

229
24.



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**RELACION ENTRE EL NIVEL SOCIOECONOMICO Y LA
PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA EL
DESARROLLO DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN
MUJERES DE 15 A 19 AÑOS.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A:

LETICIA OLIVA RIVERA MONROY

**DIRECTOR DE TESIS:
GILDA GOMEZ PEREZ MITRE**

MEXICO, D. F.

1997



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Deseo expresar mi agradecimiento a la Doctora Gilda Gómez Pérez-Mitré por su apoyo y su tiempo durante la realización de esta tesis.

Al Licenciado Enrique Ávila Ánguio por su asesoría estadística.

A los directivos de las instituciones escolares por permitir el acceso a sus instalaciones y a las estudiantes por su colaboración.

A la Dirección General de Asuntos del Personal Académico.

A todas aquellas personas que de alguna manera participaron para hacer una realidad esta investigación.

DEDICATORIA

*A mis padres: Oliva y Rodolfo mi reconocimiento y gratitud por sus esfuerzos,
trabajo y apoyo de siempre.*

A mis hermanos por su ayuda y buena voluntad.

A mi compañero por su comprensión, paciencia e impulso.

A mis hijos especialmente por ser la fuente de alegría y motivación.

ÍNDICE

	Pag.
Resumen	7
Capítulo I. Antecedentes Históricos	9
1.1 Anorexia	9
1.2 Bulimia	13
Capítulo II. Adolescencia e Imagen Corporal	17
2.1 Desarrollo físico en las mujeres	18
2.2 Desarrollo psicológico	21
2.3 Imagen Corporal	24
2.3.1 Satisfacción de la Imagen Corporal	28
2.3.2 Distorsión de la Imagen Corporal	32
Capítulo III. Teorías que explican los trastornos alimentarios	37
3.1 Teoría de la Patología Familiar	37
3.2 Teoría Sociocultural	42
3.3 Los trastornos alimentarios en México	47
Capítulo IV. Descripción de conceptos relacionados a los trastornos alimentarios	52
4.1 Anorexia	53
4.2 Bulimia	54
4.3 Factores de riesgo	57
4.4 Factores predisponentes	58
4.5 Factores precipitantes	58
4.6 Incidencia	58
4.7 Prevalencia	58
4.8 Vulnerabilidad	59
4.9 Diagnóstico Epidemiológico	59
4.10 Peso Corporal	59
4.10.1 Índice de Masa Corporal	59
4.11 Alimentación Correcta	60

4.12 Dieta	60
4.13 Ayunar	61
4.14 Fármacos anorexígenos	61
4.15 Estados de ánimo asociados con los trastornos alimentarios	62
4.16 Sobrealimentación	64
4.17 Compulsión	65
4.18 Estrés	65
4.19 El origen del yo	67
4.20 El sí mismo	67
4.21 Autoestima	68
4.22 Autoconcepto	69
4.23 Percepción	70
4.23.1 Propiedades relacionadas con la percepción.	71
4.24 Motivación	74
4.25 Emoción	74
4.26 Las actitudes	74
Capítulo V. Metodología	77
5.1 Propósito del estudio	77
5.2 Planteamiento del problema	77
5.3 Definición de variables	78
5.3.1 Variable independiente	78
5.3.2 Variables dependientes	78
5.3.3 Variables asociadas con los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.	79
5.4 Diseño	80
5.4.1 Muestra	81
5.4.2 Control de variables	81
5.4.3 Instrumento	82
5.4.3.1 Descripción del instrumento	82
5.4.4 Variables asociadas a los trastornos alimentarios	83
5.4.5 Procedimiento	84
5.4.6 Análisis de los datos	84

Capítulo VI Resultados	87
6.1 Datos Socioeconómicos	87
6.2 Historia de la conducta alimentaria	89
6.3 Satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal	91
6.4 Satisfacción e insatisfacción de la imagen corporal (estimación directa)	92
6.5 Autopercepción del peso corporal	94
6.6 Índice de Masa Corporal estimado	95
6.7 Elección de la figura actual	98
6.8 Elección de la figura ideal	99
6.9 Satisfacción e insatisfacción con la imagen corporal (estimación indirecta)	100
6.10 Alteración de la imagen Corporal (Sobreestimación/ Subestimación)	101
6.11 Alteración de la imagen corporal (estimación indirecta)	103
6.12 Actitudes hacia la obesidad delgadez	104
6.13 Conducta alimentaria	110
6.14 Frecuencia de los factores de riesgo alimentarios	117
Capítulo VII Discusión y Conclusiones	125
Anexo 1	137
Bibliografía	149

La anorexia y la bulimia son trastornos alimentarios que se caracterizan por conductas alimentarias anómalas, preocupación por el peso corporal, alteración en la imagen corporal. Estos trastornos suelen presentarse con mayor frecuencia en mujeres.

El objetivo de este trabajo fue explorar la relación entre el nivel socioeconómico y los factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos en una muestra de mujeres adolescentes. La muestra no probabilística se compuso de 200 estudiantes de nivel bachillerato, de escuelas públicas y privadas, de nivel socioeconómico bajo y medio.

Se utilizó un cuestionario de formato mixto que explora diferentes áreas: conductas alimentarias normales y anómalas, estados de ánimo asociados con la alimentación, prácticas de control de peso, imagen corporal, actitudes hacia la imagen corporal y datos socioeconómicos.

Los resultados mostraron la presencia de algunas características propias de estos trastornos en porcentajes moderados, hallándose entre las adolescentes de nivel socioeconómico medio una tendencia mayor.

De hecho únicamente tres de once factores mostraron diferencia significativas. También se halló una relación positiva entre el índice de masa corporal y la insatisfacción con la figura.

Los porcentajes de conductas que más destacaron fueron: conducta dietante o práctica de dietas, sobrealimentación, ejercicio en exceso, temor a subir de peso, insatisfacción con la figura y preocupación por el peso.

CAPITULO I

1.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

En este capítulo se describen los antecedentes de dos trastornos específicos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa

1.1 Anorexia Nerviosa:

Para su mejor comprensión es posible dividir el estudio de la anorexia nerviosa, en dos periodos históricos: uno anterior al año mil seiscientos y el otro posterior a este.

En el primer periodo los trastornos alimentarios eran condiciones conocidas predominantemente como parte de la vida religiosa, por lo cual Rudolph Bell utilizó el término "anorexia santa", puesto que varios personajes del ámbito religioso practicaban el ayuno y el ascetismo, que en su época, eran consideradas, como conductas santas, completamente admirables y como expresiones de piedad. Empero, en nuestros días la terminología científica, bien podría catalogarlas como anorexia nerviosa.

En el libro de Rudolph Bell (1985), sobre las mujeres beatas de la edad Media en Italia, Catherine de Siena, es uno de los personajes principales. Ella fue objeto de reconocimientos puesto que murió en estado de gracia honrando a Dios, adorada y admirada por sus contemporáneos y sus seguidores y creyentes. Su muerte se debió a una falla del corazón causada por la carencia de potasio, como consecuencia de una desnutrición y sus complicaciones. En nuestro tiempo la muerte de un paciente con anorexia significa una experiencia trágica, que deja tanto a familiares como al personal clínico con sentimientos de culpa, desesperación e impotencia, por no poder ofrecer a la víctima un tratamiento eficaz.

Durante su segundo periodo histórico, la anorexia nerviosa era un término que se utilizaba más en el campo médico.

Dicho período, se sitúa posterior al año mil seiscientos, en esos tiempos era más accesible y fácil de comprender la anorexia nerviosa, son dos los nombres de los doctores que conforman los eslabones de este período: Morton y Gull, ambos ingleses.

En mil seiscientos noventa, Morton, contribuyó con una descripción detallada típica del período científico, tal descripción se encuentra compilada en forma sistemática denominada *phthisis* o consunción. De esta manera, la anorexia nerviosa fue presentada junto con otros trastornos en los cuales el cuerpo presenta emaciación y debilidad como en la tuberculosis.

Morton llamó a tal condición una consunción nerviosa y en su descripción expresa un entendimiento de los elementos básicos de la enfermedad (Hercovici y Bay, 1990)

Durante los siglos posteriores existen reportes dispersos de dicha aflicción, por ejemplo: al comenzar la Revolución Francesa en 1879, Naudeau publicó un documento sobre una enfermedad nerviosa acompañada de una carencia extrema de apetito.

Un gran número de casos podrían estar encubiertos por otros diagnósticos entre los años de mil setecientos y mil ochocientos. Bjorndal (1988) hizo evidente un trastorno peculiar en la mujer durante estos siglos llamada *chlorosis*, y que actualmente sería descrito como anorexia nerviosa, se caracterizaba por la presencia de palidez, anemia, pérdida de peso y lasitud, además de trastornos menstruales. Se registro principalmente entre damas de posición alta y fue asociado con el uso de estrechos corsés (Tolstrup, 1990)

El doctor William Gull aportó una serie de descripciones excelentes entre los años de 1868 y 1888 fue quien utilizó por primera vez el término anorexia nerviosa en el año de 1874, resaltando la comprensión de los elementos psicogénicos esenciales de dicho disturbio. Existen otras designaciones médicas

que también reflejan los elementos mentales: como la francesa anorexia mental y la alemana *pubertätsmagersucht* (Romland, 1970)

A finales del siglo pasado y principios del presente, el punto de vista de la anorexia nerviosa como un trastorno mental con consecuencias físicas ha continuado vigente. Un francés Laségue, contemporáneo de Guil la llamó anorexia histérica. El gran psiquiatra francés Pierre Janet, en el libro *Les Obsessions et la Psychasténie* de 1903, trató sobre las ideas que aún hoy se consideran centrales, por ejemplo: que las pacientes tienen un fuerte apetito contra el que luchan, tienen la creencia de que se volverán gordas, lo que las lleva a sentir desprecio por su cuerpo que les acarrea consecuencias en su apariencia. También, añade que las pacientes intentan disimular su sexo, no de forma que ellas quisieran ser varones, pero si asexuadas, también señala que estas pacientes no deseaban ser altas (Pope, Hudson y Miale, 1985).

Después de la segunda guerra mundial, los médicos auxiliares quienes fueron los líderes en escribir sobre la enfermedad, intentaban explicar las causas de la anorexia nerviosa -equivocadamente-, como una alteración puramente somática de naturaleza diferente

El famoso cirujano Danish Rovsing, en su libro sobre cirugía abdominal, escrito en 1910, mencionaba un padecimiento llamado gastroptosis, sin embargo, tanto los textos como las ilustraciones mostraban claramente que se trataba de casos típicos de anorexia nerviosa. Faber (1926), reconoció la enfermedad como una mezcla de elementos somáticos y mentales (Tolstrup, 1990)

En una obra clásica Simmonds (1914), describió un síndrome relacionado cuyo nombre fue publicado en 1914 y 1918, en los años siguientes este síndrome caquexia hipofisaria, fue llamado erróneamente anorexia nerviosa y esta confusión contribuyó a que se concentraran esfuerzos por encontrar la causa en el ámbito de la endocrinología.

Posteriormente se correlacionaron la desnutrición y los trastornos endocrinológicos lo que dio luz al trabajo de Bassoe en 1958 entre otros. Bassoe, ha realizado investigaciones sobre la endocrinología y patofisiología, y los trastornos de los centros cerebrales de la saciedad y el hambre con pacientes anoréxicos y bulímicos. (Bassoe 1990).

En las décadas de 1920 hasta 1940 y al principio de la década de 1950, las observaciones de la enfermedad y el tratamiento eran de naturalista médica, en el pabellón del Hospital Nacional en Copenhague casi todos los pacientes anoréxicos eran admitidos. De este pabellón surgió el trabajo científico que sustenta algunas teorías de este padecimiento, que más adelante se mencionan.

A principios de 1940 hubo una ola de interés internacional por las enfermedades psicosomáticas y una vez más la anorexia nerviosa volvió a ser el foco de atención de los psiquiatras. En las tres últimas décadas (1950, 1960 y 1970), no era tan clara la tendencia en el tratamiento de esta perturbación, por ejemplo, prácticamente todos los casos serios de anorexia nerviosa pasaban de la unidad médica a la psiquiátrica. Con algunas excepciones en los países nórdicos en Odense y Bergen donde las unidades de endocrinología se han interesado particularmente en la anorexia nerviosa.

Las teorías dominantes durante estos años fueron las psicogénicas. De los países nórdicos la disertación de Bratoy (1947), sobre las disposiciones nerviosas y más tarde los trabajos de los psiquiatras noruegos Eitinger (1969), Askevold (1980), y Nygarard (1990); de Suiza Theander (1985), y Sheleimer (1983), y de Dinamarca el grupo de trabajo de la unidad psiquiátrica infantil del Hospital Nacional, todos con igual valor en sus aportaciones (Tolstrup 1990).

Del otro lado de los países nórdicos, los nombres de los psiquiatras como Bruch (1978), Palazzoli (1974), y Minuchin (1978), de cuya mente surgieron las tres teorías específicas sobre la psicogénesis del trastorno. Se han elaborado otras propuestas por ejemplo: las de los ingleses Russell (1985), Crisp (1980), el

primero estudió el tema en el ámbito familiar y el segundo vincula los aspectos biológicos y psicológicos (Hercovici y Bay, 1990).

En décadas recientes el punto de vista respecto a la anorexia nerviosa se ha caracterizado por la interdisciplina común en nuestro tiempo. Por ejemplo: un solo equipo recibía a pacientes con anorexia nerviosa durante muchos años en la unidad psiquiátrica infantil del Hospital Nacional de Copenhague, ahora la unidad en Dinamarca con un gran número de pacientes con anorexia nerviosa son atendidos por un equipo integrado por un doctor y enfermeras, por psicólogos, trabajadores sociales, maestras, dietistas y fisioterapeutas. El panorama de la enfermedad y su tratamiento han cambiado, son más especializados y muestran diferentes facetas (Tolstrup 1990).

De hecho podría decirse que el período actual se caracteriza por la gran diversidad de abordajes explicativos y terapéuticos como el psicoanálisis, la terapia familiar sistémica o las terapias conductuales.

1.2 Bulimia:

En lo que se refiere a la bulimia remontándonos al período histórico donde los romanos eran gobernados por un César, era una costumbre que éste ofreciera fiestas con grandes banquetes, donde cientos de invitados se entretenían todo el tiempo. El César difícilmente se retiraba del comedor hasta que estaba harto de comer y beber. Posteriormente, él iba algún lugar para tratar de dormir, y al no conseguirlo se metía el dedo en la garganta para aliviar las molestias del estómago. Aunque no se tiene algún registro de la frecuencia de estas prácticas se considera importante señalar la presencia de los rasgos clínicos (atracones y vómito) propios de la bulimia. No existen registros clínicos que indiquen claramente la evolución histórica de este trastorno.

Probablemente tampoco la bulimia es un desorden nuevo ya que existen evidencias históricas dispersas que son compatibles con el diagnóstico de bulimia y que comprenden los últimos 250 años. Es común encontrar la

transcripción de un documento publicado por Wulff en 1932 que muestra con detalle cuatro casos de un trastorno muy similar a lo que actualmente se conoce como bulimia.

Stein y Laakso, reportaron algunos casos en 1743. James, hizo la descripción de *true boulimous*, que se caracterizaba por intensa preocupación por la comida, voracidad en intervalos cortos, seguidos de intervalos variables de "apetito canino" que al comer de más terminaba por vomitar. Estos apuntes continuaron en 1785 por Motherby que distinguió tres tipos de bulimia la del tipo hambriento, otra asociada con desmayos y la que terminaba con vómito. El desorden fue tan reconocido que en 1797 se encontraba ya editado en la Enciclopedia Británica (Stunkard 1990).

Las únicas referencias compatibles con los conceptos actuales, parecen ser las de Blachoz en 1869, quien detalló dos formas de bulimia en ambas la comida podía ser la principal preocupación de la persona, el hambre podía persistir aún después de consumir grandes cantidades de alimento y de la apatía podría seguir un banquete. En el subtipo llamado cinorexia el banquete era seguido de vómito. Esto es de valor ya que en las notas de Gull 1874 la descripción de la anorexia nerviosa incluía la presencia de apetito voraz ocasional.

La bulimia atrajo poca atención hasta el siglo actual, en 1903 Janet explicó el malestar de 4 pacientes (de un total de 236 en su libro) que pudieron haber sido bulímicos. En su traducción y comentarios sobre los casos Pope, Hudson y Mialet (1985) se dieron cuenta de una asociación extrema entre los casos y otros desórdenes psiquiátricos como: Trastornos afectivos y de ansiedad.

Un nuevo interés se manifestó por la bulimia en conexión con los pacientes que también padecían de anorexia nerviosa. En 1950 Nemiah reportó cuatro historias de casos que manifestaban episodios en los cuales los pacientes comían en forma "anormal" que resultan compatibles con la bulimia.

Otras tres historias han sido referidas: el caso de Ellen West por Binswanger en 1928, el caso de Laura publicado en 1950 por Linder y el caso de T. T., descrito en 1959 por Stunkard (Stunkard 1990).

Desde 1973, Bruch plantea la posibilidad de que se den ingestas alimentarias compulsivas en sujetos que cabría de gordos flacos. Rau y Green (1975), describen una conducta bulímica impulsiva sin referirse a la obesidad o a la anorexia.

Boskind-Lodhal (1976), presentó un síndrome dominado por los episodios de sobreingesta al que denominaron bulimarexia. En cuanto a Palmer (1979), llamó síndrome de caos alimentario a un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de bulimia. Russell, es el primero en definir los criterios diagnósticos que denomina bulimia nerviosa y a partir de 1985, ha de reservar éste término a las bulímicas que llegan a serlo tras un periodo de anorexia.

Stein (1988), afirma que el concepto de bulimia tiene más de 100 años de existencia, que la asociación de vómitos y accesos bulímicos aparece en muchos escritos anteriores al siglo XX. No obstante reconoce que antes de la época actual, la bulimia era considerada como un síntoma más que como un síndrome completo (Guillemot y Laxenaire, 1994).

CAPITULO II

2.- ADOLESCENCIA E IMAGEN CORPORAL.

El objeto de estudio de esta tesis, es determinar que relación existe entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Por lo que resulta imperativo abordar algunos aspectos de la adolescencia, ya que dicha población se encuentra en esta etapa de transición.

La palabra adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer, desarrollarse hacia la madurez; se refiere a la etapa del desarrollo humano ubicada entre la niñez y la vida adulta y se inicia con la pubertad. El periodo de la adolescencia que comprende de los 12 a los 19 años, es una época de rápidos cambios y difíciles empresas.

El desarrollo físico es solo una parte en este proceso, porque los adolescentes enfrentan una amplia gama de requerimientos psicosociales. independización de los padres, consolidación de las cualidades necesarias para relacionarse con los compañeros de la misma edad, incorporación de una serie de principios éticos aplicables a la realidad práctica, fomento de las capacidades intelectuales y adquisición de una responsabilidad social e individual básica, por nombrar solo algunos. Pero a la vez que, el adolescente se encara con tan compleja sucesión de dificultades concernientes a su evolución como ser humano, debe dirimir su sexualidad aprendiendo el modo de adaptarse a los cambiantes sentimientos sexuales, escogiendo como participar en las diversas clases de actividad sexual, descubriendo la manera de identificar el amor (Masters, Johnson, Kolodny, 1987).

La adolescencia también es una etapa de hallazgo y eclosión; una época en que la maduración intelectual y emocional corre paralela con el desarrollo físico y genera una libertad y un creciente apasionamiento vital.

La adolescencia no es únicamente un período de turbulencia y agitación, como señalan las concepciones tradicionales, sino que a la vez suele ser una

fase de goce y felicidad que marca el tránsito agitado y tumultuoso al estado adulto (Masters, Johnson, Kolodny, 1987).

2.1 DESARROLLO FÍSICO EN LAS MUJERES.

La secuencia de los fenómenos de la pubertad se inician a los 9 años y se manifiestan por aumento de diámetros de la pelvis y por la profusión del pezón, posteriormente al año se presenta el desarrollo mamario que regularmente es simultáneo en los dos pechos, la maduración completa dura tres años aproximadamente, el desarrollo mamario puede causar dolor o molestia. Simultáneamente, se inicia el crecimiento del vello púbico, se propaga hacia los grandes labios hasta formar un triángulo de base superior y vértice inferior. Un año después de la aparición del vello aparecen los cambios en el epitelio vaginal y cambia el PH haciéndose más ácido. En esta etapa los órganos genitales internos y externos inician su crecimiento, los labios mayores se hacen gruesos y turgentes, los menores crecen, el clitoris crece y el introito o la vagina se amplía y se congestiona. El ovario, el útero y la vagina durante esta época crecen en forma acelerada y alcanzan sus dimensiones definitivas.

Hacia los 13 o 14 años, los pezones cambian de color, que los identifica con la presencia de una glándula mamaria bien desarrollada en sus porciones glandular y maternal. Aparece el vello axilar. Lo más importante dentro de esta etapa es la aparición de la menarquia, esto representa el inicio de la vida reproductiva (Consejo Nacional de Población 1982). El ciclo menstrual se compone de tres fases que se configuran en un ciclo promedio de 28 días: la fase folicular, la ovulación y la fase luteínica.

La fase folicular: Los folículos, disposiciones ovales de células en torno a un óvulo joven, empiezan a madurar por la acción de la hormona FSH (foliculoestimulante). Al inicio de esta fase los niveles de estrógenos y progesterona son muy bajos y el útero expulsa la capa de tejido mucoso que reviste su cara interior, dando lugar a un período de tres a seis días de flujo menstrual. Este se compone de una pequeña cantidad de sangre mezclada con

trocitos de endometrio; el total de sangre menstrual es, por lo general, de tan solo unos sesenta/noventa centímetros cúbicos.

