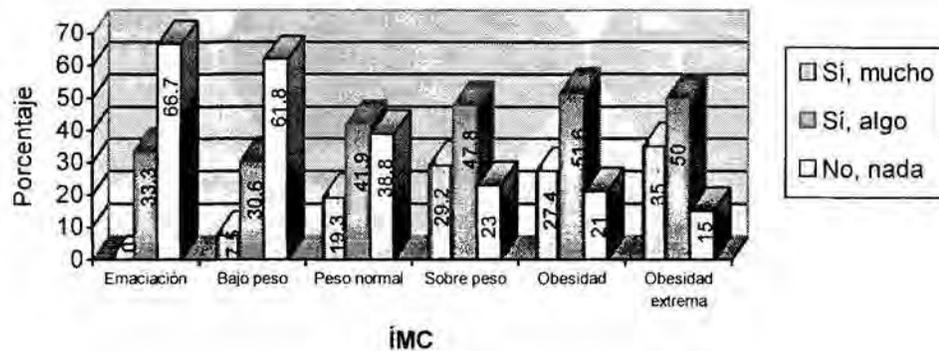
Respecto a si a las púberes y preadolescentes que les angustiaba ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que les han quedado pequeñas o estrechas, de acuerdo con el ÍN, las que más angustia presentaron (13 %) fueron las que se encontraban con obesidad, sin embargo, también fueron ellas las que en mayor porcentaje respondieron que les angustiaba algo (51 %) y las que en menor porcentaje respondieron no angustiarse fueron las de sobrepeso (57 %) (Ver Figura 13).

Figura 13. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia Ver Pantalones, Vestidos u Otras Prendas de Ropa que Te Han Quedado Pequeñas o Estrechas? por ÍN (púberes y preadolescentes)



De acuerdo con el ÍMC, el mayor porcentaje de adolescentes que mencionó angustiarse mucho y algo (35 % y 50 %, respectivamente) al ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que les han quedado pequeñas o estrechas, fueron las que presentaban obesidad extrema y las que presentaban emaciación, al igual que las de bajo peso (67 % y 62 %, respectivamente) mencionaron en mayor medida que no les angustiaba (Ver Figura 14).

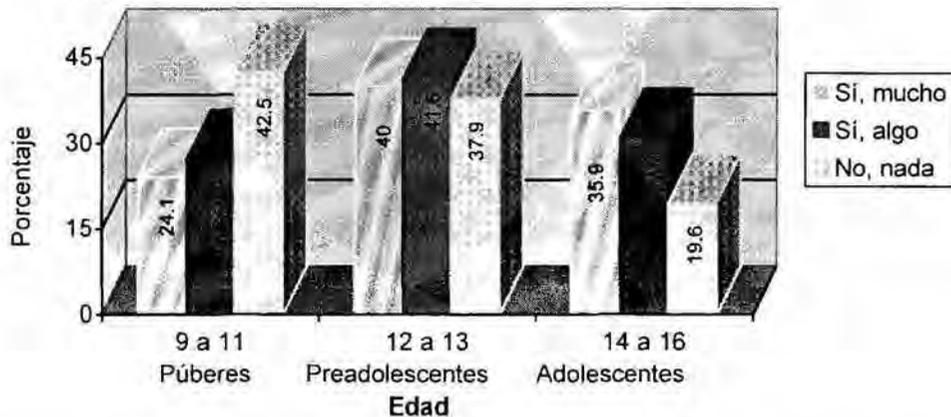
Figura 14. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia Ver Pantalones, Vestidos u Otras Prendas de Ropa que Te Han Quedado Pequeñas o Estrechas? por ÍMC (adolescentes)



7.2.11 Sentimientos de angustia por la forma corporal

En la Figura 15, podemos observar que los mayores porcentajes de las participantes que reportaron que les atraía y a la vez les angustiaba mucho y algo (por verse gruesas) el contemplar su cuerpo en un espejo, en un escaparate etc., se ubicaron en el grupo de preadolescentes (40 % y 42 %, respectivamente) y el mayor porcentaje (42 %) de las participantes que reportaron que no les atraía ni les angustiaba, se ubicó en el grupo de las púberes.

Figura 15. Distribución porcentual de la variable ¿Te Atrae y a la vez Te Angustia (Por Verte Gruesa) el Contemplar Tu Cuerpo en un Espejo, en un Escaparate, etc.? por Edad



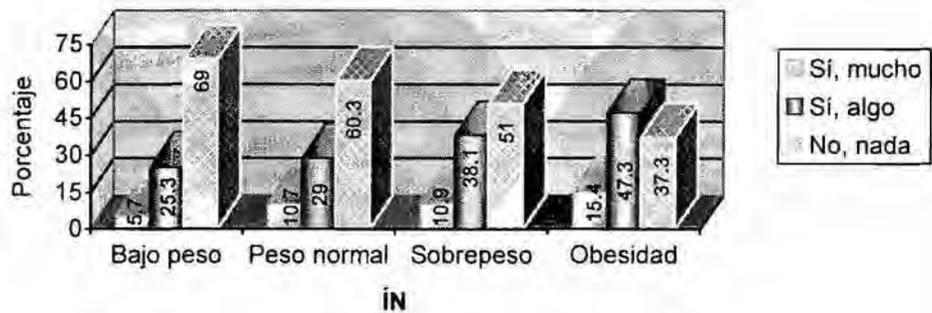
Con la respuesta de las participantes que respondieron haber hecho dieta, se puede observar claramente que a mayor presencia de dieta (más de 2 veces), hay un mayor porcentaje (57 %) de atracción y angustia (por verse gruesas) el contemplar su cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.; sin embargo, del 45 % que respondió sentir mucha atracción y angustia (7 %) y algo de atracción y angustia (38 %) no habían hecho dieta (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Distribución porcentual de la variable ¿Te Atrae y a la vez Te Angustia (Por Verte Gruesa) el Contemplar Tu Cuerpo en un Espejo, en un Escaparate, etc.? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Te atrae y te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?			Total
	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada	
Sí, más de 2	57.2 %	30.8 %	12.0 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	27.1 %	49.1 %	23.8 %	100.0 %
No, ninguna	7.1 %	38.5 %	54.4 %	100.0 %
Total	16.0 %	40.5 %	43.5 %	100.0 %

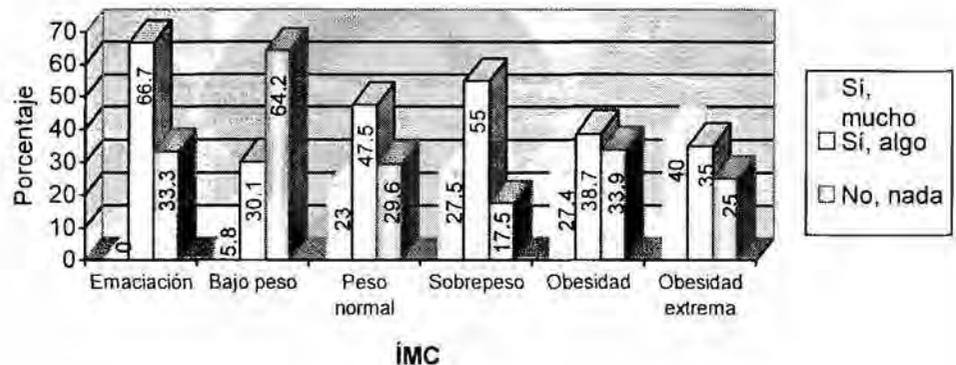
De acuerdo con el ÍN, porcentajes importantes de púberes y preadolescentes que se encontraban en bajo peso, peso normal y sobrepeso (69 %, 60 % y 51 %, respectivamente), reportaron que no les atraía ni les angustiaba (por verse gruesas) al contemplar su cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.; aunque de las participantes que se encontraban con obesidad, fueron las que reportaron en mayor medida que les atraía y les angustiaba algo (47 %), y que les atraía y les angustiaba mucho (15 %) (Ver Figura 16).

Figura 16. Distribución porcentual de la variable *¿Te Atrae y a la vez Te Angustia (Por Contemplar Tu Cuerpo en un Espejo, Escaparate, etc.)* por ÍN (púberes y preadolescentes)



De acuerdo con el ÍMC, el mayor porcentaje de las adolescentes que les atraía y a la vez les angustiaba mucho (por verse gruesas) el contemplar su cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc., se ubicó en las que presentaban obesidad extrema (40 %); a las que presentaban emaciación (67 %) les atraía y les angustiaba algo, y a las que presentaban bajo peso (64 %) no les atraía ni les angustiaba (Ver Figura 17).

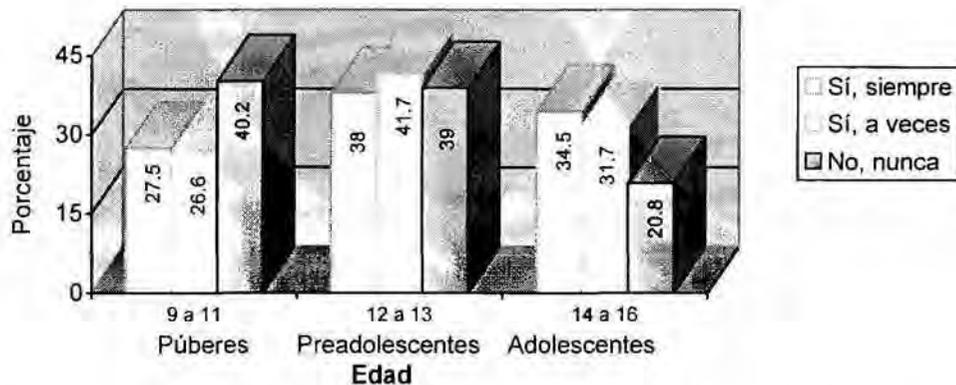
Figura 17. Distribución porcentual de la variable *¿Te Atrae y a la vez Te Angustia (Por Verte Gruesa) el Contemplar Tu Cuerpo en un Espejo, en un Escaparate, etc.* por ÍMC (adolescentes)



7.2.12 Sentimientos de envidia hacia la delgadez de las modelos

Respecto a la variable “¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?”, la mayoría de las participantes que respondieron que la envidiaban mucho fueron las del grupo de preadolescentes (38 %), aunque del grupo de las adolescentes un porcentaje importante (34 %), también respondió envidiarla mucho. Sin embargo, el grupo de preadolescentes también respondió en mayor medida envidiarla algo (42 %) y fueron las del grupo de púberes, quienes en su mayoría respondieron no envidiarla (40 %) (Ver Figura 18).

Figura 18. Distribución porcentual de la variable ¿Envidias la Delgadez de las modelos que Aparecen en los Desfiles de Modas o en los Anuncios de Prendas de Vestir? por Edad



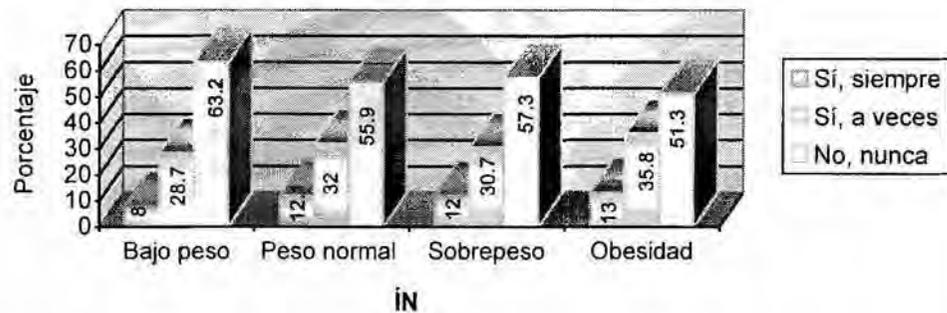
En la Tabla 21, se observa que en relación con las participantes que respondieron envidiar la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir, se encontró que porcentajes iguales (47 % respectivamente) respondieron haber hecho dieta más de 2 veces y de 1 a 2 veces; sin embargo, el 34 % respondió a veces sentir envidia pero no haber hecho dieta.

Tabla 21. Distribución porcentual de la variable ¿Envidias la Delgadez de las modelos que Aparecen en los Desfiles de Modas o en los Anuncios de Prendas de Vestir? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?			Total
	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca	
Sí, más de 2	46.7 %	33.3 %	20.0 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	22.6 %	46.7 %	30.7 %	100.0 %
No, ninguna	6.9 %	34.4 %	58.7 %	100.0 %
Total	13.9 %	37.4 %	48.7 %	100.0 %

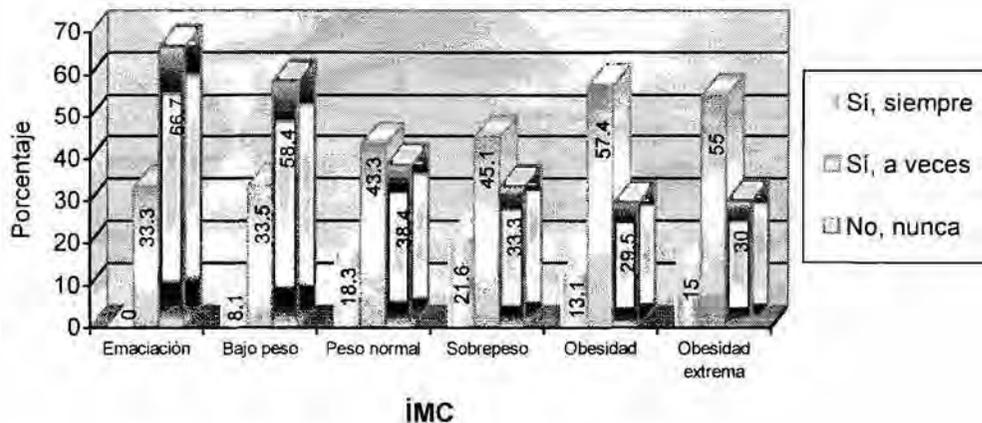
En la Figura 19, se puede observar que de acuerdo con el ÍN, la mayoría de las púberes y preadolescentes respondieron no envidian la delgadez de las modelos, aunque las preadolescentes que se encontraban en peso normal y sobrepeso (12 % respectivamente) contestaron que siempre la envidiaban y el 36 % de las que se encontraban con obesidad, fueron quienes más respondieron que a veces la envidiaban.

Figura 19. Distribución porcentual de la variable ¿Envidias la Delgadez de las Modelos que Aparecen en los Desfiles de Modas o en los Anuncios de Prendas de Vestir? por ÍN (púberes y preadolescentes)



Por otro lado, el 22 % las adolescentes en sobrepeso, respondieron que siempre envidiaban la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir; de las que respondieron que a veces la envidiaban, el mayor porcentaje se ubicó en las adolescentes con obesidad (57 %) y fueron las que se encontraban en estado de emaciación (67 %), quienes reportaron que no la envidiaban (Ver Figura 20).

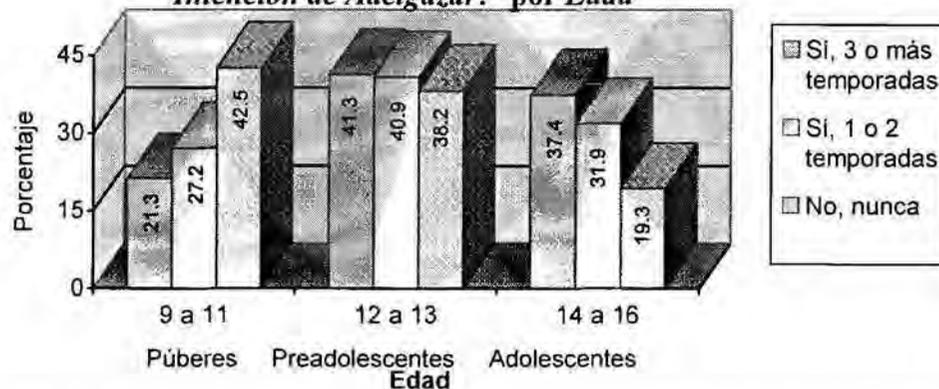
Figura 20. Distribución porcentual de la variable ¿Envidias la delgadez de las modelos que Aparecen en los Desfiles de Modas o en los Anuncios de Prendas de Vestir? por ÍMC (adolescentes)



7.2.13 Realización de ejercicio físico para el control del peso

En la Figura 21, se hace referencia a la variable de si las participantes habían hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar, por lo que se puede observar, que los mayores porcentajes de las participantes que respondieron haber realizado este tipo de ejercicio durante 3 o más temporadas y durante 1 o 2 temporadas (41 % respectivamente), fueron las del grupo de preadolescentes, y el mayor porcentaje que reportó no haber hecho este tipo de ejercicio, se ubicó en el grupo de púberes.

Figura 21. Distribución porcentual de la variable ¿Has Hecho Algún Tipo de Ejercicio Físico con la Intención de Adelgazar? por Edad



En la Tabla 22, se observa que el 59 % de las participantes que habían hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante 1 o 2 temporadas, había hecho dieta 1 o 2 veces, sin embargo, un porcentaje también alto (54 %) reportó que había hecho este tipo de ejercicio por 3 o más temporadas y reportaron haber hecho dieta más de 2 veces y de las participantes que reportaron no haber hecho dieta, el 34 % habían hecho este tipo de ejercicio físico de 1 a 2 temporadas y el 6 %, 3 o más temporadas.

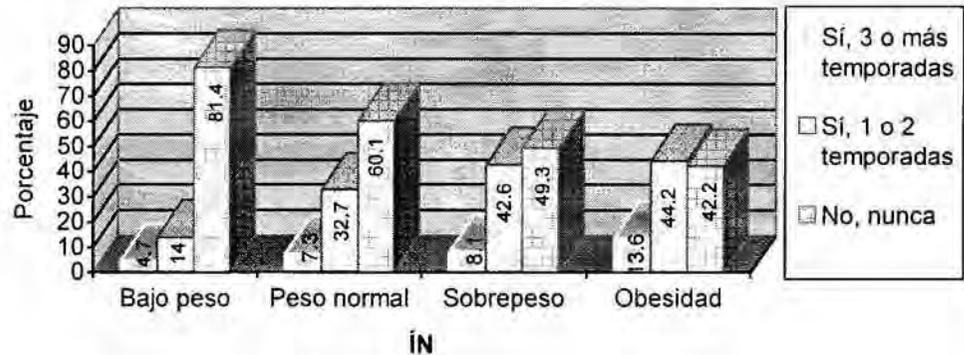
Tabla 22. Distribución porcentual de la variable ¿Has Hecho Algún Tipo De Ejercicio Físico con la Intención de Adelgazar? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?			Total
	Sí, 3 o más temporadas	Sí, 1 o 2 temporadas	No, nunca	
Sí, más de 2	54.1 %	41.4 %	4.5 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	21.5 %	58.7 %	19.8 %	100.0 %
No, ninguna	6.0 %	34.4 %	59.6 %	100.0 %
Total	13.8 %	40.8 %	45.4 %	100.0 %

Respecto a este misma variable, el mayor porcentaje de púberes y preadolescentes que habían hecho ejercicio físico con la intención de adelgazar por 3 o más temporadas, fueron las que presentaban obesidad (14 %), pero también fueron las que respondieron en mayor medida

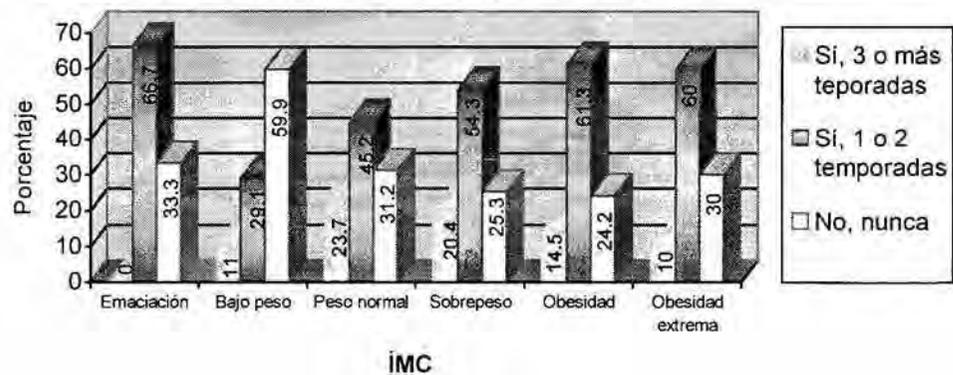
que realizaban este tipo de ejercicio durante 1 o 2 temporadas (44 %), aunque un porcentaje similar que reporto también realizarlo durante 1 o 2 temporadas (43 %), eran las que tenían sobrepeso. Por el contrario, el porcentaje más alto de preadolescentes que respondieron no hacer este tipo de ejercicio, fueron las que presentaban estado de emaciación (81 %) (Ver Figura 22).

Figura 22. Distribución porcentual de la variable ¿Has Hecho algún Tipo de Ejercicio Físico con la Intención de Adelgazar? por ÍN (púberes y preadolescentes)



En cambio, de las adolescentes que se encontraban en peso normal, el 24 % contestó haber hecho este tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar, durante 3 o más temporadas; el mayor porcentaje de las que habían realizado este tipo de ejercicio durante 1 o 2 temporadas (67 %) presentaban emaciación y las de bajo peso (60 %) nunca habían hecho este tipo de ejercicio físico (Ver Figura 23).

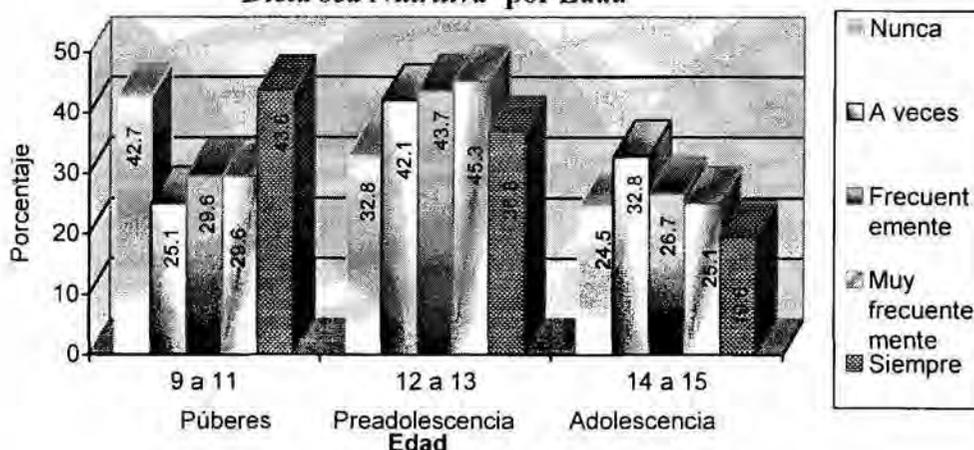
Figura 23. Distribución porcentual de la variable ¿Has Hecho algún Tipo de Ejercicio Físico con la Intención de Adelgazar? por ÍMC (adolescentes)



7.2.14 Dieta restrictiva

En el grupo de púberes, se puede notar que se ubicaron los mayores porcentajes de las participantes que respondieron siempre (44 %) y nunca (43 %) cuidaba que su dieta fuera nutritiva y fueron las del grupo de preadolescentes, las que reportaron en mayor medida que muy frecuentemente, frecuentemente y a veces cuidaban su dieta (45 %, 44 % y 42 %, respectivamente), aunque un porcentaje considerable (33 %) de adolescentes, reportó que a veces cuidaban que su dieta fuera nutritiva (Ver Figura 24).

Figura 24. Distribución porcentual de la variable *Cuido que mi Dieta sea Nutritiva* por Edad



Respecto a si habían hecho dieta, del total de las jóvenes que reportaron haberlo hecho, los mayores porcentajes de las que la habían hecho más de 2 veces (33 %) y que la habían hecho de 1 a 2 veces (37 %), reportaron que a veces cuidaban su dieta. Sin embargo, el 76 % de las participantes que respondieron no hacer dieta, a veces (33 %), frecuentemente (18 %), muy frecuentemente (10 %) y siempre (15 %) cuidaban que su dieta fuera nutritiva (Ver Tabla 23).