Mediada la fase folicular (entre los días siete a diez del ciclo, poco más o menos) aumenta la producción de estrógenos de los ovarios, que se conjuga por la acción de la FSH y prepara para la ovulación al folículo en germinación. Los estrógenos también hacen que se regenere el endometrio (endometrio proliferativo) en virtud del crecimiento de las glándulas, tejido conjuntivo y vasos sanguíneos. Poco antes de la ovulación, el aporte de estrógenos se incrementa marcadamente, lo que repercute en el hipotálamo y lo fuerza a desencadenar la secreción de HL y de HSF que libera la hipófisis al cabo de uno o dos días

La ovulación, es decir, la liberación de un ovulo desde un folículo de Graff, acontece en la mayoría de los periodos de 28 días hacia el 14.avo día del ciclo. No obstante, se ha presentado la ocasión de estudiar ciclos en los que el proceso de ovulación abarca del noveno al decimonoveno días, de un ciclo de la extensión antedicha, e incluso ciclos menstruales en los que no acontecía la ovulación. Entre 12 y 24 horas después de que el aporte de hormona luteínica haya alcanzado su apogeo, suele producirse la ovulación. La fase ovulatoria es la más corta del ciclo menstrual

La fase luteínica, que abarca el tiempo que sigue inmediatamente a la ovulación hasta el comienzo del siguiente periodo. Esta fase debe su nombre al cuerpo lúteo, glándula hormonal que se forma a continuación de la ruptura del folículo de Graff y de la expulsión del óvulo. El cuerpo lúteo secreta progesterona y estrógenos en abundancia, que alcanza niveles muy altos en esta etapa del ciclo menstrual. La progesterona facilita el desarrollo de los pequeños vasos sanguíneos en el endometrio regenerado y produce el enrollamiento de las glándulas endometriales, alteraciones que preparan al útero para recibir al huevo fecundado en caso de que se produzca el embarazo. La progesterona también se haya en el hipotálamo donde interrumpe la secreción de la hormona liberadora de gonadotropina lo que provoca una rápida disminución del aporte de HL y de FSH

desde la hipófisis. A menos que el huevo sea fertilizado el cuerpo lúteo degenera al cabo de diez a doce días después de la ovulación e interrumpe drásticamente la producción de su hormona. El siguiente flujo menstrual sobreviene al desprenderse el tejido mucoso que recubre el útero e iniciarse el proceso regenerativo del endometrio correspondiente al próximo ciclo. Por consiguiente, la menstruación es consecuencia de la cesación repentina de estimulación hormonal (Masters, Johnson, Kolodny, 1987)

No todos los ciclos menstruales que se presentan durante esta primera fase son ovulatorios, y por lo tanto fértiles. puede ocurrir que se de una desproporción cronológica entre menstruaciones y ovulación y todas éstas pueden ser variaciones dentro de la normalidad. Posteriormente aparece el acné y la voz cambia con un ligero descenso en el timbre

Es necesario recordar que en nuestra población con una gran cantidad de mestizos e indígenas, por característica racial, carece de vello en algunas regiones del cuerpo o se presenta en forma difusa

Otro tanto, debe decirse de la población que esta desnutrida durante el período de la pubertad y adolescencia sus índices de talla y peso son inferiores a los de los bien nutridos y la aparición de los caracteres sexuales secundarios, puede en algunos casos ser poco objetiva, o hacer más tardía su aparición

De igual manera la aparición florida de los caracteres sexuales secundarios característicos de cada sexo no indican necesariamente mayor inclinación conductual sexual en proporción a su apariencia. Sin embargo, existe una "ventaja sociobiológica" según el adolescente cuyo tipo somático se parezca más al "ideal", estos tienen más ventajas y buenas oportunidades por la imagen positiva que proyectan (Consejo Nacional de Población 1962)

2.2 DESARROLLO PSICOLÓGICO

Para Erikson (1977), es básico que durante la adolescencia los cambios sexuales y otros efectos de la pubertad imponen una reorganización del concepto de sí mismo. Sugiere que las posibilidades de desarrollo de la personalidad adolescente se dan entre los polos de la "identidad" y la "confusión de roles". El desarrollo sano implica la adquisición de un sentido de identidad del YO, que es un problema general de los adolescentes. Señala que el fracaso en lograr la identidad tiene su base en la confusión de roles, concretamente en la sexualidad y la elección vocacional que son los fundamentos principales de la identidad.

Si los jóvenes tienen una idea del tipo de rol adulto que desean llevar esto puede servirles como guía o principio organizador de su sentido de identidad. Si no se desarrolla un sentido sólido de identidad, la persona joven permanecerá probablemente en la confusión con respecto a sí mismo. No desarrollará una idea clara y segura de quién, y qué es. El adolescente, que se halle en esta situación buscará probablemente un rol estable identificándose con figuras culturales populares o enamorándose. El principio que aquí subyace parece ser que si los jóvenes no pueden adquirir un sentido de identidad mediante sus propios recursos internos, tratarán de lograrlo apelando a recursos externos.

Finalmente, Erikson (1983) sugiere, que las preocupaciones del adolescente por las ideologías y los credos morales pueden comprenderse como una consecuencia de la confusión de roles. El adolescente, busca nuevos valores personales. En la medida que su identidad es inestable, se siente atraído por ideologías que prometen proporcionar estabilidad, o por lo menos un anclaje moral sólido.

Durante la adolescencia, se produce el último paso, y el más importante del desarrollo cognitivo. Piaget (1977), señala que el pensamiento alcanza su liberación final en la adolescencia porque se pone en condiciones de funcionar superando las constricciones de la realidad inmediata. Por ejemplo ante un problema dado el adolescente que se halla en el período de las operaciones

formales, considerará todas las soluciones posibles, y comenzará a ensayarlas de acuerdo con un plan sistemático.

El adolescente abandona su pensamiento concreto que desarrolló durante la infancia, y adquiere un pensamiento hipotético deductivo, o sea la capacidad de abstracción de los elementos externos. Este tipo de pensamiento le permite crear hipótesis y comprobarlas, refutarlas, extrapolar ideas sobre una situación real o imaginaria, simbolizar hechos y fenómenos externos, razonar sobre posibles consecuencias de una acción, etc., lo que le permite cuestionar el por qué, de los valores, de la forma de vida, del comportamiento de los adultos y del mundo en general.

Piaget, considera que el adolescente se prepara a insertarse en la sociedad de los adultos por medio de proyectos, de programas de vida, de sistemas de valores a menudo teóricos, de planes de reformas políticas o sociales. Piaget, agrega que la verdadera adaptación a la sociedad habrá de hacerse automáticamente cuando, de reformador, el adolescente pase a realizador.

Allport (1977), menciona que la búsqueda de la identidad en la adolescencia es la característica primordial de esta etapa y señala que el adolescente no percibe el inicio de la madurez, y tampoco lo sabe la sociedad. La imagen de sí mismo en el adolescente depende de otras personas. Busca popularidad y teme el ostracismo. En su cabello, en sus gustos sigue las preferencias que imperan en su grupo. Raras veces se atreve a ponerse en contra de las costumbres que rigen entre los muchachos de su edad. La imagen de sí mismo y su sentido de identidad no son suficientemente firmes para resistir este esfuerzo. El adolescente que va retrasado en la madurez física se siente desgraciado al compararse con los otros muchachos de su edad.

La tan conocida tendencia del adolescente a la rebeldía tiene una importante relación con su búsqueda de la identidad, es decir, le sirve de reafirmación. Es la última etapa de su lucha para la autonomía.

La búsqueda de la identidad se revela en el modo con que el adolescente ensaya diversas caracterizaciones. La manera de hablar, el peinado, el modo de caminar, de vestirse, la imitación de un héroe o modelo.

El adolescente, busca la seguridad de saber que puede atraer a otras personas y desempeñar un papel aceptable en las relaciones con el otro sexo. El enamoramiento no es a menudo sino un ardid para poner a prueba la imagen de si mismo.

Al mismo tiempo se agudiza el conflicto de los impulsos sexuales. El adolescente sabe que existen serias prohibiciones y le resulta difícil armonizar los deseos carnales con las normas. En algunos casos el joven puede hallar en la religión soluciones que mitiguen su sufrimiento o que por el contrario lo intensifiquen.

El núcleo del problema de la identidad es la selección de una ocupación o de otro objetivo en la vida. Sabe que en el futuro a de seguir un plan y a este respecto su sentido de si mismo adquiere una dimensión que falta en la infancia. Con frecuencia los objetivos del adolescente son demasiado altos, ya que éste se encuentra en una etapa de idealismo, por lo que sus objetivos habrán de terminar en la desilusión.

De acuerdo con Allport, hasta este momento de la vida el individuo habrá desarrollado gradualmente los siguientes aspectos del si mismo.

- 1o.- Sentido del si mismo corporal
- 2o.- Sentido de una continua identidad del si mismo
- 3o - Estimación del si mismo, amor propio.
- 4o - Extensión del si mismo
- 5o - Imagen del si mismo
- 6o - El si mismo como solucionador racional
- 7o - Esfuerzo orientado

Una vez que se han descrito los diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales que el adolescente debe enfrentar en esta etapa es más fácil comprender porqué es vulnerable a desarrollar padecimientos como los trastornos alimentarios. Pues integrar su propia identidad, adquirir las normas de conducta, así como los valores que su medio social e histórico le impone.

A los cambios físicos que se producen con la pubertad puede interpretárselos como una condición crítica que desafía al adolescente hay unos cuantos hechos de la conducta que se pueden observar los adolescentes que recién entran en el periodo se sienten notoriamente preocupados por su apariencia. Pasan horas ante el espejo peinándose, buscándose barritos, mirándose de espaldas para conocer su apariencia desde atrás. Se sabe que la cuidadosa inspección de su cuerpo deja a la mayoría de los adolescentes enteramente desilusionados, y por consiguiente pueden producirse esfuerzos extravagantes por modificar su apariencia.

Cambiar y adaptar la imagen de si mismo, aceptar su nuevo cuerpo, adquirir experiencia en varias facetas de la vida, relacionarse con los otros y lograr un sentido de pertenencia, encontrar puntos en común con los demás y a la vez saberse y sentirse único, son algunas de las tareas que debe realizar el adolescente.

2.3 IMAGEN CORPORAL

En este apartado se aborda el concepto de imagen corporal desde la perspectiva de algunos teóricos. De este concepto muy amplio, se derivan otros, como la satisfacción de la imagen corporal y la distorsión de la imagen corporal.

Son muchas las definiciones que se encuentran sobre imagen corporal clasificándolas por áreas, pueden ser, clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas psicogenéticas y psicosociales.

También, se encuentran diversas denominaciones en la literatura para hablar del hecho que consiste en mirar el propio cuerpo y autoevaluarlo, por ejemplo: conciencia del cuerpo, percepto corporal, esquema corporal, concepto del cuerpo, yo corporal e imagen espacial del cuerpo.

Por la extensión del tema aquí solo se mencionarán algunas definiciones.

Para Grenacre (1953), la imagen corporal consiste en una catexis predominantemente libidinal y bastante bien estabilizada del cuerpo en sus partes centrales y periféricas. Es decir, los estímulos internos propioceptivos, así como las percepciones de contacto, la sensibilidad de la presión profunda y el intercambio térmico, además de las experiencias kinestésicas (equilibrio), en la situación del amamantamiento son factores que contribuyen inmediatamente a la imagen corporal más de lo que lo hacen las imágenes auditivas y visuales de percepción de la distancia que maduran posteriormente.

Frazier y Carr (1976), señalan que la imagen o esquema corporal, se refiere al modo en que se siente y evalúa el propio organismo. Las percepciones sensoriales de la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como las que provienen de la parte interna del organismo, contribuyen al esquema corporal. Esto implica el grado de claridad o distorsión en la percepción del cuerpo, la satisfacción o descontento que se experimenta por el mismo y la naturaleza de la relación entre la persona y su organismo como objeto.

Según Dolto (1986), el esquema corporal especifica al individuo en cuanto representante de la especie, independientemente del lugar, la época o las condiciones en que vive. Es decir, es el mismo para todos los individuos. La imagen del cuerpo por el contrario, es propia de cada uno; está ligada al sujeto y a su historia; es la síntesis viva de las experiencias emocionales: interhumanas repetitivamente vividas a través de las sensaciones erógenas electivas, arcaicas o actuales y es eminentemente inconsciente.

Hamachek (1981), considera que la imagen que se tiene del propio cuerpo es de índole subjetiva. La imagen, es por lo general positiva si corresponde a lo que se desea ser o negativa si discrepa con lo que se desea. La retroalimentación proporcionada por los demás es la base de las opiniones que se forman en torno a los estados emocionales, destrezas personales y atractivo físico. Con el tiempo el cuerpo llega a desempeñar un papel central en la autopercepción

La forma particular como una persona percibe su cuerpo conlleva importantes consecuencias, por ejemplo: Una mujer se avergüenza tanto por la pequeñez de sus senos que difícilmente acepta salir con alguien o ponerse un traje de baño, un joven siente un amor narcisista por el desarrollo de su cuerpo al grado que se olvida por completo de su crecimiento intelectual y social. En gran medida el concepto de sí mismo es fruto de las apreciaciones que hace la gente sobre uno, no solo reacciona ante lo que se dice, sino también, al aspecto (ropa arreglo personal, atributos físicos).

Para Bruchon (1992), la imagen del cuerpo es la configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes, que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias

En una revisión que hace de un conjunto de trabajos psicológicos, señala que la adquisición progresiva de la imagen del propio cuerpo, se apoya sobre adquisiciones múltiples, no solo visuales y cinestésicas, sino también cognoscitivas, afectivas y sociales.

A través, de la socialización, se va adquiriendo la imagen corporal generalmente el cuerpo se experimenta como una parte o un aspecto del yo a menudo como su límite externo. Según Hamachek (1981), el aspecto, es un determinante esencial de la autoestima en el hombre y la mujer

Una de las causas de semejante relación radica en el hecho de que el yo ideal contiene actitudes relacionadas con el aspecto físico, llamado también ideal corporal.

En una encuesta realizada por Davis (1984), se encontró que el 80% de los sujetos femeninos designaron el cuerpo ectomorfo extremo moderado, como el cuerpo femenino ideal.

Todo mundo posee una idea más o menos clara del aspecto que desearía tener. Si las proporciones físicas llegan a aproximarse lo suficiente a las dimensiones y a la apariencia de la imagen del cuerpo ideal uno estará propenso a tener una mejor opinión del yo físico y psíquico.

En general el ideal corporal del individuo se ajusta más o menos a las normas culturales que dictan lo que socialmente constituye un aspecto agradable y lo que no lo es. En sus estudios dedicados a diversas culturas Margaret Mead (1983), observó que cada sociedad cuenta con actitudes y criterios propios sobre la belleza personal.

El ideal de belleza y su medida, siempre serán expresión de la situación libidinal de la sociedad. Dicha situación es necesariamente variable. Existen leyes de las estructuras libidinales; pero la estructura libidinal cambia sus manifestaciones de acuerdo con su situación social total y en esta forma también se modifica la belleza.

En estos incesantes procesos, intercambiamos partes de nuestras imágenes con las imágenes de los demás, es decir, existe una perpetua socialización de las imágenes corporales (Schilder 1977)

2.3.1.- SATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal está sujeta a evaluaciones favorables o desfavorables que un sujeto realiza sobre su propio cuerpo, dicho resultado corresponderá a los conceptos de satisfacción o insatisfacción con la imagen corporal

Este concepto es relevante para comprender integralmente el proceso de la adolescencia, pues en este período de desarrollo- los cambios físicos experimentados por el sujeto afectan de manera significativa la percepción de su imagen corporal

Parece ser que la satisfacción corporal constituye la dimensión evaluativa predominante especie de Gestalt, percibida de un cuerpo globalmente amado o no; globalmente conforme o no con las normas ideales, y del que se obtiene más o menos: Placer o sufrimiento. Su preeminencia perceptiva y su valor heurístico, explican la asombrosa popularidad de este concepto que ha monopolizado (y todavía concentra) lo esencial de las investigaciones realizadas sobre la imagen evaluativa del cuerpo, desde hace más de treinta años (Bruchon 1992)

Las investigaciones de Franzoi y Herzog (1986), muestran tres dimensiones de la satisfacción corporal: dos son específicas de cada sexo (la condición física es común en los dos sexos): El atractivo físico global y la fuerza del cuerpo, son factores masculinos. El atractivo heterosexual y las preocupaciones relativas al peso son factores femeninos

Bruchon (1992), encuentra que los individuos perciben muy inexactamente la forma real de su cuerpo. Para saberlo, se les pide a los sujetos que elijan, de entre una serie de siluetas, la que se le parece más y se comparan después las proporciones de estas siluetas, con las proporciones reales de los sujetos. El estudio de Toriola e Igbokwe (1985), realizado con 625 estudiantes de ambos sexos, muestra que no hay ninguna correlación significativa entre el somatotipo percibido y el somatotipo real (salvo para el tipo mesomorfo en los niños), ya que

las correlaciones obtenidas, fueron asombrosamente bajas (5 de cada 6 de ellas varían de .07 a .12)

De hecho el somatotipo "percibido", y no el somatotipo "real", es el que se manifiesta como un buen predictor de la satisfacción corporal, explica por sí solo el 28% de la varianza de las puntuaciones de satisfacción corporal masculina Tucker (1982). Esta satisfacción es muy alta, en los sujetos que se consideran musculosos (mesomorfos), más bien escasa en los que se consideran delgados (ectomorfos), y baja en los que se consideran demasiado gordos (endomorfos), lo que confirma este autor con una nueva población masculina (Tucker 1984).

Davis (1984), realizó un estudio con 91 estudiantes de sexo femenino, las que se consideraron ectomorfas, tienen los puntajes de satisfacción más altos, las que se crean endomorfas, tienen las puntuaciones más bajas. Cuanto más aumenta la distancia entre forma percibida y forma ideal, más crece la insatisfacción. Se confirma que las características del cuerpo, tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal.

En lo que se refiere a la satisfacción corporal según la edad, el estudio de Bersheid, Walster y Bohrnstedt (1973), señala, que en el caso de las mujeres la satisfacción corporal disminuye mientras aumenta la edad, y que la caída neta de esta puntuación se observa después de los 45 años.

En otros estudios que son bastante heterogéneos, pero cuyas aportaciones son coherentes entre sí, Bruchon (1992), observa, que la satisfacción corporal aparece como una variable intermedia que desempeña un papel "amortiguador", entre unas realidades objetivas (cuerpo real, estatura, peso, somatotipo real, belleza objetiva, edad y las actitudes y comportamientos que suscitan estos aspectos del cuerpo en los demás) y una realidad subjetiva. Contribuir a mantener un concepto de sí mismo estable (y una autoestima aceptable) a pesar de los avatares (sucesión de acontecimientos opuestos, felices y desgraciados) del cuerpo objetivo.

Algunos trabajos indican que la satisfacción corporal está asociada significativamente a diversos síntomas somáticos en las mujeres (Kurtz 1966). Esta relación, fue confirmada por Martinelli (1975) en sujetos de los dos sexos. Sin embargo, no es muy marcada, si es calculada globalmente ($r=.19$, s para $p=.05$). Si se la calcula por separado, entonces se eleva en ciertas subescalas de satisfacción corporal. Predice la salud de las jóvenes, sobre todo la satisfacción relativa a la apariencia física ($r=.23$, s para $p < .05$), y la salud de los jóvenes la predice la condición física percibida ($r=.31$ s para $p < .01$). Teniendo en cuenta el contenido de estas subescalas la apariencia física, agrupa ítemes que implican el atractivo tal como es percibido por los pares, la condición física es definida por ítemes de eficiencia física y motriz. Puede concluirse que, si la insatisfacción corporal está asociada a trastornos somáticos y la satisfacción a la buena salud, es por motivos probablemente distintos a primera vista, pero en el fondo similares en los dos sexos. Un cuerpo sano e íntegro, si es percibido como "seductor", por las adolescentes y como "eficiente", por los adolescentes, atestigua su común, conformidad con las normas de rol.

Las personas equilibradas y sanas adquieren e integran el aprecio de sí mismas sobre varias bases, entre las cuales figuran las siguientes: Logro, creatividad, condición social, conducta moral y ética, relaciones interpersonales y otras semejantes. Cierta grado de preocupación por la totalidad de la imagen corporal es compatible con la adquisición de una personalidad sana, pero una preocupación exagerada puede ser señal de que la autoestima de un sujeto descansa sobre un fundamento demasiado limitado (Hamachek 1981).

Según Fraizer y Carr (1976), las alteraciones de la imagen corporal se incluyen como sintoma de una amplia variedad de enfermedades clínicas, que no están relacionadas etiológicamente, aún cuando tienen en común el hecho de que el síntoma se relaciona con la forma en que el paciente experimenta su propio organismo. Por ejemplo: en algunos casos de daño cerebral, los pacientes ofrecen la descripción tergiversada de las partes paralizadas del organismo, o

niegan la existencia de algunas partes del cuerpo, o no admiten la presencia de su parálisis.

En los casos de fenómeno de miembro fantasma, el paciente continúa teniendo la sensación de un miembro extirpado, a menudo con dolor, como si estuviera físicamente presente.

En alteraciones funcionales, algunos pacientes confieren un interés desproporcionado al cuerpo y a sus partes, lo que puede ser expresado como descontento, por "defectos" insignificantes o inexistentes en el aspecto exterior del mismo. También puede ser expresado en la preocupación anormal por la salud y la integridad del cuerpo y su funcionamiento (hipocondría).

Ciertas partes del cuerpo pueden ser investidas de significado sexual o simbólico. Algunas personas tratan de cambiar su aspecto físico o sus rasgos faciales por conflictos profundamente inconscientes, que poco tienen que ver con su aspecto real.

También pueden ocurrir desviaciones en la percepción de las funciones orgánicas normales, esto es, sensaciones normales o ruidos en el estómago que se interpretan por error como indicio de embarazo o de cáncer, ideas que persisten a pesar de las manifestaciones del médico en sentido contrario.

Las ideas delirantes (creencias falsas), que no pueden ser corregidas por la evidencia exterior, a veces se concentran en el cuerpo. En una depresión psicótica, por ejemplo, el paciente siente muerto su organismo o que se está descomponiendo.

Los enfermos de anorexia y bulimia nerviosa, presentan una alteración de la percepción del peso y la silueta corporal. Algunas personas se encuentran "obesas", mientras que otras no dan cuenta de que están delgadas, pero continúan preocupadas por que algunas partes de su cuerpo les parecen demasiado gordas (A.P.A. 1995).

El miedo a ganar peso, el deseo de perder peso, la preocupación por la imagen corporal son aspectos que parecen motivar los trastornos, incluso se ha argumentado que tales preocupaciones constituyen la psicopatología central de la anorexia y la bulimia (Fairburn y Cooper 1984).

2.3.2- DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Desde hace muchos años, cuando Bruch describió el interesante fenómeno característico de los pacientes que sufrían de anorexia nerviosa (un trastorno profundo en la imagen corporal), ha sido objeto de estudio la distorsión de la imagen corporal y se han hecho esfuerzos por medir de la manera más objetiva tal suceso. Su análisis es importante para comprender la etiología de los trastornos alimentarios.

Gómez Pérez-Mitré (1995), define, distorsión de la imagen corporal, al mayor o menor alejamiento, específico concreto del peso real, esto es, a la diferencia entre el peso real y peso imaginario.

Por peso real, se entiende el resultado de la medición realizada con báscula y/o el valor del índice de masa corporal (peso/talla²)

El peso imaginario puede definirse como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo.

En una investigación realizada por Casper, Halmi, Goldberg, Eckert y Davis (1979), estudiaron la distorsión de la imagen corporal en mujeres con anorexia nerviosa y en mujeres de un grupo control, encontrando que las primeras a diferencia de las segundas, estimaron visualmente su talla con un aparato durante el estado de emaciación. En ambos grupos se sobrestimaron las tallas, por lo que la distorsión de imagen no debe ser considerada como característica especial de la anorexia nerviosa. No obstante el grado de distorsión se asociaba con peso inferior que se aumentaba con ayuda del

tratamiento que recibían, asimismo, se encontró una gran negación de la enfermedad y otras características

Huon y Brown (1986), estudiaron la percepción de la imagen corporal de individuos normales respecto a su conducta alimentaria. Cada sujeto debía responder unas preguntas relativas a su propia imagen vista sucesivamente en un espejo plano, en uno convexo que engordaba la silueta y en otro concavo que la estilizaba, y en una pantalla de televisión que la adaptaba a un supuesto modelo ideal. Los autores concluyeron que las anoréxicas y bulímicas tienden más que las demás a sobrestimar su masa corporal y a encontrar más estilizada la imagen ideal.

En efecto otras investigaciones señalan que la distorsión de la imagen corporal está presente en otros grupos de población y en otros trastornos.

Un estudio realizado con estudiantes de escuelas privadas y escuelas de danza se utilizó la menarca para clasificar a las estudiantes en niveles de maduración temprana, normal y tardía, al comparar los dos grupos se encontró que las estudiantes de danza pesaban menos, presentaban puntajes bajos en las escalas que median relaciones familiares y control de impulsos.

Al realizar la comparación entre los niveles de maduración se observó que las estudiantes de maduración tardía, pesaban menos, tenían puntajes altos en el control oral y puntajes bajos en la práctica de dietas a diferencia de las de madurez normal, sin embargo, las diferencias eran más pronunciadas en el grupo de danza presentando mayor psicopatología, perfección y mayor puntaje en la escala de bulimia, puntajes bajos en la escala de imagen corporal comparadas con las estudiantes de maduración tardía (Brooks-Gunn y Warren 1985).

Parece que hay controversia ya que algunos estudiosos reportan datos diferentes, lo cual puede deberse a los procedimientos que han utilizado para realizar sus mediciones por ejemplo se efectuó la estimación de la imagen

corporal con obesos y sujetos de peso normal, usando dos métodos diferentes con monitores de T V, en el método continuo los sujetos ajustaron una imagen grande o pequeña hasta obtener la que consideraban correcta. En el segundo método de estímulos constantes los sujetos daban un valor correspondiente hasta lograr el punto de igualdad subjetiva entre una diversidad de umbrales. Con ambos métodos se obtuvieron ligeras subestimaciones en la percepción de la imagen corporal, el error fue menor al 2% (Gardner, Morrell, Watson y Sandoval 1989).

Otro estudio que utilizó una escala de figuras femeninas que variaban de las más delgadas a las extremadamente obesas, donde las mujeres seleccionaban las figuras que más se les parecían y después decidían cuál les gustaría tener. Facilitándoles la percepción continua de las figuras y mostrando las preferencias emitían sus juicios sobre las que más se acercaban a su ideal. Las chicas que no se restringían en la alimentación reportaron poca diferencia entre la imagen corporal percibida y su ideal. En cambio las chicas que hacían dietas restrictivas fuertemente preferían las figuras significativamente más delgadas de lo que correspondía a su propia imagen (Stunkard, Sorensen y Shulsinger 1983).

También se ha intentado establecer la relación entre la práctica de dietas y la percepción de la imagen corporal Wardle y Beales (1986) han reportado que las jóvenes de edades entre los 12 y 18 años practican las dietas y que existe una correlación alta entre quienes hacen dietas restrictivas y la percepción del peso corporal.

Se sabe que los niveles y la intensidad de la práctica de las dietas durante la adolescencia es preocupante y que ha duplicado las cifras, por ejemplo: algunos estudios señalan que entre el 60 y el 70% de las chicas adolescentes las han practicado con un año de anticipación (Johnson, Lewis, Love, Stuckey y Lewis 1983)

Parece ser que la distorsión de la imagen corporal está relacionada con un conjunto de trastornos psicológicos, así lo señalan Cooper y Taylor (1988) quienes sugieren un posible mecanismo mediante el cual los trastornos pueden aumentar si están presentes las siguientes características: personas que valoran fuertemente su apariencia, que tienen disposición a la depresión, baja autoestima, un acentuado interés por su figura así como la manifestación específica de un estado general de autodesvalorización. Esta explicación tentativa podría ser la razón para la presencia de distorsión de la imagen corporal, tanto en pacientes con trastornos alimentarios como en personas que no padecen de ellos.

CAPITULO III

3.- TEORÍAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

Existen varias teorías sobre la etiología de los trastornos alimentarios (anorexia y bulimia), aquí se tratan solo dos, la teoría de la patología familiar y la teoría Sociocultural, por las siguientes razones: la familia es el grupo que tiene mayor influencia en la formación y desarrollo de la personalidad del individuo. En su seno se modela la identidad, se aprenden roles, se asigna el sexo, es decir, es la vía de la socialización. Además la familia como institución social ocupa un lugar importante en la estructura de la sociedad. Por lo anterior se considera pertinente observar en la dinámica familiar que tipo de interacciones o patrones patológicos pueden conjugarse para dar origen a estos trastornos. Y al mismo tiempo explicar bajo que circunstancias socioculturales se da mayor prevalencia.

3.1 TEORÍA DE LA PATOLOGÍA FAMILIAR.

Los primeros investigadores enfatizaron la patología familiar en la anorexia nerviosa Charcot, (1869); Gull, (1874); Laséque, (1873) Charcot (1889), se abocó al estudio de la separación entre los pacientes y su familia como parte del tratamiento. Gull (1874) encontró que los familiares eran los peores en el cuidado de los pacientes. Laséque (1873), describió notablemente a la enredada familia e incitó a los clínicos a no mirar superficialmente la patología familiar.

Más recientemente, distintos autores describieron una familia típica de interacción patológica. Bruch (1973, 1977), hizo hincapié, en los aspectos de felicidad y estabilidad que escondían una profunda desilusión y competencia secreta entre los padres. también encontró que los padres estaban muy preocupados por la apariencia externa y el éxito personal. Bruch (1985), además enfocó su atención en las relaciones objetales, para ella la ausencia de una madre sensible que consistente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijas, especialmente la de alimentación, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido de identidad del cuerpo. Como resultado al crecer las niñas, se distorsionan las percepciones de sus funciones fisiológicas. No aprenden a diferenciar los disturbios biológicos de los interpersonales y emocionales. Tales niñas por lo general, no son alentadas por sus padres a ser

autónomas, la excesiva obediencia y conformidad caracterizan su personalidad. Más tarde con la llegada de la pubertad experimentan una sensación de impotencia (desamparo-helpness) con respecto al incremento de impulsos biológicos (incluyendo el hambre), y las nuevas demandas sociales y emocionales. Probablemente, como respuesta reactiva, ellas tratan de sobrecontrolar sus necesidades. Bruch añade que sus obsesiones y compulsiones, relacionadas con el peso, la comida y la imagen corporal pueden dirigir su propia inanición.

Palazzoli (1974), estudio 12 familias anoréxicas y encontró que había rechazo para la comunicación, pobre resolución de conflictos alianzas encubiertas entre los miembros de la familia y se señalaban culpables los unos a los otros, estas eran las características de la familia anoréxica. Ella también señaló la rigidez con que trataban de preservar valores patriarcales-agroculturales sobre todo en un contexto industrial-urbano. Ambas Palazzoli y Bruch hallaron que los padres eran sobreprotectores pero también se involucraban con la enfermedad de sus hijos, de manera encubierta estaban presentes la competencia y sus conflictos. Parecía que usaban a sus hijos para depositar algunos de sus propios deseos insatisfechos.

Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino (1992), explican el proceso anoréxico de la familia, en seis estadios:

Primer estadio, es el juego de la pareja parental. En él, cada padre inflige al otro cierto tipo de provocaciones, sin lograr una respuesta apropiada. Por ejemplo, si la mujer le protesta al marido por algo, él para sustraerse al problema de cómo responderle, puede ignorarla, o bien puede estallar pocos segundos después bloqueando toda posibilidad de interacción. Las reacciones del marido aunque son distintas llevan a un resultado idéntico.

Segundo estadio se sitúa cuando la hija que llegara a ser anoréxica, se implica precozmente en el juego de los padres. En lo que se refiere a la manera en que lo hace, se distinguen dos grupos.

En la infancia y en la preadolescencia:

Grupo A - La hija que llegará a ser anoréxica está sometida a la madre, quien a menudo se confía con ella y le revela los sufrimientos que le inflige su marido y, a veces, la familia extensa, haciéndola así participe de su punto de vista relacional. La hija siente compasión por la madre aunque es raro que le tenga estima, y es la única de la familia que le ayuda espontáneamente en las tareas domésticas. En esta situación la hija llega a la convicción de su propia superioridad moral con respecto a los demás y de cierto privilegio en la relación con la madre, cosa que le da fuerzas para imponerse la obligación de ser intachable.

Grupo B.- La hija que llegará a ser anoréxica ha sido siempre, incluso abiertamente, la preferida del padre, quien la considera parecida a él o aprecia alguna de sus cualidades. Por otro lado, también ella admira al padre, lo cree muy superior a la madre y encuentra injustificables algunas condiciones que ésta le impone.

En esta fase (de ambos grupos) ella mantiene una posición equidistante, no actúa contra uno u otro padre.

Tercer estadio, con la llegada de la adolescencia se observan otros eventos.

Grupo A: comprende que su madre se interesa más por otro ya sea hermano o hermana, al sentirse abandonada se inclina esperanzada del lado de su padre. Este periodo se caracteriza por las relaciones seductoras entre hija y padre, tan intensas como disimuladas y secretas. Frente a las interacciones de los padres, la chica comienza ahora a tomar partido por el padre, al que secretamente le gustaría ver reaccionar con firmeza y ante determinadas conductas de la madre (en las cuales, antes, ella no advertía el componente provocador). El padre, por su lado, no deja de señalarle a la hija hasta que punto su mujer es gravosa y frustrante para él, incluso en las relaciones íntimas y cómo él tolera ese tormento, solo por amor a la paz (insligación recíproca contra la madre).

Grupo B.- El vínculo seductivo entre el padre y la hija se acrecienta a veces de un modo enojoso. En consecuencia se intensifica el proceso (recíproco) de instigación. La hija quisiera secretamente que su padre no fuese un secuz de su mujer, que reaccionara y la controlara.

En ambos grupos la hija se siente unida al padre en su condición de víctima, como él, de una mujer hipócrita y mezquina.

Cuarto estudio, en este período de malestar relacional intenso tiene lugar el acontecimiento dieta

Grupo A - abandonada por la madre e instigada por el padre, siente el imperativo de diferenciarse de su madre, experimentando aversión inclusive ante la idea de parecersele. Por primera vez toma una decisión por sí misma, adecuándose, ya no a las exigencias de la madre, sino al modelo propuesto por la moda imperante de sus coetáneos, en la tentativa todavía confusa, de independizarse y sentirse mejor socialmente.

Grupo B - La decisión de la dieta es el punto de partida para desafiar a la madre. Pasa enseguida a ser una protesta. Aquí se formula la hipótesis de que estos eran los casos en los cuales la amenorrea es precoz con respecto al adelgazamiento. A menudo esta decisión va precedida de conductas específicas de la madre que han chocado al padre o a la propia hija. En ambos grupos las pacientes consideran que su decisión será el detonante de un cambio. Contrariamente a sus expectativas, la reducción alimentaria introduce en la tríada madre-padre-hija una espiral interactiva que refuerza el juego parental y por consiguiente, la caída de la hija en la trampa.

Quinto estudio, está marcado por el viraje paterno. La hija se siente traicionada por el padre. Sus sentimientos por él se transforman en rencor, a veces en desesperación y desprecio. La muchacha disminuye su alimentación llevándola a niveles absurdos. Sólo así, podría humillar a su madre y mostrarle al cobarde padre lo que ella es capaz de hacer.

Sexto estudio, el juego familiar continúa mediante aquello que se denomina estrategias basadas en el síntoma. La paciente señalada por su lado, ha descubierto el increíble poder que le confiere el síntoma, que le permite reconquistar aquella posición de privilegio ilusorio de la cual gozaba en su infancia y preadolescencia. Con frecuencia encadena a la madre por medio de un vínculo pseudosimbiótico que disimula la hostilidad y el control.

Minuchin y sus colaboradores escribieron extensamente sobre la familia psicósomática. Minuchin (1974); Minuchin y otros (1975, 1978), se interesaron por un sistema o modelo abierto que explicara la enfermedad psicósomática,

incluyendo la anorexia nerviosa. Este sistema incluyó partes como estrés extrafamiliar, organización y funcionamiento familiar, la vulnerabilidad del hijo, mecanismos fisiológicos y bioquímicos y el hijo sintomático. El sistema podía ser activado en cualquier punto y las partes podían afectar a cualquier otra. No obstante, estos autores mostraron casi exclusivamente la patología familiar en este sistema y declararon que: con los cambios de interacción familiar significativos, ocurren cambios significativos en los síntomas de la enfermedad psicósomática. Minuchin y otros (1978), sugieren las siguientes hipótesis:

- 1.)- Ciertas características familiares están relacionadas con el desarrollo y mantenimiento del síntoma psicósomático en los nidos
- 2.)- Los síntomas psicósomáticos de los hijos juegan un papel importante en el mantenimiento de la homeostasis familiar.

El síntoma es una solución protectora: el portador de él se sacrifica por defender la homeostasis de la familia, así lo describe en otro documento, Minuchin (1990), agrega que cuando la queja que motiva la demanda de terapia es un problema psicósomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo. Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión, o unión excesiva entre los miembros de la familia, la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz o evitar los conflictos y una rigidez extrema.

Mientras que los hijos eran utilizados para mantener la estabilidad y prevenir un conflicto abierto, era frecuente sorprender a los padres en conflictos encubiertos (triángulos). La enfermedad de los padres los hace que sumerjan sus conflictos protegiéndose o culpándose con la enfermedad de su hijo, que era señalado como el único problema familiar.

Sin embargo, existen pocos estudios que confirmen que tal interacción patológica familiar se presenta en la anorexia nerviosa.

En relación a las consecuencias del ambiente familiar se encuentra el papel de los factores genéticos en la patogénesis de la anorexia nerviosa. Estudios de gemelos monocigotos reportaron una relación de casi 50% según Askevold y Heiberg (1979) pero no hay reportes de gemelos dicigotos y la incidencia de anorexia. Estudios sobre adopciones señalan la necesidad de hacer pruebas en cuanto al ambiente versus los factores genéticos. En relación a este tipo de estudios Crisp y Toms (1972), describieron un caso extraordinario de un hombre con anorexia crónica cuyo hijo e hija adoptados permanecieron con la familia y fueron separados ya que ambos desarrollaron anorexia nerviosa. En resumen, queda por sustentarse que clase de patrones específicos de interacción familiar anormal están presentes en la anorexia nerviosa y que son la causa del desarrollo de ese trastorno.

3.2 TEORÍA SOCIOCULTURAL

De acuerdo con el modelo sociocultural, Schwartz y Johnson (1982), mencionan que, los trastornos alimentarios, podrían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgada, es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

Según Brumberg (1988), los modernos medios de publicidad visuales enfatizan la preocupación de la mujer por conservarse delgada y sirve como estímulo primario para los trastornos alimentarios.

Shorter (1994), agrega que los trastornos alimentarios tienen el reconocimiento de expresiones legítimas de ansiedad y especialmente los clínicos lo han publicado de manera prolifera, esto ha alterado los patrones de ansiedad y la expresión de la enfermedad en las sociedades occidentales.

Varios autores como: Brownell (1991), Freedman (1986), Rodin (1992), observan la forma en que la cultura matiza nuestras percepciones sobre el ideal del peso, la apariencia y el cuerpo. La prevalencia del ideal de ser muy delgada es particularmente real para la mujer en Estados Unidos pues desde 1960, el ideal estético ha ido creciendo constantemente, ésta esbeltez supera hoy el peso recomendado como saludable.

Gardner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (1980) revisaron datos de las concursantes de los últimos 20 años en las revistas de Playboy y Miss América, encontraron una tendencia significativa hacia la esbeltez. Todas las medidas de las chicas que se exhiben en Playboy excepto por la altura y cintura o talle decrecen significativamente. Por ejemplo, en 1959, el peso fue de 9% abajo del promedio general de las chicas que aparecen en la revista, mientras que en 1978 pesaron solo 16.5% por abajo del promedio general. Las ganadoras que aparecen en las páginas de Miss América desde 1970, pesan 17.5% menos que el promedio de la población y pesaron significativamente menos que el promedio de las concursantes. En tanto que, el número de artículos relacionados con las dietas en seis revistas para mujeres se incrementó substancialmente en los últimos 20 años. Sin embargo, Gardner y otros (1980), encontraron que el énfasis de estar delgadas y hacer dietas ocurre en una población que se está convirtiendo en más gruesa y posada. Las estadísticas de peso de la Sociedad de Actuarios correspondientes a los últimos 20 años mostraron un incremento en el peso promedio en todas las categorías para mujeres menores de 30 años de edad.

Dos creencias dan pie para la búsqueda de este ideal según Brownell (1991), la primera es que el cuerpo puede ser moldeado como se desea y que si se sigue una dieta adecuada, un programa de ejercicio y un esfuerzo personal, cualquier individuo puede tener el contorno y el peso perfecto. La segunda es que los beneficios justifican la búsqueda que teniendo un cuerpo ideal obtendremos importantes recompensas (por ejemplo atracción interpersonal, desarrollo profesional, salud y felicidad). Estas creencias han motivado a muchas

personas a practicar dietas, ejercicio y hasta cirugía plástica en niveles que no tienen precedente.

Yates, Shislaik, Allender, Crago y Leeney (1992) han señalado que las dietas y el ejercicio son actividades que van de la mano en relación a la etiología de los trastornos alimentarios, y que la inversión de tiempo considerable en una de ellas suele acompañarse de la preocupación por la otra.

Davis, Kennedy, Raveisky y Dionne (1994), realizaron un estudio para establecer el significado que el deporte y el ejercicio tienen en la patogénesis y desarrollo de los trastornos alimentarios con pacientes hospitalizados y un grupo control. Concluyeron que cuando se toma al ejercicio y al deporte como un compromiso serio, no solo se puede crear una predisposición psicológica para un trastorno alimentario, sino que, además, puede contribuir como factor en su progresión.

El ideal de delgadez se acompaña en nuestros días de una voluntad de seguir siendo joven, la glorificación de la juventud es tal que no importan los medios para preservar el mayor tiempo posible la apariencia de una tierna edad. Actualmente la meta parece ser: detener el tiempo pues, engordar y dejar aparecer las arrugas y las deformaciones corporales reflejan una agresión implícita contra el grupo social (Guillemot y Laxenaire, 1994)

La alta frecuencia de mujeres en programas de reducción de peso, las creencias irracionales de las mujeres que teniendo tallas normales consideran que tienen sobrepeso, el infligirse a si mismas estados de inanición como en el caso de la anorexia, o autotorturarse como lo hacen las bulímicas, son conductas que tienen un elemento en común: ser delgada.

Lo anterior explica el incremento en la incidencia de anorexia y bulimia nerviosa. Los trastornos alimentarios se han convertido en los trastornos mentales favoritos de las culturas de opulencia (Brumberg 1988).

Otro elemento que interviene en el desarrollo de estos padecimientos es el fenómeno de la imitación que destaca el aprendizaje por observación, donde se adquieren nuevas conductas por medio de la observación de modelos sin que se produzca forzosamente la respuesta observada (Bandura y Walters, 1963)

También se encuentran otros estudios que muestran grupos donde la presión es mayor, y que puede precipitar el desarrollo de la anorexia nerviosa, es mucho más común en mujeres quienes tienen un control más riguroso de su talla y apariencia, tales como: las bailarinas, estudiantes de modelaje y atletas (Druss y Silverman 1979; Garner y Garfinkel, 1980).