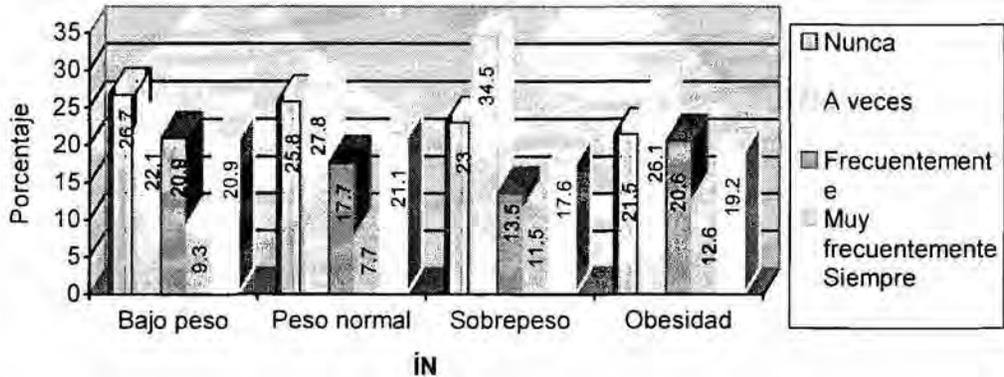
Tabla 23. Distribución porcentual de la variable *Cuido que mi Dieta sea Nutritiva* por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	Cuido Mi Dieta Sea Nutritiva					Total
	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre	
Sí, más de 2	10.6 %	33.3 %	16.7 %	18.2 %	21.2 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	15.1 %	37.0 %	23.0 %	9.4 %	15.5 %	100.0 %
No, ninguna	24.0 %	33.2 %	17.8 %	10.0 %	15.0 %	100.0 %
Total	20.8 %	34.1 %	19.0 %	10.5 %	15.6 %	100.0 %

El mayor porcentaje de púberes y preadolescentes que reportaron que siempre cuidaban que su dieta fuera nutritiva, tenían bajo peso y peso normal (21 %, respectivamente), las que tenían obesidad respondieron cuidarla muy frecuentemente (13 %) y frecuentemente (21 %),

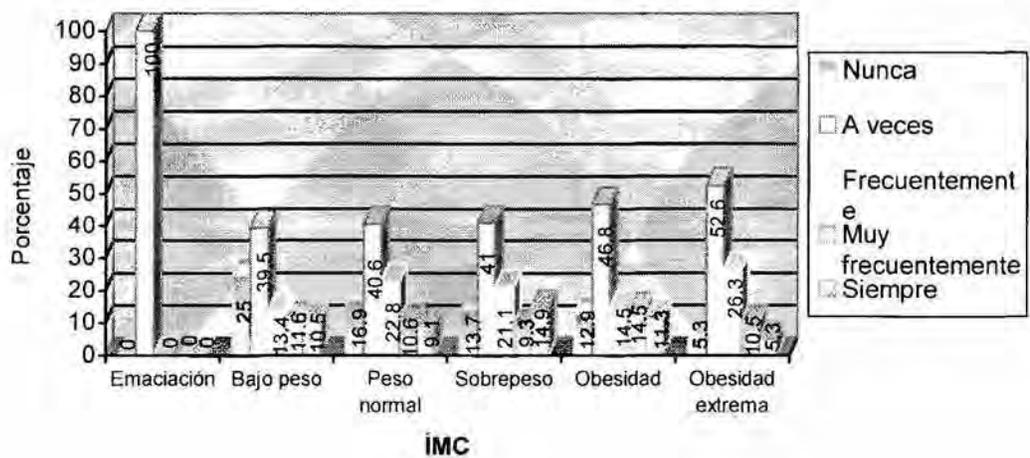
al igual que las de bajo peso (21 %); las chicas que tenían sobrepeso fueron las que a veces la cuidaban (34 %) y las de bajo peso fueron las que en mayor medida (27 %) respondieron que no cuidaban su dieta (Ver Figura 25).

Figura 25. Distribución porcentual de la variable *Cuido que mi Dieta sea Nutritiva* por *IN* (púberes y preadolescentes)



De acuerdo con el *ÍMC*, podemos ver que las adolescentes que tenían sobrepeso (15 %) fueron las que en mayor porcentaje contestaron siempre cuidar su dieta, las que muy frecuentemente la cuidaban, fueron las que presentaban obesidad (14 %); el 26 % de las que presentaban obesidad extrema, fueron las que en mayor medida reportaron que frecuentemente la cuidaban; las adolescentes en estado de emaciación (100 %) a veces la cuidaban y las de bajo peso (25 %) fueron las que no se preocupaban (Ver Figura 26).

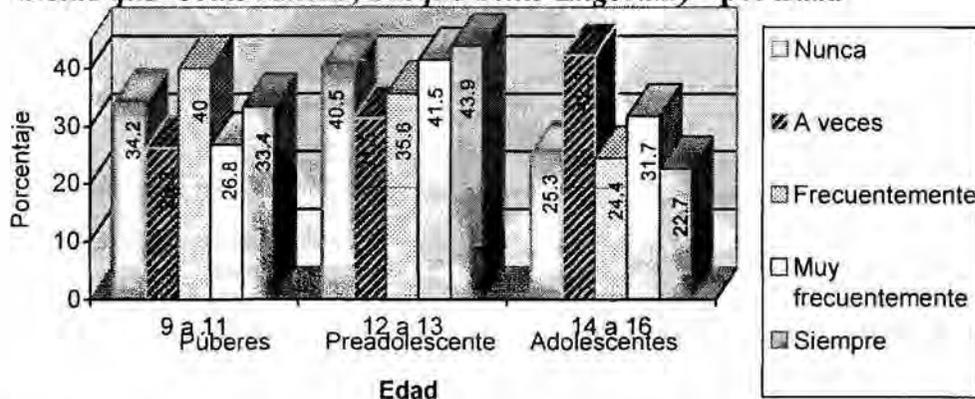
Figura 26. Distribución porcentual de la variable *Cuido que mi Dieta sea Nutritiva* por *ÍMC* (adolescentes)



7.2.15 Preocupación por la comida

Respecto a la pregunta “Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)”, la distribución fue la siguiente: las preadolescentes fueron las que en mayor medida respondieron que siempre (44 %), muy frecuentemente (41 %) y nunca (40 %) creían ser de las que se preocupan. Sin embargo, fueron las púberes las que en mayor porcentaje (40 %) respondieron frecuentemente ser de las que se preocupan y fueron las adolescentes, quienes en mayor porcentaje respondieron que a veces (42 %) creían ser de las que se preocupan (Ver Figura 27).

Figura 27. Distribución porcentual de la variable Soy de las que Se Preocupan Constantemente por la Comida (Porque Siento que Como Mucho; Porque Temo Engordar) por Edad



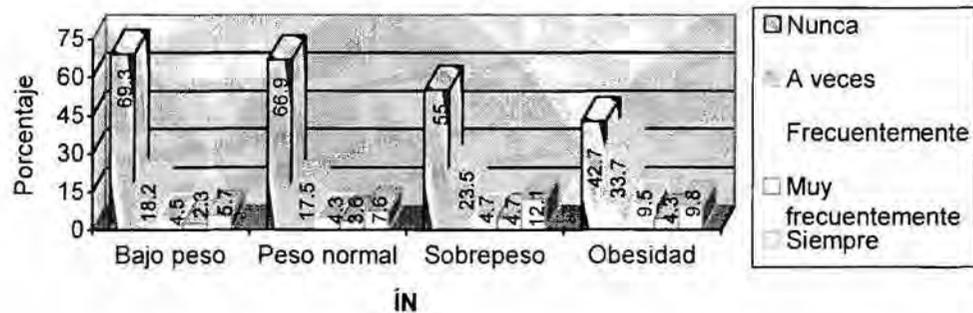
De las participantes que reportaron haber hecho dieta más de 2 veces, la mayor parte contestó que siempre (28 %) creían ser de las que se preocupan constantemente por la comida (porque sienten que comen mucho; porque temen engordar), aunque un porcentaje similar (26 %) respondió que a veces lo creían ser. De quienes mencionaron no haber hecho dieta, el 23 % contestó que a veces, frecuentemente (4 %), muy frecuentemente (2 %) y siempre (6 %) lo creían ser (Ver Tabla 24).

Tabla 24. Distribución porcentual de la variable Soy de las que se Preocupan Constantemente por la Comida (Porque Siento que Como Mucho Porque Temo Engordar) por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)					Total
	Nunca	A veces	Frecuente mente	Muy frecuente mente	Siempre	
Sí, más de 2	17.3 %	25.6 %	15.0 %	14.3 %	27.8 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	30.4 %	33.0 %	10.7 %	7.7 %	18.2 %	100.0 %
No, ninguna	64.7 %	23.2 %	4.1 %	2.0 %	6.0 %	100.0 %
Total	52.6 %	25.7 %	6.6 %	4.4 %	10.7 %	100.0 %

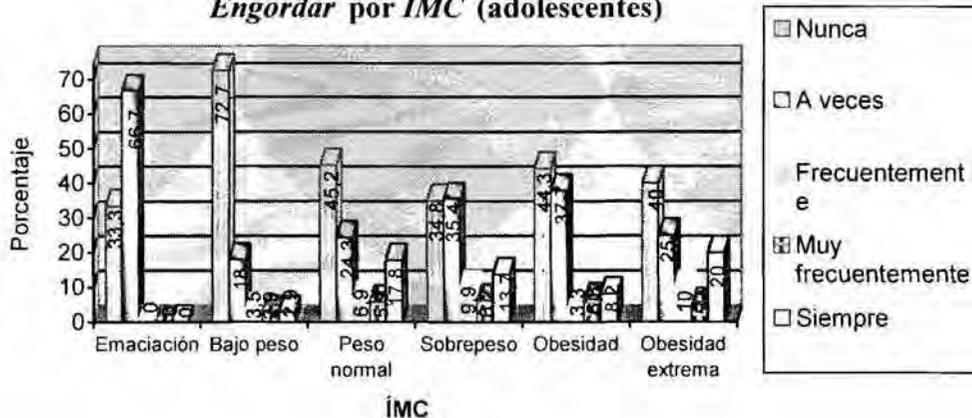
La mayoría de las púberes y preadolescentes reportó que nunca creían ser de las que se preocupan constantemente por la comida; aunque las que se encontraban en sobrepeso (12 %) siempre lo creían ser y estas mismas creían serlo muy frecuentemente y frecuentemente (5 % respectivamente); las chicas con obesidad fueron también las que frecuentemente (9 %) y a veces (34 %) lo creían ser (Ver Figura 28).

Figura 28. Distribución porcentual de la variable *Soy de las que Se Preocupan Constantemente por la Comida (Porque Siento que Como Mucho; Porque Temo Engordar)* por *ÍN* (púberes y preadolescentes)



De las adolescentes, la mayoría de las creían estar siempre preocupadas por la comida, eran las que presentaban obesidad extrema (20 %), las que muy frecuentemente lo creían ser presentaban obesidad (7 %); las adolescentes en sobrepeso y obesidad extrema (10 % respectivamente) respondieron que creían ser de las que frecuentemente se preocupan, siendo las que se ubicaron en estado de emaciación (67 %) quienes mencionaron que a veces creían serlo y las de bajo peso (73 %) fueron las que en mayor porcentaje mencionaron que no creían ser de las que se preocupan (Ver Figura 29).

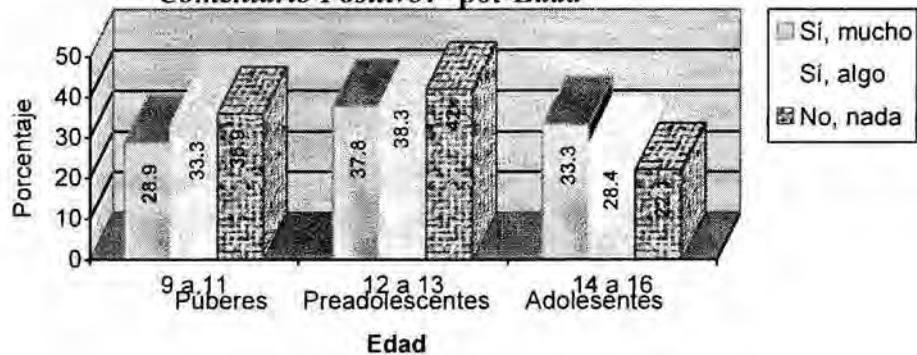
Figura 29. Distribución porcentual de la variable *Soy de las que se Preocupan Constantemente por la Comida porque Siento que Como Mucho; Porque Temo Engordar* por *ÍMC* (adolescentes)



7.2.16 Angustia por los comentarios respecto a la imagen corporal

En la variable “Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo”, las preadolescentes fueron las que respondieron en mayor porcentaje angustiarse mucho (38 %) y algo (38 %), aunque también fueron las que en mayor porcentaje respondieron no sentirse angustiadas (42 %) (Ver Figura 30).

Figura 30. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia que Te Digan que Estás “Llenita”, “Gordita” o “Redondita” o Cosas Parecidas, Aunque Sea un Comentario Positivo? por Edad



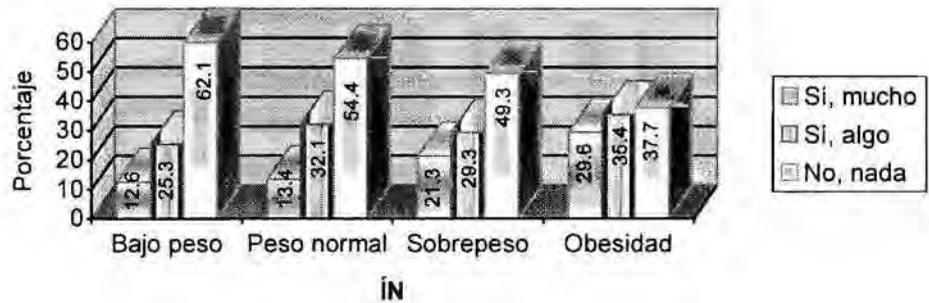
De las jóvenes que reportaron habían hecho dieta más de 2 veces, el 66 % mencionó que les angustiaba mucho que les dijeran que estaban “llenitas”, “gorditas” o “redonditas” o cosas parecidas aunque fuera un comentario positivo; de las que habían hecho dieta 1 o 2 veces, el 41 % mencionó que les angustiaba algo, aunque un porcentaje considerable (33 %) mencionó que les angustiaba mucho y del 47 % de las que no habían hecho dieta, el 33 % mencionó que si les angustiaba algo y al 13 % mucho (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia que Te Digan que Estás “Llenita”, “Gordita” “Redondita” o Cosas Parecidas, Aunque Sea un Comentario Positivo? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?			Total
	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada	
Sí, más de 2	66.4 %	20.9 %	12.7 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	33.5 %	41.1 %	25.4 %	100.0 %
No, ninguna	13.4 %	33.5 %	53.1 %	100.0 %
Total	22.6 %	34.3 %	43.1 %	100.0 %

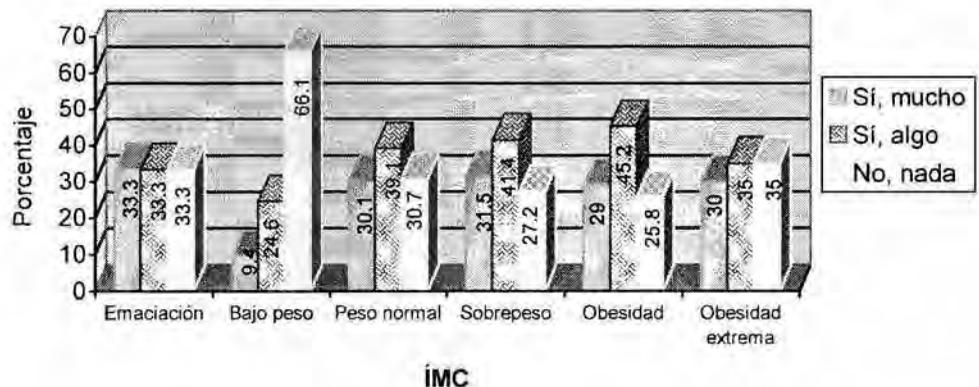
El mayor porcentaje de púberes y preadolescentes que reportaron que se angustiaban algo y mucho cuando les decían que estaban “llenitas”, “gorditas” o “redonditas” o cosas parecidas, aunque fuera un comentario positivo, se ubicaron en las que presentaban obesidad (35 % y 30 %, respectivamente) y la mayoría de las que se encontraban en bajo peso (62 %) reportaron que no les angustiaba (Ver Figura 31).

Figura 31. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia que te Digan "Llenita", "Gordita", "Redondita" o Cosas Parecidas Aunque sea un Comentario Positivo por ÍN (púberes y preadolescentes)



En la Figura 32, se observa que respecto a esta misma variable, las que en mayor medida mencionaron angustiarse mucho con estos comentarios fueron las adolescentes en estado de emaciación (33 %); a quienes les angustiaban algo estos comentarios fueron a las que presentaban obesidad (45 %) y las adolescentes en bajo peso (66 %) fueron a las que no les angustiaba.

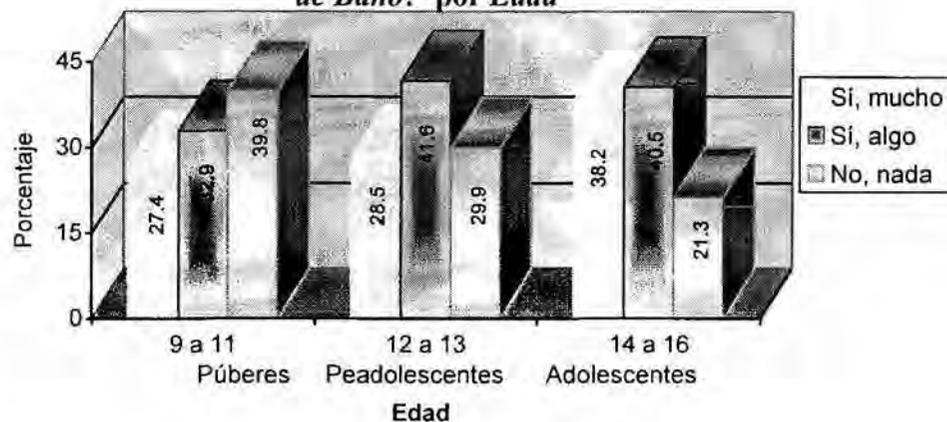
Figura 32. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia que Te Digan que Estás "Llenita", "Gordita" o "Redondita" o Cosas Parecidas, Aunque Sea un Comentario Positivo? por ÍMC (adolescentes)



7.2.17 Angustia por la ropa de verano

Las adolescentes en esta variable fueron quienes, reportaron en mayor medida que le angustiaba mucho (38 %) la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño, las preadolescentes fueron quienes reportaron ser en mayor porcentaje (42 %) a las que les angustia algo y las púberes fueron las que reportaron en mayor porcentaje (40 %) no angustiarse (Figura 33).

Figura 33. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia la Llegada del Verano por Tener que Ir Más Ligera de Ropa o Tener que Usar Traje de Baño? por Edad



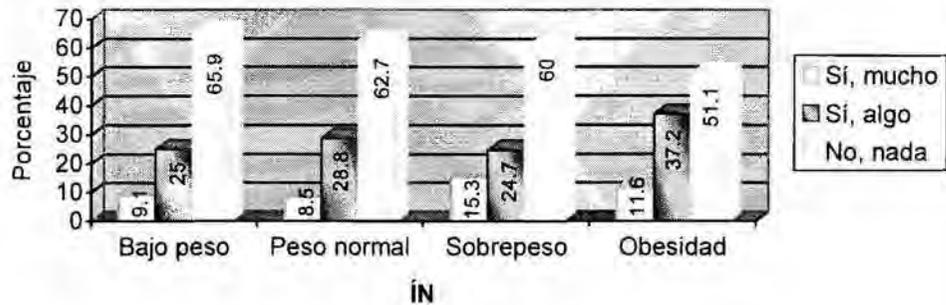
Del total de las participantes que reportaron que les angustiaba la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño, se puede observar que a mayor presencia de dieta (más de 2 veces), mayor porcentaje de angustia (43 %); sin embargo, de un 37 % que mencionó sentir angustia, el 8 % sentía mucha y el 29 % algo de angustia con la llegada del verano, no habían hecho dieta (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia la Llegada del Verano por Tener que Ir Más Ligera de Ropa o Tener que Usar Traje de Baño? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?			Total
	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada	
Sí, más de 2	43.0 %	37.8 %	19.2 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	22.6 %	41.6 %	35.8 %	100.0 %
No, ninguna	8.0 %	29.0 %	63.0 %	100.0 %
Total	14.4 %	32.8 %	52.8 %	100.0 %

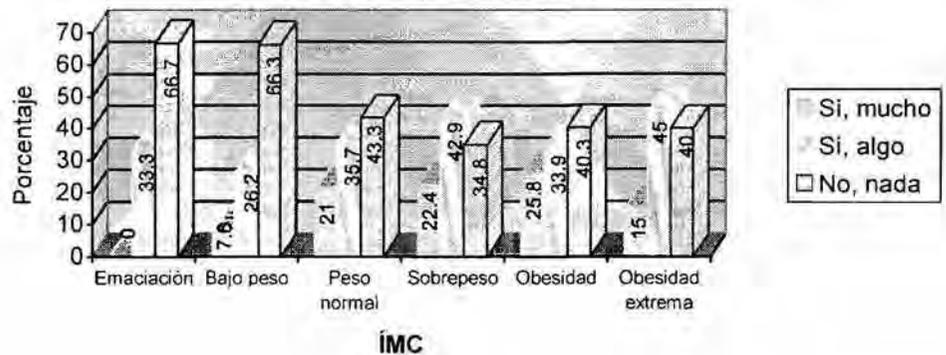
La mayor parte de las púberes y preadolescentes reportó no sentirse angustiada por la llegada del verano por tener que ir más ligeras de ropa o tener que usar traje de baño; sin embargo, los mayores porcentajes de las que se angustiaban mucho (15 %), se ubicaron en las que presentaban sobrepeso y el mayor porcentaje de las que se angustiaban algo (37 %), se ubicaban en las que presentaban obesidad (Ver Figura 34).

Figura 34. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia la Llegada del Verano por Tener que Ir Más Ligera de Ropa o Tener que Usar Traje de Baño? por ÍN (púberes y preadolescentes)



A la mayoría de las adolescentes que se encontraban con obesidad (26 %), les angustiaba mucho la llegada del verano; las que presentaban obesidad extrema, fueron quienes en mayor porcentaje (45 %) reportaron sentirse algo angustiadas y las adolescentes en estado de emaciación y bajo peso (67 % y 66 %, respectivamente) fueron las que en mayor medida respondieron no angustiarse por la llegada del verano (Ver Figura 35).

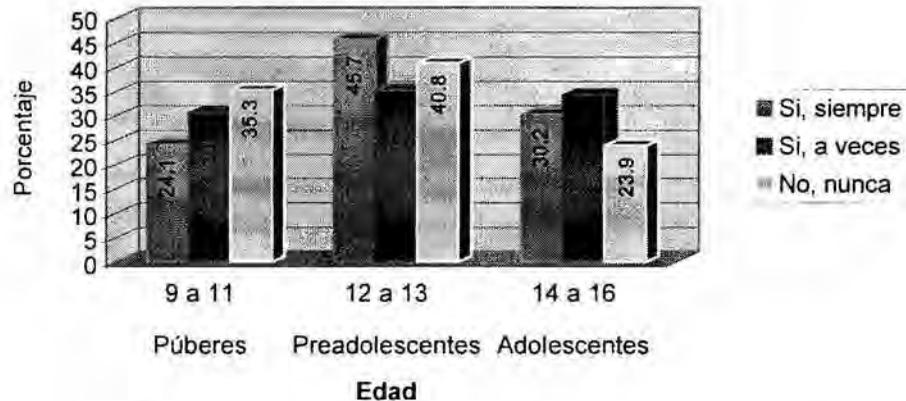
Figura 35. Distribución porcentual de la variable ¿Te Angustia la Llegada del Verano por Tener que Ir Más Ligera de Ropa o Tener que Usar Traje de Baño? por ÍMC (adolescentes)



7.2.18 Anuncios de televisión de productos adelgazantes

En la pregunta de si llaman su atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes la mayoría de las preadolescentes (46 %) reportó que siempre les llamaban la atención este tipo de anuncios. El 34 % de las adolescentes, mencionaron que a veces les llamaban la atención este tipo de anuncios. En la opción “no nunca” se encontró un mayor porcentaje (35 %) de participantes en pubertad (Ver Figura 36).

Figura 36. Distribución porcentual de la variable *Llaman tú atención los anuncios de televisión de productos adelgazantes por Edad*



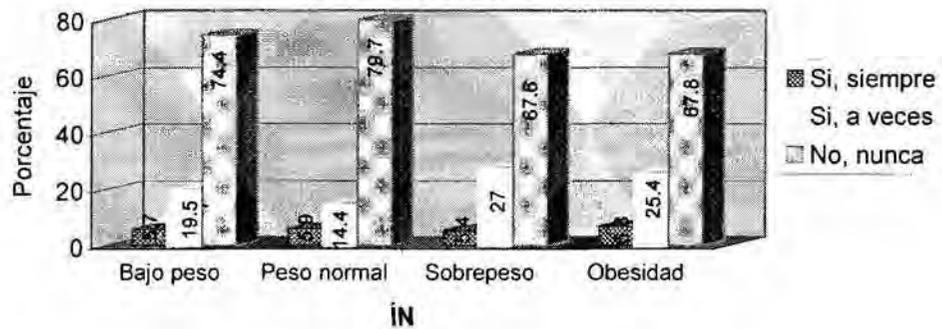
En la Tabla 27 se puede ver, que de las participantes que habían hecho dieta más de 2 veces, al 40 % a veces le llamaban la atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes, al igual que a un porcentaje importante (31 %) que siempre le llamaban la atención. Cabe señalar que a un gran porcentaje (80 %) de las jóvenes que no habían hecho dieta, nunca les habían llamado la atención estos anuncios.