El modelo cultural señala que la preferencia por un cuerpo delgado, impera en las grandes sociedades. Asimismo el DSM IV (1995), indica que este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.

En otras culturas los ideales del peso y la belleza femenina son diferentes. Se sabe que los chinos asocian una figura gruesa con la prosperidad y la longevidad, que la representación de sus dioses siempre ha sido gorda. El saludo Punjabi: "Que te conserves gordo y fresco hoy", es un cumplido (Nasser, 1988).

En la cultura árabe el hecho de ser delgado es indeseable socialmente, y la gordura simboliza la fertilidad y feminidad. En estas culturas la obesidad no solo constituye un símbolo de belleza, además, forma parte de los conceptos de maternidad, confiabilidad y cuidado o atención.

Es raro encontrar casos de anorexia nerviosa en las sociedades no occidentales. Sin embargo, como resultado del creciente flujo de ideas occidentales en esos países, podría haber un incremento de trastornos alimentarios en la culturas del Este. Se ha visto que la influencia occidental induce al cambio en la percepción del peso en individuos inmigrantes. La susceptibilidad para el desarrollo de trastornos alimentarios se encontró en

mujeres adolescentes de familias tradicionales, quienes viven en conflicto debido a su identidad como asiáticas y las demandas propias de la cultura occidental que deben enfrentar (Iancu, Spivak, Ratzoni, Apter y Weizman, 1994)

Fichter, Weyerer y Sourdi (1982), quienes están de acuerdo con la hipótesis de que los cambios sociales facilitan el origen de los trastornos alimentarios, concluyeron que los procesos de adaptación entre los inmigrantes pueden conducir a la anorexia hasta cuando esta ausente la motivación de la esbeltez.

Por otra parte, podría señalarse el papel de la religión cristiana en la aparición de los trastornos alimentarios, aunque no en la misma intensidad que como lo fue en los primeros siglos, la idea de que el cuerpo es el responsable de la caída del pecado original, es decir del pecado de la carne. El rechazo de la comida simboliza el rechazo de la sexualidad. La pureza del alma tiene ese precio y solo se puede alcanzar mediante la pureza de los sentidos y el rechazo de cualquier forma de sexualidad (Guillemot y Laxenaire, 1994)

Reconociendo las limitaciones que tiene este paradigma, se han sugerido otras explicaciones que han surgido de otros trabajos de investigación social y experiencia clínica que también tienen un lugar importante, y que podrían resumirse como sigue:

Contexto social:

- ◆ Sobreevaluación de la esbeltez como un ideal cultural de belleza femenino.
- ◆ Cambios sociales rápidos de la occidentalización, urbanización o inmigración.
- ◆ El papel de la Publicidad definiendo los trastornos alimentarios como condiciones médicas legítimas
- ◆ El ejemplo de los pares y los modelos.
- ◆ Trastornos en la dinámica familiar y la lucha por el control.
- ◆ La presión para el rendimiento en la danza y el deporte

Contexto psicológico

- ◆ Falla al establecer un sentido de identidad y autonomía
- ◆ Expresión de piedad religiosa de acuerdo con el ideal de ascetismo.
- ◆ El impedimento de madurez sexual y adultez.
- ◆ Momento en el que se lleva a cabo un motivo a pesar de sus consecuencias

La práctica de dietas en algunos individuos susceptibles puede conducirlos al desarrollo de anorexia nerviosa. Es decir, una mayor exposición a una situación potencialmente dañina trae como consecuencia que más personas resulten afectadas.

3.3 LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS EN MÉXICO

En este apartado se revisan algunos estudios que se han elaborado con el propósito de conocer cual es la situación que los trastornos alimentarios guardan en relación a la población

Un estudio, muestra el estado nutricional de preescolares y mujeres en México. Sepúlveda Amor, Lezama, Tapia-Conyer, Valdespino, Madrigal y Kumate (1990), reportaron que aproximadamente 12.6 millones de niños mexicanos menores de cinco años presentan algún grado de desnutrición, particularmente la ciudad de México reportaba la cifra más baja, con una media de 550 mil niños desnutridos. En lo que se refiere a obesidad el 4.4 % a nivel nacional de menores la padece.

Por otra parte la proporción de mujeres adultas, no embarazadas que de acuerdo al índice de masa corporal, presenta un estado nutricional inadecuado, ya sea por bajo peso o por sobrepeso representa casi la mitad de la muestra. Un total de 2.57 millones de mujeres de 12 a 49 años (13.8%) tienen algún grado de anemia. La mayoría de los casos de anemia en mujeres es nutricional, asociada con los factores siguientes: dieta insuficiente, alta paridad y períodos intergenésicos cortos. Por último, un 14.6% de mujeres a nivel nacional padecen obesidad

En otro estudio, Gómez Pérez-Mitré (1993), cuyo propósito fue detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala, (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa). La muestra (n=197), se tomó de una población estudiantil que cursaba: preparatoria, licenciatura y posgrado. Los resultados mostraron inexistencia del problema de obesidad (2%), en cambio para el problema de sobrepeso la prevalencia fue de 41%. Se hallaron prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Tres factores se relacionaban con esas prácticas; algunas técnicas que pueden ser consideradas como de purga, accesos bulímicos o *binge eating*, y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

Escobar (1993), exploró las prácticas relacionadas con trastornos alimentarios en una muestra estudiantil (n=929), de secundaria preparatoria y licenciatura. Encontró que la práctica más reportada fue el seguimiento de dietas, que fue alta en las escuelas privadas de los niveles: secundaria y preparatoria (66%), y baja (37%), en estudiantes de escuelas públicas. También fue baja (48%), en estudiantes de nutricología y alta (64%) en estudiantes de otras licenciaturas. Con respecto a la preocupación por el comer, la frecuencia era ligeramente más alta en las escuelas públicas (47%) que para las escuelas privadas (45%), para los estudiantes de licenciatura en Nutricología se observó una frecuencia baja (10%) y alta para otras licenciaturas (32%). Se halló la presencia de accesos bulímicos que en escuelas privadas representó el (31%) y en escuelas públicas el (12%). Para los estudiantes de Nutricología el (6%) y para las estudiantes de otras licenciaturas el (13%). También se observó la escasa presencia de vómito autoinducido y uso de laxantes.

En otro trabajo que exploró la conducta alimentaria en dos grupos de estudiantes: uno formado por secundaria y preparatoria de escuelas privadas y el otro por estudiantes de danza clásica. Se obtuvieron los siguientes resultados sin llegar a la franca patología. El grupo de danza tenía los mayores porcentajes en el seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo, otras conductas

como el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en porcentajes relativamente bajos en ambos grupos (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996)

Por los datos anteriores se concluye que las evidencias conducen a la hipótesis que los trastornos alimentarios están presentes en nuestra cultura aunque no de la misma manera en que ocurre en las sociedades desarrolladas.

Pero con grandes desventajas, pues no se cuenta con los mismos recursos para combatirlos, ni para conducir a la población de escasos recursos a mejorar su estado nutricional.

Por lo que es necesario aportar información propia de nuestro contexto y elaborar programas de prevención primaria destinados a atender a la población considerada como de alto riesgo a fin de prevenir la frecuencia de estos trastornos.

La prevención primaria, se propone reducir el riesgo de la perturbación mental para una población íntegra. Su meta por ende, es la de crear una situación de vida óptima para todos los miembros de una población de manera que sean capaces de adaptarse constructivamente a cualquier crisis que enfrenten. El programa preventivo primario debe identificar las influencias ambientales que son dañinas, como también las fuerzas ambientales que son útiles para resistir a las influencias adversas (Caplan, 1964).

Estos trastornos se consideran propios de las sociedades de opulencia o industrializadas y parecería que hablar de ellos en México sería absurdo, sin embargo, no es así, ya que compartimos algunas semejanzas con dichas sociedades

En nuestra cultura la familia tiene un lugar central, constituye por lo general la organización mínima fundamental tanto de pertenencia como de referencia. No obstante, se están dando una serie de cambios que nos llevan a

"copiar" el tipo de organización familiar de los países industrializados; la influencia de los diversos medios de comunicación y la situación socioeconómica actual. Esta última es la que impone un ritmo nuevo: una gran cantidad de mujeres ahora se inserta obligadamente al mercado de trabajo. En consecuencia, se disminuye la polarización de los roles sexuales. La familia actualmente tiene pocos hijos. Predominan los valores de confort, el consumismo, la abundancia de bienes materiales, la diversión y el bienestar físico.

De ahí que las funciones de la familia se restringen a lo esencial, y ahora se comparten más algunas funciones con otras instituciones (guarderías, clubes, deportivos, etc.) En las sociedades industrializadas algunas actitudes se acentúan más: la mercantilización, el egoísmo, y la despersonalización, las cuales influyen constantemente nuestra forma de vida.

CAPITULO IV

4.- DESCRIPCIÓN DE CONCEPTOS RELACIONADOS A LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

En este capítulo se definen los conceptos que se utilizan con frecuencia al abordar el tema de los trastornos alimentarios, también se incluyen aquellos que para esta tesis son esenciales.

Antes de iniciar la explicación de los conceptos que se relacionan con el desarrollo de los trastornos alimentarios, es necesario fragmentar al individuo en segmentos para luego integrarlos y poder tener un panorama de lo que sucede con tales trastornos, no se concibe al individuo como partes sino como algo más que la suma de esas partes ya que el individuo es un organismo biológico, psicológico y social.

Los trastornos alimentarios se clasifican en:

- ⇒ Anorexia nerviosa,
- ⇒ Bulimia nerviosa,
- ⇒ Trastorno de la conducta alimentaria no especificado.

Además se encuentran los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria que se diagnostican con mayor frecuencia en la infancia y en la niñez.

Por ejemplo:

- ⇒ Pica.
- ⇒ Trastorno de rumiación y
- ⇒ Trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia y la niñez. (DSM IV 1994, CIE 10 1992).

Para los propósitos de este trabajo, se hará referencia solo a los dos primeros.

4.1. Anorexia nerviosa:

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, existe un miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Las mujeres afectadas por este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia sufren de amenorrea

El término anorexia significa literalmente pérdida del apetito. Sin embargo, las personas que padecen anorexia nerviosa no pierden el apetito, sino que, aún y cuando lo experimentan, lo "ignoran" o lo reprimen sometiéndose a rigurosas dietas.

Criterios diagnósticos de la anorexia nerviosa según el DSM IV (APA, 1995)

Criterio A:

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla por ejemplo: pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado

Criterio B:

Las personas con este trastorno tienen un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho su miedo va aumentando, aunque el peso vaya disminuyendo.

Criterio C:

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 preocupadas, porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas.

Criterio D

La amenorrea generalmente, es consecuencia de la pérdida de peso, pero en una minoría de casos la precede.

Subtipos de anorexia:

Tipo restrictivo: Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren ni a atracones ni a purgas

Tipo compulsivo/purgativo Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito y, utilizando diuréticos, laxantes o enemas de una manera excesiva

Asimismo, la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la O. M. S.. (CIE-10, 1992), establece que para llevar a cabo un diagnóstico de anorexia, la pérdida significativa de peso según el índice de Masa Corporal o de Quetelet sea menor de 17.5.

4.2 Bulimia nerviosa:

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso. Además la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporales. Literalmente bulimia significa hambre de buey

Características diagnósticas de la bulimia nerviosa, según el DSM IV (APA, 1995).

Criterio A:

Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por

1).- Ingesta de alimento en un corto periodo de tiempo (por ejemplo en un periodo de dos horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias

2).- Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo: sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

Criterio B:

Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

Criterio C:

Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos un promedio de dos veces por semana durante un período de tres meses.

Criterio D:

La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales, y estos factores son los más importantes a la hora de determinar su autoestima.

Criterio E:

Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Subtipos de bulimia nerviosa:

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

Los síntomas referidos por pacientes bulímicos pueden ser variados, la mayoría son secundarios a los vómitos, el uso de diuréticos y laxantes:

- Dolor de garganta, de estómago, que se presentan cuando el contenido de ácido gástrico ha lesionado la mucosa esofágica y de las fauces.
- Debilidad o fatiga cuando existen trastornos del medio interno.
- Quienes han sufrido pérdidas de agua significativas, refieren un síncope
- Facies abotagada (cara hinchada), cuando existe tumefacción de las glándulas salivales
- Con posterioridad a un atracón, pueden referirse malestar o dolor abdominal, náuseas, distensión, dolor. Los síntomas dependen de la cantidad y tipo de comida ingerida, de las alteraciones del vaciamiento gástrico y probablemente, de factores como modificaciones de las hormonas gastrointestinales
- Diarrea o constipación; la primera por abuso de laxantes o cuando han mezclado alimentos que producen intolerancia. Constipación, en periodos de restricción alimentaria de uso exagerado y prolongado de laxantes.
- Vómitos de sangre
- Irregularidades menstruales.
- Episodios de sudoración, debilidad, taquicardia, somnolencia y/o letargo que tienen lugar después de los atracones (Herscovici y Bay 1990)

En este trabajo no se espera encontrar cuadros patológicos completos ya que el estudio se realizará con una población normal, es decir, con estudiantes

de nivel bachillerato. Corresponde a un trabajo de tipo exploratorio del cual se esperan datos de la frecuencia y distribución de los factores de riesgo.

Riesgo

Contingencia o posibilidad de que suceda un daño, desgracia o contratiempo (Larousse 1973)

4.3 Factores de riesgo

Algunos factores de riesgo comúnmente aceptados se han asociado a una morbilidad psiquiátrica general fueron: la presión paterna para comer más, hacer ejercicio para perder peso, percibir estrés en el hogar y registros de ansiedad y depresión en la historia familiar (Johnson-Sabine, Wood, Patton, Mann y Wakeling, 1988).

Los factores de riesgo, no constituyen necesariamente la etiología de la enfermedad pero si son factores que aparecen asociados a ella y varían de una población a otra y de una enfermedad a otra. Estas variaciones se deben especialmente a los modos de vida, a los comportamientos frente a la salud, a los cambios en las condiciones ambientales de vida, a la demografía, entre otros. (San Martín 1984)

Factores de riesgo psicosociales

Los factores de riesgo más estudiados en la literatura de los trastornos alimentarios son: satisfacción o insatisfacción con la figura corporal, auto percepción del peso corporal, alteración de la imagen corporal y la presencia de actitudes favorables hacia la delgadez

Predisponer

Disponer anticipadamente de alguien para alguna cosa, especialmente una enfermedad. Influir en el ánimo de una persona a favor o en contra de alguien o algo (Larousse 1973). Nygaard (1990), afirma que la predisposición para la anorexia /bulimia puede estar determinada constitucionalmente.

4.4 Factores predisponentes

Son aquellos productores o mantenedores de la enfermedad en la comunidad. Pueden crear o favorecer la enfermedad, pueden causar directamente la enfermedad, pueden influir sobre la causa específica de la enfermedad (San Martín 1984).

Precipitar

Acelerar o hacer que alguna cosa se desarrolle u ocurra antes del tiempo adecuado (Larousse 1973).

4.5 Factores precipitantes

Son aquellos que actúan como desencadenantes o precipitantes de la enfermedad. Es decir marcan el momento de su inicio (Toro 1987). Se han detectado algunos factores precipitantes como el deseo de adelgazar, dificultades psicosociales, un trauma físico importante y alguna operación pueden provocar anorexia nerviosa. Especialmente cuando se añade el factor de pérdida de peso moderada. (Nygaard, 1990).

4.6 Incidencia.

Se refiere al número de casos nuevos de una enfermedad por mil habitantes al año (San Martín 1984).

4.7 Prevalencia.

Se refiere al número de personas que sufren de una enfermedad determinada, en un momento determinado, por cada 100. Puede considerarse como tasa o razón (San Martín 1984). La prevalencia proporciona una visión instantánea de los casos acumulados en un momento dado; la incidencia y la frecuencia de los casos en un período.

4.8 Vulnerabilidad

Se habla de vulnerabilidad cuando el individuo reúne varios factores condicionantes o se sitúa en un punto donde concurren las variables asociadas como factores epidemiológicos de la enfermedad (San Martín 1984).

4.9 Diagnóstico epidemiológico

Muestra la presencia, naturaleza y distribución de la salud y la enfermedad en la población, y las dimensiones de éstas en cuanto a incidencia, prevalencia y mortalidad, tomando en consideración que la sociedad experimenta cambios que se reflejan sobre los problemas de salud (San Martín 1984)

4.10 Peso corporal

Medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua incluido el tejido óseo y tejido adiposo. Una alteración en el mismo no discrimina cuál es el compartimento responsable: por lo tanto el sobrepeso no debe ser considerado como sinónimo de obesidad (Braguinsky 1989).

4.10.1 El índice de masa corporal

Cuando se usa el peso como la medida de la obesidad deben considerarse la talla, sexo, edad, junto con la valoración clínica y el uso de tablas apropiadas. El fundamento del índice de masa corporal, ideado por Quetelet se expresa por la ecuación $\text{peso} / \text{talla al cuadrado}$. Considerando que, al ser el peso una medida volumétrica, si se eleva la talla al cuadrado se lleva al denominador a más de una dimensión y disminuye la influencia de la talla, en otras palabras si se lleva al valor de la talla al denominador y se lo eleva al cuadrado, la estatura pierde potencia en la valoración diagnóstica (Braguinsky 1989)

El índice de masa corporal ha probado su alta correlación con la cantidad de grasa corporal medida con un método más preciso -no antropométrico- y relativamente más directo como es el densitometría, que mide la densidad corporal pesando al individuo inmerso total o parcialmente en agua (Durin y

Womerlay, 1974; Keys, Fidanza, Karvonen, Kimura y Taylor 1972; citado en Gómez Perez-Mitre, 1993b).

Generalmente el IMC se ha utilizado como el indicador de la grasa corporal más confiable y menos complicado sin embargo, Hannan (1995), encontró que el IMC es un predictor pobre para calcular el porcentaje de grasa corporal en pacientes con trastornos alimentarios. De acuerdo con el autor el IMC puede utilizarse para evaluar a sujetos obesos pero no para realizar una evaluación clínica de rutina con sujetos que padezcan de otros trastornos alimentarios.

4.11 Alimentación correcta

De acuerdo con Zubirán y Miranda (1985), una alimentación correcta debe ser: completa, suficiente, equilibrada, higiénica, variada, adecuada a la edad, sexo, tamaño, actividad, estado de salud, recursos económicos y disponibilidad local y estacional de alimentos. Además, se debe incluir dos o tres alimentos de cada grupo alimenticio y variarlos tanto como sea posible. Los tres grupos aportan principalmente:

- a) energía (cereales, tubérculos, azúcares, y grasas),
- b) proteínas (frijol, garbanzo, haba, alimentos de origen animal),
- c) vitaminas y minerales (todas las frutas y verduras).

4.12 Dieta.

Privación total o parcial de comer (Larousse, 1973). Uno de los medios para conseguir la disminución del aporte calórico es el régimen, que consiste en la elaboración de dieta basada en la reducción de un aporte calórico (Saldaña y Rossell, 1988).

A través de los años se ha llegado a la conclusión de que quienes siguen un régimen dietético, son como resortes comprimidos: cuanto más restrictivo es el régimen, más comprimido está el resorte.

El cuerpo reacciona ante las dietas como si estuviera sufriendo un hambre voraz. Cada vez que se sigue un régimen, el metabolismo se hace más lento, con el propósito de almacenar grasa, cuánto más tiempo continúe el régimen, más lentamente funcionará el metabolismo y con cada dieta se hará más difícil perder peso (Bennet y Gurin, 1982).

Para Duker y Slade (1992), la inanición voluntaria y el ejercicio excesivo son como el alcohol, en el sentido de que ejercen ciertos efectos psicotrópicos o sea, estados de conciencia alterada que pueden experimentarse como de bienestar. La inanición puede generar cierto sentido de bienestar y cerrar la conciencia a aquellos aspectos de la vida que es problemático enfrentar, al inducir un sentimiento de que se está activo y confiado. Los efectos psicotrópicos de la inanición se manifiestan más rápido de lo que se cree. Unas cuantas horas de no comer pueden producir sensaciones de euforia. La inanición continua trastorna gradualmente la base bioquímica del funcionamiento intelectual normal.

4.13 Ayunar.

Abstenerse de beber y comer (Larousse, 1973). La práctica del ayuno resulta peligrosa, ya que la mayoría de las muertes se producen tras períodos prolongados, obedeciendo a la deficiencia de determinados substratos (aminoácidos, vitaminas y minerales) indispensables para el correcto funcionamiento metabólico de las células (Grande 1984; citado en Saldaña y Rossell, 1988).

4.14 Fármacos Anorexígenos

Actúan a nivel del sistema nervioso central, disminuyendo la sensación del hambre, aunque algunos de ellos provoquen también acciones periféricas, entre ellas a nivel de tejido adiposo. Se pueden dividir en dos grandes grupos, según su mecanismo de acción: fármacos que actúan sobre las catecolaminas y sobre el sistema serotoninérgico (Munro 1982; citado en Saldaña y Rossell, 1988).

4.15 Estados de ánimo y conductas asociadas con los trastornos alimentarios.

El inicio de la bulimia frecuentemente se acompaña por el incremento de preocupación por el peso, que se manifiesta por la intención de hacer dietas o vigilar el peso. Con frecuencia los intentos de hacer dietas terminan en un fracaso, en tales circunstancias los pacientes desarrollan rápidamente un patrón en el que alternan los períodos en que se matan de hambre y los accesos bulímicos o atracones. En otros casos la bulimia se presenta después de un período de dietas con razonable pérdida de peso.

Quienes padecen este trastorno se sienten generalmente avergonzados de su conducta e intentan ocultar sus síntomas. Los atracones se realizan generalmente a escondidas o lo más disimuladamente posible. Los episodios pueden o no haberse planeado con anterioridad y se caracterizan aunque no siempre, por una rápida ingesta del alimento. Los atracones pueden durar hasta que el individuo ya no pueda más o incluso hasta sentir dolor por la plenitud (APA 1995).

Algunos autores han intentado mostrar la posible relación entre estados emocionales, estrés o ansiedad y sobreingesta. Desde hace más de 40 años Bruch (1961), propuso que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, y que esta falta de discriminación podía producir una ingesta inadecuada, y consideraba posible que el individuo obeso confundiera con frecuencia sus diversos estados de activación emocional con el hambre, y como consecuencia de este error de discriminación comiera cuando estuviera activado emocionalmente (Saldaña y Rossell 1988)

Johnson y Larson (1982), analizaron la secuencia de los estados de ánimo que tienen lugar entre los accesos bulímicos o atracones y los episodios de purga. Los resultados señalan que las mujeres reportaron estados de ánimo negativos: irritable, débil, y más molesta que en promedio. También indicaron sentir más hambre, sentimientos de falta de control e inadecuación

En los adultos con trastornos alimentarios, es frecuente observar que fueron niños con tendencia a ser socialmente y emocionalmente aislados. Para ellos la comida fue muy significativa desde una edad temprana. El alimento fue el sustituto de la madre cuando ella carecía de recursos emocionales. Los padres disfuncionales, con frecuencia se preocupaban por la comida, la talla y la imagen como una forma de control. Para algunos, la comida proporciona el cuidado en períodos de estrés.

La comida anestesia el dolor acumulado a través de los años y llena el vacío que acompaña a la vergüenza. Los anoréxicos o bulímicos buscan escapar de los sentimientos de inadecuación impulsados por el deseo de lograr cuerpos perfectos matándose de hambre y purgándose (Black, 1990).

No solo el hambre, sino otros estados emocionales tales como la frustración, tensión sensación de vacío y el aburrimiento inducen a la búsqueda de comida, además la comida normal no es suficiente para desaparecer la tensión en cambio los accesos bulímicos si lo logran, y generalmente se acompañan de un temor de no ser capaz de parar de comer, así lo confirman Casper y otros (1980), quienes interrogaron a 105 pacientes hospitalizados en cuanto a sus hábitos alimentarios.

Filstead, Parrela y Ebbitt (1988) examinaron una muestra de pacientes hospitalizados con el propósito de conocer eventos o situaciones de alto riesgo asociadas al uso de drogas, alcohol y a los accesos bulímicos. Reportaron como situaciones de alto riesgo para los accesos bulímicos los estados emocionales negativos, las incitaciones o tentaciones y los conflictos interpersonales.

Los episodios de bulimia preceden a estados de ánimo disfóricos. Los atracones pueden aliviar la disforia temporalmente, sin embargo posteriormente, muchos pacientes experimentan sentimientos negativos tales como depresión y autodesprecio.

Algunos pacientes han descrito un número de factores considerados como precipitantes de los episodios bulímicos que podrían clasificarse como sentimientos o eventos que se citan a continuación: tensión comer algo (cualquier cosa o todo), estar solo, pensar en la comida, tener antojos, regresar a casa después de un período de vivir lejos, sentirse aburrido, sentirse solo, beber alcohol, salir con un miembro del sexo opuesto, comer fuera de casa, y salir a fiestas. También asociaron algunos síntomas físicos con la bulimia: como hinchazón de pies y manos, abdomen lleno, fatiga, dolor de cabeza, náuseas y dolor abdominal (Abraham y Beumont 1982)

Hay quienes dicen que la anorexia y bulimia pueden representar variantes de depresión, y esto se apoya en dos hechos: 1) muchos sujetos con trastornos alimentarios tienen síntomas de depresión y 2) varios estudios han encontrado una incidencia mayor de la esperada de trastorno afectivo primario y alcoholismo entre familiares de primer grado de pacientes bulímicos y anoréxicos (Hudson, Pope, Jonas y Yurgelun-Todd, 1983)

Sin embargo, lo anterior es un tema de controversia pues otros autores afirman que la concurrencia de bulimia y una historia familiar de depresión no es suficiente para señalar una relación causal entre estos trastornos y sus determinantes (Cooper y Fairburn, 1983)

4.16 Sobrealimentación

Inicialmente se pensaba que la sobreingesta era una conducta aprendida, utilizada por los sujetos para reducir la ansiedad. Sin embargo, hasta el momento puede concluirse que la conducta de sobreingesta esta inducida por estados emocionales de ansiedad y estrés aunque no se puede demostrar claramente que dicha conducta actúe como reductor de los estados emocionales (Saldaña y Rosell, 1982).

4.17 Compulsión

Las compulsiones se definen por comportamientos o actos mentales de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos (APA 1995)

Los consumidores no compulsivos se alimentan cuando tienen hambre varias veces al día. La situación de los consumidores compulsivos es totalmente distinta, su problema es emplear la comida para calmar la ansiedad, utilizan la comida más como una medicina o un socorro que como un elemento nutritivo. La comida, como símbolo de consuelo es ineficaz; no es un antídoto para la ansiedad. (Hirschmann y Munter, 1986)

4.18 Estrés

La respuesta ortodoxa al estrés se describe como un mecanismo de defensa que incrementa la capacidad física y mental bajo condiciones de emergencia. Los concomitantes fisiológicos a esta respuesta son los siguientes:

- 1.- Dilatación de la pupila, que representa al mismo tiempo una señal de alarma para el enemigo y una manera eficiente de ampliar el campo visual.
- 2.- Incremento de la presión sanguínea y el ritmo cardiaco, lo que provee mayor oxigenación
- 3.- Redistribución del torrente sanguíneo a diferentes órganos y tejidos
- 4.- Incremento de la coagulación sanguínea para prevenir hemorragias
- 5.- Incremento de la glucoogénesis de lípidos y proteínas resultando la hiperglicemia que prepara al organismo para un mayor gasto de energía.
- 6.- Depresión de algunos instintos, incluyendo el hambre y el sexo. La inhibición del hambre se relaciona con la hiperglicemia. La inhibición del sexo se relaciona

con la descarga de epinefrina y que actúa en los tejidos genitales (Silvestrini, 1990).

Los síntomas específicos con los cuales se pueden detectar los problemas de estrés difieren de un individuo a otro. Para algunos la primera señal puede ser: dolor de cabeza, estado de ánimo irritable, dolor de pecho, trastornos del sueño o sentirse cansado.

Para otros padecer insomnio, desarrollar pensamientos obsesivos, o sentir náuseas, desafortunadamente el estrés puede ocasionar úlceras, o trastornos cardíacos entre otros padecimientos. Muchas personas pueden sufrir durante un largo período de estrés y presentar algunas de las molestias antes mencionadas o cualquiera de las combinaciones de los síntomas (Powel y Enright, 1987).

La respuesta paradójica al estrés

Existen algunos individuos o circunstancias en las cuales la respuesta al estrés produce los efectos opuestos causando otras alteraciones, por ejemplo incrementar la ingesta de alimentos en condiciones estresantes, en lugar de quemar los azúcares endógenos. Tomando en consideración que la respuesta ortodoxa y la paradójica al estrés son distintas, entonces la patología en consecuencia debe ser diferente. Es decir si la respuesta al estrés incrementa el hambre, a largo plazo esto no conduciría a la anorexia sino a la obesidad o probablemente a la bulimia (Silvestrini 1990).

En la explicación de los conceptos que facilitan la comprensión de la anorexia y la bulimia nerviosa, se encuentran enlazados estrechamente el Yo, el sí mismo, la autoestima, el autoconcepto, debido a que se interrelacionan y se influyen para luego dar en conjunto ciertas características de personalidad por lo que se considera pertinente ir de lo individual hacia lo social.

4.19 El origen del Yo

Al nacer el ser humano se encuentra en un estado de dependencia absoluta, a partir de la alimentación, los cuidados y experiencias que tiene se desarrolla tanto física y mentalmente. La dependencia fisiológica y afectiva del niño es la primera modalidad social que aprende en la vida

El niño conoce el mundo por medio de sus sentidos y movimientos, la vida afectiva y cognoscitiva siguen caminos paralelos que van de un estado de indiferenciación entre lo que es el Yo y el entorno hasta la construcción de un universo objetivo y diferenciado.

El clima emocional que se crea en la interacción madre e hijo, permitirá establecer una organización interna capaz de controlar con eficiencia el mundo exterior. Es decir se formará el Yo. El Yo es esa parte de la individualidad de la cual se tiene conciencia (Hamachek 1981).

Todas las sensaciones internas del infante forman el sentimiento de ser, de ahí la importancia de que la madre aprenda a decodificar las necesidades del infante, para satisfacer sus necesidades orgánicas; ya que esto contribuye a formar la imagen corporal y el Yo

Conforme avanza el tiempo el crecimiento físico u orgánico tiene mucha importancia para lograr avances en el plano motriz, social afectivo e intelectual. Un aspecto importante es el desarrollo del lenguaje y con él, el aprendizaje de que es lo "bueno y lo malo".

4.20 El si mismo

Posteriormente se forma el concepto de si mismo, el cual designa al conjunto de ideas y actitudes de las que se tiene conciencia en un momento determinado. Puede entenderse como una estructura cognoscitiva organizada y derivada de las experiencias del Yo personal. Así de la conciencia acerca de uno surgen las ideas o conceptos sobre la clase de persona que cada individuo piensa que es.

Según Spitz (1960), la conciencia del si mismo es el indicador de que el niño ha comenzado a funcionar como una entidad social separada .

4.21 Autoestima:

El niño necesita apoyo y aceptación en la realización de sus actividades, así como límites y exigencias que lo guíen. por lo que la familia y el medio social tienen un papel determinante. La actitud que tengan los padres ante las actividades del niño repercutirá en su autoestima

La familia ha sido observada como una importante influencia sobre la autoestima, porque es ahí donde inicialmente se conforma el sentido del si mismo (Gecas y Schwalbe, 1986)

En particular los padres son considerados como significativas fuentes de autoestima porque ellos controlan la atmósfera en la cual los niños tienen sus primeras experiencias como seres sociales. (Hales, 1990).

Algunos teóricos afirman que cantidades moderadas de disciplina promueven la autoestima (Baumrid 1968, Coopersmith 1967, Elder 1963) Otros han señalado que formas suaves de castigo están asociadas con niños que tienen elevada autoestima (Growe 1980; Peterson, Southwoth y Peters 1983).

Otros estudiosos indican que una disciplina paterna excesiva, se encuentra relacionada con una baja autoestima (Litovsky y Dusek 1986, Openshaw, Thomas y Rollins 1984).

Maslow (1968), sostiene que la autoestima es el sentirse capaz de dominar algo del medio ambiente, saberse competente e independiente.

Rosenberg (1965), afirmó que cuando se habla de elevada autoestima simplemente se quiere decir que el individuo se considera a si mismo valioso. Por

otra parte, baja autoestima implica autorechazo, insatisfacción consigo mismo, autodesprecio.

Sears (1970), concluyó que las metas a las que aspira el sujeto son importantes para su autoestima, de la misma forma que la convicción de lograrlas, de manera que las expectativas de logro influyen sobre el nivel de autoestima.

Los individuos con elevada autoestima exhiben un comportamiento bien integrado y sus procesos cognitivos están caracterizados por la habilidad de discriminar entre la información relevante y la irrelevante. La elevada autoestima reduce la susceptibilidad de la influencia de eventos efímeros del medio ambiente, e incrementa la percepción de la autoeficacia. (Lewin 1960; citado en Wittaker, 1977).

4.22 Autoconcepto

Básicamente, el autoconcepto es una dimensión psicológica que nos dice que tan bien nos sentimos con nosotros mismos. Es un factor crucial que determina la naturaleza de la conducta humana (Hayakawa, 1963).

El autoconcepto se refiere al complejo de creencias sobre el sí mismo; la autoestima se refiere al valor o sentido de valía que se percibe sobre sí mismo (McCandless, 1970).

El autoconcepto se refiere a la manera en que la persona se percibe a sí misma y puede ser positivo o negativo esto está en función de la propia percepción de sí mismo, independientemente de los demás o de lo que los demás piensen de uno. El autoconcepto se desarrolla desde la infancia hasta la adultez sobre la base de la interacción con los pares, padres, maestros y sobre varias tareas o responsabilidades asignadas a la persona y lo bien que las ha realizado (Burns 1979; Mwamwenda y Mwamwenda, 1987).

Para Hamacheck (1981), el concepto de sí mismo es la parte cognoscitiva del Yo, en tanto que la autoestimación constituye la dimensión afectiva. La autoestima es el grado de admiración o de valor que le concedemos al Yo

A medida que transcurre el tiempo el niño va relacionándose con más personas, es decir, además de la familia empieza a convivir con maestros y compañeros, así su mundo se va ampliando tanto como sus experiencias. Todos los eventos anteriores influyen en el desarrollo de la personalidad, y hacen el terreno propicio para la salud o la enfermedad mental.

4.23 Percepción

Otro aspecto es el desarrollo de la percepción, inicialmente el ser humano cuenta con los órganos de los sentidos a través de ellos percibe una serie de estímulos estos estímulos se transforman y provocan respuestas que conducen a la adaptación de los organismos al medio, pero no solo la percepción se da a través de las experiencias externas que recibe el individuo sino que éste también influye en la interpretación de esos estímulos.

La percepción es la actividad general y total del organismo que sigue inmediatamente o acompaña a las impresiones energéticas que se producen en los órganos de los sentidos (Howard Bartley, 1973)

De acuerdo a Forgas y Lawrence (1976), la percepción puede definirse como el proceso de extracción de la información que el organismo obtiene de su medio ambiente. El organismo cuenta con estructuras cognitivas que le permiten extraer información perceptual de diferentes formas.

La percepción, se refiere a los procesos psicológicos en los cuales interviene la experiencia anterior o la memoria y el juicio. Las percepciones están relacionadas con la organización o integración de los atributos sensoriales; esto es el conocimiento de las "cosas", de los "acontecimientos" y no nada más de rasgos y cualidades (Schiffman 1986).

4.23.1 Propiedades relacionadas con la percepción

La percepción es simbólica - Es decir, que un tipo de comportamiento se manifiesta en forma abstracta en la relación entre el organismo y su medio. Por ejemplo: si a un número de personas se les aplica un haz de luz en la retina y posteriormente se les pregunta que vieron darán un número X de respuestas a esta única situación.

Clasificación

Cuando la reacción a la situación inmediata no se ve como totalmente aislada o única recibe este nombre. Al proceso por medio del cual el organismo desarrolla estas clasificaciones se le llama formación de conceptos.

Evaluación.

Todas las respuestas a los estímulos conllevan un aspecto evaluativo, es decir, que las reacciones pueden evaluarse a lo largo de un espectro que en un polo ubica el estímulo como dañino o peligroso y en el otro como benéfico, o aceptable, y en la región media como indiferente, es decir, que la percepción contiene aspectos emocionales.

Selectividad

De acuerdo a las necesidades internas de cada organismo este tenderá a responder a los estímulos. Lo anterior puede ejemplificarse con un dicho: "El que hambre tiene en pan piensa." La percepción es potencialmente selectiva (Howard Bartley, 1964).

La percepción no es una respuesta rígida, ligada al estímulo, y determinada exclusivamente por las características físicas del medio ambiente, sino en un proceso bipolar que es la resultante de la interacción de las condiciones del estímulo, por una parte, y de los factores que actúan dentro del observador (o de los factores sociales externos), por la otra.

La percepción es un proceso, que media o interviene entre la sensación y la conducta. Es básicamente iniciada por la sensación, pero no determinada completamente por ella (Wittaker, 1977).

También se sabe que la percepción está influida por las características de personalidad. Witkin y sus colegas comprobaron que los adultos cuya personalidad correspondía a ser dependientes de campo, es decir, aquellos que están profundamente gobernados por la situación donde se encuentran, tendían a ser pasivos y sumisos con la autoridad, a temer sus impulsos sexuales y agresivos, a poseer poca estimación y aceptación de sí mismos.

En general se trata de gente que confía demasiado en los apoyos del medio. Por su parte las personas independientes de campo, suelen ser autónomas en su conducta social, admiten sus impulsos sexuales y hostiles, y los controlan mejor. Por lo regular muestran menor ansiedad, tienen mayor confianza en sí mismas y se aceptan mejor (Hamacheck 1981).

El estilo perceptivo guarda relación con la personalidad total. Afecta a la percepción de sí mismo, la opinión acerca de nosotros mismos y el ajuste a las exigencias de la vida cotidiana.

Según Hamacheck (1981), el estilo perceptivo que capacita para ver al mundo en su dimensión ordenada y previsible puede provocar dos clases de consecuencias en su aspecto positivo, la decisión de captar las cosas en forma ordenada y previsible refleja cierta estabilidad y equilibrio personales, una especie de optimismo combinado con una fe religiosa, cierto apego a la tradición, las costumbres y el protocolo, y el respeto a la autoridad.

En su aspecto negativo, una decisión perceptiva a favor del orden y la previsible, puede reflejar una necesidad de rechazar cuanto amenace al orden, un temor a todo lo que constituya un riesgo contra la propia estabilidad. Tal decisión se acompaña de un pensamiento estereotipado, de una moralidad rígida y compulsiva, de una desconfianza ante los sentimientos de enojo y ante

los impulsos sexuales. La estabilidad personal excluye impulsos y vivencias que no encajan debidamente dentro del sistema preconcebido

Los rasgos descritos anteriormente se han encontrado en las personas anoréxicas y bulímicas.

En otros trabajos sobre la percepción (Segall, Campbell y Herkovits, 1966, citado en Wittaker, 1977) llegan a la conclusión, de que la percepción esta sujeta a muchas de las influencias que conforman otros aspectos de la conducta. En particular dicen, que cada experiencia individual se combina de manera compleja para determinar su reacción en determinada situación de estímulos."

De este modo, en el mismo grado que algunas clases de experiencias ocurrirán más probablemente en algunas culturas que en otras, habrá entonces más diferencias en la percepción en la otras culturas, según Segall, y colaboradores. Es decir que la cultura influye en nuestra percepción.

Podemos considerar que la cultura se compone de patrones de comportamiento y de manera de pensar y de productos de estos patrones que son transmitidos de una generación a otra en una sociedad

Una contribución principal a la experiencia del individuo proviene del ambiente cultural, que comunica sus normas, creencias, valores y los papeles que ha de desempeñar.

Al igual que todo proceso, la percepción resulta afectada por el aprendizaje, la motivación, la emoción y todo el conjunto de características permanentes o momentáneas del sujeto.

Sintetizando existen una serie de hipótesis que pueden ilustrar muy bien este tipo de influencias (Allport, 1955, Citado en Salazar, Montero, Muñoz Sánchez, Santoro y Villegas, 1992)

- a) Las necesidades corporales determinan lo que se percibe
- b) La percepción resulta afectada por las recompensas y los castigos.
- c) Los valores del individuo determinan la velocidad del reconocimiento de los estímulos.
- d) El valor que tienen para los sujetos los objetos percibidos determinan la magnitud con la cual se perciben
- e) Las características de personalidad de los sujetos determinan formas típicas de percepción
- f) Los estímulos verbales que amenazan o alteran al individuo tienden a requerir un mayor tiempo para su reconocimiento que los estímulos neutrales.

4.24 Motivación

Es un estado o condición que activa o da energía al organismo y que lleva a una conducta dirigida hacia determinado objetivo.

4.25 Emoción

Estado de ánimo que normalmente se acompaña por cambios fisiológicos y comportamiento característico. El miedo, la rabia, y la euforia son tres afectos que caen dentro de la categoría de la emoción (Mc Keachie y Doyle 1978)

4.26- Las actitudes

Son constructos que permiten explicar y /o predecir la conducta, las cuales tienen tres componentes: afectivo, cognoscitivo y conductual.

El componente afectivo, son las reacciones fisiológicas del individuo que harán evidente si el objeto de la actitud es agradable o desagradable. Es decir, es la respuesta es afectiva o emotiva

El componente cognoscitivo se expresa por medio de categorías para definir un conjunto de características que debe poseer un objeto para pertenecer a dicha categoría

La centralidad es la segunda característica de la categoría cognoscitiva. Una categoría será central para quien la acepta cuando esta relacionada con él y cuando aquella recibe infinidad de apoyo social.

Un tercer aspecto es el que se asocia a una serie de características o rasgos. Este es un proceso de generalización, llamado estereotipo.

El componente conductual es la activación o disposición a actuar de modo específico hacia un objeto de la actitud (Wittaker 1977).

La actitud es la predisposición para reaccionar favorable o desfavorablemente hacia un objeto psicológico, y puede ser positiva o negativa. La actitud, cuando es expresada verbalmente constituye una opinión (Arias Galicia, 1989)

CAPITULO V

5.- METODOLOGÍA.

5.1 PROPÓSITO DEL ESTUDIO.

Investigar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, en mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años de edad.

Debe señalarse, que en esta investigación no se tenía la expectativa de encontrar casos patológicos ya que se exploró la conducta alimentaria de la población estudiantil, considerada normal. Se esperaba encontrar rasgos, tendencias o indicadores anómalos de la conducta alimentaria

Objetivos

Producir conocimiento sobre factores de riesgo psicosociales, para aportar información relacionada con la conducta alimentaria útil para la elaboración de programas de prevención de los trastornos alimentarios o para programas de promoción de la salud.

5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Detectar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en sujetos de sexo femenino de 15 a 19 años de edad y determinar la relación que existe entre el nivel socioeconómico y éstos.