Tabla 27 Distribución porcentual de la variable *¿Llaman Tú Atención los Anuncios de Televisión que Anuncian Productos Adelgazantes?* por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?			Total
	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca	
Sí, más de 2	31.3 %	39.6 %	29.1 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	12.2 %	34.7 %	53.1 %	100.0 %
No, ninguna	2.2 %	18.0 %	79.8 %	100.0 %
Total	7.0 %	23.8 %	69.2 %	100.0 %

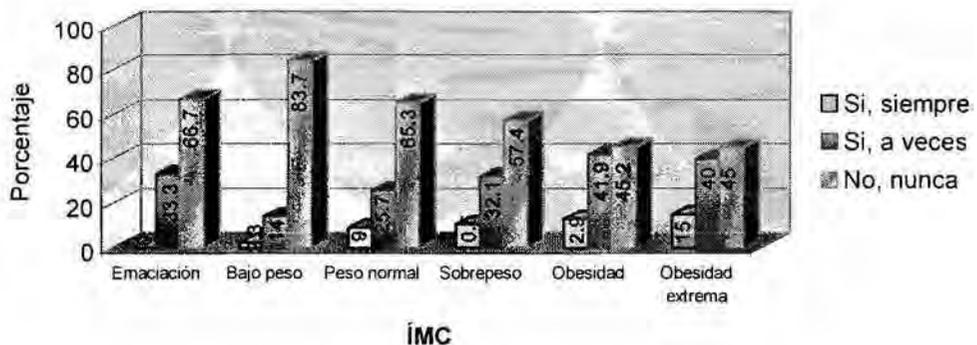
Referente a la respuesta de las púberes y preadolescentes a la pregunta “¿Llaman tú atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?”, se observa que el 7 % de las chicas con obesidad reportaron que siempre les llamaba la atención este tipo de anuncios. El 27 % con sobrepeso indicó que a veces les llamaba la atención. Un porcentaje considerable (80 %) en peso normal, señaló que nunca les llamaba la atención este tipo de anuncios (Ver Figura 37).

Figura 37. Distribución porcentual de la variable ¿Llaman Tú Atención los Anuncios de Televisión que Anuncian Productos Adelgazantes? por ÍN (púberes y preadolescentes)



La mayoría de las adolescentes con sobrepeso (10 %), obesidad (13 %) y obesidad extrema (15 %) reportaron que siempre les llamaban la atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes. Aunque también se encontró que a las chicas con sobrepeso (32 %), obesidad (42 %) y obesidad extrema (40 %) a veces les llamaba la atención, en esta misma opción se encuentran en un porcentaje menor a las chicas con emaciación (33 %). El grupo de muchachas con bajo peso, mostró un porcentaje mayor (84 %) en la opción “no nunca” (Ver Figura 38).

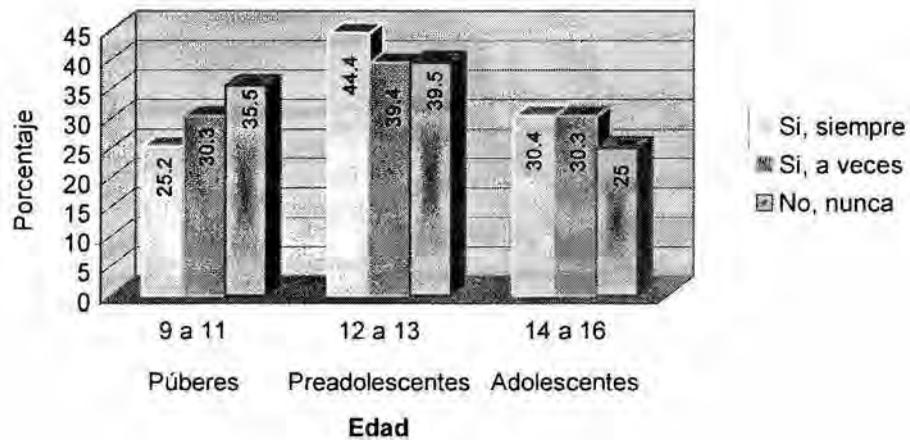
Figura 38. Distribución porcentual de la variable ¿Llaman Tú Atención los Anuncios de Televisión que Anuncian Productos Adelgazantes? por ÍMC (adolescentes)



7.2.19 Anuncios de bebidas bajas en calorías

En la Figura 39 se puede observar, que el 44% de las preadolescentes y el 30 % de las adolescentes siempre habían sentido deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyen o ven un anuncio dedicado a ellas , aunque también un elevado porcentaje de preadolescentes (39 %) contestó que a veces sentían deseos de consumirlas. En la opción “no nunca” encontramos a las púberes con 35 %.

Figura 39. Distribución porcentual de la variable *Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas* por Edad



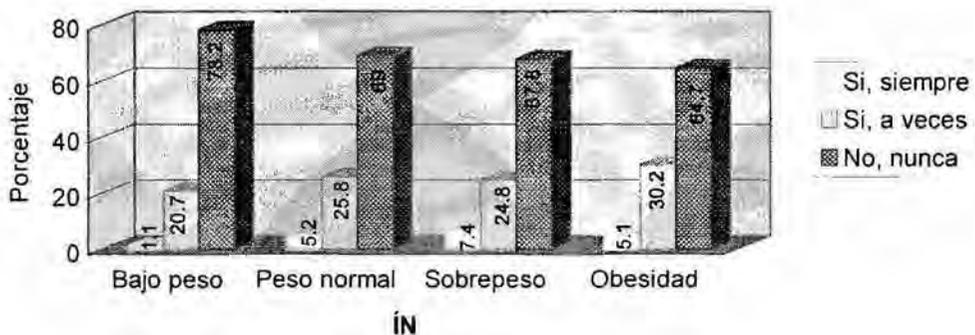
Referente a si las participantes sentían deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyen o ven un anuncio dedicado a ellas el 49 % que había hecho dieta más de 2 veces respondió que a veces había sentido deseos de consumir este tipo de bebidas. De las jóvenes que había hecho dieta 1 ó 2 veces el 47 % reportó nunca sentir deseos de consumir este tipo de bebidas, aunque un porcentaje similar (42 %), mencionó que a veces sentía deseos de consumir bebidas bajas en calorías. Un gran porcentaje (76 %) de las chicas que no habían hecho dieta señalaron no sentir deseos de consumir este tipo de bebidas (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Distribución porcentual de la variable ¿Has Sentido Deseos de Consumir Bebidas Bajas en Calorías Cuando Oyes o Ves un Anuncio Dedicado a Ellas? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?			Total
	Sí, siempre	Sí, a veces	No, nunca	
Sí, más de 2	23.1 %	49.3 %	27.6 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	10.6 %	42.1 %	47.3 %	100.0 %
No, ninguna	2.2 %	21.6 %	76.2 %	100.0 %
Total	5.9 %	28.8 %	65.3 %	100.0 %

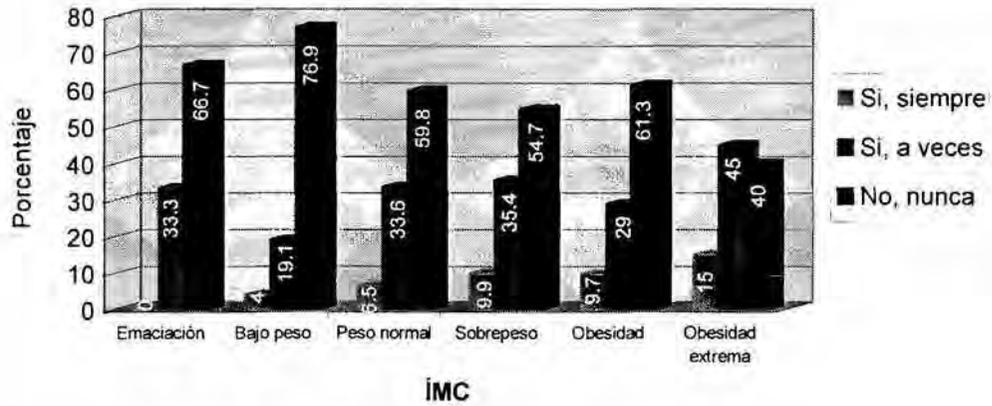
Con respecto a si sentían deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyen o ven un anuncio dedicado a ellas encontramos que el 30 % de las chicas con obesidad y el 26 % con peso normal, señalaron que a veces sentían deseos de consumirlas; el 78 % con bajo peso señaló que nunca había sentido deseos de consumirlas y en un porcentaje menor (7 %) encontramos a las chicas con sobrepeso quienes reportaron que siempre sentían deseos de consumir este tipo de bebidas (Ver Figura 40).

Figura 40. Distribución porcentual de la variable ¿Sientes Deseos de Consumir Bebidas Bajas en Calorías Cuando Oyes o Ves un Anuncio Dedicado a Ellas? por ÍN (púberes y preadolescentes)



La mayoría de las adolescentes con bajo peso (77 %) no habían sentido deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyen o ven un anuncio dedicado a ellas. Entre quienes a veces habían sentido deseos de consumirlas se encuentra un porcentaje importante (45 %) las chicas con obesidad extrema, de igual forma en este último grupo, se concentra la mayor cantidad de participantes (15 %) que siempre han sentido deseos de consumir este tipo de bebidas (Ver Figura 41).

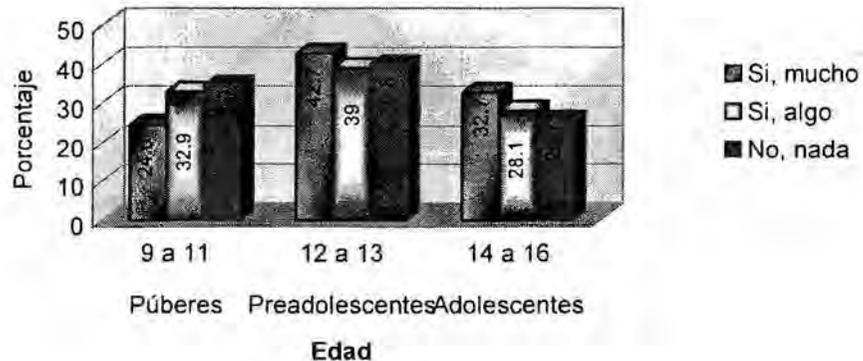
Figura 41. Distribución porcentual de la variable ¿Has Sentido Deseos de Consumir Bebidas Bajas en Calorías Cuando Oyes o Ves un Anuncio Dedicado a Ellas? Por ÍMC (adolescentes)



7.2.20 *Atracción hacia la información y publicidad relacionada con calorías*

Respecto a la variable de si les atraían los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías, en la Figura 42, se puede observar que al 43 % de las preadolescentes y al 33 % de las adolescentes les atraían mucho los libros, artículos, anuncios, etc.. En la opción si, algo, encontramos de nueva cuenta a las preadolescentes con 39 %. El 34 % de las púberes mencionó que no les atraían mucho.

Figura 42. Distribución porcentual de la variable Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios que hablan de calorías por Edad



De las participantes que habían hecho dieta más de 2 veces, a un porcentaje considerable (31 %) les atraían algo los libros, artículos de revistas, anuncios que hablan de calorías; sin

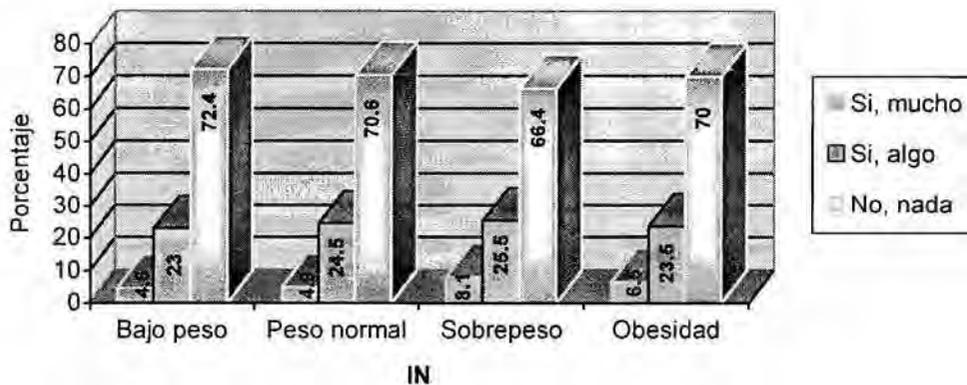
embargo, a un mayor porcentaje (42 %) que también había hecho dieta más de 2 veces no les atraían nada. Al 55 % que ha hecho dieta 1 o 2 veces, no les atraían este tipo de artículos, aunque al 33 % sí les atraía algo. Al 24 % que no habían hecho dieta, les atraía algo (21 %) y mucho (3 %) este tipo de publicidad (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Distribución porcentual de la variable ¿Te Atraen los Libros, Artículos de Revistas, Anuncios que Hablan de Calorías? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?			Total
	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada	
Sí, más de 2	26.9 %	30.6 %	42.5 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	11.9 %	33.3 %	54.8 %	100.0 %
No, ninguna	3.4 %	21.0 %	75.6 %	100.0 %
Total	7.4 %	24.8 %	67.8 %	100.0 %

En la Figura 43, se puede observar que al 8 % de las chicas con sobrepeso y al 6 % con obesidad les atraían mucho los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías. Al 24 % con peso normal y también al 25 % con sobrepeso, les atraían algo este tipo de anuncios. En la opción “no nada” encontramos con porcentajes muy elevados a las púberes y preadolescentes con bajo peso (72 %), de nueva cuenta a las de chicas con peso normal (71 %) y obesidad (70 %).

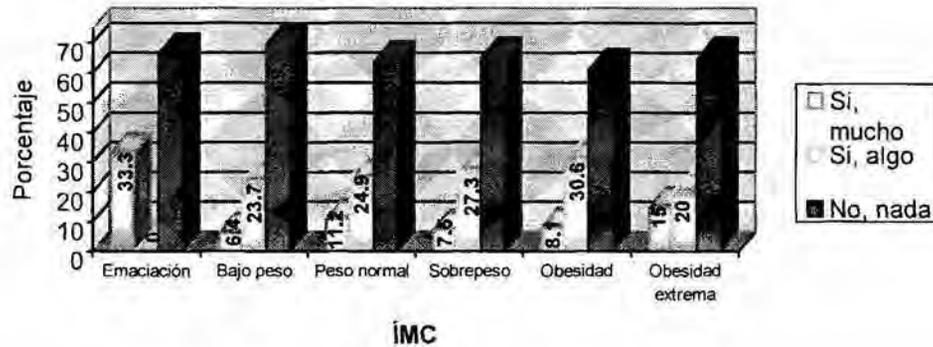
Fig. 43. Distribución porcentual de la variable ¿Te Atraen los Libros, Artículos de Revistas, Anuncios que Hablan de Calorías? por IN (púberes y preadolescentes)



Las adolescentes que se encontraban en emaciación (33 %) mencionaron que les atraían mucho los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías; el 27 % con sobrepeso, así como el 31 % con obesidad, señalaron que les atraían algo este tipo de libros,

artículos de revistas y anuncios. Sin embargo, a la mayoría de las adolescentes con emaciación (67 %) y con bajo peso (70 %) no les atraían nada estos libros, artículos de revistas y anuncios que hablan de calorías (Ver Figura 44).

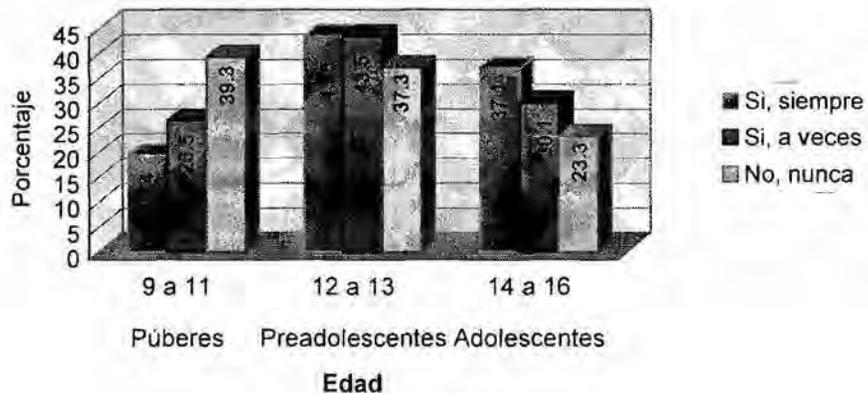
Fig. 44. Distribución porcentual de la variable ¿Te Atraen los Libros, Artículos de Revistas, Anuncios que Hablan de Calorías? por ÍMC (adolescentes)



7.2.21 Interés por temas relacionados con peso, adelgazamiento y/o control de obesidad

Respecto a si las participantes se interesaban por los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad, encontramos que el 43 % de las preadolescentes se interesaban mucho, de igual forma que las adolescentes (37 %); aunque el 43 % de las preadolescentes también señaló que les interesaban algo y el 39 % de las púberes mencionó que no les interesaban nada (Ver Figura 45).

Figura 45. Distribución porcentual de la variable Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad por Edad



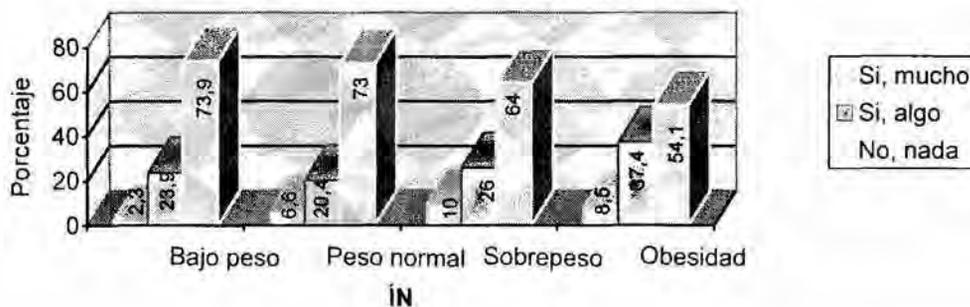
De las participantes que habían hecho dieta más de 2 veces, el 40 % se interesaba mucho por los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o control de la obesidad, de igual forma al 37 % que también había hecho dieta más de 2 veces, les interesaban algo este tipo de artículos y reportajes. Por otra parte, entre quienes habían hecho dieta 1 a 2 veces, el 43 % reportó que le interesaba algo este tipo de publicidad, cabe señalar que un porcentaje muy parecido (40 %) señaló que no le interesaba este tipo de publicidad. De quienes no habían hecho dieta, el 26 % indicó que le interesaba algo este tipo de artículos y reportajes. (Ver Tabla 30).

Tabla 30. Distribución porcentual de la variable ¿Te interesan los Artículos y Reportajes Relacionados con el Peso, Adelgazamiento o el Control de la Obesidad? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o control de obesidad?			Total
	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada	
Sí, más de 2	40.3 %	37.3 %	22.4 %	100.0 %
Sí, 1 ó 2	17.4 %	42.8 %	39.8 %	100.0 %
No, ninguna	4.3 %	25.9 %	69.8 %	100.0 %
Total	10.4 %	30.9 %	58.7 %	100.0 %

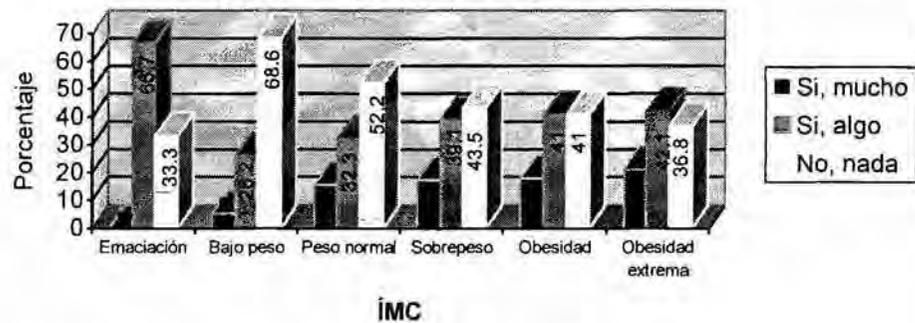
De acuerdo con el IN, al 10 % de las participantes con sobrepeso les interesaban mucho los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad; también se observa que un porcentaje significativo (37 %) de las chicas con obesidad, mencionó que les interesaban algo este tipo de publicidad. A la mayoría de las púberes y preadolescentes que se encontraba en bajo peso (74 %) y peso normal (73 %) no les interesaban los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad (Ver Figura 46).

Fig. 46. Distribución porcentual de la variable ¿Te interesan los Artículos y Reportajes Relacionados con el Peso, Adelgazamiento o el Control de la Obesidad? por IN (púberes y preadolescentes)



De acuerdo con el ÍMC, a las adolescentes que se encontraban en obesidad extrema (21 %), les interesaban mucho los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad. A las chicas con emaciación (67 %) les interesaban algo este tipo de artículos y reportajes, y al 69 % con bajo peso, no les interesaban estos artículos y reportajes (Ver Figura 47).

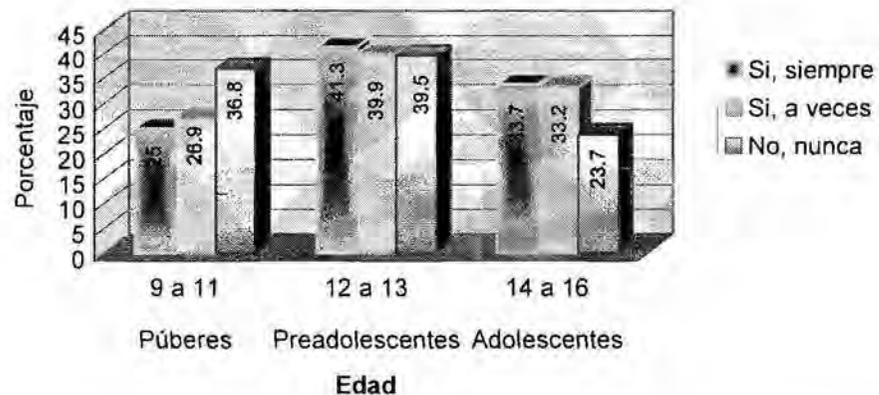
Figura 47. Distribución porcentual de la variable ¿Te Interesan los Artículos y Reportajes Relacionados con el Peso, Adelgazamiento o el Control de la Obesidad? por ÍMC (adolescentes)



7.2.22 Anuncios de dietas para adelgazar

En la variable “¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?”, la mayoría de las púberes (37 %) reportó que nunca sentía deseos de seguir una de esas dietas. Un porcentaje considerable de preadolescentes (41 %) y de adolescentes (34 %) mencionó que siempre sentía deseos de seguir una dieta adelgazante, sin embargo, llama la atención que un gran porcentaje de preadolescentes también señaló que a veces y nunca (39 % respectivamente) había sentido deseos de seguir una dieta (Ver Figura 48).

Figura 48. Distribución porcentual de la variable Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos por Edad



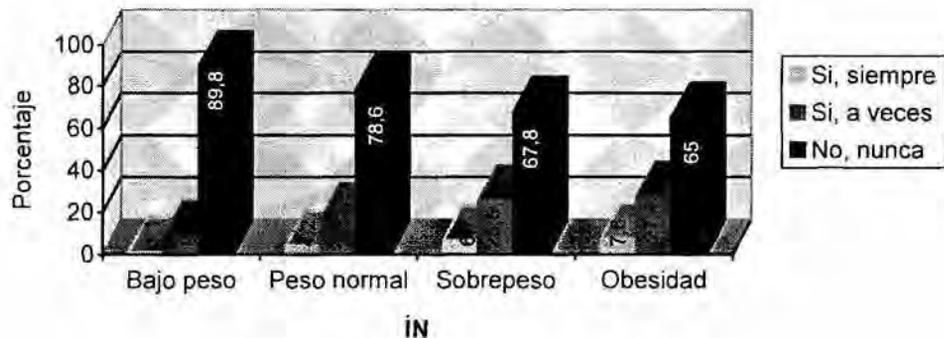
En la Tabla 31, se puede observar que de las jóvenes que habían hecho dieta más de 2 veces, el 44 % a veces sentía deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ve u oye un anuncio dedicado a esos productos. Un porcentaje importante (42 %) que había hecho dieta 1 o 2 veces, reportó que a veces sentía deseos de seguirla, sin embargo, un porcentaje similar (45 %) en esta misma categoría reportó nunca sentir deseos de seguirla.