Hipótesis

El presente estudio es de tipo exploratorio, por lo que se espera que al concluir esta etapa de investigación se cuente con el material necesario para desarrollar hipótesis

Este estudio forma parte de una investigación mayor, "Alteraciones de la nutrición y desórdenes del comer. Una aportación biopsicosocial en la promoción de la salud." Proyecto de Investigación (IN 301695 PS) aprobado por el programa

de apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPPIIT), y bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré

5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

5.3.1 Variable independiente:

Nivel socioeconómico formado por dos niveles, tomando en consideración el ingreso familiar, la ubicación geográfica de las escuelas, el tipo de escuelas a la que asiste y la clasificación dada por las autoridades escolares.

Nivel socioeconómico bajo, el ingreso familiar fue igual o menor a NS 1,000.00 mensuales, las escuelas eran públicas y estaban ubicadas en colonias populares.

Nivel socioeconómico medio, el ingreso familiar fue igual o mayor a NS 3,000.00 mensuales, las escuelas eran privadas y estaban ubicadas en zonas residenciales.

La **clase social** es igualada a una forma de escalafón socioeconómico determinado por un número determinado de indicadores que sumados la definen. La clase social es identificada con nivel socioeconómico (Salazar, Montero, Muñoz Sanchez, Santoro y Villegas, 1992).

5.3.2 Variables dependientes:

Se conformaron por los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios, como son:

Prácticas alimentarias anómalas clasificadas en los siguientes rubros:

A.- Conductas de evitación:	B.- Conductas de eliminación.
Seguimiento de dietas	Vómito autoinducido
Ejercicio excesivo	
Ayuno	
Uso de anorexígenos	

5.3.3 Variables Asociadas con los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios:

-**Índice de masa corporal.** Es una razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros elevada al cuadrado que se utiliza para hacer clasificaciones del peso corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Es un método para estimar la obesidad y sobrepeso con base en la fórmula (peso/talla²)

IMC	PESO	IMC
<15*	Muy abajo de lo normal	
15 - 18.9*	Abajo de lo normal	
19 - 22.9*	Peso normal	
	Sobrepeso	23 - 26.9**
	Obesidad	27 - 31**
	Obesidad extrema	>31**

*Criterios utilizados por Casillas y Vargas (1980).

** Criterios utilizados por Gómez Pérez-Mitré, y Saucedo T. (en prensa).
Validez de diagnóstico del IMC en preadolescentes mexicanos.

Actitudes. Son predisposiciones generalizadas a actuar o responder y tienen tres componentes:

- a).- **Afectivo**, son las reacciones emocionales del individuo que harán evidente si el objeto psicológico de la actitud es agradable o desagradable.
- b).- **Cognoscitivo**, se expresa por medio de categorías para definir un conjunto de características que debe poseer un objeto o concepto para pertenecer a dicha categoría.
- c).- **Conductual**, es la activación o disposición a actuar de modo específico hacia un objeto de la actitud (Whittaker, 1977).

Actitud hacia la imagen corporal. Juicio evaluativo bipolar acerca de la propia figura.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Insatisfacción con la imagen corporal Grado de satisfacción /
insatisfacción con el propio cuerpo.

Alteración de la imagen corporal. Se refiere a la diferencia de sobreestimación o subestimación de peso, que puede encontrarse entre la estimación subjetiva (autoclasiicación del peso corporal como resultado de autopercepciones) que el sujeto hace de su cuerpo y la medición real u objetiva del peso corporal y que puede obtenerse a través del índice de masa corporal (I.M.C. real -I.M.C estimado). Gómez Pérez-Mitré (1995), define la alteración de la imagen corporal como una diferencia entre el peso real y el peso imaginario.

El origen de éstas dos últimas variables es de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto que interviene un proceso de conocimiento. Son actitudinales en tanto que además de un conocimiento expresan afecto y una disposición de aceptación (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b).

MÉTODO

5.4 Diseño y muestra de la investigación:

Corresponde a un estudio exploratorio, con un diseño de dos grupos con observaciones independientes con los que se comparan la relación del nivel socioeconómico (bajo y medio) con factores de riesgo en los trastornos alimentarios.

También es un estudio correlacional de campo porque se llevo a cabo en un escenario natural con estudiantes de nivel bachillerato.

5.4.1 Muestra

El tipo de muestra fue no probabilística ya que no todos los miembros de la población tuvieron la misma oportunidad de ser seleccionados para formar parte de la muestra de investigación

Fue un muestreo intencional ya que se buscaron aquellas características de los sujetos que proporcionarían mayor información para el tema.

Los sujetos de la muestra se tomaron de la población estudiantil de nivel bachillerato, tanto de instituciones públicas como privadas del D.F. y del área conurbada.

El tamaño de la muestra (N= 200) se dividió en dos grupos, de la siguiente manera: Grupo 1: Estudiantes de nivel bachillerato de escuelas públicas, con nivel socioeconómico bajo (n= 100) Grupo 2: Estudiantes de nivel bachillerato de escuelas privadas, con nivel socioeconómico medio (n= 100)

5.4.2 Control de variables:

a) Se seleccionaron a los sujetos que cumplieran con las siguientes características

Sexo:	Femenino.
Edad:	15 a 19 años
Ocupación:	Estudiantes (sin trabajo remunerado)
Escolaridad:	Bachillerato

Nivel socioeconómico bajo: ingreso familiar igual o menor a \$1,000.00

Nivel socioeconómico medio: ingreso familiar igual o mayor a \$3,000.00

b) Se dieron las mismas instrucciones a todos los sujetos para estandarizar la aplicación del instrumento.

5.4.3 Instrumento:

Se utilizó un cuestionario de alimentación y salud, hojas de respuesta de lectura óptica, lápices del número 2 o 2 1 / 2.

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD (XX), de formato mixto, que se compone de cuatro escalas, que exploran diferentes áreas: conductas alimentarias normales y anómalas; estados de ánimo asociados con la alimentación; prácticas de control de peso; imagen corporal, actitudes hacia la imagen corporal y datos socioeconómicos. El cuestionario contiene 115 reactivos (ver anexo 1).

Este instrumento ya ha sido utilizado en investigaciones previas por (Gómez Pérezmitre, 1993) y el coeficiente de consistencia interna para el instrumento total fue $\alpha = .71$, asimismo las tres escalas de la conducta alimentaria arrojaron un $\alpha = .77$, $\alpha = .72$, y $\alpha = .79$

5.4.3.1 Descripción del instrumento.

Exploración del área:

Socioeconómica. Compuesta por 7 reactivos (1,2,3,7,8,9,10), y Clave 01, 02.

Historia de la conducta alimentaria - Compuesta por 6 Reactivos (4, 11,12,13, 14, 15.) de tipo dicotómico y de opción múltiple

Conductas alimentarias normales y anómalas: Hábitos alimentarios, Conductas de evitación, Conducta de eliminación se encuentran agrupados en una escala con treinta y cinco reactivos (89 a 123),y cinco alternativas de respuesta: nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre. A las opciones de respuesta de esta escala se le asignó un valor numérico del uno al cinco, de esta forma los puntajes más altos indican mayor presencia de problemas alimentarios.

5.4.4 Variables asociadas a los trastornos alimentarios:

Estados de ánimo asociados a trastornos alimentarios, Salud física, estrés y prácticas asociadas, distribuidos en dos escalas, la primera con veinticuatro reactivos (29 a 52), con cinco alternativas de respuesta a las que se les asignó un valor de (1, 2, 3, 4, 5.) Para la interpretación de los resultados los valores más altos señalan la presencia de problemas alimentarios.

La segunda escala con veintiséis reactivos (124 a 149), con cinco alternativas de respuesta: totalmente falso, falso, a veces falso y a veces cierto, cierto y totalmente cierto. A estas respuestas se les asignó un valor de (1, 2, 3, 4, 5), y el puntaje más alto indica mayor presencia de problemas alimentarios.

Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal.- Con 6 reactivos (16, 17, 18, 28, 53, 181), de opción múltiple. Para la interpretación de los resultados, a los cuatro primeros se les dio un valor de 1, 2, 3, 4, 5, y a las figuras de las preguntas 53 y 181, se clasificaron otorgándoles a la silueta más delgada el valor más bajo (1) y la silueta más obesa el valor más alto (9).

Para obtener el grado de insatisfacción con la imagen corporal, se obtuvo la diferencia del puntaje de la respuesta 53 menos el puntaje dado a la respuesta 181. Los puntajes negativos y positivos altos se interpretaron aquí con escala T como indicadores de insatisfacción con la imagen corporal.

Alteración de la imagen corporal. Datos del índice de masa corporal real menos el estimado. Los valores más alejados del cero ya sea positivos o negativos se interpretaron como indicadores de alteración de la imagen corporal.

Índice de masa corporal estimado. -Peso y estatura reportados

Índice de masa corporal real - Peso medido en una báscula "Torino"

Estatura medida con un estadímetro de madera

Para la interpretación de los resultados, los puntajes negativos y positivos indican la sobreestimación y la subestimación del peso respectivamente y, a mayor puntaje existe mayor distorsión.

Actitudes hacia la imagen corporal. - Escala con nueve reactivos (19 a 27) y cinco alternativas de respuesta: (Muy importante = 5, importante = 4, importancia regular = 3, poco importante = 2, muy poco importante = 1. Los puntajes altos señalan más problemas de actitud hacia la obesidad /delgadez asociadas con la imagen corporal

5.4.5 Procedimiento:

Se solicitó la autorización de los directivos de instituciones de nivel bachillerato, para la aplicación del instrumento

Formaron parte de la muestra aquellas estudiantes, mujeres adolescentes que aceptaron participar voluntariamente

El material utilizado fue el Cuestionario de Alimentación y Salud, hojas de respuesta de lectura óptica, lápices del número 2 o 2 1/2.

El escenario donde se aplicó el cuestionario fue en los salones de clase de las escuelas, se utilizaron las bancas y los mismos lugares que los sujetos suelen ocupar. su aplicación fue colectiva, y se dieron las mismas instrucciones en todos los casos.

Se les informó que el propósito de la investigación era conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (física y psicológica) de la comunidad estudiantil. Además se les explicó que sus respuestas serían tratadas en forma confidencial y anónima, y se subrayó la importancia de su colaboración. En caso de que existieran dudas podían recurrir a los aplicadores para resolverlas

El tiempo que se les dio para contestar el cuestionario fue de 60 minutos aunque la mayoría lo resolvió en 50 minutos.

Del total de la muestra se tomó una submuestra aleatoria del 11.5% con el fin de obtener mediciones antropométricas entre ellas el peso y la estatura. Se llevaron a cabo estos registros utilizando una báscula de tipo mecánico, marca Torino modelo personal, se construyó un escalímetro con madera y una cinta de acero lufkin de dos metros de longitud pegada a la misma para incrementar y mantener confiabilidad en la medición de la talla. Estas medidas se tomaron por la mañana.

5.4.6 Análisis de los datos.

Una vez aplicado el instrumento se procedió a la codificación, captura y análisis de los datos utilizando subprogramas de computo del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales S. P. S. S. (siglas en inglés).

CAPITULO VI

6.- RESULTADOS

6.1 Datos socioeconómicos

Se seleccionó una muestra total de (N=200) estudiantes de bachillerato de nivel socioeconómico bajo y medio. El primer grupo (n=100) compuesto por estudiantes de nivel socioeconómico bajo que pertenecían a escuelas públicas. Colegio de Bachilleres, Centros de Estudios Científicos y Tecnológicos y la Escuela Nacional Preparatoria. El segundo grupo (n=100), compuesto por estudiantes de nivel socioeconómico medio que pertenecían a escuelas privadas. Colegio Moderno, Colegio Madrid, Columbia College Panamericano, Tecnológico Universitario de México, y Colegio Logos.

Las edades de ambos grupos fluctuaban entre 15 y 19 años con una media de $x = 16.21$ y una desviación estándar $S=1.266$

Todas las participantes eran estudiantes, sin trabajo remunerado, solteras y la mayoría (99%) no tenía hijos

La edad en que la mayoría (65 %) tuvo su primera menstruación fue, entre los 12 y los 14 años, un 30%, la inició entre los 9 y los 11 años, el 3.5% entre los 15 y los 17 años y el 1% no respondió.

La mayoría (81 %) no había tenido vida sexual activa mientras que, casi un veinte por ciento si había tenido vida sexual.

El 91 % vivía con su familia nuclear el 7% vivía con uno de los dos padres, el 1% vivía con algún hermano sólo una adolescente no contestó (0.5%)

El principal portador del ingreso mensual familiar era, el padre (89%), se dieron algunos casos donde ambos padres contribuían (4%), en otros, tanto los padres como los hermanos colaboraban con el ingreso familiar (6.0%).

En el grupo de nivel socioeconómico bajo, el ingreso máximo fue de \$ 1,000.00

En el grupo de nivel socioeconómico medio el rango de ingreso fluctuaba de \$3,000.00 a \$ 9,000.00 o más.

La escolaridad de los padres era variada en ambos grupos, como puede verse en las tablas 1 y 2, sin embargo predominó una relación lineal, a mayor nivel socioeconómico mayor grado de estudios para ambos padres.

Años de estudio	NSE Bajo	NSE Medio.
18 o más	9.3%	35.4%
15 a 17	12.4%	25.3%
12 a 14	16.5%	17.2%
9 a 11	23.7%	16.2%
6 a 8	15.5%	3.0%
< 6	22.7%	3.0%

Tabla 1.- Distribución en porcentajes de los años de estudio del padre por nivel socioeconómico

Años de estudio	NSE Bajo	NSE Medio
18 o más	5%	23%
15 a 17	10.1%	20%
12 a 14	12.1%	20%
9 a 11	22.2%	26%
6 a 8	29.3%	9%
menos de 6	21.2%	2.2%

Tabla 2.- Distribución en porcentajes de los años de estudio de la madre por nivel socioeconómico

6.2 Historia de la Conducta alimentaria

Reactivo 11 - ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?

(Opciones: A - No B - Sí).

La mayoría de las adolescentes contestó que no había tenido problemas con su peso (59%); mientras que el 38% respondió afirmativamente y un 2.5% no contestó.

Al comparar por nivel socioeconómico se encontró que para el primer grupo; el de nivel socioeconómico bajo el 56% respondió que no había tenido problemas de peso, el 40% tenía problemas de peso, y el 4% no contestó. En el grupo dos; el de nivel socioeconómico medio 62% negó haber tenido problemas de peso, el 37% aceptó tener problemas de peso y el 1% no contestó.

Reactivo 12 - ¿Tu problema es o era ?

(Opciones: A - Sobrepeso, B - Falta de peso)

El 31% de la muestra total contestó que su problema era el sobrepeso; el 17% dijo que su problema era la falta de peso.

Se encontró que un 29% de las estudiantes del primer grupo reportó problemas de sobrepeso comparado con un 33% del segundo grupo. Un 21% de jóvenes reportó que su problema era la falta de peso, en el nivel socioeconómico bajo comparado con un 13% del nivel socioeconómico medio.

Reactivo 13 - ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso? (Opciones A.- No, B - Sí)

El 69 % de la muestra total respondió que no había hecho dieta mientras que el 30.% respondió afirmativamente.

Se halló que más jóvenes del nivel socioeconómico medio practicaban el seguimiento de dietas.

Un 76% de las jóvenes del primer grupo no hacía dietas, comparado con el 63% del segundo grupo. Mientras que en el grupo uno el 24% de las adolescentes si habían hecho dietas, comparado con el 37% del grupo dos.

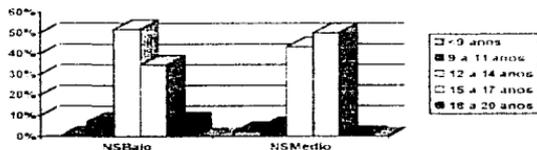
Reactivo 14 - ¿Qué edad tenias cuando hiciste tu primera dieta?

(Opciones: A - <9 años, B - 9 a 11 años, C - 12 a 14 años D.- 15 a 17 años, E.- 18 a 19 años)

Las respuestas del total de la muestra indicaron que las dietas se iniciaban con más frecuencia entre los 12 y los 17 años de edad.

El mayor porcentaje de respuestas (33%), se distribuyó como sigue un 17% entre los 12 y los 14 años de edad , y un 16% entre los 15 y los 17 años de edad.

Como puede observarse en la siguiente grafica en el grupo uno el de nivel socioeconómico bajo, se comienzan con más frecuencia las dietas entre los 12 y los 14 años, y va declinando la frecuencia entre los 15 y los 17 años. Mientras que en el grupo dos, el de nivel socioeconómico medio la relación es inversa es decir, se comienzan las dietas con menos frecuencia entre los 12 y los 14 años y va incrementando la frecuencia entre los 15 y los 17 años.



GRÁFICA 1.- PRACTICA DE DIETAS SEGUN EDAD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO

Reactivo 15. - ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

(Opciones: A. - No, B. - Si)

La comparación por nivel socioeconómico mostró que más estudiantes del nivel medio practicaban el seguimiento de dietas. En el primer grupo sólo el 15% de las adolescentes habían hecho dieta en los últimos seis meses, en cambio un porcentaje doble (30%), de adolescentes del grupo dos habían hecho dieta los últimos seis meses

6.3 Satisfacción / Insatisfacción con la imagen corporal.

Reactivo 16.- ¿Qué peso te gustaría tener?

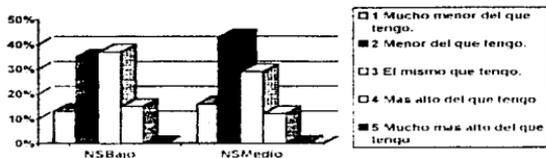
(Opciones: 1) Mucho menor del que tengo, 2) Menor del que tengo, 3) El mismo que tengo, 4) Más alto del que tengo, 5) Mucho más alto del que tengo)

El 14.5% del total de la muestra dijo que quería pesar mucho menos, el 39% quería pesar menos, mientras que el 33% quería tener el mismo peso y un 13.5% quería pesar más. Nadie mencionó que quería pesar mucho más.

Como puede observarse en la gráfica 2, la mayoría de las respuestas se encuentran entre querer pesar menos (2) y querer tener el mismo peso (3). Sin embargo, un porcentaje ligeramente más elevado de jóvenes del grupo dos deseaba pesar menos.

En el primer grupo el 35% quería pesar menos y el 37% quería tener el mismo peso. ($\bar{X}=2.540$ y $S=.904$)

En el grupo dos el 43% quería pesar menos y el 29% quería tener el mismo peso. ($\bar{X}=2.370$ y $S=.895$) Al aplicar la prueba U de Mann Whitney no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos. $U= 4454.0$, $Z= -1.40$, $p=.1595$.



GRAFICA 2.- PESO DESEADO.

6.4 Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen Corporal (Estimación Directa)

Reactivo 17 - ¿Cómo te sientes con tu figura?"

(Opciones: 1) Muy Satisfecha, 2) Satisfecha, 3) Indiferente, 4) Insatisfecha, 5) Muy Insatisfecha ;

Las respuestas del total de la muestra se presentan en la tabla 3, donde puede observarse que el 59% contestó que se sentía satisfecha (52%) y muy satisfecha con su figura (7%); solo un 28% respondió sentirse insatisfecha (24.5%) y muy insatisfecha con la misma (3.5%)

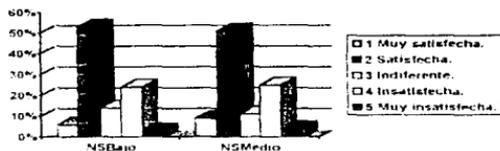
Satisfacción / Insatisfacción	Porcentaje
1 - Muy Satisfecha	7%
2.- Satisfecha	52%
3 - Indiferente	12.5%
4 - Insatisfecha	24.5%
5 - Muy Insatisfecha	3.5%

Tabla 3.- Satisfacción/Insatisfacción con la Imagen (Estimación Directa)

Una relación muy similar se encontró al comparar por nivel socioeconómico, como puede observarse en la gráfica 3: el 53% del grupo uno y el 51% del grupo dos respondieron que se sentían satisfechas, mientras que el

24% del grupo uno versus el 25% del grupo dos reportaron sentirse insatisfechas con su figura

Los valores promedios resultaron para el grupo uno $X=2.660$ y $S=1.037$ y para el grupo dos $\bar{X}=2.640$ y $S=1.078$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos según la prueba $U=4927.5$ $Z=-.1930$, $p=8469$.



GRAFICA 3.- SATISFACCION / INSATISFACCION CON LA FIGURA (estimación directa).

Reactivo 18 - ¿Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras ?

(Opciones: 1) Muy por abajo de él, 2) Abajo de él, 3) En el peso ideal, 4) Por arriba de él, 5) Muy por arriba de él)

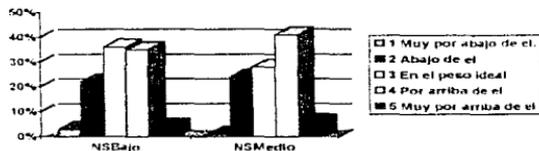
Las respuestas del total de la muestra se presentan en la siguiente tabla donde se observa una opinión dividida entre las que se encuentran en su peso ideal y quienes creen estar por arriba de su peso ideal.

Autopercepción en relación con el peso ideal	Porcentaje
1 - Muy por abajo de él	2%
2 - Abajo de él	23%
3 - En el peso ideal	32%
4 - Por arriba de él	38%
5 - Muy por arriba de él	5%

Tabla 4 - Autopercepción en relación con el peso ideal

Cuando se comparan los niveles socioeconómicos (ver la gráfica 4): un porcentaje menor de chicas de nivel socioeconómico bajo respondió que se encontraba arriba (4) y muy por arriba (5) de su peso ideal (39%), en cambio en el nivel socioeconómico medio el porcentaje de jóvenes que consideró encontrarse por arriba y muy por arriba de su peso ideal fue mayor (47%). Sólo un 36% en el primer grupo y un 28% en el segundo consideró que se encontraba en su peso ideal.

Los promedios resultaron: grupo uno $\bar{X}=3.150$ y $S= .914$, y grupo dos $\bar{X}= 3.270$ y $S= .930$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos como lo indica la prueba $U=4652.0$ $Z= -.8963$; $p= .3701$.



GRAFICA 4 - AUTOPERCEPCION EN RELACION CON EL PESO IDEAL.

6.5 Autopercepción del peso corporal

Reactivo 28 -¿ De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras?

(Opciones: 1) Obesa = Muy Gorda, 2) Con Sobrepeso = Gorda, 3) Con peso normal = Ni gorda ni delgada, 4) Peso por abajo del normal = delgada, 5) Peso muy por abajo del normal = muy delgada.)

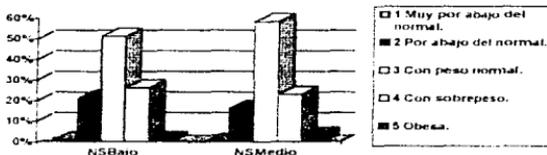
Las respuestas a este reactivo aparecen en la tabla 5 donde se puede observar que la mayoría del total de la muestra se autopercebió con peso normal y casi una cuarta parte se autopercebió con sobrepeso.

Peso	Porcentajes
1 - Obesa	2%
2 - Con sobrepeso	24.5%
3 - Con peso normal	54.5%
4 - Por abajo del normal	18.5%
5 - Muy por abajo del normal	0.5%

Tabla 5 - Autopercepción del peso corporal

Comparando los grupos, en la gráfica 5, se observó una relación muy semejante poco más del 50% de ambos grupos se clasificó con peso normal (3) y casi la cuarta parte se clasificó con sobrepeso (4).

En el grupo uno resultó una media de ($\bar{X}=2.950$ y $S= .744$). Una media muy similar se encontró en el grupo dos ($\bar{X}= 2.870$ y $S= .706$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los grupos $U= 4784.5$; $Z= -5825$; $p= 5602$.



GRÁFICA 5.- AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL POR NIVEL SOCIOECONÓMICO.

6.6 Índice de Masa Corporal estimado

De acuerdo con el Índice de Masa Corporal estimado (IMCe = peso reportado / talla² reportada), el total de la muestra se ubica en la clasificación siguiente

PESO	IMC estimado	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy por abajo del normal	<15	0	0
Por abajo del normal	15 a 18.9	35	17.5%
Peso normal	19 a 22.9	117	58.5%
Sobrepeso	>23 a 26.9	38	19%
Obesidad	>27 a 31	8	4%
Obesidad mórbida	>31	2	1%

Tabla 6 - Distribución del IMC estimado de la muestra (N= 200)

Escala de IMC de clasificación del peso con validez de diagnóstico para muestras de adolescentes mexicanos (Saucedo T. y Gómez Pérez-Mitró, Gómez Pérez-Mitró y Saucedo T. en prensa).

El IMCe promedio del total de la muestra (N= 200) resultó \bar{X} = 21.468 y S= 2.909. El IMCe por niveles socioeconómicos para el grupo uno arrojó una media \bar{X} = 21.501 y una S= 2.593, para el grupo dos la media fue \bar{X} = 21.435 y S= 3.207.

Se aplicó la prueba t de student y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t(198)=2$; $p= 875$.

Al encontrar que no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de nivel socioeconómico bajo y medio, se consideró la muestra como un solo grupo y se procedió a la aplicación de ANOVAS: IMC estimado por las variables que exploraban: peso deseado (preg. 16), satisfacción con la figura (preg. 17), y autopercepción en relación con el peso ideal (preg. 18).

En lo que se refiere al reactivo 16.- ¿Que peso te gustaría tener?

Los resultados mostraron que el 53.5% del total de las adolescentes que tenían un IMCe mayor (ver clasificación en la tabla 6) es decir, con puntajes normales cercanos al sobrepeso (39%) y con puntajes de sobrepeso (14.5%), deseaban pesar menos y mucho menos del peso que reportaron en el momento de la aplicación.

Peso	Media del IMC _e	Comparación de Subgrupos	Peso Deseado	Porcentajes
normal	19,1482	2	Más del actual	3,5%
normal	19,9065	3	El mismo que el actual	33%
normal	22,4608	4	Menor del actual	39%
sobrepeso	24,5115	5	Mucho menor del actual	14,5%

Tabla 7.- Comparación entre IMC_e y peso deseado.

El análisis de varianza mostró una F altamente significativa $F(3, 196)=41.2377$, $p=.0000$. La prueba Bonferroni utilizada para comparar las medias (ver tabla 7) mostró que: las diferencias estadísticamente significativas se encontraron entre la media del subgrupo 4 comparada con la de los subgrupos 2 y 3; y entre la media del subgrupo 5 comparada con la de los subgrupos 2, 3 y 4.

En el reactivo 17.- ¿Como te sientes con tu figura?

Se encontró una relación positiva, esto es cuando el IMC_e es mayor entre lo normal (22.77) y el sobrepeso (24.43), las chicas también responden que es mayor su insatisfacción con la figura (ver tabla 8)

Peso	Media del IMC _e	Comparación de subgrupos	Satisfacción con la figura	Porcentajes
Normal	20,5071	1	Muy Satisfecha	7%
Normal	20,7489	2	Satisfecha	52%
Normal	21,7253	3	Indiferente	12,5%
Normal	22,7797	4	Insatisfecha	24,5%
Sobrepeso	24,4345	5	Muy Insatisfecha	3,5%

Tabla 8.- Comparación del IMC_e y satisfacción con la figura.

El análisis de varianza también arrojó una F altamente significativa $F(4, 194)=6.7869$; $p=0.0000$. La prueba Bonferroni mostró que al comparar las medias entre los subgrupos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media del subgrupo 4 comparada con la del grupo 2 y también en la media del subgrupo 5 comparada con los subgrupos 1 y 2.

Reactivo 18. - ¿Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal, dirías que te encuentras?

Se observó que cuando el IMCe es mayor: entre lo normal (22 90) y el sobrepeso (26 60), las adolescentes también se autoclasificaron en mayor medida (38%) por arriba o muy por arriba (5%) de su peso ideal

Peso	Media del IMCe	Comparación de subgrupos	Autopercepción en relación con el peso ideal	Porcentajes
Normal	18.5327	1	Muy por abajo de él	2%
Normal	19.8809	2	Abajo de él	23%
Normal	20.2858	3	En el peso ideal	32%
Normal	22.9029	4	Por arriba de él	38%
Sobrepeso	26.6042	5	Muy por arriba de él	5%

Tabla 9. Comparación entre IMCe y autopercepción en relación con el peso ideal.

El análisis de varianza arrojó una F altamente significativa $F(4, 195)=31.4182$; $p=0.0000$. La prueba Bonferroni mostró, al comparar las medias que las diferencias estadísticamente significativas se encontraban: en la media del subgrupo 4 comparada con las de los subgrupos 1, 2 y 3. También entre la media del subgrupo 5 comparada con las medias de los subgrupos 1, 2, 3 y 4.

6.7 Elección de la figura actual.

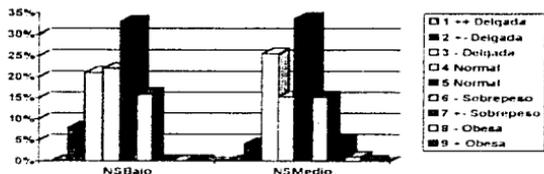
Reactivo 53.- Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o se aproxime a tu figura corporal:

Las siluetas se distribuían dentro de un continuo de peso corporal que iban, desde muy delgadas (figuras 1, 2, 3), con peso normal:(figuras 4, 5), con sobrepeso (figuras 6, 7), hasta muy obesas (figuras 8, 9.)

El porcentaje más alto del total de la muestra (33%) eligió o se identificó con la figura de talla normal ligeramente mayor (silueta 5) ver la gráfica 6, y casi la cuarta parte (23%) eligió la figura delgada (silueta 3)

Comparando las respuestas por niveles socioeconómicos se observó una relación semejante. Es importante señalar que únicamente las chicas de nivel socioeconómico medio eligieron figuras que representaban sobrepeso y obesidad (siluetas 7 y 8) aunque en porcentajes mínimos

El grupo uno obtuvo un promedio $\bar{X}=4.280$ y $S=1.198$. El grupo dos obtuvo un promedio $\bar{X}=4.500$ y $S=1.326$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: $t(196)=-1.23$; $p=222$



GRÁFICA 6 ELECCIÓN DE LA FIGURA ACTUAL POR NIVEL SOCIOECONÓMICO.

6.8 Elección de la figura ideal.

Reactivo 181 - "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener"

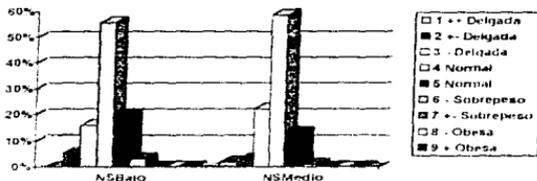
Las siluetas se distribuían en un continuo que iba desde muy delgadas (figuras 1, 2, 3); con peso normal (figuras 4, 5); con sobrepeso (figuras 6 y 7); hasta muy obesas (figuras 8, 9).

Se encontró que el 55.5% del total de la muestra eligió la figura de talla normal más ligera (silueta 4) y el 22.5% eligió las figuras más delgadas 2 y 3.

Al comparar por niveles socioeconómicos se observó que la tendencia en ambos fue elegir una figura de peso normal más esbelta (silueta 4), ver gráfica 7.

También menos chicas del segundo grupo eligieron la figura 5 y más chicas de este mismo grupo escogieron la figura 3

El grupo uno obtuvo un promedio $\bar{X}=4.00$ y $S= 838$, el segundo grupo obtuvo un promedio $\bar{X}=3.818$ y $S= 850$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $t(192)= 1.00$, $p= .135$



GRÁFICA 7.- ELECCIÓN DE LA FIGURA IDEAL POR NIVEL SOCIOECONÓMICO.

6.9 Satisfacción /Insatisfacción con la Imagen Corporal. (Estimación Indirecta).

La diferencia entre figura actual y figura ideal registró un 50% de diferencias positivas, es decir la mitad de las adolescentes de la muestra total identificaron su figura actual como más gorda que la ideal solo el 21% de las jóvenes se sintió satisfecha con su figura, es decir no existió diferencia entre la figura ideal y la actual, y un 29% resultó con diferencias negativas lo cual significa que las estudiantes identificaron su figura actual mas delgada que la ideal. Debe tomarse en cuenta que a mayor diferencia, existirá mayor insatisfacción con la imagen corporal.

Diferencia entre figuras	Porcentajes
5.0	0.5%
4.0	2.6%
3.0	6.3%
2.0	14.6%
1.0	26.6%
0.0	20.8%
- 1.0	2.4%
- 2.0	4.2%
- 3.0	1.0%

Tabla 10 Distribución de las diferencias entre figura actual menos figura ideal.

6.10 Alteración de la imagen corporal. (Sobreestimación /Subestimación).

Índice de masa Corporal real.

Del registro directo del peso y la talla de las adolescentes de ambos niveles que por selección sistemática aleatoria participaron en la submuestra (23=11.5%) se obtuvo el IMC real (peso / talla²), que se distribuyó como sigue:

PESO	IMC real	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Muy por abajo del normal	<15	00	0%
Por abajo del normal	15 a 18.9	1	4.3%
Normal	19 a 22.9	13	56.0%
Sobrepeso	>23 a 26.9	5	21.5%
Obesidad	>27 a 31	3	12.9%
Obesidad morbida	>31	1	4.3%

Tabla 11 Distribución del IMC real de la submuestra

Escala de IMC de clasificación del peso con validez de diagnóstico para muestras de adolescentes mexicanos (Saucedo T. y Gómez Pérez-Mitre, Gómez Pérez-Mitre y Saucedo T. en prensa)

IMC estimado menos IMC real.

Para saber si había alteración de la imagen corporal se procedió a obtener la diferencia del Índice de Masa Corporal estimado menos el Índice de Masa Corporal real (IMCe -IMCr) de la submuestra y se encontró que la alteración de la

imagen corporal se produjo en ambos sentidos: es decir las adolescentes sobrestiman y subestiman su peso (ver tabla 12), además de que no existieron diferencias iguales a cero en este rubro.

Sujeto	N S Bajo IMCe - IMCr	Porcentajes acumulados	Sujeto	N S Medio IMCe - IMCr	Porcentajes acumulados
1.-	-4.71	11.1%	1	-8.40	7.1%
2.-	-2.99	22.2%	2	-4.50	14.3%
3.-	-1.71	33.3%	3	-4.11	21.4%
4.-	-1.54	44.4%	4	-3.92	28.6%
5.-	-.75	55.6%	5	-3.26	35.7%
6.-	-.12	66.7%	6	-2.24	42.9%
7.-	.20	77.8%	7	-2.12	50.0%
8.-	.44	88.9%	8	-2.02	57.1%
9.-	.90	100%	9	-1.53	64.3%
			10	-1.14%	71.4%
			11	-.75%	78.6%
			12	-.68%	85.7%
			13	.29%	92.9%
			14	.30%	100%

Tabla 12- Distribución de la diferencia IMC estimado menos el IMC real

El 78.3 % del total de la submuestra subestimó su peso, y el 21.5% sobrestimó su peso

En general las estudiantes tendieron a la subestimación o a percibirse un poco más delgadas de lo que eran. La media para el total de la submuestra resultó $\bar{X} = -22.897$, la $S = 3.378$

Al comparar la submuestra por niveles socioeconómicos se encontró que en ambos grupos las estudiantes se subestimaban, es decir, se percibían más delgadas de lo que eran; en el grupo donde predominó más la tendencia a la subestimación fue en el dos.

En el grupo uno el promedio resultó ligeramente menor $\bar{X} = -1.142$ y $S = 1.813$, el grupo dos el promedio resultó $\bar{X} = -2.430$ y $S = 2.314$

La media señala una tendencia a percibirse ligeramente más delgada en el nivel medio que en el bajo, sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos. $t(21) = 1.41$; $p = .173$

La comparación por peso y talla mostró que no hay mucha diferencia si se comparan los datos del IMC real y el IMC estimado

El promedio del peso estimado fue muy similar al real $\bar{X} = 54,884$, $S = 8,442$ y $\bar{X} = 56,700$, $S = 9,378$ respectivamente.

El promedio de la estatura estimada fue muy semejante a la real $\bar{X} = 1.59$, $S = 6$ cm y $\bar{X} = 1.57$, $S = 5$ cm respectivamente

Se procedió a obtener la correlación entre el IMC real e IMC estimado los resultados mostraron una correlación moderadamente alta (.7910) $p = .000$.

6.11 Alteración de la imagen corporal (estimación indirecta)

Diferencia entre Autopercepción del peso corporal menos IMC real.

De la diferencia de las variables autopercepción del peso corporal menos el IMC real. También se obtuvieron los puntajes de la submuestra que confirmaron los resultados anteriores, es decir la alteración de la imagen corporal se produjo en ambos sentidos: las estudiantes sobrestimaron y subestimaron su peso.

Predominando la subestimación, o sea la tendencia a autopercebirse más delgadas de lo que realmente eran

Frecuencias	Diferencias	Porcentajes
2	-2.0	8.7%
9	-1.0	39.1%
9	0.0	39.1%
3	1.0	13.0%

Tabla 13 - Distribución de la diferencia autopercepción del peso corporal menos el IMC real (estimación indirecta)

Autopercepción del peso corporal con IMC real.

Se elaboró un análisis de varianza entre la variable IMC real y la pregunta que explica la autopercepción del peso corporal (preg. 28). Se observó la misma relación que en el análisis anterior a medida que aumenta el IMC real también aumenta la autopercepción del peso.

Peso	Media del IMCr	Comparación de subgrupos	Autopercepción del P C I.	Porcentajes
Por abajo del Normal	18.94	1	Muy por abajo del normal	0 5%
Peso Normal	20.81	2	Por abajo del normal	6 5%
Sobrepeso	24.58	3	Normal	2 5%
Obesidad	27.30	4	Con sobrepeso	1 5%
Obesidad Mórbita	31.38	5	Obesa	0 5%

Tabla 14 - Comparación del IMC real y autopercepción del peso corporal

El análisis de varianza mostró una F altamente significativa $F(4, 195)=50.8339$; $P=.0000$. La prueba Bonferroni mostró que al comparar las medias entre los subgrupos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la media del subgrupo 3 comparada con la de los subgrupos 1 y 2. También en la media del subgrupo 4 comparada con los subgrupos 1, 2 y 3, por último en la media del subgrupo 5 comparada con las medias de los subgrupos 1, 2, 3 y 4.

6.12 Actitudes hacia la obesidad / delgadez.

Para los reactivos que aparecen a continuación se utilizó la pregunta ¿Que tan importante crees que sea la propia figura para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida? (Opciones: 5) Muy Importante, 4) Importante, 3) Importancia Regular, 2.) Poco Importante, 1) Muy Poco Importante)

Reactivo 19 - "...Con el sexo opuesto".

Las respuestas del total de la muestra señalan que la opinión se encontraba dividida el porcentaje más alto (40%) consideró que la figura era importante para tener éxito con el sexo opuesto y el 30% consideró que la figura tenía importancia regular.

Al comparar los niveles socioeconómicos (ver gráfica 8), se observa una diferencia: las adolescentes del nivel socioeconómico medio consideraban que para tener éxito con el sexo opuesto la figura era más importante que para el grupo de nivel socioeconómico bajo. El grupo uno resultó $X = 3.430$ y $S = 1.018$, mientras que en el grupo dos resultó $X = 3.740$ y $S = .949$. La prueba U arrojó una diferencia estadísticamente significativa ($U = 4142.5$, $Z = -2.2089$ con $P = .0272$).

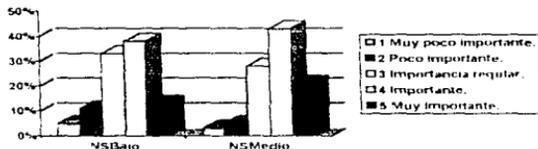


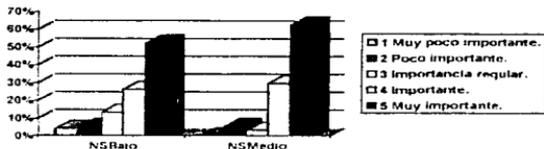
GRÁFICO 8.- IMPORTANCIA DE LA FIGURA CON EL SEXO OPUESTO.

Reactivo 27 - "... Con uno mismo".

El 78% de la muestra total respondió que la figura era importante (26%) y muy importante para sí misma (52%).

Sobre la importancia de la propia figura con uno mismo, en el nivel socioeconómico medio las adolescentes le dieron más importancia a la figura que las de nivel socioeconómico bajo (ver gráfica 9).

En el grupo uno el promedio resultó $\bar{X} = 4.170$, $S = 1.092$. En el grupo dos el promedio resultó $\bar{X} = 4.495$, $S = .787$. La prueba U arrojó una diferencia estadísticamente significativa ($U = 4218$; $Z = -2.0271$ con $p = 0.0426$).



GRÁFICA 9- IMPORTANCIA DE LA FIGURA CON UNO MISMO.

No se encontraron diferencias en cuanto a la importancia de la figura en los siguientes aspectos de la vida

Reactivo 20 - " Entre los amigos"

El 55% de la muestra total opinó que la figura era regularmente importante (29%), y poco importante entre los amigos (26%).

La comparación por niveles socioeconómicos señala que hubo diversas opiniones con respecto a la importancia que tiene la figura entre los amigos predominó en el primer grupo una "importancia regular" y en el grupo 2% de las jóvenes le dieron "poca importancia" a la figura. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. El promedio del primer grupo fue: $\bar{X} = 2.690$ y $S = 1.089$. El promedio del segundo grupo fue: $\bar{X} = 2.590$ y $S = 1.147$. $U = 4762.5$, $Z = -.5989$; $P = .5492$.

	Muy poco importante	Poco importante	Importancia regular	Importante	Muy importante
NSB	17%	24%	36%	19%	4%
NSM	21%	29%	22%	25%	2%

Tabla 15.- Importancia de la figura entre los amigos.

Reactivo 21 - "...Para encontrar pareja".

El 66% de la muestra total opinó que la figura era importante (37.5%), y regularmente importante (28.5%) para encontrar pareja.

Existe una opinión compartida entre las jóvenes de ambos niveles al considerar que la propia figura era importante para encontrar pareja. Sin embargo, en el primer grupo más chicas le daban a la figura una importancia regular para encontrar pareja mientras que en el grupo dos más chicas opinaron que la figura era poco importante para encontrar pareja.

El promedio del grupo uno fue: \bar{X} = 3 260, S =1 097, mientras que el del grupo dos fue \bar{X} = 3 560, S = 968. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas (U =4276.5; Z =-1 8455. P = .0650).

	Muy Poco importante	Poco importante	Importancia regular	Importante	Muy importante
NSB	3%	10%	32%	38%	17%
NSM	6%	21%	25%	27%	11%

Tabla 16.- Importancia de la figura para encontrar pareja.

Reactivo 22 - "...Para encontrar trabajo".

El 55% de la muestra total de estudiantes respondió que la figura era importante (31.5%) y regularmente importante (23.5%) para encontrar trabajo.

Cuando se compararon los niveles socioeconómicos, se observó que las adolescentes del nivel socioeconómico bajo le daban más importancia a la figura para encontrar trabajo.

El promedio del grupo uno resultó $\bar{X} = 3.380$, $S = 1.170$, mientras que en el grupo dos resultó $\bar{X} = 3.120$, $S = 1.266$. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos. ($U = 4688.0$; $Z = -6638$; $P = 5068$).