Tabla 31. Distribución porcentual de la variable ¿Sientes Deseos de Seguir una Dieta Adelgazante Cuando Ves u Oyes un Anuncio Dedicado a Esos Productos? por Dieta

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?			Total
	Sí, mucho	Sí, algo	No, nada	
Sí, más de 2	28.9 %	43.7 %	27.4 %	100.0 %
Sí, 1 o 2	12.8 %	41.7 %	45.5 %	100.0 %
No, ninguna	2.2 %	16.8 %	81.0 %	100.0 %
Total	7.0 %	25.0 %	68.0 %	100.0 %

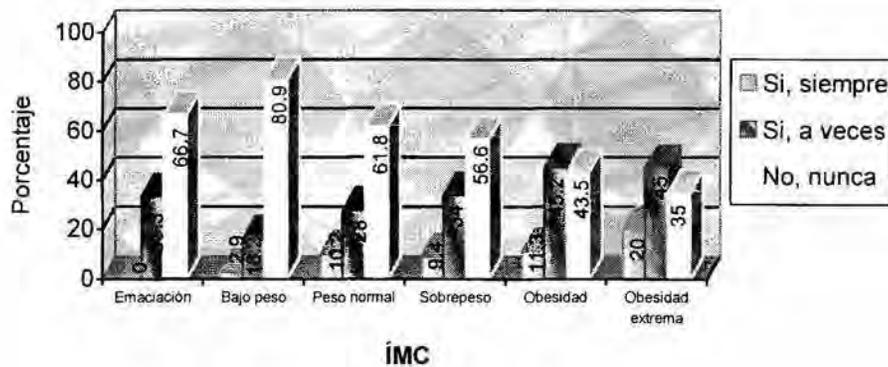
La mayoría de las púberes y preadolescentes que presentaban obesidad (8 %) y sobrepeso (7 %), siempre habían sentido deseos de seguir una dieta adelgazante cuando oyen o ven un anuncio dedicado a esos productos; sin embargo, el 27 % también con obesidad y el 25 % con sobrepeso, a veces sentían deseos de seguir una dieta adelgazante. De las chicas con bajo peso, un porcentaje considerable (90 %) mencionó que nunca había sentido deseos de seguir una dieta (Ver Figura 49).

Figura 49. Distribución porcentual de la variable Sientes Deseos de Seguir una Dieta Adelgazante Cuando Oyes o Ves un Anuncio Dedicado a esos Productos por IN (púberes y preadolescentes)



La mayoría de las adolescentes que se encontraban con el ÍMC en bajo peso (81 %) nunca había sentido deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ven u oyen un anuncio dedicado a esos productos; sin embargo, un 45 % que se encontraba con obesidad y en obesidad extrema, respectivamente, reportó que a veces sentían deseos de seguir una dieta adelgazante. En general, se reportaron porcentajes muy bajos para la opción “si, siempre”, en donde el mayor porcentaje también se encontró en obesidad (11 %) y obesidad extrema (20 %) (Ver Figura 50).

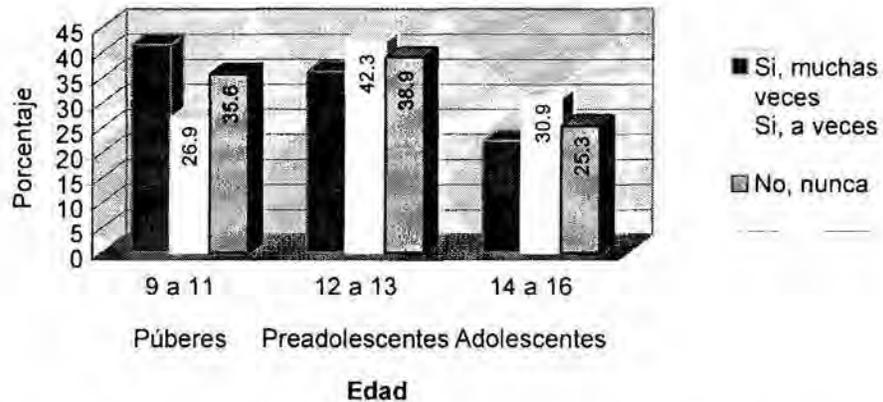
Figura 50. Distribución porcentual de la variable *Sientes Deseos de Seguir una Dieta Adelgazante Cuando Ves u Oyes un Anuncio Dedicado a esos Productos* por ÍMC (adolescentes)



7.2.23 Recuerdos de imágenes, frases o melodías de anuncios de productos adelgazantes

Respecto a la variable “Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes” se observa que el mayor porcentaje (41 %) de las participantes que se encontraban en pubertad, reportaron que muchas veces habían recordado las frases, imágenes o melodías. En la opción “si, a veces” encontramos al 42 % de las preadolescentes y al 31 % de las adolescentes. Aunque llama la atención que un porcentaje elevado de preadolescentes (39 %) mencionó nunca recordarlas (Ver Figura 51).

Figura 51. Distribución porcentual de la variable *Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes por Edad*



El 44 % de las participantes que habían hecho dieta más de 2 veces, mencionó que a veces recordaba frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes, a diferencia del 36 % que indicó que nunca los recordaba. De las jóvenes que habían hecho dieta de 1 a 2 veces, el 39 % señaló que a veces las recordaba y un mayor porcentaje (52 %) indicó que nunca las recordaba. El 64 % que no había hecho dieta, informó que nunca recordaba este tipo de frases, aunque llama la atención, que un 30 % que tampoco había hecho dieta, a veces recordaba este tipo de frases (Ver Tabla 32).

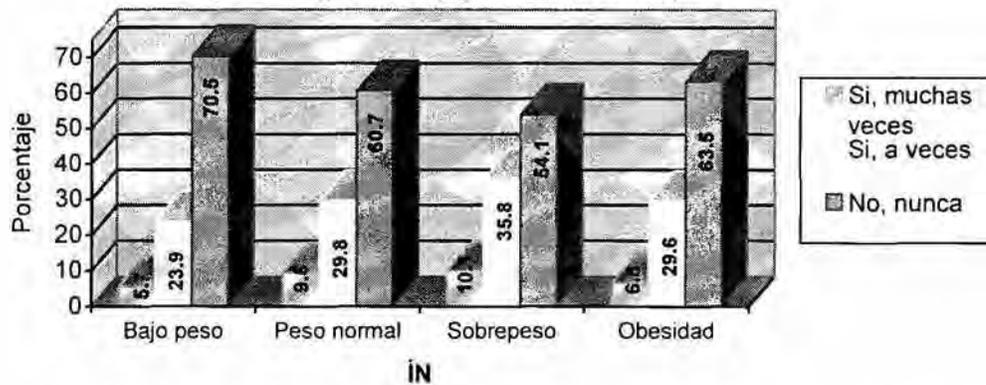
Tabla 32. Distribución porcentual de la variable *¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes? por Dieta*

¿Has hecho dieta para adelgazar?	¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes?			Total
	Si, muchas veces	Si, a veces	No, nunca	
Si, más de 2	20.2 %	44.0 %	35.8 %	100.0 %
Si, 1 o 2	9.6 %	38.5 %	51.9 %	100.0 %
No, ninguna	5.9 %	29.7 %	64.4 %	100.0 %
Total	8.0 %	33.0 %	59.0 %	100.0 %

La mayoría de las púberes y preadolescentes que se encontraban con peso normal (9 %) y sobrepeso (10 %) reportaron que muchas veces habían recordado las frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes. Sin embargo, un 30 % que también se encontraba en peso normal y obesidad, respectivamente, así como el 36 % en

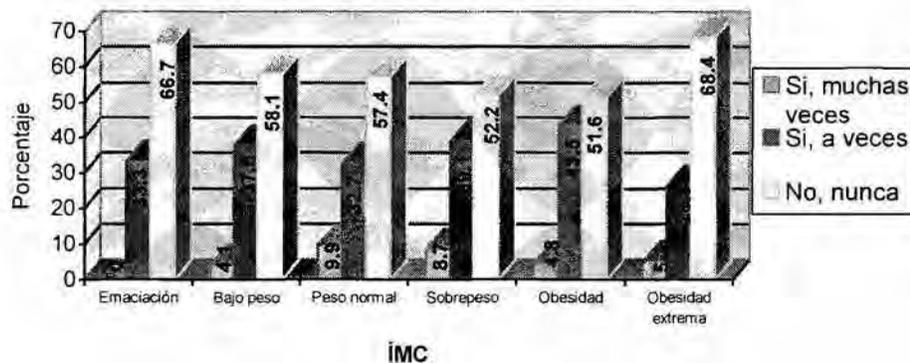
sobrepeso, a veces recordaba estas frases imágenes o melodías. En la opción “nunca” encontramos en mayor porcentaje a las chicas de bajo peso (70 %) (Ver Figura 52).

Figura 52. Distribución porcentual de la variable ¿Recuerdas Frases, Imágenes o Melodías que Acompañan a los Anuncios de Productos Adelgazantes? por ÍN (púberes y preadolescentes)



Un gran porcentaje de las adolescentes con peso normal (10 %), así como con sobrepeso (9 %) mencionaron que muchas veces habían recordado frases, imágenes o melodías que acompañaban a los productos adelgazantes. El 43 % con obesidad y el 39 % con sobrepeso a veces las recordaban, y en porcentajes mayores encontramos a las chicas en estado de emaciación (67 %) y obesidad extrema (68 %) las cuales reportaron que nunca las recordaban (Ver Figura 53).

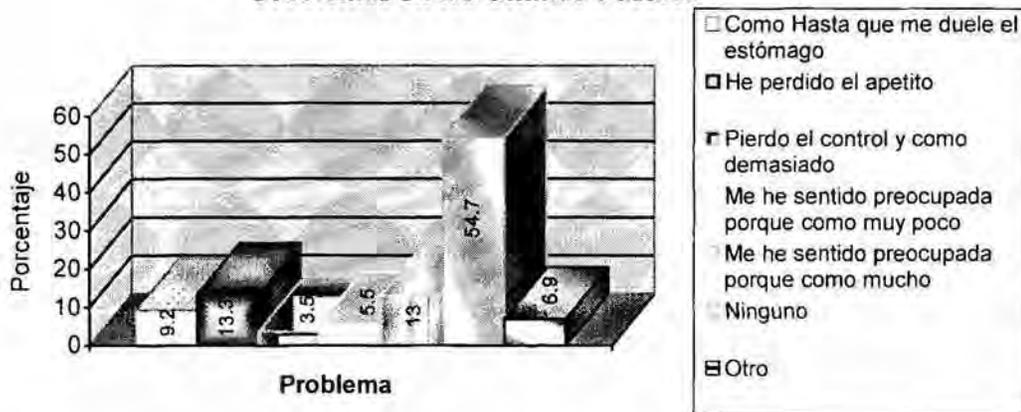
Figura 53. Distribución porcentual de la variable ¿Recuerdas Frases, Imágenes o Melodías que Acompañen a los Anuncios de Productos Adelgazantes? por ÍMC (adolescentes)



7.2.24 Problemas con la forma de comer

Respecto a la variable en la que se les pidió a las participantes que señalaran cuáles problemas han tenido durante los últimos 6 meses, el 55 % mencionó que no habían presentado ningún problema; el 13 % que habían perdido el apetito y otro 13 % que se habían sentido preocupadas porque comían mucho; el 9 % mencionó que habían comido hasta que les dolía el estómago, el 7 % mencionó que había presentado otro problema; el 5 % reportó que se habían sentido preocupadas porque comen muy poco y el 3 % mencionó que había perdido el control y habían comido demasiado (Ver Figura 54).

Figura 54. Distribución porcentual de la variable Problemas en los Últimos 6 Meses



7.2.25 Alimentos que consideran engordadores

En la variable en la que se les pidió que escribieran cuales alimentos engordan más, escribiendo en el número 1 el que más engorda y en el número 2 el que le sigue, hasta llegar al 5 que era el que más engorda, las participantes colocaron en la primera opción, con el mayor porcentaje y como el alimento que más engorda el pan (18 %); en la segunda opción colocaron nuevamente el pan (21 %), aunque un porcentaje importante menciona la tortilla (16 %); en la tercera opción, las participantes colocaron ahora a la tortilla en primer lugar (13 %) y como segundo al pan (13 %); en la cuarta opción mencionaron nuevamente el pan (10 %), sin embargo, un porcentaje considerable mencionó también a la tortilla nuevamente (8 %) y en la quinta opción, como el alimento que menos engorda, mencionaron en primer lugar los dulces (8 %) y en segundo lugar a las verduras (7 %) (Ver Tabla 33).

**Tabla 33. Distribución porcentual de la variable
Escribe los Alimentos Qué Más Engordan**

Opción 1		Opción 2		Opción 3	
Alimento	Porcentaje	Alimento	Porcentaje	Alimento	Porcentaje
Pan	18.5 %	Pan	20.9 %	Tortilla	12.9 %
Tortilla	9.7 %	Tortilla	15.6 %	Pan	12.9 %
Grasa	8.0 %	Papas	5.7 %	Refresco	7.1 %
Papas	7.7 %	Refresco	5.7 %	Dulces	4.8 %
Chocolate	6.2 %	Chocolate	4.2 %	Chocolate	4.7 %

Opción 4		Opción 5	
Alimento	Porcentaje	Alimento	Porcentaje
Pan	9.7 %	Dulces	8.0 %
Tortilla	8.0 %	Verduras	7.5 %
Refresco	7.2 %	Tortilla	6.3 %
Dulces	6.5 %	Fruta	5.9 %
Carne	4.0 %	Refresco	5.6 %

Nota: Para ver todos los alimentos mencionados por las participantes Ver el Anexo I

7.2.26 Percepción de su peso corporal

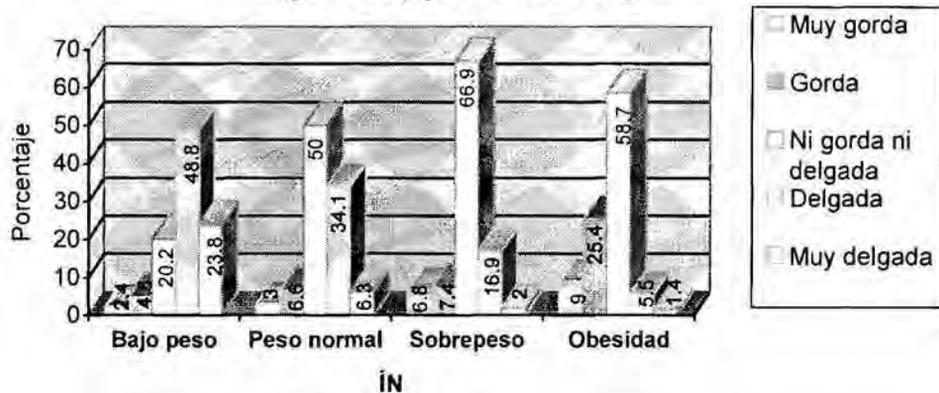
En la Figura 55, podemos observar que la distribución de las participantes respecto a la variable “Creo que estoy...”, fue la siguiente: el 49 % no creían estar ni gordas ni delgadas; el 20 % creían estar delgadas; el 18 % creían estar gordas; el 8 % creían estar muy gordas y el 5 % creían estar muy delgadas.

**Figura 55. Distribución porcentual de la variable
Creo que Estoy...**



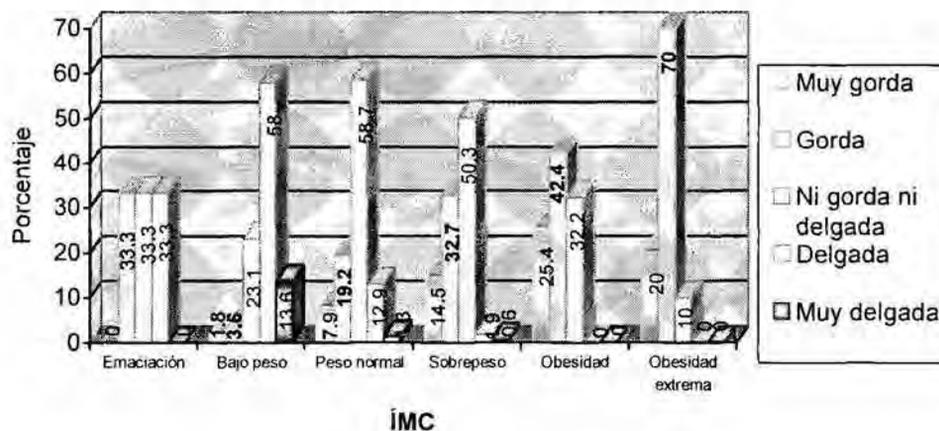
De acuerdo con el Índice Nutricional (ÍN), el mayor porcentaje de las púberes y preadolescentes que presentaban bajo peso (49 %) creían que estaban delgadas; el mayor porcentaje de las de peso normal (50 %), sobrepeso (67 %) y obesidad (59 %) creían que no estaban ni gordas ni delgadas (Ver Figura 56).

Figura 56. Distribución porcentual de la variable *Creo Que Estoy...* por ÍN (púberes y preadolescentes)



De las adolescentes que se encontraban en emaciación, reportaron en porcentajes iguales que creían que estaban gordas, ni gordas ni delgadas y delgadas (33 % respectivamente); de las que presentaban bajo peso, el mayor porcentaje (58 %) creían que estaban delgadas; las adolescentes en peso normal (59 %) y sobrepeso (50 %) creían que no estaban ni gordas ni delgadas y los mayores porcentajes de las de obesidad y obesidad extrema (42 % y 70 %, respectivamente) creían que estaban gordas (Ver Figura 57).

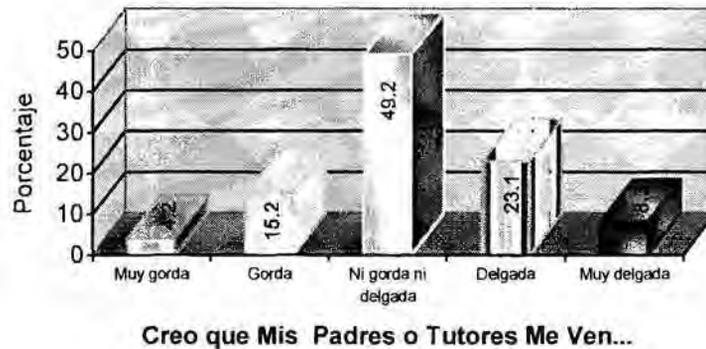
Figura 57. Distribución porcentual de la variable *Creo Que Estoy...* por ÍMC (adolescentes)



7.2.27 Percepción de los tutores hacia el peso corporal de las niñas

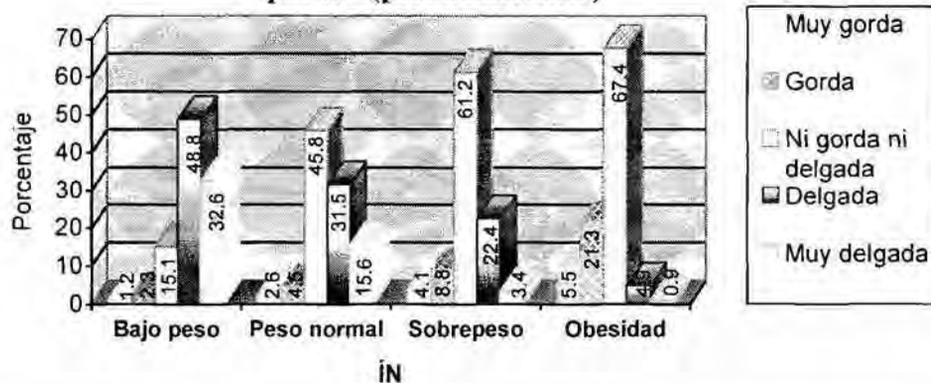
Respecto a cómo las participantes creen que sus padres o tutores las ven, el porcentaje mayor (49 %) respondió que las ven con peso normal (ni gordas ni delgadas), el 23 % respondió que las ven delgadas, el 15 % que las ven gordas; el 8 % que las ven muy delgadas y el 4 % que las ven muy gordas (Ver Figura 58).

Figura 58. Distribución porcentual de la variable *Creo que Mis Padres o Tutores Me Ven...*



En la Figura 59 se puede observar, que de las púberes y preadolescentes que presentaban bajo peso, el mayor porcentaje (49 %) reportó que sus padres o tutores las veían delgadas; el 46 % de las de bajo peso, el 61 % de las de sobrepeso y el 67 % de las de obesidad, reportaron que sus padres o tutores las ven como ni gordas ni delgadas.

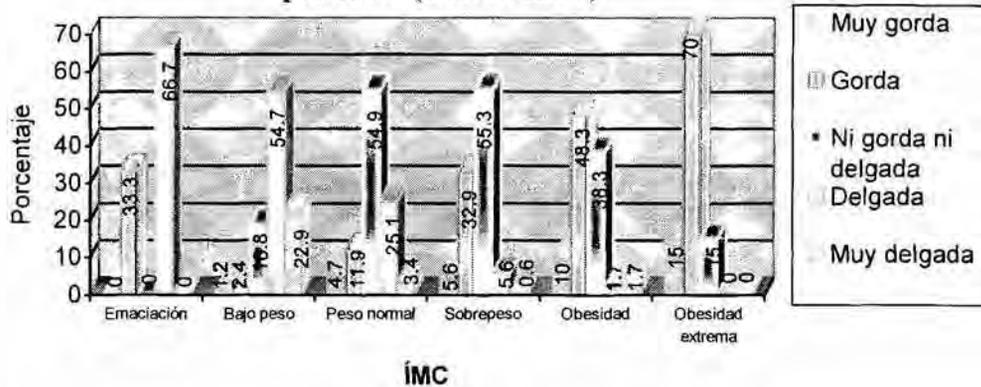
Figura 59. Distribución porcentual de la variable *Creo que Mis Padres o Tutores Me Ven...* por ÍN (preadolescentes)



El mayor porcentaje de las adolescentes en estado de emaciación y bajo peso (67 % y 55 %, respectivamente), reportaron que sus padres o tutores las ven delgadas; de las que presentaban peso normal y sobrepeso (55 % respectivamente) mencionaron que las ven como ni gordas ni

delgadas y las adolescentes con obesidad y obesidad extrema (48 % y 70 %, respectivamente), reportaron que las ven gordas (Ver Figura 60).

**Figura 60. Distribución porcentual de la variable
Creo que Mis Padres o Tutores Me Ven...
por ÍMC (adolescentes)**



7.2.28 Satisfacción/Insatisfacción con el peso corporal

En la variable “Me gustaría pesar...”, la distribución fue la siguiente: el 55 % mencionó que le gustaría pesar menos (34 %) y mucho menos (21 %) de lo que pesa actualmente; el 26 % mencionó que estaba conforme con su peso; el 19 % mencionó que le gustaría pesar un poco más (15 %) y mucho más (4 %) (Ver Figura 61).

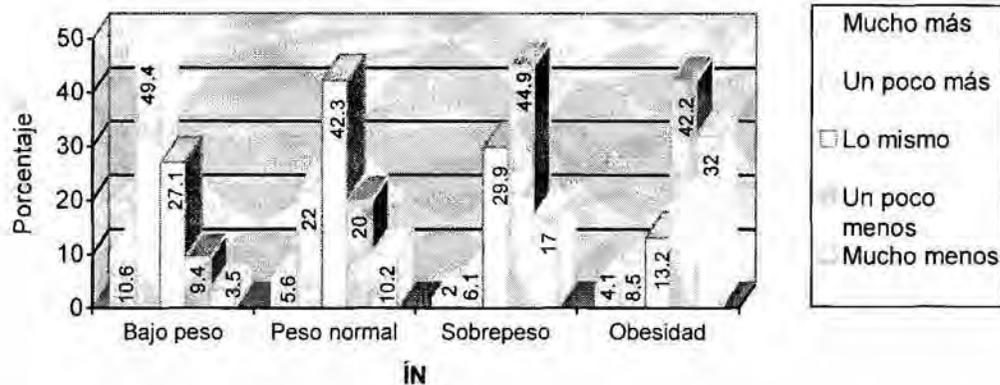
**Figura 61. Distribución porcentual de la variable
Me Gustaría Pesar...**



Las púberes y preadolescentes que presentaban bajo peso (49 %) respondieron que les gustaría pesar un poco más, como se observa en la Figura 62; las púberes y preadolescentes en peso normal (42 %) respondieron que les gustaría pesar lo mismo; las que se encontraban en sobrepeso (45 %) y obesidad (42 %) respondieron que les gustaría pesar un poco menos,

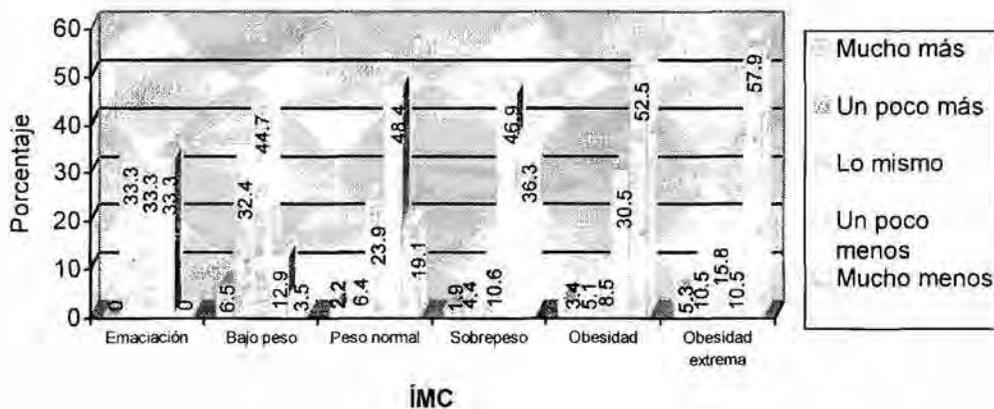
aunque un porcentaje importante de las de obesidad (32 %), respondieron que les gustaría pesar mucho menos.

Figura 62. Distribución porcentual de la variable Me Gustaría Pesar... por ÍN (preadolescentes)



Las adolescentes en emaciación respondieron equitativamente a lo que les gustaría pesar, distribuyéndose sus respuestas entre me gustaría pesar un poco más, lo mismo y un poco menos (33 % respectivamente); las que se encontraban en bajo peso (45 %) respondieron que les gustaría pesar lo mismo; las de peso normal (48 %) respondieron que les gustaría pesar un poco menos, de la misma forma que las que presentaban sobrepeso (47 %), aunque un porcentaje considerable (36 %) mencionó que les gustaría pesar mucho menos, al igual que a las adolescentes en obesidad y obesidad extrema (52 % y 58 %, respectivamente) (Ver Figura 63).

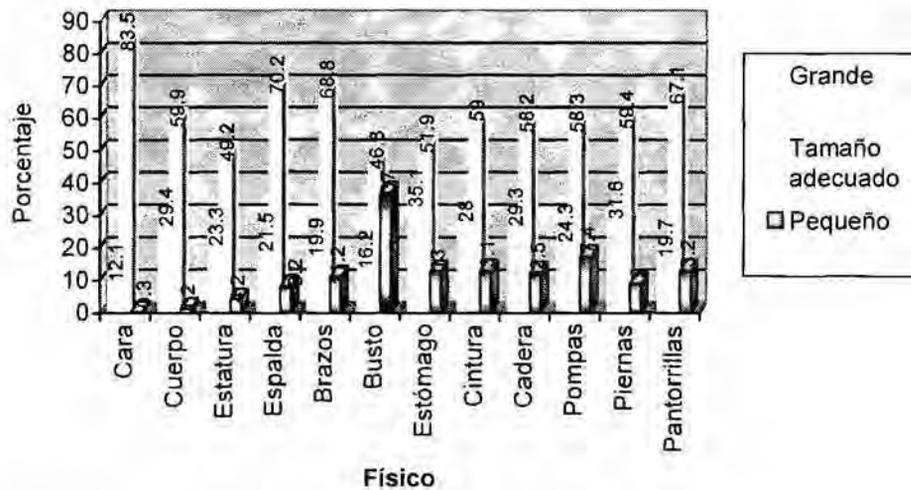
Figura 63. Distribución porcentual de la variable Me Gustaría Pesar... por ÍMC (adolescentes)



7.2.29 Consideraciones respecto a su imagen corporal

Respecto a la variable en donde se les pidió a las participantes que respondieran “¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?”, la mayoría de las jóvenes respondieron que consideraban de tamaño adecuado su cuerpo, pero los porcentajes más relevantes fueron los siguientes: el 29 % y el 35 %, consideraban que su cuerpo y su estómago eran grandes, así como el 28 %, el 29 % y el 32 % consideraban grande su cintura, cadera y piernas, respectivamente; por otro lado, el 37 % consideraba pequeña su estatura y el 17 % consideraba pequeñas sus pompas (Ver Figura 64).

Figura 64. Distribución porcentual de la variable ¿Cómo consideras las siguientes partes de tu físico?



7.2.30 Personas que las critican

Quienes criticaban a las participantes en ciertos aspectos; respecto a su estatura y su peso fueron ellas mismas quienes se criticaban (28 % y 34 %, respectivamente); respecto a si su comparan su peso con el de sus amigos, ellas mismas son quienes lo hacen (30 %); respecto a si las molestan porque quieren que estén más delgadas, también son ellas mismas quienes lo hacen (27 %); respecto a si las molestan para que suban de peso, es su mamá quien lo hacen (13 %); respecto a si se burlan de ellas porque están gorditas, son ellas mismas quienes se critican (17 %); respecto a si se burlan de ellas porque están flaquitas, fueron sus amigos quienes las critican (11 %); respecto a si se burlan de ellas porque están chaparritas, fueron nuevamente sus amigos quienes lo hacen (17 %) y respecto a si critican su cuerpo delante de los demás, fueron en porcentajes iguales sus amigos y ellas mismas (15 % respectivamente) (Ver Tabla 34).

Tabla 34. Distribución porcentual de la variable ¿Quiénes son los que te critican?					
Critican tu estatura					
Papá	Mamá	Hermanos	Maestros	Amigos	Yo mismo
6.0 %	8.5 %	15.2 %	1.5 %	21.8 %	28.1 %
Critican tu peso corporal					
10.2 %	17.5 %	14.3 %	1.5 %	13.7 %	34.3 %
Comparan tu peso con el de tus amigos					
4.1 %	10.3 %	7.3 %	1.1 %	17.4 %	30.5 %
Te molestan porque quieren que estés más delgada					
7.1 %	13.1 %	10.3 %	1.0 %	7.9 %	27 %
Te molestan porque quieren que subas de peso					
8.9 %	13 %	5.9 %	1.2 %	8.6 %	12.3 %
Se burlan de ti porque estás gordita					
4.6 %	5.3 %	12.6 %	0.8 %	12 %	17.4 %
Se burlan de ti porque estás flaquita					
5.3 %	6.8 %	7.9 %	1.4 %	11.2 %	9.6 %
Se burlan de ti porque estás chaparrita					
5 %	5.1 %	10.2 %	1.8 %	17.1 %	14.3 %
Critican tu cuerpo delante de los demás					
2.7 %	2.3 %	9 %	1.4 %	15.5 %	15.1 %

7.3 Validez y Confiabilidad de los Instrumentos

Los objetivos de este estudio fueron obtener los datos psicométricos de dos instrumentos. El primer instrumento (CIMEC 52), que evalúa la influencia de los agentes y situaciones sociales que transmite el Modelo Estético – Corporal actual y el segundo instrumento que exploraba factores de riesgo asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F), en preadolescentes y adolescentes mexicanas. Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 11.0); utilizándose las primeras con el objeto de describir las distribuciones de las variables de estudio, mientras que las segundas se utilizaron para obtener valores psicométricos de los instrumentos.

7.3.1 Obtención de datos psicométricos del CIMEC 52

7.3.1.1 Análisis de Distribución de la escala

En el CIMEC 52, se eliminaron 12 variables (8, 14, 15, 21, 32, 33, 38, 41, 46, 47, 49 y 52), debido a que éstos no cumplieron adecuadamente los criterios de normalidad (skewness = +/- 1.5 y kurtosis = +/- 2, Muthe & Kaplan, 1992; Potthar, 1993). En la Tabla 35, se pueden observar los valores de skewness y kurtosis para todos los variables y en negritas se encuentran marcados los variables que fueron eliminados.

Tabla 35. Valores de *Skewness* y *Kurtosis* para cada uno de las variables.

Variables	Skewness	Kurtosis
1. Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	.142	- .503
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	1.011	- .026
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	.736	- .462
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	.792	- .503
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	.445	- .940
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	1.435	.945
7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	.317	- .764
8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?	1.879	2.642
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	1.241	.502
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	.849	- .270
11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	.474	- .961
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	.521	- .674
13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	1.320	.600
14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?	1.949	3.025
15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?	1.619	1.683
16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	.658	- .782
17. ¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita" o "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	.424	- 1.237
18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	.343	- .804
19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	.875	- .361

20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?	1.464	1.058
21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?	2.156	3.843
22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?	.537	-.852
23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	1.387	.765
24. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?	-.220	-1.113
25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	.765	-.734
26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?	.951	-.284
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	.329	-.850
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	1.360	.750
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	.860	-.461
30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	.676	-.598
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	1.178	.134
32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras a cerca de productos o actividades adelgazantes?	1.786	2.349
33. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?	1.700	1.850
34. ¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	.094	-1.053
35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	-.978	-.099
36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupados por el excesivo tamaño de su pecho?	-.689	-.618
37. ¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?	.881	-.367
38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?	3.013	8.601
39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?	1.490	1.010
40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	-.811	-.560

41. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta para engordar?	2.364	4.988
42. ¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	.250	- 1.253
43. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado demasiado grandes o amplios por haberte adelgazado?	1.449	1.010
44. ¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos?	.695	- .481
45. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, un escaparate, etc.?	- 1.213	.287
46. ¿Has seguido alguna dieta para engordar en los dos últimos dos años?	4.031	16.699
47. ¿Te angustia que te digan que estás “delgada”, “flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo?	2.034	3.034
48. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?	- .812	- .349
49. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para engordar?	2.701	6.907
50. ¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?	1.209	.448
51. ¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?	- .497	- .913
52. Te resultan más simpáticas y atractivas las personas gruesas que las que no lo son?	2.416	5.222

7.3.1.2 Análisis de Confiabilidad de la escala

El instrumento fue sometido a un análisis de consistencia interna, considerando las variables que cumplieron los criterios de normalidad y del análisis factorial. Dicho análisis se realizó a través del coeficiente alpha de Cronbach, cuyo valor obtenido fue $\alpha = 0.91$, el cual se considera bueno.

7.3.1.3 Estructura factorial de la escala

Se sometió el instrumento a un análisis Factorial con el método de Componentes Principales y rotación VARIMAX. Al analizar los componentes principales se obtuvieron 5 factores. Éstos explican el 49.04 % de la variabilidad total. Los criterios empleados para este análisis factorial fueron, que cada variable tuviera una carga factorial igual o mayor al .40, en aquellas variables que cargaran en más de un factor, se agruparía de acuerdo con el mayor valor de carga factorial y la congruencia teórica y, por último, cada factor estaría conformado por al menos tres variables. En las Tablas 36 – 40, se muestran las variables que conformaron los

factores, su denominación, sus respectivas cargas factoriales y coeficiente de consistencia interna y en la Tabla 41, se muestran los reactivos que no entraron en el análisis factorial.

Tabla 36. Factor 1 Malestar por la Imagen Corporal		
	Variables	Carga Factorial
4.	¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	.655
5.	¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	.659
11.	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	.695
13.	¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	.544
16.	¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	.683
17.	¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita" o "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	.715
22.	¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?	.554
25.	¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	.624
29.	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	.591
31.	¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	.487
40.	Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	.470
45.	¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, un escaparate, etc.?	.444
Eigen value = 9.886 Varianza explicada = 24.715 % alpha = 0.8790		

Tabla 37. Factor 2 Influencia de la Publicidad		
	Variables	Carga Factorial
6.	¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	.540
9.	¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.462
19.	¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	.592
23.	¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	.700

26.	¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?	.623
28.	¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.524
35.	¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	.488
Eigen value = 2.361 Varianza explicada = 5.903 %		alpha = 0.8207

Tabla 38. Factor 3 Influencia de los Mensajes Verbales

Variables		Carga Factorial
18.	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	.551
36.	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	.684
48.	¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?	.711
51.	¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?	.692
Eigen value = 1.563 Varianza explicada = 3.909 %		alpha = 0.6935

Tabla 39. Factor 4 Influencia de las Situaciones Sociales

Variables		Carga Factorial
2.	¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	.693
7.	Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	.451
27.	¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	.624
30.	¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	.668
Eigen value = 1.341 Varianza explicada = 3.351 %		alpha = 0.6605

Tabla 40. Factor 5 Influencia de los Modelos Sociales

Variables		Carga Factorial
1.	Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	.575
3.	Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	.597
12.	Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	.700
Eigen value = 1.266 Varianza explicada = 3.164 %		alpha = 0.5457

Tabla 41. Reactivos que no entraron en la Estructura Factorial Variables

10.	¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?
20.	¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?
24.	¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar?
34.	¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?
37.	¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior?
39.	¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
42.	¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?
43.	¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado demasiado grandes o amplios por haberte adelgazado?
44.	¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos?
50.	¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?

7.3.1.4 Validez predictiva

Para obtener la coeficiente de validez predictiva se utilizó un análisis de Regresión Múltiple, en donde se utilizó como variable dependiente la Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F) y como variable independiente el Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético – Corporal (CIMEC 52), mediante el método de Entered.

Para el CIMEC 52, se obtuvo una varianza explicada de 50 %, un error estándar de .5232, una significancia para el modelo de .000 y los variables más significativos ($p \leq 0.05$) para este factor se pueden observar en la Tabla 42.

Tabla 42.- Coeficientes^a de las variables significativas para el CIMEC 52

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		t	Sig.
		B	Error estándar	Beta			
1	(Constante)	1.153	.042			27.206	.000
	4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	-5.881E-03	.029	-.005		-.202	.840

5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	-3.747E-02	.026	-.036	-1.465	.143
11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	8.579E-02	.029	.084	3.009	.003
13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	.124	.030	.105	4.105	.000
16. Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	-3.707E-02	.030	-.036	-1.253	.210
17. ¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita" o "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	8.984E-02	.026	.094	3.422	.001
22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?	7.645E-02	.028	.072	2.738	.006
25. Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	7.885E-02	.026	.078	3.028	.003
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	6.020E-02	.027	.056	2.196	.028
40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?	.200	.025	.187	7.911	.000
45. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, un escaparate, etc.?	5.070E-02	.026	.044	1.972	.049
6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?	8.652E-02	.032	.070	2.668	.008
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	7.668E-02	.032	.062	2.408	.016
19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?	4.402E-02	.029	.039	1.498	.134
23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías?	4.921E-02	.030	.041	1.663	.097

26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad?	5.515E-02	.029	.051	1.874	.061
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.135	.035	.110	3.879	.000
35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	1.055E-02	.026	.009	.399	.690
18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	-7.331E-03	.026	-.007	-.280	.780
36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?	1.531E-02	.025	.014	.605	.546
48. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?	2.182E-02	.028	.018	.768	.443
51. ¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?	-2.192E-02	.025	-.021	-.880	.379
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	1.151E-02	.027	.010	.427	.670
7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	-4.131E-02	.026	-.037	-1.618	.106
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	-6.004E-04	.026	-.001	-.023	.982
30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	-7.551E-03	.027	-.007	-.282	.778
1. Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	6.711E-02	.029	.054	2.328	.020
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	6.714E-02	.025	.058	2.642	.008

12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	-3.472E-02	.026	-.031	-1.333	.183
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?	2.581E-02	.027	.023	.957	.339

a. Variable Dependiente: Factor 1 "Preocupación por el Peso y la Comida"

7.3.1.5 Validez discriminante

Para obtener la validez discriminante del CIMEC 52 se utilizó un análisis Multivariado Discriminante mediante el método de Stepwise, en donde se utilizaron como puntos de corte los percentiles 25 –bajo- y 75 –alto-, de este análisis se obtuvieron 21 pasos y las variables que quedaron dentro de este último paso se muestran en la Tabla 43.

Paso	Variables	Tolerancia	Wilks' Lambda
21	16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?	.893	.138
	22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada?	.820	.136
	11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?	.815	.134
	51. ¿Crees que tus amigas o compañeras?	.823	.136
	29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?	.882	30.911
	27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?	.807	19.498
	9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	.835	13.824
	17. ¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita" o "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?	.821	24.652
	36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupados por el excesivo tamaño de su pecho?	.834	27.28
	1. Cuando estás viendo una película, ¿miras las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	.900	13.114

45. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, un escaparate, etc.?	.955	11.238
13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida?	.919	16.648
18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?	.888	17.565
25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?	.838	14.897
30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?	.792	23.765
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?	.800	17.253
35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?	.936	14.638
5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?	.854	7.090
7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?	.892	12.582
48. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?	.794	8.619
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	.909	8.242

En la función discriminante para el CIMEC 52 (Ver Tabla 44) puede observarse una correlación canónica ($R = .932$), con un eigenvalue de 6.583 y una varianza explicada de 100 %. La significancia para el análisis discriminante fue de .000 (Ver Tabla 45).

Función	Eigenvalue	% de la Varianza	% Acumulado	Correlación Canónica
1	6.583 ^a	100.0	100.0	.932

a. Primero 1 Funciones canónicas discriminantes que fueron usadas en el análisis

Función (es) del Test	Wilks' Lambda	Chi-cuadrada	df	Sig.
1	.132	1447.473	21	.000

En la clasificación de los datos se obtuvieron dos grupos. La clasificación con alta (346 casos) y baja (380 casos) predictibilidad, mostró tener un 100 % de clasificación correcta, como puede observarse en la Tabla 46, implicando que el instrumento con 21 variables tiene un muy buen poder discriminante.

		Nivel de influencia modelo estético	Membresía predicha		Total
			baja	alta	
Original	Conteo	baja	380	0	380
		alta	1	346	347
	%	baja	100.0	.0	100.0
		alta	.3	99.7	100.0

a. 100.0% de los casos originalmente agrupados fueron correctamente clasificados.

7.3.2 Obtención de datos psicométricos del EFRATA (escalas E y F)

7.3.2.1 Análisis de Distribución de la escala

En el EFRATA (escalas E y F) se eliminaron 21 variables (56, 57, 58, 59, 62, 64, 66, 67, 68, 72, 73, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86 y 90), debido a que éstos no cumplieron adecuadamente los criterios de normalidad (Distribución porcentual de la respuesta = + 60 %). En la Tabla 47, se pueden observar los porcentajes de elección para cada opción de respuesta y en negritas se encuentran marcados los variables que fueron eliminados.

Variables	Distribución porcentual de la respuesta	
53. Cuido que mi dieta sea nutritiva	Nunca	13.4
	A veces	10.7
	Frecuentemente	19.0
	Muy frecuentemente	36.2
	Siempre	20.7
54. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	Nunca	47.6
	A veces	32.4
	Frecuentemente	9.8
	Muy frecuentemente	5.4
	Siempre	4.8
55. Procuo comer verduras	Nunca	24.2
	A veces	12.6
	Frecuentemente	16.1
	Muy frecuentemente	28.5
	Siempre	18.6
56. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	Nunca	85.5
	A veces	8.3
	Frecuentemente	2.0
	Muy frecuentemente	1.8
	Siempre	2.4

57. Comer de más me provoca sentimientos de culpa	Nunca 66.7 A veces 20.5 Frecuentemente 3.6 Muy frecuentemente 3.3 Siempre 5.9
58. Soy de las que se hartan (se llenan de comida)	Nunca 63.6 A veces 25.2 Frecuentemente 5.0 Muy frecuentemente 2.4 Siempre 3.8
59. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	Nunca 74.6 A veces 16.5 Frecuentemente 3.2 Muy frecuentemente 3.0 Siempre 2.7
60 Me avergüenza comer tanto	Nunca 57.3 A veces 27.8 Frecuentemente 5.1 Muy frecuentemente 3.4 Siempre 6.4
61. Como lo que es bueno para mi salud	Nunca 24.3 A veces 13.8 Frecuentemente 18.4 Muy frecuentemente 33.8 Siempre 9.7
62. Me gusta sentir el estómago vacío	Nunca 75.1 A veces 15.5 Frecuentemente 3.6 Muy frecuentemente 2.4 Siempre 3.4
63. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	Nunca 6.5 A veces 6.3 Frecuentemente 10.4 Muy frecuentemente 40.7 Siempre 36.1
64. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme	Nunca 71.1 A veces 18.8 Frecuentemente 4.2 Muy frecuentemente 2.5 Siempre 3.4
65. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios	Nunca 16.5 A veces 9.8 Frecuentemente 15.5 Muy frecuentemente 40.1 Siempre 18.1

66. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	Nunca	70.0
	A veces	22.2
	Frecuentemente	3.4
	Muy frecuentemente	2.2
	Siempre	2.2
67. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas	Nunca	84.9
	A veces	9.0
	Frecuentemente	2.3
	Muy frecuentemente	1.4
	Siempre	2.4
68. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene	Nunca	78.8
	A veces	14.5
	Frecuentemente	3.2
	Muy frecuentemente	1.6
	Siempre	1.9
69. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	Nunca	57.6
	A veces	25.8
	Frecuentemente	5.9
	Muy frecuentemente	3.5
	Siempre	7.2
70. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	Nunca	54.1
	A veces	30.8
	Frecuentemente	5.7
	Muy frecuentemente	3.9
	Siempre	5.5
71. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	Nunca	55.6
	A veces	25.6
	Frecuentemente	5.4
	Muy frecuentemente	3.5
	Siempre	9.9
72. No como aunque tenga hambre	Nunca	72.6
	A veces	18.0
	Frecuentemente	3.9
	Muy frecuentemente	2.7
	Siempre	2.8
73. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores	Nunca	68.0
	A veces	20.1
	Frecuentemente	4.6
	Muy frecuentemente	2.5
	Siempre	4.8
74. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	Nunca	4.8
	A veces	4.6
	Frecuentemente	6.8
	Muy frecuentemente	25.0
	Siempre	58.8
75. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	Nunca	52.2
	A veces	31.2
	Frecuentemente	7.0
	Muy frecuentemente	4.0
	Siempre	5.6

76. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	Nunca	58.2
	A veces	28.6
	Frecuentemente	4.7
	Muy frecuentemente	2.4
	Siempre	6.1
77. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	Nunca	57.3
	A veces	28.3
	Frecuentemente	5.3
	Muy frecuentemente	2.9
	Siempre	6.2
78. Siento que no puedo parar de comer	Nunca	78.3
	A veces	13.9
	Frecuentemente	2.9
	Muy frecuentemente	1.5
	Siempre	3.4
79. Como sin medida	Nunca	73.4
	A veces	18.0
	Frecuentemente	3.6
	Muy frecuentemente	2.4
	Siempre	2.6
80. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer	Nunca	61.8
	A veces	22.7
	Frecuentemente	5.7
	Muy Frecuentemente	3.1
	Siempre	6.7
81. Me deprimó cuando como de más	Nunca	73.7
	A veces	15.7
	Frecuentemente	2.9
	Muy frecuentemente	1.9
	Siempre	5.8
82. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	Nunca	73.7
	A veces	16.8
	Frecuentemente	3.8
	Muy frecuentemente	2.1
	Siempre	3.6
83. Siento que mi forma de comer se sale de mi control	Nunca	75.8
	A veces	16.9
	Frecuentemente	2.9
	Muy frecuentemente	2.2
	Siempre	2.2
84. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	Nunca	66.0
	A veces	21.0
	Frecuentemente	4.9
	Muy frecuentemente	2.1
	Siempre	6.0
85. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar	Nunca	78.1
	A veces	11.8
	Frecuentemente	3.7
	Muy frecuentemente	2.1
	Siempre	4.3

86. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero cenó mucho)	Nunca	77.7
	A veces	14.0
	Frecuentemente	2.7
	Muy frecuentemente	2.5
	Siempre	3.1
87. Como con moderación	Nunca	22.6
	A veces	10.8
	Frecuentemente	13.0
	Muy frecuentemente	31.7
	Siempre	21.9
88. Dificilmente pierdo el apetito	Nunca	37.4
	A veces	38.6
	Frecuentemente	11.0
	Muy frecuentemente	6.3
	Siempre	6.7
89. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	Nunca	58.9
	A veces	23.8
	Frecuentemente	5.6
	Muy frecuentemente	4.3
	Siempre	7.4
90. Paso por periodos en los que como en exceso	Nunca	63.2
	A veces	26.9
	Frecuentemente	4.6
	Muy frecuentemente	2.8
	Siempre	2.5

7.3.2.2 Análisis de Confiabilidad de la escala

El instrumento fue sometido a un análisis de consistencia interna, considerando las variables que cumplieron los criterios de normalidad. Dicho análisis se realizó a través del coeficiente alpha de Cronbach cuyo valor obtenido fue $\alpha = 0.7655$.

7.3.2.3 Estructura factorial de la escala

Se sometió el instrumento a un análisis Factorial por medio de Componentes Principales y rotación VARIMAX. Al analizar los componentes principales se obtuvieron 2 factores. Éstos explican el 53 % de la variabilidad total. Sin embargo, los criterios empleados para este análisis factorial fueron: que cada variable tuviera una carga factorial mayor al .40, en aquellas variables que cargaran en más de un factor, se agruparía de acuerdo con el mayor valor de carga factorial y congruencia teórica y, por último, cada factor estaría conformado por al menos tres variables. Por una parte, en las Tablas 48 – 49, se muestran las variables que conformaron los 2 factores, su denominación, sus respectivas cargas factoriales y coeficiente de consistencia interna. Debido al análisis de consistencia interna también se eliminaron las variables que se muestran en la Tabla 50.

Tabla 48. Factor 1 Preocupación por el Peso y la Comida		
	Variables	Carga Factorial
54.	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.6181
69.	Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	.7146
70.	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada)	.6296
71.	Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	.6412
89.	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.6879
Eigen value = 3.088 Varianza explicada = 38.596 %		alpha = 0.7152

Tabla 49. Factor 2 Conducta Alimentaria Compulsiva		
	Variables	Carga Factorial
60.	Me avergüenza comer tanto	.5227
76.	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.3904
77.	No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	.6208
Eigen value = 1.145 Varianza explicada = 14.318 %		alpha = 0.6180

Tabla 50. Reactivos eliminados por el análisis discriminante	
	Variables
53.	Cuido que mi dieta sea nutritiva
55.	Procuro comer verduras
61.	Como lo que es bueno para mi salud
63.	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra
65.	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios
74.	Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada
75.	Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas
87.	Como con moderación
88.	Difícilmente pierdo el apetito

7.3.2.4 Validez predictiva

Para obtener la validez predictiva del EFRATA (escalas E y F), se utilizó un análisis de Regresión Múltiple mediante el método de Entered, en donde el promedio total del EFRATA se tomó como la variable dependiente y las escalas E y F como variable independiente.

Para el 1er. Factor “Preocupación por el peso y la comida”, se obtuvo una varianza explicada de 86 %, un error estándar de .2691, una significancia para el modelo de .000 y los variables más significativos ($p \leq 0.05$) para este factor se pueden observar en la Tabla 51.

Tabla 51.- Coeficientes^a de los variables significativos para el factor 1 el EFRATA (escalas E y F)

Modelo		Coeficientes no estandarizados	Error estándar	Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B		Beta		
1	(Constante)	.316	.019		16.963	.000
	54. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.133	.008	.201	16.605	.000
	69. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	.153	.007	.242	21.669	.000
	70. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	.128	.008	.198	15.115	.000
	71. Soy de las que se preocupa constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	.237	.007	.1419	33.149	.000
	89. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.115	.007	.258	22.541	.000

b. Variable Dependiente: EFRATA total

Para el 2º. Factor “Conducta alimentaria compulsiva”, se obtuvo una varianza explicada de 64 %, un error estándar de .4367, una significancia para el modelo de .000 y los variables más significativos ($p \leq 0.05$) para este factor se pueden observar en la Tabla 52.

Tabla 52.- Coeficientes^a de los variables significativos para el factor 2 el EFRATA (escalas E y F)

Modelo		Coeficientes no estandarizados	Error estándar	Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B		Beta		
1	(Constante)	.631	.028		22.795	.000
	60. Me avergüenza comer tanto	.293	.012	.465	24.358	.000
	76. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.212	.0130	.325	16.321	.000

	77. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	.663	.012	.250	13.840	.000
--	---	------	------	------	--------	------

b. Variable Dependiente: EFRATA total

7.3.2.5 Validez discriminante

Para el EFRATA (escalas E y F) también se utilizó un análisis Multivariado Discriminante mediante el método de Stepwise para obtener la validez discriminante, en donde se utilizaron como puntos de corte los percentiles 25 –bajo- y 75 –alto-, de este análisis se obtuvieron 8 pasos y las variables que quedaron dentro de este último paso se muestran en la Tabla 53.

Paso	Variables	Tolerancia	Wilks' Lambda
8	71. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)	.839	.208
	69. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	.970	.211
	77. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	.917	.222
	54. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.868	.213
	76. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.829	.202
	89. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.953	.202
	60. Me avergüenza comer tanto	.860	.204
	70. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada)	.826	.201

En la función discriminante para el EFRATA (escalas E y F) (Ver Tabla 54) puede observarse una correlación canónica ($R = .899$), con un eigenvalue de 4.214 y una varianza explicada de 100 %. La significancia para el análisis discriminante fue de .000 (Ver Tabla 55).

Función	Eigenvalue	% de la Varianza	% Acumulado	Correlación Canónica
1	4.214	100.0	100.0	.899

a. Primero 1 Funciones canónicas discriminantes que fueron usadas en el análisis

Función (es) del Test	Wilks' Lambda	Chi-cuadrada	df	Sig.
1	.192	1226.952	8	.000

En la clasificación de los datos se obtuvieron dos grupos. La clasificación con alta (392 casos) y baja (357 casos) predictibilidad, mostró tener un 100 % de clasificación correcta, como puede observarse en la Tabla 56, implicando que el instrumento con 8 variables tiene un muy buen poder discriminante.

Tabla 56.- Clasificación de Resultados^a					
		Grupo por nivel de riesgo EFRATA	Membresía predicha		Total
			baja	alta	
Original	Conteo	baja	392	0	392
		alta	0	357	357
	%	baja	100.0	.0	100.0
		alta	.0	100.0	100.0

a. 100.0% de los casos originalmente agrupados fueron correctamente clasificados.

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

8.1 *Discusión*

Los objetivos centrales de este estudio, fueron obtener los valores psicométricos (validez de constructo, la validez predictiva y la consistencia interna) del Cuestionario de Influencias sobre el Modelo Estético – Corporal (CIMEC 52) y de la Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F), aplicado a una muestra de niñas púberes, preadolescentes y adolescentes.

En los resultados obtenidos en la presente investigación, realizada en una muestra formada por 1655 mujeres (púberes, preadolescentes y adolescentes), se encontró que un porcentaje importante de chicas en estas etapas de vida, habían realizado dieta alguna vez en su vida, observándose que el rango de edad más frecuente fue de 10 a 13 años, lo cual fue coincidente con la edad en que comenzó a preocuparles su peso corporal. En esta investigación también se encontró que de las preadolescentes con obesidad, la mayoría había hecho dieta, en tanto que las adolescentes con peso normal y sobrepeso, fueron las que en su mayoría habían realizado algún tipo de dieta; esta conducta dietante pudo ser debido a la búsqueda permanente de una figura ideal delgada inexistente que induce a muchas niñas preadolescentes y adolescentes a inicios de dietas y regímenes de control de peso que, dependiendo de la edad de inicio, del grado cuantitativo o cualitativo de restricción, van a producir menor o mayor problema de salud (Gómez Peresmitré, 2001).

Los resultados de este estudio coinciden con los de otro estudio, realizado por Gómez Peresmitré (2001) en el que se encontró que la mitad de las niñas de cada grupo de edad (púberes y adolescentes) hacen más dieta del tipo restrictivo en comparación con los niños, con el propósito del control de peso. Lo anterior es similar a lo encontrado en un estudio con niñas y niños ingleses realizado por Hill, Draper y Stack (1994; citados en Gómez Peresmitré, 2001) en el que se reportó que a mayor peso corporal presentaban menor autoestima, así como deseos de adelgazar y altos niveles de restricción alimentaria, esto último era independiente del peso corporal real y fueron más las niñas que los niños quienes estaban interesadas en adelgazar.

En la presente investigación, se encontró que la autopercepción que tenía cerca de la mitad de las participantes, al igual que la que sus padres o tutores tenían de ellas, era de una complexión normal (ni gorda ni delgada), un porcentaje menor de las niñas se consideraba obesa y una proporción similar de los padres las consideraban así. También en esta investigación se encontró, que un porcentaje importante de las participantes les gustaría pesar un poco menos y de las partes corporales que llegaron a considerar pequeñas, los mayores porcentajes encontrados fueron para busto y glúteos. Todo lo anterior contrasta con lo reportado por Gómez Peresmitré (1997), quien encontró en su investigación, que las niñas respondieron que sus padres y amigas las ven delgadas o por lo menos más delgadas de lo que ellas mismas se perciben, aunque sus amigas las perciben menos delgadas que los padres, también concuerda con lo encontrado por Davies y Furnham (1986a; citados en Toro y Vilardell, 2000) en un grupo de adolescentes británicas, quienes reportaron que las dimensiones de la parte superior del muslo, glúteos y el estómago eran juzgadas con progresiva insatisfacción al aumentar la edad. Estos autores concluyen que la satisfacción producida por el propio cuerpo declina durante la adolescencia, y está asociada a la autoestima

psicológica y a la práctica de dietas restrictivas (Toro y Vilardell, 2000), y que con el fin de ajustarse a algún ideal de belleza artificial aprietan, comprimen y rellenan sus cuerpos.

En relación con el Cuestionario de Influencia de los Modelos Estético Corporales (CIMEC 52), se puede afirmar que mostró una excelente consistencia interna ($\alpha = 0.91$) semejante a la encontrada por Toro, Salamero y Martínez (1994), en población española ($\alpha = 0.94$ para su grupo de anoréxicas y $\alpha = 0.92$ para su grupo control), al igual a lo reportado por Vázquez, Álvarez y Mancilla (2000) para población mexicana de mayor edad (14 a 33 años).

El análisis factorial arrojó cinco factores que explicaron el 49 % de la variabilidad total. Por lo tanto, la composición factorial quedó de la siguiente manera: *Factor 1. Malestar por la Imagen Corporal*, *Factor 2. Influencia de la publicidad*, *Factor 3. Influencia de los Mensajes Verbales*, *Factor 4. Influencia de las situaciones sociales* y *Factor 5. Influencia de los modelos sociales*. Cabe mencionar que el Factor 1 Malestar por la imagen Corporal explica el mayor porcentaje de la variabilidad total. Los cinco factores obtenidos coinciden con los cinco factores del instrumento original. El Factor 1 (Malestar por la imagen corporal) siguió manteniendo la misma estructura del Factor 1 de Toro y cols. (1994), el Factor 2 (Influencia de la publicidad) está formado por cuatro de las variables del Factor 1 del instrumento original, el Factor 3 (Influencia de los mensajes verbales) quedó conformado por variables que en el instrumento original se encuentran en los Factores 1, 3 y 4, y el Factor 5 (Influencia de los modelos sociales) se formó con variables de los Factores 4 y 5.

Es importante señalar que en investigaciones previas, el factor más importante respecto a la estructura factorial fue el Factor de Malestar por la Imagen Corporal de Toro y cols. (1994), que coincide con lo encontrado en esta investigación, a pesar de que estos autores trabajaron con población clínica española; sin embargo, de acuerdo con el estudio realizado por Vázquez et al. (2000) en población mexicana no clínica, el factor más importante fue el de Influencia de la Publicidad, esto pudo deberse al hecho de que estos autores trabajaron con mujeres que estudiaban el bachillerato y carreras universitarias, abarcando desde los 14 a los 33 años, en comparación con la muestra utilizada en el presente estudio que fue con púberes, preadolescentes y adolescentes de 9 a 16 años.

También se obtuvo para este mismo instrumento (CIMEC 52), la validez predictiva y discriminante, encontrándose 21 variables, lo cual cuenta con un muy buen poder discriminante. También, se encontró que tanto las preadolescentes como las adolescentes son los grupos que más se encuentran inconformes con su imagen corporal, lo cual les genera angustia porque no cumplen con los patrones de belleza que la sociedad les ha inculcado, que son los vendidos por los medios y fomentados por nuestra cultura (Rice, 1997). Raich (2000) menciona que uno de los factores más influyente puede ser la presión cultural hacia la esbeltez y la estigmatización de la obesidad, ya que el estándar social de delgadez es muy persuasivo en las mujeres, el cual, en las sociedades modernas se ha tomado como sinónimo de belleza (Stregel – Moore, McAvay y Rodin, 1986; Thompson, 1990; citados en Barajas, 1999); por lo que el ser obeso o presentar sobrepeso es sinónimo de ser una persona “dejada o descuidada, poco saludable y evidentemente fea y poco atractiva”, además cuanto más piensa la mujer que lo que es gordo es feo, lo delgado bello y lo bello es bueno, más va intentar adelgazar y va a sentirse más preocupada por poco que engorde (Raich, 2000).

Lo anterior está relacionado con que la mayoría de las participantes preadolescentes con obesidad y las adolescentes que presentaban desde un sobrepeso hasta obesidad extrema, hallan respondido que no se sienten a gusto al verse en un espejo o escaparate si notan que la ropa les queda estrecha, posiblemente debido a la profunda influencia de las imágenes de cuerpo ideal que muestra su cultura (Rice, 1997), siendo la mayoría de ellas las que están más preocupadas por su apariencia que por cualquier otro aspecto y muchas no están conformes con lo que ven en el espejo (Papalia, 2001), debido a que el peso y su distribución en el cuerpo de la mujer, ejercen un poderoso efecto sobre la evaluación de ellas mismas sobre su cuerpo (Andersen y LeGrand, 1991; citados en Rice, 1997), por lo que las mujeres tienden a estar más descontentas con su apariencia debido al gran énfasis cultural que se les da a sus atributos físicos (Rosenblum y Lewis, 1999; citados en Papalia, 2001).

Coincidiendo con lo anterior, también se encontró que las participantes reportaron que envidiaban la delgadez de las modelos que aparecen en las revistas de moda, en la televisión y en el cine; en el caso de las preadolescentes, esto se observó más en las chicas que presentaban sobrepeso y obesidad, y en el caso de las adolescentes, se presentó más en las que tenían desde un sobrepeso hasta obesidad extrema, esto puede ser causado debido a que la aceptación o no del propio cuerpo está condicionada por el grupo coetáneo y los modelos sociales; de ahí la importancia de todo lo que contribuya a la creación social de modelos estéticos corporales, especialmente la publicidad manifiesta o encubierta, las características físicas de actrices, bailarinas, cantantes, gimnastas y modelos, etc. (Toro y Vilardell, 2000), ya que la imagen corporal con la influencia cultural que tiene, propone ideales estéticos que impactan en la autoestima de las mujeres, teniendo mucho que ver la imitación de estos modelos y la sensación de autocontrol (Thompson, 1996).

También se observó que las chicas preadolescentes que presentaban sobrepeso y obesidad, así como las adolescentes con sobrepeso, obesidad y obesidad extrema, reportaron que la conducta que en mayor medida realizaban dirigida a bajar de peso fue hacer ejercicio, ya que consideran un logro el perder peso y un signo de extraordinaria disciplina, realizándolo de manera intensa como un intento por compensar el alimento ingerido (DSM IV – TR, 2002). Así pues, se encontró que las preadolescentes con obesidad mostraron fuertes deseos de seguir una conducta dietante, ya que consideran que el cuerpo es maleable, lo cual implica que cualquier persona que utiliza una combinación de ejercicio, dieta y autodominio, puede llegar a tener el “cuerpo perfecto” (McKenzie, Williamson & Cubic, 1993; Norwak, 1998; citados en Walcott, Pratt & Patel, 2003).

Por otro lado, las preadolescentes obesas y las adolescentes con sobrepeso, mencionaron que les angustiaba mucho los comentarios en los que las llamaban “llenitas, gorditas o redonditas” aunque fueran positivos. Angustia debida posiblemente al gran énfasis que se le da a la importancia de ser delgada, por lo que la vida de la adolescente obesa es especialmente miserable (Bozzi, 1985; Lundholm y Littrell, 1986; citados en Rice, 1997). Lo anterior se ve reflejado en que si una chica no tiene una figura delgada es menos probable que tenga citas y es difícil vivir con el rechazo social; esto significa que la autosatisfacción y la autoestima están muy relacionadas con la aceptación del propio físico (Jaquish y Savins – Williams, 1981; Littrell y Littrel, 1990; Padin, Lerner y Spiro, 1981; Stewart, 1982; citados en Rice, 1997). En relación con lo anterior, también se encontró que únicamente a las adolescentes con

sobrepeso y obesidad, fueron a las que les angustiaba la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño.

En la presente investigación se observó, que un porcentaje considerable de las participantes preadolescentes con sobrepeso y las adolescentes con obesidad extrema, respondieron que siempre sienten deseos de consumir bebidas bajas en calorías al ver anuncios de estos productos; también se observó, que las preadolescentes con obesidad y las adolescentes con obesidad extrema, sienten un gran deseo de seguir una dieta adelgazante cuando ven u oyen un anuncio dedicado a productos para bajar de peso; esto puede estar influenciado por la imagen de extrema delgadez impuesta por la sociedad actual a las mujeres como ideal de belleza, lo que conlleva a consignas autodestructivas, ya que se dan relaciones impropias con la comida, ya sea a base de atracones o de privaciones que ponen en peligro la salud, éstas son consecuencias de la falta de autoestima que se les inculca a las mujeres desde la infancia, como lo menciona Gómez (1996). Bustos (2003) señala, que en las dos últimas décadas un estereotipo muy socorrido por los medios es el de la “supermujer”. Para los medios, hablar de las supermujeres es hablar de la mujer moderna. De acuerdo con este estereotipo, además de cumplir con los roles tradicionales, se trata de una mujer que debe estar a la moda si quiere triunfar y agradar a los demás, es decir, consumir ropa, zapatos, lucir esbelta y por lo tanto, caer en la espiral sin fondo de cremas y masajes reductivos, cápsulas y gran cantidad de horas en el gimnasio, para mantener una figura corporal aceptada.

Se observó que las preadolescentes con obesidad y las adolescentes con obesidad extrema, mencionaron que les llamaba mucho la atención este tipo de publicidad. Las preadolescentes con sobrepeso y las adolescentes con peso normal fueron quienes recordaban más frases, imágenes o melodías que acompañan a los anuncios de productos adelgazantes. Estos estereotipos de género difundidos por los medios de comunicación sirven para promover la venta de innumerables artículos y contribuyen al mantenimiento del status quo, ya que refleja y promueve imágenes de mujeres que el sistema requiere para el logro de sus objetivos (Bustos, 2003). Estos medios impresos y electrónicos promueven una constitución de delgadez poco realista o el cuerpo ideal para los hombres y las mujeres, especialmente para los adolescentes y los adultos jóvenes. La mayoría de la juventud que ve la televisión (especialmente telenovelas y películas) expresa el creciente descontento con sus cuerpos (Tiggemann & Pickering, 1996; citados en Walcott et al., 2003).

Mc Craken (1993; citado en Thompsen, McCoy & Williams, 2001) señala que la meta de las revistas que hablan de moda y belleza buscan contribuir con la “cultura basada en el consumismo”, en la que la respuesta a todos los problemas se encuentran en los cambios de la apariencia física, lo cual se puede conseguir comprando los productos que aparecen en las revistas para mujeres. Estas revistas crean y exacerban inseguridades en la imagen que las mujeres tienen de ellas mismas al mismo tiempo que les venden productos de belleza; estas revistas enseñan a los lectores, desde muy temprana edad, a mirar críticamente su cuerpo y a avergonzarse de las partes de su cuerpo que no se ajustan al modelo establecido; ellas también enseñan a los lectores a fantasear a cerca de la creación de un ideal de belleza o de la perfección. Esto se ve reflejado en la fuerte atracción que las preadolescentes con sobrepeso y adolescentes con obesidad extrema respondieron que sienten hacia los libros, artículos y revistas que hablan de calorías.

En la presente investigación se observó también que las preadolescentes con sobrepeso y las adolescentes con obesidad extrema mostraron que les interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad. Esto coincide con el primer correlato de un estudio aplicado en 1996, por la revista Británica de Psicología Clínica, a niñas entre 11 y 12 años de edad, que reveló que las niñas con bajos niveles de autoestima eran ocho veces más propensas a desarrollar trastornos alimentarios y otros problemas a la edad de 15 o 16 años, además se identificaron dos importantes correlatos para la instalación de trastornos alimentarios en las adolescentes: leer revistas que contienen información e ideas acerca del atractivo físico como figura ideal y administración de peso y dietas, y el hostigamiento familiar relacionado con “atractivo físico” concretizado en el cuerpo y el peso (Mc Phail, 2002).

Respecto a los resultados encontrados de los análisis en relación con la Escala que explora Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA escalas E y F), el instrumento mostró una buena consistencia interna, la cual estuvo dentro del rango encontrado por Gómez Peresmitré y Ávila (1998), en la versión del EFRATA para mujeres compuesta por 9 factores.

También se obtuvo la validez predictiva y discriminante para el EFRATA (escalas E y F), en donde también se obtuvo una buena validez predictiva para esta escala. En el análisis para obtener la validez discriminante, de acuerdo con el análisis de Stepwise, se obtuvieron 8 variables, lo cual cuenta con un buen poder discriminante. En esta investigación se validaron cuatro factores del EFRATA (escalas E y F), utilizados por Gómez Peresmitré en un estudio realizado en 1998 con los 9 factores de este instrumento, estas dos escalas estaban compuestas por el *Factor 1. Conducta alimentaria compulsiva*, *Factor 2. Preocupación por el peso y la comida*, *Factor 3. Conducta alimentaria normal* y el *Factor 6. Dieta crónica y restrictiva*. Se encontró en este estudio que el Factor 1 (Conducta alimentaria compulsiva) del instrumento original quedó como el Factor 2 en este estudio, aunque quedó conformado con menos variables debido a que no entraron en el análisis factorial; el Factor 2 en el instrumento original, quedó como el Factor 1 en este estudio, pero quedó integrado en su mayoría por variables de este mismo factor y del Factor 6 del instrumento original; quedando únicamente estos dos factores ya que los Factores 3 (conducta alimentaria normal) y 6 (dieta crónica y restrictiva) fueron eliminados debido a que no entraron en el análisis factorial. Esta reducción de factores en el análisis factorial, pudo deberse a que la muestra estuvo conformada por mujeres más jóvenes (púberes, preadolescentes) además de las adolescentes, en comparación de los estudios realizados exclusivamente con adolescentes, en los que se habían obtenido buenos resultados. También pudo ser debido a que en los estudios previos se ha utilizado gran parte de los factores del instrumento o el instrumento en su totalidad, en comparación con esta investigación en donde sólo se utilizaron cuatro factores, que son los que conforman las escalas E y F de este instrumento.

Por otro lado, se encontró también que las púberes y preadolescentes con peso normal y las adolescentes con sobrepeso son las que siempre cuidaban que su dieta fuera nutritiva. El hecho de que las participantes hallan respondido que cuidaban que su dieta fuera nutritiva, puede estar influenciado por los hábitos alimentarios de la familia (Gómez, 1996), así como por los patrones alimentarios de los padres (Tisera – López, 1996). Castro (1991; citado en González, Lizano y Gómez Peresmitré, 1999), menciona que es en la niñez en donde los

padres intervienen de manera decisiva en la adquisición de los hábitos alimentarios, refiriéndose no sólo a lo que comen, sino a las cantidades, las combinaciones de alimentos, los horarios y los lugares donde usualmente se realiza la ingesta de alimentos. La carencia de conocimiento nutrimental se relaciona con la obesidad ya que las madres pueden de forma no intencional seleccionar una dieta que contribuya a ganar exceso de peso. La conducta alimentaria también puede estar influida por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores (Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001).

En esta investigación también se observó que las participantes púberes respondieron que frecuentemente se sienten preocupadas por la comida (porque sienten que comen mucho; porque temen engordar) y las preadolescentes fueron quienes en un porcentaje importante, cerca de la mitad, respondieron que siempre les preocupaba y un porcentaje similar de las adolescentes, respondieron que a veces les preocupaba; esto muestra que están presentando pensamientos obsesivos en torno a la comida (Toro, 1996; Turón, 1996; citados en Álvarez, Franco, Mancilla, Álvarez y López, 2000), preocupándose demasiado por los alimentos por lo que llegan a comer muy poco, porque temen subir de peso a pesar de que estén demasiado delgadas (Mateos – Parra y Solano Pinto, 1997; Rocha y Barriguete, 1997; citados en Álvarez et al., 2000). En diversas investigaciones se ha encontrado que las mujeres poseen actitudes más negativas hacia la imagen corporal que los hombres (Cash y Pruzinsky, 1990; Jackson, 1992; Muth y Cash, 1995; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001) y que es principalmente el temor a subir de peso o llegar a ser obesa lo que propicia la conducta dietaria (Brownell y Rodin, 1994; Cash et al., 1986; Fallon, Katzman y Wooley, 1994; Muth y Cash, 1995; citados en Gómez Peresmitré et al., 2001).

Las preadolescentes con sobrepeso y las adolescentes con obesidad extrema, fueron las que reportaron en su mayoría que siempre se sienten preocupadas por la comida. Esto concuerda con un estudio realizado por Gómez Peresmitré et al. (2001), en donde observaron que las mujeres púberes y adolescentes son las que más hacen dieta restrictiva y que durante el último año hicieron cambios a su dieta con propósitos relacionados con el control de peso corporal.

8.2 Conclusiones

Con base en lo anterior, se concluye que los trastornos alimentarios que en la antigüedad, eran un medio que la mujer utilizaba para dejar de ser atractiva a los hombres y poder evitar los matrimonios impuestos, y así poder consagrar su cuerpo a Dios, han pasado a ser un trastorno en el cual la mujer busca ser atractiva y bella para los hombres, a través de la obtención del modelo de extrema delgadez que se maneja en los medios de comunicación, el cual ha sido adoptado por la cultura actual. Observándose esto a partir de los años 40's, con las modelos que comienzan a presentar una reducción en su peso y con la entrada de los medios electrónicos, que comienzan a difundir este estereotipo de mujer delgada, la cual siempre está a la moda, es una mujer exitosa, con dinero y la más asediada por los hombres.

Pero, por otro lado, a las personas con obesidad o sobrepeso se les ha estigmatizando y mostrado como personas descuidadas y sin éxito en ningún ámbito, es entonces que las personas que no poseen o no creen poseer ese modelo de belleza, buscan a través de un cambio en su apariencia, ya sea con dietas, cirugías plásticas, ejercicios, consumo de

productos dietéticos, etc., obtener el prototipo manejado por los medios, con el cual piensan que las llevará a la felicidad y el éxito que las personas delgadas y atractivas parecen tener. Los medios de comunicación, por otro lado, también nos tratan de vender una gran gama de productos dietéticos que pueden ser los más sanos y naturales, aunque también nos venden productos conocidos como comida rápida, la cual se ajustan a nuestras necesidades, pero que sin embargo, son las menos sanas y nutritivas, lo cual puede generar conflicto en las personas, ya que debido al ritmo de vida actual, es difícil poder consumir alimentos nutritivos y se tiene que recurrir con frecuencia al consumo de comidas rápidas las cuales poseen un alto contenido de conservadores y grasas, que a la larga pueden ocasionar problemas en la salud de las personas, sobre todo en el caso de los adolescentes ya que ellas están en una etapa en la que necesitan consumir alimentos nutritivos para alcanzar un desarrollo óptimo y que a la larga ocasiona que obtengan un cuerpo de mujer adulta (con curvas) y esto puede provocar insatisfacción con su cuerpo porque se están saliendo de los estándares difundidos en los medios, haciendo que las chicas presenten rechazo hacia su cuerpo y por consecuencia, hacia los alimentos para no aumentar de peso.

Lo anterior, aunado a la reducción que han hecho los fabricantes de ropa en las tallas, genera una fuerte presión en las jóvenes en desarrollo, ya que al ver que la ropa no les queda como se les ve a las modelos de revistas y actrices, puede ser un detonante para que las jóvenes adquieran algún trastorno alimentario. Aunque estos trastornos no son causados únicamente por esto, sino que son multifactoriales, los cuales tienen otros problemas de fondo, la presión ejercida por los medios y la sociedad pueden ser una fuga al verdadero problema que están presentando las jovencitas y actualmente los jóvenes. Pero también se debe tomar en consideración, que estos trastornos a la larga conllevan muchos problemas tanto psicológicos como físicos, emocionales y sociales.

Tomando en cuenta lo anterior, se han elaborado diferentes instrumentos como el CIMEC 52, con la finalidad de medir el impacto que tienen los anuncios publicitarios, así como la influencia de la sociedad y la presión que ésta ejerce, siendo considerados factores de riesgo. El CIMEC 52, es un instrumento válido y confiable para medir la influencia que ejercen los medios y la sociedad en población mexicana femenina, abarcando desde la pubertad hasta la adolescencia. Por otra parte, con respecto a las escalas E y F del EFRATA, que arrojaron un nivel de validez bajo, tomando en cuenta también que posiblemente la muestra estuvo conformada por niñas muy jóvenes y que posiblemente se encuentran en un nivel educativo más bajo del requerido por el instrumento, por lo que se encontraron dificultades al contestar en las variables que contenían palabras como dieta, dieta nutritiva, fibra, masivamente, moderación y hartarse de comida.

8.3 Limitaciones y sugerencias

Una limitación que encontramos en el estudio piloto de esta investigación, fue que las niñas tuvieron dificultad para responder algunas preguntas, debido a que no conocían el significado exacto de algunas palabras del CIMEC 52, como fueron escaparate, laxantes y gruesa, en las cuales sugerimos cambiar la palabra escaparate por vitrina o aparador; en la pregunta en donde se encuentra la palabra laxante, agregarle producto utilizado para ir al baño; y en la palabra gruesa, cambiarla por llenita (Ver Anexo 3). Pudimos observar que algunas de las variables que contenían estas palabras fueron de las variables que se eliminaron en el análisis

factorial. Y para el EFRATA (escalas E y F) se sugiere también revisar y modificar el vocabulario, para ver si así pudiera tener una mejor validez para púberes y preadolescentes; de no ser así, se podría crear una versión con un vocabulario más conocido por las púberes y preadolescentes, y dejando tal como está el EFRATA para adolescentes, ya que se ha observado que para este grupo de edad el instrumento original funciona adecuadamente.

Por último, sugerimos que con el surgimiento de nueva publicidad en la que se promueve que las modelos ya no sean tan delgadas (como la campaña de “Dove: por la belleza real”), se realicen investigaciones que analicen la influencia que está teniendo este tipo de campañas, con la finalidad de conocer si han cumplido con el objetivo de ayudar a crear un prototipo de belleza diferente, en el cual no se promueva la delgadez extrema y se busca que las mujeres acepten sus cuerpos como son, fomentando a largo plazo la disminución de la insatisfacción, de los factores de riesgo y, por lo tanto, de los trastornos de la conducta alimentaria.



REFERENCIAS

-
-
- Aguinaga M., Fernández L. y Varo J. (2002). Trastornos de la conducta alimentaria. Revisión y actualización. *Eating Disorders*. España: Navarra. Recuperado el 10 de mayo del 2004 en <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n1/busque.htm/>.
- , (2006). Anorexia Nerviosa, Factores de Vulnerabilidad, Cultura y Medios de Comunicación. Recuperado el 23 de Enero del 2006 en <http://www.ditca.net/ditca/infotrastornos/anorexiaymedios.htm>.
- Álvarez D., Franco K., Mancilla J., Álvarez G y López X. (2000a). Factores predictores de la sintomatología de los trastornos alimentarios. *Psicología Contemporánea*. 7 (1), 26 - 35.
- Álvarez G., Mancilla J. y Vázquez R. (2000b). Propiedades psicométricas del Test de Bulimia (Bulit). *Psicología Contemporánea*. 7 (1), 74 – 80.
- Arévalo R., López A., Álvarez R., Ocampo T. y Mancilla D. (2000). Trastornos alimentarios y factores asociados en estudiantes de danza. *Revista Psicología Contemporánea*. 7 (1), 56 – 65.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995). *DSM - IV Breviario. Criterios Diagnósticos*. Barcelona: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM – IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- ASTM Committee E - 11 on quality control of materials (1951). *ASTM Manual on quality control of materials*. Baltimore: American Society for Testing Materials.
- Ávila, G. (1997). Diferencia que existe entre la autopercepción de la imagen corporal entre niñas de nivel socioeconómico medio y bajo de primaria y secundaria. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Barajas, M. (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre factores de riesgo asociados con la imagen corporal, autoestima y autoatribución en mujeres adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Bienvenidas. (2005). *Semanario Día Siete. Periódico el Universal*. 273, 60.
- Boeree, G. (1997). Teorías de la Personalidad. Eric Erikson 1902 – 1994. Recuperado el 29 de Noviembre del 2005 en <http://www.ship.edu/~cyboeree/eriksonesp.html>.
- Bolaños, M. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Buckroyd, J. (2001). *Anorexia y bulimia*. México: Martínez Roca.
- Bustos, O. (1995). Percepción de niñas y niños sobre la televisión infantil. *Géneros*. 6, 13 - 18.
-
-

- Bustos, O. (2003). Imagen Corporal, Mujeres y Medios de Comunicación. *Equidad*. 3, 4 - 8.
- Charles M. y Orozco G. (1990). *Educación para la recepción: hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Chinchilla, A. (2003). *Trastornos de la Conducta Alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas, obesidad y atracones*. España: Masson.
- Chomsky, Moreno y Sumiel. (1985). *Crecimiento y desarrollo*. México: Organización Panamericana de la salud.
- Craig, G. (1998). *Desarrollo Psicológico*. México. Prentice - Hall Hispanoamérica.
- (2005). Definición de la obesidad. Recuperado el 8 de Julio del 2005 en <http://www.obesidad.net/spanish2002/default.htm>.
- Dixon W. y Massey F. (1970). *Introducción al análisis estadístico*. México: McGraw – Hill.
- Domick, J. (1996). *La dinámica de la comunicación masiva*. México: McGraw – Hill Interamericana.
- Downie N. y Heath R. (1997). *Métodos estadísticos aplicados*. México: Harla.
- Escuela de Padres de Médica de Tarragona (2005). Desarrollo Cognoscitivo en la adolescencia. Recuperado el 29 de Noviembre del 2005 en http://www.mwdicadetarragona.es/padres/adolescencia/desarrollo_cognoscitivo_en_la_a_d.html.
- Foley S., Gray J. & Ahrens A. (2003). No Longer Just a Pretty face: Fashion Magazines' Depictions of Ideal Female Beauty From 1959 to 1999. Recuperado el 11 de Diciembre del 2005 en <http://www.Interscience.wiley.com>.
- Gama, E. (1999). Factores de Riesgo para los Trastornos de la alimentación: relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- García, E. (2002). Conducta alimentaria de riesgo: percepción de la reacción materna y el peso corporal en hombres adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- García - Camba de la Muela, E. (2002). *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*. España: Masson.
- García – Pelayo, G. (1984). *Pequeño Larousse ilustrado*. México: Larousse.
- Gil, M. (1997). *Manual para tutorías y departamentos de orientación*. España: Escuela Española.

- Gómez, P. (1996). *Anorexia nerviosa: La prevención en familia*. Madrid: Pirámide.
- Gómez Peresmitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*. 12 (2), 185 - 197.
- Gómez Peresmitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 14 (1), 31-40.
- Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿Qué es más importante, sentirse atractivo o ser atractivo?. *Revista de Psicología y ciencia social*. 2 (1), 27-32.
- Gómez Peresmitré, G. (2001). Factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas. Ponencia de los 450 años de la Universidad Nacional Autónoma de México, División de Investigación y de Estudios de Postgrado. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Gómez Peresmitré G. y Acosta M. (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: una aproximación transcultural entre México y España. *Clínica y Salud*. 11 (1), 35-58
- Gómez Peresmitré G. y Ávila A. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. *Psicología Iberoamericana*. 6 (2), 10 - 21.
- Gómez Peresmitré G., Granados A., Jáuregui J., Tafoya S. y Unikel S. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras del género masculino. Inédita. División de Investigación y de Estudios de Postgrado. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Gómez Peresmitré G., Pineda G., L' Esperance L., Hernández A., Platas A. y León H. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos *Revista Mexicana de Psicología*. 19 (2), 125 – 132.
- Gómez Peresmitré G., Saucedo M. y Unikel S. (2001). Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: *La psicología social en el campo de la salud*. En Calleja N. y Gómez Peresmitré G. (Comps.). *Psicología social: Investigación y aplicaciones en México*. México: FCE. Pp. 267 – 315.
- González, A. (1994). *Principios básicos de comunicación*. México: Trillas.
- González, N. (2001). *Psicopatología de la adolescencia*. México: El Manual Moderno.
- González S., Lizano M. y Gómez Peresmitré G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: Hábitos alimentarios Auto – atribución en una muestra de niños escolares mexicano. *Revista Mexicana de Psicología*. 16 (1), 117 - 126.
- Gross, R. (1998). *Psicología, la ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.

-
-
- Hernández S., Fernández C. y Baptista L. (2000). *Metodología de la investigación*. México: McGraw - Hill
- Herrera, G. (2000). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal: Alteración, satisfacción/ insatisfacción y su relación con nivel socioeconómico y sexo en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Kaplan H. y Sadock B. (1999). *Sinopsis de psiquiatría*. España: Médica Panamericana.
- Kerlinger F. y Lee H. (2001). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. México: McGraw – Hill.
- (2005a). La obesidad. Recuperado el 9 de Julio del 2005 en <http://www.fundaciondelcorazon.com/obesidad.htm>.
- (2005b). La obesidad y demás factores de riesgo. Recuperado el 9 de Julio del 2005 en <http://www.fundaciondelcorazon.com/obesidad1.htm>.
- Lavin M. & Cash T. (2000). Effects of exposure to information about appearance stereotyping and discrimination on women's body images. *International Journal of Eating Disorders*. 9, 51 – 58.
- Lazo N. (2005). ¿El retorno de las curvas?. *Semanario Día Siete. Periódico el Universal*. 273, 64.
- León, S. (1998). Factores de riesgo asociados con conducta alimentario: percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Inédita: México: UNAM.
- Lolas, F. (1992). Obesidad y conducta alimentaria. Aspectos diagnósticos y psicométricos. *Acta psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 38 (2), 113 - 118.
- Mac Sween, M. (1995). *Anorexic bodies: A feminist and sociological perspective an anorexia nervosa*. Londres: Routledge.
- Mc Phail, E. (2002). Cuerpo y cultura. México. Razón y Palabra. Recuperado el 29 de Mayo del 2004 en <http://www.razonypalabra.org.mx/antiores/n25/emcphail.html>.
- Murrieta, M. (1997). Relación entre la distorsión de imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad. de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Muthe B. & Kaplan D. (1992). A comparison of some methodologen for the factors análisis of non – nomianal likert variables: a note on the size of models. *British Journal of mathematical and statistical psychology*. 45, 19 – 30.
-
-

-
-
- Negocio Redondo. (2005). *Semanario Día Siete. Periódico el Universal*, 273, 67.
- Nickel, H. (1980). *Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia*. Barcelona: Herder.
- (2005c). Obesidad y corazón. Recuperado el 8 de Julio del 2005 en <http://www.fundaciondelcorazon.com/obesidad2.htm>.
- (2005d). Obesidad infantil. Recuperado el 8 de Julio del 2005 en <http://www.fundaciondelcorazon.com/obesidad7.htm>.
- Organización Mundial de la Salud. (1983). *Mediciones del cambio del estado nutricional. Directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *CIE - 10 trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Orozco, G. (1990). *El niño como televidente no nace, se hace*. En M. Charles y G. Orozco (Comps.). *Educación para la recepción: hacia una lectura crítica de los medios*. México: Trillas.
- Papalia, D. (1975). *Psicología del desarrollo*. México: Mc Graw Gill
- Pardinas, F. (1978). *Manual de comunicación social*. México: Editorial Edicol.
- Pathat, M. (1993). Confirmatory factor analysis of ordered categorical variables with large models. *British Journal of mathematical and statistical psychology*, 46, 273 – 286.
- Poloniato, A. (1993). Recepción televisiva y cultura: aspectos críticos. *Revista tecnología y comunicación educativas*, 8 (21), 51 - 95.
- Raich, R. (2000). *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. España: pirámide.
- Raimbault G. y Eliacheff C. (1991). *Las indomables. Figuras de la anorexia*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Rice, F. (1997). *Desarrollo humano. Estudio del ciclo vital*. México: Pearson Educación.
- Rodríguez, E. (2004 mimio). Prevención primaria de trastornos de la conducta alimentaria: formación de audiencias críticas hacia los medios de comunicación. Proyecto de Investigación Doctoral. Facultad de Psicología. Inédito. México: UNAM.
- Rojo L. y Cava G. (2003). *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel.
- Saldaña, G. (1994). *Trastornos del comportamiento*. Madrid: Fundación Universidad – Empresa.
-
-

-
-
- Saldaña G. y Rossell R. (1988). *Obesidad*. España: Martínez Roca.
- Sandoval, O. (2001). Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia, bulimia y vigorexia. México: Psicocentro. Recuperado el 10 de mayo del 2004 en http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art42001.
- Saucedo, M. (1996). Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría en psicología educativa. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Saucedo, M. (2003). Modelos predictivos de dieta restringida en púberes hombres y mujeres y en sus madres. Tesis de doctorado. Facultad de Psicología. Inédita. México: UNAM.
- Sherman T. y Thompson A. (1999). *Bulimia. Una guía para familiares y amigos*. México: Trillas.
- Sobal, J. (1987). Health concerns of young adolescents. *Adolescence*. 21 (87), 739 – 750.
- Soto J. (2002). Estética de la vida social. México: La Insignia. Recuperado el 11 de Diciembre del 2005 en http://www.lainsignia.org/2002/febrero/cyt_002.htm.
- SPSS FAQ (-). What does Cronbach's alpha mean? Recuperado el 21 de Octubre del 2005 en <http://www.ats.ucla.edu/sat/spss/faq/alpha.html>.
- Thomsen S., R., McCoy K. & Williams M. (2001). Internalizing the Impossible: Anorexic Outpatients' Experiences with Women's Beauty and Fashion Magazines. *Eating Disorders*. 9, 49 – 64.
- Thompson, K. (1996). *Body image, eating disorders and obesity*. United States of America: American Psychological Association Washington, D.C.
- (2005e). Tipos de obesidad. Recuperado el 7 de Julio del 2005 en <http://www.fundaciondelcorazon.com/obesidad3.htm>.
- Tisera – López, G. (1996). *Anorexia y bulimia: Musicoterapia y otros aportes terapéuticos*. Argentina: Homo Sapiens.
- Toro, J. (1996). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona, España: Ariel.
- Toro, J. (1999). *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona: Ariel Ciencia S.A.
- Toro J., Salamero M. & Martínez E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 89, 147 - 151.

- Toro J. y Vilardell E. (2000). *Anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Toro J. y Vilardell E. (2000). *Factores socioculturales en la anorexia nerviosa*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Torres, M. (comp.). (2001). *Material didáctico de la materia de Teoría de la medida. Unidad 4 y 5*. México: Material inédito.
- Vázquez R., Alvarez G. y Mancilla J. (2000). Consistencia interna y estructura factorial del Cuestionario de Influencia de los Modelos Estéticos Corporales (CIMEC), en población mexicana. *Salud Mental*. 23 (6), 18 - 24.
- Vázquez, Alvarez, Mancilla y Raich. (1998). Influencia de los modelos estéticos corporales en pacientes con trastornos alimentario. *La Psicología social en México. VII*, 357 - 362.
- Walcott D., Pratt H. & Patel D. (2003). Gender, racial, ethnic, sociocultural and socioeconomic issues. *Journal of Adolescent Researchs*. 18 (3), 234 - 235.
- Warren, H. (1995). *Diccionario de psicología*. México: FCE.
- Wilcox K. & Laird J. (2000). The Impact o Media Images of Super-Slender Women on Women's Self-Esteem: Identification, Social Comparison, and Self-Perception. *Journal of Research in Personality*. 34, 278-286.
- Zárate V. (2005). La industria de la perfección. *Revista Tentación. Periódico el Universal*. 18, 23 - 27.
- Zukerfeld, R. (1996). *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Argentina: Piados. Psicología profunda.



ANEXOS

Anexo 1

Tabla de frecuencia de la variable "Que alimentos crees que más engordan"					
Opción 1					
Alimento	Frecuencia	Porcentaje	Alimento	Frecuencia	Porcentaje
aceite	16	1.0	jamón	2	.1
aceitunas	1	.1	lácteos	1	.1
alimentos con grasa	2	.1	maíz	5	.3
alimentos fritos	1	.1	manteca	8	.5
almendras	1	.1	mantequilla	13	.8
arroz	1	.1	marina	1	.1
azúcar	8	.5	masa	3	.2
banderillas	2	.1	migajón	1	.1
barbacoa	2	.1	milanesa	2	.1
bolillo	3	.2	nachos	1	.1
caldos	2	.1	paleta	1	.1
carne	19	1.1	pambazos	1	.1
carne de puerco	9	.5	pan	306	18.5
carne de res	1	.1	pan de muerto	1	.1
carne frita	1	.1	pan dulce	20	1.2
carne roja	1	.1	papa	2	.1
carnitas	14	.8	papas	127	7.7
cereales	1	.1	papas a la francesa	1	.1
coca cola	2	.1	papas fritas	12	.7
cochinita pibil	1	.1	papas pringles	1	.1
comida	2	.1	pastas	25	1.5
comida chatarra	74	4.5	pastel	29	1.8
comida frita	1	.1	pavo	1	.1
comida grasosa	1	.1	pescado	2	.1
cosas fritas	1	.1	pizza	64	3.9
chamorros	1	.1	pizza casera	1	.1
chetos	8	.5	pollo	1	.1
chicharrón	8	.5	pop tarts	1	.1
chicharrones	25	1.5	postres	4	.2
chocolate	102	6.2	pozole	2	.1
chorizo	5	.3	quesadillas	15	.9
donas	1	.1	queso	9	.5
dulces	36	2.2	queso de puerco	1	.1
enchiladas	3	.2	queso manchego	1	.1
flautas	1	.1	refresco	38	2.3
frituras	76	4.6	sabritas	5	.3
fruta	1	.1	salchicha	1	.1
galletas	5	.3	salsa maggi	1	.1
garnachas	2	.1	sopa	3	.2
golosinas	18	1.1	sopa maruchan	2	.1
gorditas	25	1.5	sopes	1	.1

gorditos de la carne	1	.1	tacos	18	1.1
granola	1	.1	tacos con grasa	1	.1
grasa	132	8.0	tacos de puerco	1	.1
hamburguesa	35	2.1	tamal	2	.1
harina	37	2.2	tocino	1	.1
helado	4	.2	torta	5	.3
hot cakes	3	.2	tortilla	160	9.7
hot dog	1	.1	tortilla de harina	2	.1
huevo	3	.2	Total	1656	100.0

Opción 2					
Alimento	Frecuencia	Porcentaje	Alimento	Frecuencia	Porcentaje
aceite	11	.7	jamón	1	.1
albajos	1	.1	jitomate	1	.1
albóndigas	1	.1	lácteos	3	.2
arroz	4	.2	leche	3	.2
avena	1	.1	lomo	1	.1
azúcar	18	1.1	maíz	2	.1
bistec	4	.2	manteca	2	.1
bolillo	8	.5	mantequilla	22	1.3
botana	1	.1	masa	1	.1
brownies	1	.1	mayonesa	2	.1
burritas	1	.1	migajón de pan	1	.1
cacahuates	2	.1	mole	1	.1
cajeta	1	.1	nachos	1	.1
caramelo	2	.1	paletas	2	.1
carbohidratos	2	.1	palomitas	5	.3
carne	32	1.9	pambazos	1	.1
carne de puerco	5	.3	pan	346	20.9
carne de res	3	.2	pan blanco	1	.1
carne empanizada	1	.1	pan dulce	7	.4
carne roja	1	.1	papa	2	.1
carnitas	9	.5	papas	95	5.7
cereales	2	.1	papas fritas	8	.5
comida	1	.1	pasas	1	.1
comida chatarra	39	2.4	pastas	31	1.9
comida rápida	8	.5	pastel	18	1.1
cosas fritas	1	.1	pastelillos	1	.1
cueritos	1	.1	pellejo del pollo	1	.1
chetos	2	.1	pescado	2	.1
chicharrón	9	.5	pizza	40	2.4
chicharrón de cerdo	1	.1	plátano	1	.1
chicharrones	12	.7	pollo	3	.2
chocolate	70	4.2	pozole	1	.1
chorizo	1	.1	proteínas	1	.1
chucherías	3	.2	quesadillas	22	1.3
donas	2	.1	queso	9	.5

doraditas	1	.1	refresco	95	5.7
dulces	65	3.9	ruffles	1	.1
embutidos	2	.1	sabritas	3	.2
empanadas	1	.1	salchicas	1	.1
espagueti	1	.1	sandwich	1	.1
frituras	55	3.3	sopa	1	.1
fruta	1	.1	sopa maruchan	1	.1
galletas	8	.5	sopes	1	.1
golosinas	3	.2	tacos	19	1.1
gorditas	10	.6	tacos de carnitas	1	.1
grasa	46	2.8	tamal	5	.3
guisado	1	.1	tinga	1	.1
habas	1	.1	tocino	2	.1
hamburguesa	44	2.7	torta	10	.6
harina	39	2.4	tortilla	258	15.6
helado	4	.2	tortilla de harina	1	.1
hot cakes	1	.1	tostadas	1	.1
hot dog	6	.4	tubérculos	1	.1
huevo	4	.2	verduras	2	.1
			Total	1656	100.0

Opción 3					
Alimento	Frecuencia	Porcentaje	Alimento	Frecuencia	Porcentaje
aceite	14	.8	guisado	1	.1
agua	2	.1	hamburguesa	36	2.2
aguacate	1	.1	harina	40	2.4
alimentos fritos	1	.1	helado	7	.4
arroz	5	.3	hot dog	12	.7
avena	1	.1	huevo	12	.7
azúcar	10	.6	jamón	1	.1
barras de fibra	1	.1	lácteos	4	.2
bebidas	4	.2	leche	4	.2
bistec	1	.1	legumbres	1	.1
bolillo	8	.5	leguminosas	1	.1
botana	1	.1	malteada	1	.1
cajeta	1	.1	manteca	9	.5
caldos	1	.1	mantequilla	32	1.9
caramelo	2	.1	masa	3	.2
carne	51	3.1	mayonesa	4	.2
carne asada	1	.1	mermelada	1	.1
carne de puerco	6	.4	mole verde	1	.1
carne roja	2	.1	molletes	1	.1
carnitas	3	.2	nueces	1	.1
catsup	2	.1	paletas	2	.1
cereales	7	.4	palomitas	6	.4
coca cola	1	.1	pambazos	2	.1
cochinilla	1	.1	pan	213	12.9

comida	4	.2	pan dulce	3	.2
comida chatarra	50	3.0	plátano	2	.1
comida rápida	3	.2	plátanos con crema	1	.1
cosas con grasa	1	.1	pollo	12	.7
crema	4	.2	postres	5	.3
chetos	3	.2	quesadillas	14	.8
chicles	1	.1	quesadillas de sesos	1	.1
chicharrón	5	.3	queso	15	.9
chicharrones	14	.8	queso manchego	1	.1
chilaquiles	1	.1	refresco	118	7.1
chocolate	78	4.7	sabritas	1	.1
chorizo	2	.1	sal	3	.2
danonino	1	.1	salchicha	1	.1
donas	1	.1	sandwich	1	.1
dulces	79	4.8	sopa	9	.5
frijoles	1	.1	sopa de pasta	3	.2
frituras	42	2.5	sopa maruchan	1	.1
fruta	4	.2	sopes	3	.2
galletas	17	1.0	spaguetti	1	.1
garnachas	4	.2	tacos	34	2.1
gelatina	1	.1	tacos con grasa	2	.1
golosinas	12	.7	tacos de carmitas	1	.1
gorditas	17	1.0			
grasa	41	2.5	tacos dorados	2	.1
pan integral	1	.1	torta	8	.5
papa	7	.4	torta de papa	1	.1
papas	72	4.3	tortilla	213	12.9
papas a la francesa	2	.1	tortilla de harina	5	.3
papas fritas	5	.3	tostadas	1	.1
pastas	51	3.1	trigo	1	.1
pastel	31	1.9	verduras	6	.4
pavo	1	.1	verduras con grasa	1	.1
pescado	3	.2	yogurt	2	.1
pizza	31	1.9	Total	1656	100.0

Opción 4					
Alimento	Frecuencia	Porcentaje	Alimento	Frecuencia	Porcentaje
aceite	19	1.1	hielo	1	.1
agua	2	.1	hot cakes	3	.2
agua azúcarada	1	.1	hot dog	15	.9
aguacate	1	.1	huevo	11	.7
alcohol	2	.1	jamón	10	.6
alimentos condimentados	1	.1	jamón de pavo	1	.1
arroz	5	.3	lácteos	6	.4
azúcar	6	.4	leche	8	.5
barra de cereal	1	.1	lechuga	4	.2

bebidas endulzantes	1	.1	leguminosas	2	.1
bolillo	6	.4	líquidos	1	.1
bombones	2	.1	longaniza	2	.1
botana	1	.1	maíz	1	.1
cacahuates	2	.1	malteadas	1	.1
café	1	.1	mango	1	.1
cajeta	1	.1	manteca	1	.1
caldo	2	.1	mantequilla	15	.9
caramelo	1	.1	masa	2	.1
carbohidratos	1	.1	miel	1	.1
carne	66	4.0	milanesa	1	.1
carne blanca	1	.1	molletes	1	.1
carne de cerdo	2	.1	nachos	1	.1
carne de puerco	3	.2	nuez	1	.1
carne de res	2	.1	palanquetas	1	.1
carne frita	1	.1	paletas	2	.1
carne roja	6	.4	paletas de agua	1	.1
cebada	1	.1	paletas de chocolate	1	.1
cebolla	1	.1	palomitas	6	.4
cereales	23	1.4	pambazos	2	.1
cesos	1	.1	pan	161	9.7
coca cola	1	.1	pan dulce	6	.4
coco	1	.1	pan integral	1	.1
comida	2	.1	papa	1	.1
comida casera	1	.1	papas	62	3.7
comida con harina	1	.1	papas a la francesa	1	.1
comida chatarra	31	1.9	papas con carne	1	.1
comida grasosa	2	.1	papas fritas	2	.1
comida rápida	3	.2	pastas	50	3.0
cosas fritas	1	.1	paste	1	.1
crema	9	.5	pastel	15	.9
chetos	2	.1	pay	1	.1
chicles	2	.1	pescado	1	.1
chicharrón	8	.5	picadillo	1	.1
chicharrones	2	.1	pizza	34	2.1
chile	1	.1	plátano	2	.1
chocolate	63	3.8	pollo	18	1.1
chorizo	4	.2	postres	6	.4
danonino	1	.1	proteínas	2	.1
donas	2	.1	quesadillas	17	1.0
dulce de leche	1	.1	quesadillas fritas	1	.1
dulces	108	6.5	queso	38	2.3
embutidos	1	.1	refresco	120	7.2
enchiladas	2	.1	sal	4	.2
ensalada	2	.1	salchichas	4	.2
ensalada de fruta	2	.1	salsa valentina	1	.1
flautas	1	.1	sandwich	1	.1
fresas con crema	1	.1	sopa	7	.4

frijoles	5	.3	sopa de pasta	3	.2
frituras	34	2.1	sopes	7	.4
fruta	45	2.7	spaguetti	2	.1
frutas sin grasa	1	.1	tacos	29	1.8
galletas	20	1.2	tacos dorados	1	.1
gansito	2	.1	tacos sin grasa	1	.1
garnachas	2	.1	tamal	3	.2
gas	1	.1	tlacoyos	1	.1
gas del refresco	2	.1	tocino	3	.2
golosinas	9	.5	torta	17	1.0
gomitas	1	.1	tortilla	133	8.0
gorditas	10	.6	tortilla de harina	3	.2
grasa	41	2.5	trigo	1	.1
hamburguesa	27	1.6	verduras	20	1.2
harina	25	1.5	yogurt	2	.1
helado	16	1.0	Total	1656	100.0

Opción 5					
Alimento	Frecuencia	Porcentaje	Alimento	Frecuencia	Porcentaje
aceite	5	.3	harina	23	1.4
agua	20	1.2	helado	17	1.0
agua de sabor	3	.2	helado de agua	2	.1
agua natural	1	.1	hot cakes	2	.1
aguacate	6	.4	hot dog	10	.6
alimentos congelados	1	.1	huaraches	1	.1
alimentos procesados	1	.1	huevo	10	.6
arroz	6	.4	jamón	8	.5
azúcar	20	1.2	jamón de cerdo	1	.1
banderillas	1	.1	lácteos	5	.3
barra de cereal	2	.1	leche	13	.8
bebidas	1	.1	lechuga	7	.4
bistec	2	.1	leguminosas	2	.1
bolillo	8	.5	linaza	1	.1
bombones	2	.1	maíz	5	.3
botana	2	.1	mango	2	.1
burritas	1	.1	manteca	4	.2
cacahuates	4	.2	mantequilla	11	.7
café	1	.1	mariscos	1	.1
cajeta	1	.1	masa	4	.2
caldo de pollo	2	.1	mayonesa	2	.1
caramelos	1	.1	medicina	1	.1
carbohidratos	1	.1	migajón del pan	1	.1
carne	61	3.7	milanesa	1	.1
carne asada	1	.1	nieve	1	.1
carne de puerco	3	.2	nuggets	1	.1

carne de res	1	.1	paletas	2	.1
carne grasosa	1	.1	paletas heladas	1	.1
carne roja	8	.5	palomitas	5	.3
carnitas	1	.1	pambazos	1	.1
cebolla	1	.1	pan	70	4.2
cereales	13	.8	pan base	1	.1
cereales integrales	1	.1	pan dulce	2	.1
coca cola	3	.2	papa	2	.1
comida	7	.4	papas	43	2.6
comida casera	2	.1	papas fritas	5	.3
comida chatarra	29	1.8	pastas	39	2.4
comida de la calle	2	.1	pastel	17	1.0
comida empanizada	1	.1	pastelillos	2	.1
comida frita	1	.1	pay	1	.1
comida mexicana	2	.1	pescado	7	.4
comida saludable	3	.2	pizza	16	1.0
congeladas	2	.1	plátano	4	.2
crema	9	.5	pollo	13	.8
crema de cacahuete	1	.1	postres	2	.1
chetos	2	.1	pozole	2	.1
chicles	1	.1	proteínas	1	.1
chicharrón	4	.2	quesadillas	6	.4
chicharrones	10	.6	queso	16	1.0
chocolate	43	2.6	queso panela	1	.1
chorizo	1	.1	refresco	93	5.6
chucherías	3	.2	sabritas	1	.1
churros	1	.1	sal	1	.1
donas	1	.1	salchichas	1	.1
dulces	132	8.0	sandwich	2	.1
embutidos	5	.3	semillas	2	.1
ensalada	7	.4	sopa	8	.5
ensalada de verdura	1	.1	sopa de pasta	1	.1
espaguetti	1	.1	sopa maruchan	2	.1
fibra	2	.1	sopes	5	.3
filete	1	.1	tacos	23	1.4
flan	1	.1	tamal	7	.4
frijoles	3	.2	tocino	1	.1
frituras	22	1.3	tofu	1	.1
fruta	97	5.9	torta	11	.7
galletas	13	.8	tortilla	105	6.3
golosinas	12	.7	tortilla de harina	4	.2
gorditas	8	.5	tostadas	3	.2
granola	1	.1	trigo	1	.1
grasa	24	1.4	vegetales	4	.2
guisado	3	.2	verduras	125	7.5
hamburguesa	17	1.0	yogurt	15	.9
			Total	1656	100.0

Anexo 2

Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Psicología

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO

Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas “buenas” ni “malas”. Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

Esta investigación se realiza simultáneamente en **países y culturas muy diferentes**. Por tanto, existen algunas preguntas que puedan parecerte extrañas o tener poco sentido para ti. En este caso, te agradeceremos que rodees el número al que pertenece esa pregunta con un círculo (O) y que trates de contestarla lo mejor posible.

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?
a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?
a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna	a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?
a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada

4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos? a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No, ninguna
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida? a) Sí, más de 2 b) Sí 1 ó 2 c) No, ninguna	22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada? a) Sí, 3 ó más temporadas b) Sí, 1 ó 2 temporadas c) No, nunca
14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	24. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar? a) Sí, 2 ó más b) Sí, 1 persona c) No, nadie
16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada

17. ¿Te angustia que te digan que estás “llenita”, “gordita” o “redondita” o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo? a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna	36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho? a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No, ninguna
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	37. ¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca
30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar? a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna	39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son? a) Sí, casi siempre b) Sí, a veces c) Me da igual
31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante? a) Sí, siempre b) Sí a veces c) No, nunca	40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca
32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	41. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta para engordar? a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna
33. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	42. ¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada

34. ¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son? a) Sí, seguro b) Sí, probablemente c) No, no lo creo	43. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado demasiado grandes o amplios por haberte adelgazado? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes? a) Sí, muchas veces b) Sí, a veces c) No, nunca	44. ¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca
45. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, un escaparate, etc.? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	49. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para <u>engordar</u> ? a) Sí, 2 ó más b) Sí, 1 persona c) No, nadie
46. ¿Has seguido alguna dieta para engordar en los últimos dos años? a) Sí, mas de 2 veces b) Sí, 1 ó 2 veces c) No, nunca	50. ¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son? a) Sí, seguro b) Sí, probablemente c) No, no lo creo
47. ¿Te angustia que te digan que estás “delgada”, “flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	51. ¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho? a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No ninguna
48. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos? a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No, ninguna	52. Te resultan más simpáticas y atractivas las personas gruesas que las que no lo son? a) Sí, casi siempre b) Sí, a veces c) Me da igual

SECCIÓN B

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (La mitad de las veces)	D Muy frecuentemente	E Siempre	
53. Cuido que mi dieta sea nutritiva.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
54. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (La mitad de las veces)	D Muy frecuentemente			E Siempre
55. Procuero comer verduras.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
56. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
57. Comer de más me provoca sentimientos de culpa.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
58. Soy de las que se hartan (se llenan de comida).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
59. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
60. Me avergüenza comer tanto.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
61. Como lo que es bueno para mi salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
62. Me gusta sentir el estómago vacío.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
63. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
64. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
65. Procuero mejorar mis hábitos alimentarios.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
66. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
67. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
68. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
69. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
70. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
71. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
72. No como aunque tenga hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
73. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
74. Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
75. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
76. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
77. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
78. Siento que no puedo parar de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
79. Como sin medida.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
80. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
81. Me deprimó cuando como de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	

A Nunca	B A veces	C Frecuentemente (La mitad de las veces)	D Muy frecuentemente			E Siempre
82. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
83. Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
84. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
85. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
86. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
87. Como con moderación.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
88. Dificilmente pierdo el apetito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
89. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	
90. Paso por períodos en los que como en exceso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	

SECCION C

91. ¿Cuál es tu edad?: _____ años	101. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? _____
92. ¿Colonia y delegación en donde vives? _____ _____	102. ¿A qué clase social consideras que perteneces?: a) Alta b) Media-alta c) Media d) Media-baja e) Baja f) Pobre
93. Tu rendimiento en los estudios en comparación con tus compañeros es: a) Mejor que la mayoría b) Igual que la mayoría c) Peor que la mayoría	103. ¿Tienes algún familiar cercano que esté o haya estado en tratamiento psiquiátrico? a) Sí b) No
94. Peso actual: _____ Kilos	104. Si contestas que sí, ¿quién es? a) Padre b) Madre c) Hermano d) Hermana e) Tío/a f) Abuelo/a g) Otros
95. Altura/Talla _____ centímetros	105. ¿Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de anorexia nerviosa, bulimia u otros trastornos alimentarios? a) Sí b) No
96. Estado civil de tus padres: a) Casados b) Separados c) Viudo/a d) Solteros e) Otros _____	106. Si contestas que sí, ¿quién es? a) Padre b) Madre c) Hermana d) Hermano e) Tío/a f) Abuelo/a g) Otros

<p>97. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu padre?</p> <p>_____</p>	<p>107. ¿Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?</p> <p>a) Sí b) No</p>
<p>98. ¿Cuál es la ocupación y último grado de estudio de tu madre?</p> <p>_____</p>	<p>108. En la actualidad, ¿estás en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?</p> <p>a) Sí b) No</p>
<p>99. ¿Con quién vives?</p> <p>a) Padres b) Sola/o c) Pareja d) Amigos e) Otros familiares f) Otros _____</p>	<p>109. ¿Tuviste sobrepeso en tu infancia?</p> <p>a) Sí b) No</p>
<p>100. ¿Cuántos hermanos son incluyéndote a tí?</p> <p>_____</p>	<p>110. Edad de inicio de la primera menstruación: _____ años (pon 00 si todavía no la tienes)</p>
<p>111. ¿Te ha faltado la regla durante los últimos 3 meses?</p> <p>a) Sí b) No</p>	<p>116. ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Frecuentemente d) Muy frecuentemente e) Siempre</p>
<p>112. Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses:</p> <p>a) Como hasta que me duele el estómago b) He perdido el apetito c) Pierdo el control y como demasiado d) Me he sentido preocupada porque como muy poco e) Me he sentido preocupada porque como mucho f) Ninguno g) Otro</p>	<p>117. Escribe en los siguientes renglones los alimentos que más engordan; en el número 1 el que más engorda y en el 2 el que le sigue, hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.</p> <p>a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ e) _____</p>
<p>113. ¿Cuándo sientes más hambre?</p> <p>a) Desayuno b) Comida c) Cena d) Entre una comida y otra</p>	<p>118. ¿Te preocupa tu peso corporal?</p> <p>a) Sí b) No</p>

<p>114. ¿Con qué intensidad sientes hambre?</p> <p>a) Poca b) Regular c) Demasiada</p>	<p>119. ¿A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?</p> <p>_____ años</p>
<p>115. ¿A qué edad hiciste tu primera "dieta"?</p> <p>_____ años</p>	<p>120. Según yo, una persona atractiva es:</p> <p>a) Muy gorda b) Gorda c) Ni gorda ni delgada d) Delgada e) Muy Delgada</p>
<p>121. Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:</p> <p>a) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres b) Detienes tu dieta c) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres</p>	<p>125. Creo que mis amigos y amigas me ven...</p> <p>a) Muy gorda b) Gorda c) Ni gorda ni delgada d) Delgada e) Muy Delgada</p>
<p>122. Cuando estás a dieta:</p> <p>a) Comes y disfrutas los alimentos permitidos b) Comes todavía menos de lo que esta permitido c) Sientes el estómago lleno "inflamado" con cualquier cosa que comes d) Aceptas y aprecias la pérdida de peso e) No ves los cambios y te sigues sintiendo y viendo con sobrepeso</p>	<p>126. Me gustaría pesar</p> <p>a) Mucho más de lo que peso actualmente b) Un poco más de lo que peso actualmente c) Lo mismo que peso actualmente d) Un poco menos de lo que peso actualmente e) Mucho menos de lo que peso</p>
<p>123. Creo que estoy:</p> <p>a) Muy gorda b) Gorda c) Ni gorda ni delgada d) Delgada e) Muy Delgada</p>	<p>127. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre".</p> <p>a) Nunca b) A veces c) Frecuentemente d) Muy frecuentemente e) Siempre</p>
<p>124. Creo que mis padres o tutores me ven:</p> <p>a) Muy gorda b) Gorda c) Ni gorda ni delgada d) Delgada e) Muy Delgada</p>	

128. Marca con una (X) en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
A) Cara					
B) Cuerpo					
C) Estatura					
D) Espalda					
E) Brazos					
F) Busto					
G) Estómago					
H) Cintura					
I) Cadera					
J) Pompas					
K) Piernas					
L) Pantorrillas					

129. Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

	PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1. Critican tu estatura	()	()	()	()	()	()
2. Critican tu peso corporal	()	()	()	()	()	()
3. Comparan tu peso con el de tus amigos.	()	()	()	()	()	()
4. Te molestan porque quieren que estés más delgada.	()	()	()	()	()	()
5. Te molestan porque quieren que subas de peso	()	()	()	()	()	()
6. Se burlan de ti porque estas gordita.	()	()	()	()	()	()
7. Se burlan de ti porque estas flaquita	()	()	()	()	()	()
8. Se burlan de ti porque estás chaparrita.	()	()	()	()	()	()
9. Critican tu cuerpo delante de los demás.	()	()	()	()	()	()

Folio: _____

HOJA DE RESPUESTA (XY)

CUESTIONARIO SOBRE ACTITUDES ANTE EL CUERPO Y EL PESO

ESCUELA: _____ GRUPO: _____
 EDAD: _____ años y _____ meses TALLA: _____ metros PESO: _____ Kg.

INSTRUCCIONES: Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estas leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuestas.

	A	41. A B C	81. A B C D E	117. A _____
1.	A B C	42. A B C	82. A B C D E	B _____
2.	A B C	43. A B C	83. A B C D E	C _____
3.	A B C	44. A B C	84. A B C D E	D _____
4.	A B C	45. A B C	85. A B C D E	E _____
5.	A B C	46. A B C	86. A B C D E	118. A B
6.	A B C	47. A B C	87. A B C D E	119. _____
7.	A B C	48. A B C	88. A B C D E	120. A B C D E
8.	A B C	49. A B C	89. A B C D E	121. A B C
9.	A B C	50. A B C	90. A B C D E	122. A B C D E
10.	A B C	51. A B C	C _____	123. A B C D E
11.	A B C	52. A B C	91. _____	124. A B C D E
12.	A B C	B	92. _____	125. A B C D E
13.	A B C	53. A B C D E	93. A B C	126. A B C D E
14.	A B C	54. A B C D E	94. _____	127. A B C D E
15.	A B C	55. A B C D E	95. _____	128. MG G TA P MP
16.	A B C	56. A B C D E	96. A B C D	A
17.	A B C	57. A B C D E	E	B
18.	A B C	58. A B C D E	97. _____	C
19.	A B C	59. A B C D E	98. _____	D
20.	A B C	60. A B C D E	99. A B C D E	E
21.	A B C	61. A B C D E	F	F
22.	A B C	62. A B C D E	100. _____	G
23.	A B C	63. A B C D E	101. _____	H
24.	A B C	64. A B C D E	102. A B C D E F	I
25.	A B C	65. A B C D E	103. A B	J
26.	A B C	66. A B C D E	104. A B C D E F G	K
27.	A B C	67. A B C D E	105. A B	L
28.	A B C	68. A B C D E	106. A B C D E F G	129. P M H M A YM
29.	A B C	69. A B C D E	107. A B	1
30.	A B C	70. A B C D E	108. A B	2
31.	A B C	71. A B C D E	109. A B	3
32.	A B C	72. A B C D E	110. _____	4
33.	A B C	73. A B C D E	111. A B	5
34.	A B C	74. A B C D E	112. A B C D E F G	6
35.	A B C	75. A B C D E	113. A B C D	7
36.	A B C	76. A B C D E	114. A B C	8
37.	A B C	77. A B C D E	115. _____	9
38.	A B C	78. A B C D E	116. A B C D E	
39.	A B C	79. A B C D E		
40.	A B C	80. A B C D E		

Folio de aplicación:

Folio de captura:

Anexo 3

1. Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente si son gruesas o delgadas?	5. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas de ropa que te han quedado pequeñas o estrechas?
a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?	6. ¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian productos adelgazantes?
a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna	a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca
3. Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?	7. Entre tus compañeras y amigas, ¿suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?
a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
4. ¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?	8. ¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?
a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca
9. ¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?	18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas y muslos?
a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No, ninguna
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de actividades o productos adelgazantes?	19. ¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?
a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
11. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte llenita) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en una vitrina o aparador, etc.?	20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?
a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
12. Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?	21. ¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?
a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada

13. ¿Has hecho régimen (dieta) para adelgazar una vez en tu vida? a) Sí, más de 2 b) Sí 1 ó 2 c) No, ninguna	22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante una temporada? a) Sí, 3 ó más temporadas b) Sí, 1 ó 2 temporadas c) No, nunca
14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	23. ¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc. que hablan de calorías? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
15. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	24. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para adelgazar? a) Sí, 2 ó más b) Sí, 1 persona c) No, nadie
16. ¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	25. ¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
17. ¿Te angustia que te digan que estás "llenita", "gordita" o "redondita" o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	26. ¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, adelgazamiento o el control de la obesidad? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
27. ¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo? a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna	36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho? a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No, ninguna
28. ¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca	37. ¿Te atraen las fotografías de anuncios de muchachas con jeans, traje de baño o ropa interior? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos? a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada	38. ¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes (productos para ir al baño)? a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca

<p>30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?</p> <p>a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna</p>	<p>39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?</p> <p>a) Sí, casi siempre b) Sí, a veces c) Me da igual</p>
<p>31. ¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?</p> <p>a) Sí, siempre b) Sí a veces c) No, nunca</p>	<p>40. Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedas verte obligada a comer?</p> <p>a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca</p>
<p>32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?</p> <p>a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada</p>	<p>41. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta para engordar?</p> <p>a) Sí, más de 2 b) Sí, 1 ó 2 c) No, ninguna</p>
<p>33. ¿Sientes deseos de usar una crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?</p> <p>a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca</p>	<p>42. ¿Prefieres tu cuerpo al de las bailarinas de ballet o al de las muchachas que practican gimnasia rítmica?</p> <p>a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada</p>
<p>34. ¿Crees que las muchachas jóvenes y delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?</p> <p>a) Sí, seguro b) Sí, probablemente c) No, no lo creo</p>	<p>43. ¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado demasiado grandes o amplios por haberte adelgazado?</p> <p>a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada</p>
<p>35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?</p> <p>a) Sí, muchas veces b) Sí, a veces c) No, nunca</p>	<p>44. ¿Sientes deseos de consumir productos con muchas calorías (como queso o pan, por ejemplo) cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellos?</p> <p>a) Sí, siempre b) Sí, a veces c) No, nunca</p>
<p>45. ¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte delgada) al contemplar tu cuerpo en un espejo, una vitrina o aparador, etc.?</p> <p>a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada</p>	<p>49. ¿Alguna de las personas de tu familia que viven contigo, está haciendo o ha hecho algo para <u>engordar</u>?</p> <p>a) Sí, 2 ó más b) Sí, 1 persona c) No, nadie</p>
<p>46. ¿Has seguido alguna dieta para engordar en los últimos dos años?</p> <p>a) Sí, mas de 2 veces b) Sí, 1 ó 2 veces c) No, nunca</p>	<p>50. ¿Crees que las muchachas y jóvenes más bien llenitas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?</p> <p>a) Sí, seguro b) Sí, probablemente c) No, no lo creo</p>

<p>47. ¿Te angustia que te digan que estás “delgada”, “flaca”, “que pareces un palo”, o cosas parecidas aunque este sea un comentario positivo?</p> <p>a) Sí, mucho b) Sí, algo c) No, nada</p>	<p>51. ¿Crees que tus amigas o compañeras están preocupadas por el escaso tamaño de su pecho?</p> <p>a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No ninguna</p>
<p>48. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el escaso volumen de sus caderas y muslos?</p> <p>a) Sí, la mayoría b) Sí, algunas c) No, ninguna</p>	<p>52. Te resultan más simpáticas y atractivas las personas gruesas que las que no lo son?</p> <p>a) Sí, casi siempre b) Sí, a veces c) Me da igual</p>