	Muy Poco importante	Poco importante	Importancia regular	Importante	Muy importante
NSB	8.0%	16%	22%	38%	16%
NSM	16%	12.1%	25.3%	25.3%	21%

Tabla 17- Importancia de la figura para encontrar trabajo

Reactivo 23 "...En las fiestas"

Los porcentajes más altos del total de la muestra se distribuyeron como sigue el 28% opinó que la figura tenía importancia regular en las fiestas, mientras que el 26% opinó que la figura era importante en las fiestas.

Comparando en ambos niveles socioeconómicos, la figura se consideró importante y regularmente importante en las fiestas. En el grupo de nivel socioeconómico bajo, el promedio resultó $\bar{X} = 3.000$, $S = 1.187$. En el grupo de nivel socioeconómico medio, el promedio resultó $\bar{X} = 3.120$, $S = .988$. No se encontraron diferencias significativas en los grupos ($U = 4660.0$; $Z = -.7377$; $P = .4631$).

	Muy Poco importante	Poco importante	Importancia regular	Importante	Muy importante
NSB	13.1%	20.2%	30.3%	26.3%	10.1
NSM	14%	17%	27%	27%	15

Tabla 18- Importancia de la figura en las fiestas

Reactivo 24.- "...En los estudios."

El 44% del total de la muestra dijo que la figura era muy poco importante en los estudios y el 22% respondió que la figura era poco importante en los mismos.

Como puede observarse en la tabla 19 comparando los niveles socioeconómicos, en el grupo dos, las estudiantes le dan menos importancia a la figura en los estudios que las del grupo uno.

El promedio del grupo uno resultó $\bar{X}=2,354$ y $S=1.395$. El promedio del grupo dos resultó $\bar{X}= 1.957$ y $S=1.163$. Sin embargo no se encontraron diferencias significativas ($U=3935.5$, $Z=-1.9513$; $p=.0510$).

	Muy Poco importante	Poco importante	Importancia regular	Importante	Muy importante
NSB	38.4%	23.2%	14.1%	13.1%	11.1%
NSM	50%	20.2%	17%	9.6%	3.2%

Tabla 19- Importancia de la figura en los estudios.

Reactivo 25 - "...En el trabajo."

El 48% de la muestra total opinó que la figura era regularmente importante (25%), e importante(23%) en el trabajo.

Para tener éxito en el trabajo, la propia figura se consideró medianamente importante en los dos niveles socioeconómicos. En el grupo uno algunas jóvenes le daban más importancia a la figura en el trabajo (26%). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los grupos.

En el grupo uno el promedio resultó $\bar{X}= 3.060$, $S=1.254$ mientras que en el grupo dos el promedio fue $\bar{X}= 2.753$ y $S=1.299$. Prueba $U= 4200.5$; $Z=-1.6623$, $p=.0964$.

	Muy Poco importante	Poco importante	Importancia regular	Importante	Muy importante
NSB	13%	22%	25%	26%	14%
NSM	22.7%	20.6%	25.8%	20.6%	10.3%

Tabla 20- Importancia de la figura en el trabajo

Reactivo 26 .-"...Con la familia".

El 37.% del total de la muestra que comprendió el porcentaje más alto, respondió que la figura era muy poco importante con la familia .

En la comparación por niveles se observó que fueron muy similares en sus respuestas y que la mayoría no le dio importancia a la figura ante la familia. En el nivel socioeconómico bajo, la media resultó $\bar{X}=2.374$ y $S=1.290$. En el nivel socioeconómico medio, la media resultó $\bar{X}=2.274$ y $S=1.275$. Prueba $U=4493.0$, $Z=-.5565$, $p=.5779$.

	Muy Poco importante	Poco importante	Importancia regular	Importante	Muy importante
NSB	35.4%	21.2%	20.2%	17.2%	6.1%
NSM	38.9%	21.1%	18.9%	15.8%	5.3%

Tabla 21- Importancia de la figura con la familia

6.13 Conducta alimentaria

A las tres escalas que exploraban la conducta alimentaria: Escala 1, conducta alimentaria normal y anómala, Escala 2 conducta alimentaria y estrés, Escala 3, conducta alimentaria compulsiva y pérdida de control se les aplicó por separado el análisis factorial de los componentes principales con rotación Varimax utilizando una muestra de 1,265 sujetos.

Originalmente la factorialización de las variables para la escala 1 arrojó 7 factores (con eigenvalúes de 1.04388 a 5.11035) que explicaban el 57.9% del

total de la varianza, la escala 2, arrojó 10 factores (con eigenvalues de 1.00317 a 5.40361), con un 59.5% de varianza explicada; la escala 3 arrojó 6 factores (con eigenvalues de 1.00093 a 8.29488) que explicaron el 59.3% del total de la varianza.

Para cubrir el criterio de convergencia la rotación Varimax de cada escala requirió de (10, 15 y 8 iteraciones) respectivamente.

Una vez que se seleccionaron las variables con carga factorial igual o mayor a .40 y se retuvieron como factores aquellos que agrupaban un mínimo de tres variables. Se redujeron los factores, obteniendo 5 factores para las escalas 1, 2 y 4 factores para la escala 3. Por último tomando en cuenta los factores alpha de cada escala se hizo una eliminación ya que, un factor de cada escala mostró una consistencia interna no satisfactoria (alphas = .46, .36 y .36 respectivamente), por lo que finalmente solo 11 factores permanecieron: Escala 1 con cuatro factores, Escala 2 con cuatro factores y Escala 3 con tres factores.

Factor 1- Conducta dietaria restrictiva para el control de peso.

REACTIVOS	C FACT	X	S
31.- Hiciste dieta para controlar tu peso.	.76	1.32	96
50.- Hiciste dieta de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	.76	1.31	91
47.- Ayunaste para bajar de peso.	.64	1.24	85
52.- Hiciste ejercicio en exceso para reducir tu peso.	.62	1.33	94
48.- Te sentiste preocupada por tu peso	.56	1.85	1.3
			4
49.- Tuiviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso	.54	1.08	48
37.- Te pusiste a dieta de líquidos.	.37	1.10	50

Tabla 22. Factor 1- Conducta dietaria restrictiva para el control de peso.
Alpha = .7620 Eigenvalue = 5.11 Varianza = 21.3 \bar{X} = 0.26 S = 4.03

En este factor no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos aunque la media del grupo del nivel socioeconómico medio fue ligeramente más alta que la del nivel socioeconómico bajo.

Grupo uno: $\bar{X}=9.020$, $S= 3.87$. Grupo dos: $\bar{X}= 10.090$, $S=4.57$

Prueba $t=(192.88)=1.78$; $P=.076$.

Factor 2.- Preocupación por el peso

REACTIVOS	C. FACT.	X	S
36.- Tuviste problemas de concentración	.69	2.14	1.22
38.- Sentiste temor a subir de peso	.60	1.64	1.16
32 - Te sentiste triste o deprimida	.58	2.45	1.35
39.- Te sentiste con apetito voraz	.51	1.93	1.28

Tabla 23 Factor 2 -Preocupación por el peso

Alpha = .5933 Eigenvalue = 2.76

Varianza = 11.5

$\bar{X}=8.1911$

$S=3.37$.

En el factor dos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, sin embargo se observó una media ligeramente mayor en el grupo del nivel socioeconómico medio.

Grupo uno: $X= 8.060$; $S= 3.061$. Grupo dos: $X= 8.420$, $S=3.382$

Prueba $t=(198)= - .79$, $P= .431$

Factor 3.- Problemas físicos relacionados con el estrés 1

REACTIVOS	C. FACT.	X	S
40.- Te sentiste físicamente mal	.50	1.8 2	1.15
35.- Tuviste problemas digestivos	.73	1.3 7	.83
34.- Se te presentaron problemas de constipación(dificultades para defecar)	.66	1.2 0	.65
42.- Sentiste que sudabas en exceso.	.50	1.3 1	.78

Tabla 24 - Factor 3. Problemas Físicos relacionados con el estrés 1

Alpha = .58200

Eigenvalue = 1.44

Varianza =6.0

$\bar{X}=5.7331$

$S=2.33$

En el factor tres si se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos: el nivel socioeconómico medio presentó más

problemas físicos relacionados con el estrés que el grupo del nivel socioeconómico bajo.

Grupo uno $\bar{X}=5.260$, y $S=1.468$ Grupo dos: $\bar{X}=5.800$; $S=2.11$

Prueba $t = (176.49) - 2.10$; $P = .039$

Factor 4.- Problemas relacionados con el estrés 2

REACTIVOS	C. FACT.	X	S
41.- Tuviste dificultad para iniciar el sueño	.82	1.69	1.05
29.- Tuviste problemas para dormir	.78	1.70	1.04
30.- Te sentiste tensa, con molestias de cuello o espalda	.48	2.03	1.22

Tabla 25 - Factor 4 - Problemas relacionados con el estrés 2
Alpha = .6524 Eigenvalue = 1.27 Varianza = 5.3 $\bar{X}=5.43$ $S=2.56$.

En el factor cuatro no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Grupo uno.- $\bar{X}=5.320$ $S=2.31$ Grupo Dos $\bar{X}=5.800$ $S=2.72$. Prueba $t = (198) = -73$, $P = .468$

Factor 5.- Conducta alimentaria normal

REACTIVOS	C. FACT.	X	S
103 - Como lo que es bueno para mi salud.	.47	2.88	1.1 9
116 - Procuo comer verduras	.74	2.85	1.2 8
93.- Cuido que mi dieta sea nutritiva	.72	3.54	1.1 7
108.- Procuo mejorar mis hábitos alimentarios.	.69	3.18	1.1 2
105 - Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.67	3.92	1.0 4
117.- Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada.	.63	4.08	1.0 7
123 - Procuo tomar complementos vitamínicos.	.51	1.88	1.0 5
109 - Como con moderación	.45	2.87	1.2 0

Tabla 26 - Factor 5 - Conducta alimentaria normal
Alpha = .7139 Eigenvalue = 5.40 Varianza 15.4 $\bar{X}=25.23$ $S=5.29$

El factor 5 no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

El grupo uno obtuvo un promedio $\bar{X}=24.810$ $S=5.741$ mientras que en el grupo dos el promedio fue $\bar{X}=25.290$ $S=6.046$. Prueba $t(198)=-.58$ $P=.565$

Factor 6.- Conducta dietana hipocalórica

REACTIVOS	C. FACT	X	S
102.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de comer alimentos "engordadores".	.74	1.70.	.99
114.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	.73	1.74	.97
111.- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.70	1.75	.88
99.- Comer de más me provoca sentimientos de culpa	.67	1.8 0	1.16
101.- Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso.	.64	1.51	.88
118.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	.56	2.03	1.07

Tabla 27 - Factor 6 - Conducta dietana hipocalórica
Alpha = .7665 Eigenvalue =4.75 Varianza =13.9 $\bar{X}=12.4336$ $S=4.807$

En el factor 6 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. En ambos grupos las jóvenes llevan a cabo dietas bajas en calorías.

El promedio del grupo uno resultó $\bar{X}= 10.280$ $S=4.59$, mientras que el del grupo dos fue $\bar{X}=10.99$ $S=4.78$. Prueba $t(198)=1.07$; $P=.286$

Factor 7.- Estados de ánimo asociados con la conducta dietana.

REACTIVOS	C. FACT.	X	S
96.- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión.	.75	1.34	.68
91.- Cuando estoy aburrido(a) me da por comer.	.61	2.03	1.05
94.- Siento que la comida me tranquiliza	.67	1.61	.91
104.- Paso por periodos en los que como con exceso	.60	1.88	.81
92.- Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	.59	1.56	.80
106.- Me sorprende pensando en la comida	.44	1.35	.70

Tabla 28 - Factor 7 Estados de ánimo asociados con la conducta dietana
Alpha = .7698 Eigenvalue =2.27 Varianza =6.5 $\bar{X}= 9.79$ $S=3.42$

En el factor 7 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en el grupo de nivel socioeconómico medio se presentaron con más frecuencia estados de ánimo asociados con conducta dietaria. (Los puntajes elevados indican más problemas con la conducta alimentaria).

Grupo uno.- $\bar{X}=9.24$ $S=3.10$ Grupo dos.- $\bar{X}=10.58$ $S=4.47$
 Prueba t= $(176.28)=-2.46$, $P=0.015$

Factor 8 - Hábitos alimentarios inadecuados.

REACTIVOS	C FACT	X	S
110.- Consumo alimentos chatarra	73	2.45	.88
115.- Como entre comidas	60	2.40	1.07
89.- Me gusta tomar mis alimentos viendo la T. V	50	2.46	.99

Tabla 29. Factor 8 - Hábitos alimentarios inadecuados.
 Alpha = .5467 Eigenvalue = 1.20 Varianza = 3.5 $\bar{X}=7.32$ $S=2.14$

En el factor 8 se encontró que en el grupo de nivel socioeconómico medio aparecen más hábitos alimentarios inadecuados que en el primer grupo (Un puntaje elevado indica más problema con la conducta alimentaria)

El promedio del grupo uno resultó.- $\bar{X}=7.020$ $S=1.875$ mientras que el promedio del segundo fue.- $\bar{X}=7.710$ $S=2.512$. Prueba t. $(183.18)=2.20$, $P=0.029$

Factor 9.- Sobrealimentación y pérdida de control de la ingesta

REACTIVOS	C FACTORIAL	X	S
126 - Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme	80	1.65	.76
128 - Siento que no puedo parar de comer	78	1.64	.77
124 - No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene	75	1.92	.91
129 - Como sin medida.	74	1.84	.88
148 - No tengo control sobre mi forma de comer	69	1.96	.98
125 - Siento que mi forma de comer se sale de mi control	69	1.94	.92

127 - No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	60	1.89	89
137 - Soy de los que se hartan (se llenan) de comida	46	2.03	95
143 - Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	47	2.04	96
130 - Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer.	45	2.19	1.14
147 - Siento que como más rápidamente que la mayoría de la gente.	40	2.01	99

Tabla 30 - Factor 9 - Sobrealimentación y pérdida de control de la ingesta.
 Alpha =.8908 Eigenvalue =8.29 Varianza =31.9 X=21.16 S=7.08.

El factor 9 no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos sin embargo, la media del nivel socioeconómico medio se observa más elevada

El promedio del grupo uno resultó $\bar{X}=20.58$ $S=6.29$ mientras que el del segundo fue $\bar{X}=21.62$ $S=8.09$. Prueba $t(186.74)=-1.01$; $P=.312$

Factor 10 - Sentimientos asociados con la sobrealimentación.

REACTIVOS	C. FACT.	X	S
144 - Me avergüenza comer tanto	66	2.03	1.06
141 - Soy de los que se preocupan constantemente por la comida(porque siento que como mucho porque temo engordar).	65	2.42	1.21
145 - Me deprimó cuando como de más	61	1.92	99
146 - Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	44	1.96	98
131 - Difícilmente pierdo el apetito	43	2.77	1.05

Tabla 31 - Factor 10 - Sentimientos asociados con la sobrealimentación.
 Alpha =.69 Eigenvalue =2.79 Varianza =10.8 X=11.14 S=3.57.

En el factor 10 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, pero se observa ligeramente elevada la media del nivel socioeconómico medio

El promedio del grupo uno resultò .- $\bar{X}=10.850$ $S=3.54$, mientras que en el grupo dos fue $\bar{X}=11.06$ $S=3.97$. Prueba T: (198)=.39; P=.694

Factor 11.- Conducta dietaria crónica.

REACTIVOS	C. FACT.	X	S
138 - Me la paso "muréndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	80	1 53	72
135 - Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar	75	1 83	1.02
139 - Perteneczo al club de los que para controlar su peso se saltan las comidas.	.74	1 57	79
140 - Suele comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero cenó mucho).	52	1 84	.95
149.- Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso.	40	2 03	97

Tabla 32.- Factor 11 - Conducta dietaria crónica.

Alpha =.7879 Eigenvalue =1.18 Varianza =4 6 X=8 83 S=3.31

En el factor 11 no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, en ambos las conductas de dietarias crónicas están presentes en su alimentación.

En el grupo uno el promedio resultò - $\bar{X}=8.98$ $S=3.21$ mientras que en el grupo dos fue muy semejante.- $X=8 830$ $S=3.66$
Prueba t:(196)= .31; P=.759

6.14 FRECUENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO ALIMENTARIOS.

Para conocer la frecuencia o distribución con que se practicaban las conductas alimentarias en la población total (N= 200) . En cada factor, se obtuvo la sumatoria de las variables que lo integraban y se dividió la sumatoria entre tres con el propósito de contar con clasificaciones de frecuencia: baja, media y alta, para facilitar la interpretación de los resultados.

Factor 1.- Conducta dietaria restrictiva para el control de peso. Integrado por 7 variables con un valor máximo esperado = 35.

<u>Clasificación de frecuencias.</u>	<u>Rangos.</u>
Baja	de 0 a 11.
Intermedia	de 12 a 24.
Alta	de 25 a 35.

En la población total las jóvenes practican las dietas, hacen ejercicio en exceso, se preocupan por su peso y recurren a inhibidores del hambre para controlar su peso, con frecuencia alta el (15%), con frecuencia intermedia el (16%) y con baja el (82.5%).

Factor 2 - Preocupación por el peso. Integrado por 4 variables con un valor máximo esperado = 20

<u>Clasificación de frecuencias</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 6
Intermedia	de 7 a 13
Alta	de 14 a 20.

Los adolescentes han tenido problemas de concentración, sienten temor a subir de peso, se sienten deprimidas y con apetito voraz, con frecuencia alta el (11.5%), con mediana el (53%) y con baja el (35.5%)

Factor 3. Problemas físicos relacionados con el estrés 1. Integrado por 4 variables con un valor máximo esperado = 20

<u>Clasificación de frecuencias.</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 6
Intermedia	de 7 a 13
Alta	de 14 a 20

Las jóvenes han presentado problemas digestivos, de constipación y de sudor en exceso, con frecuencia alta el (.5%), mediana el (21%) y con baja el (78.5%).

Factor 4.- Problemas relacionados con el estrés 2. Integrado por 3 reactivos con valor máximo esperado = 15

<u>Puntaje real</u>	<u>Rango</u>
Frecuencia baja	de 1 a 5
Frecuencia media	de 6 a 10
Frecuencia alta	de 11 a 15.

Las estudiantes reportaron dificultad para iniciar el sueño, problemas para dormir y la sensación de estar tensa con molestias de cuello o espalda con frecuencia alta el (5%), con frecuencia intermedia el (34.5%) y con baja el (60.5%).

Factor 5.- Conducta alimentaria normal Integrado por 8 reactivos con un puntaje esperado = 40

<u>Clasificación de frecuencias</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 13
Intermedia	de 14 a 27
Alta	de 28 a 40.

La mayoría de las chicas tienen buenos hábitos de alimentación; comen lo que es bueno para su salud, como las verduras, alimentos con fibra, comida nutritiva y comen con moderación. Practican los buenos hábitos de alimentación con frecuencia alta el (40%), intermedia el (54.5%) y con baja el (5.5%)

Factor 6.- Conducta dietaria hipocalórica. Integrado por 6 variables con puntaje máximo esperado =30

<u>Clasificación de frecuencias</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 10
Intermedia	de 11 a 20
Alta	de 21 a 30

La mayoría de las adolescentes llevan a cabo las dietas bajas en harinas grasas y azúcares, con frecuencia alta el (4%), con frecuencia intermedia el (38.5%) y baja el (57.5%)

Factor 7.- Estados de ánimo asociados con la conducta dietaria Integrado por 6 variables con valor máximo esperado = 30

<u>Clasificación de frecuencias</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 10
Intermedia	de 11 a 20
Alta	de 21 a 30

Las jóvenes consideran que la comida es un buen remedio para la tristeza, que cuando están aburridas les da por comer, que la comida las tranquiliza, que pasan por periodos en los que comen con exceso, sienten que podrían comer sin parar y se sorprenden pensando en la comida. Estos estados de ánimo se presentan con frecuencia alta el (3%), con frecuencia intermedia el (29%) y baja en el (68%).

Factor 8.- Hábitos Alimentarios Inadecuados. Integrado por 3 variables con un valor máximo esperado =15

<u>Clasificación de frecuencias</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 5
Intermedia	de 6 a 10
Alta	de 11 a 15

La mayoría de las chicas reportaron hábitos alimentarios inadecuados, consumen alimentos chatarra, comen entre comidas, y les gusta tomar sus alimentos viendo la TV. Con alta frecuencia el (9%), con frecuencia intermedia el (75%) y baja el (16%)

Factor 9.- Sobrealimentación y Perdida de control de la ingesta. Integrado por 11 variables con un puntaje máximo esperado = 55

<u>Clasificación de frecuencias</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 18
Intermedia	de 19 a 37
Alta	de 38 a 55.

Las jóvenes tienen problemas con el control de la ingesta no pueden parar de comer comen sin medida, no se dan cuenta de cuanto comen, se llenan de comida, comen mayor cantidad y más rápido que la mayoría de la gente. Con alta frecuencia el (1.5%), con frecuencia intermedia el (57%) y con baja el (41.5%)

Factor 10 - Sentimientos asociados con la sobrealimentación. Integrado por 5 variables con un puntaje máximo esperado = 25

Clasificación de frecuencias	Rangos
Baja	de 1 a 8
Intermedia	de 9 a 17
Alta	de 18 a 25

Las jóvenes se avergüenzan por comer tanto, se preocupan constantemente por la comida, se deprimen cuando comen de más, sienten que los problemas les incrementan el apetito y difícilmente pierden el apetito. Con alta frecuencia el (1.5%), con frecuencia intermedia el (52%) y con baja el (46.5%)

Factor 11 - Conducta dietaria crónica Integrado por 5 variables con un valor máximo esperado = 25

<u>Clasificación de frecuencias</u>	<u>Rangos</u>
Baja	de 1 a 8
Intermedia	de 9 a 17
Alta	de 18 a 25

Las adolescentes practican dietas, se saltan las comidas rompen las dietas y las vuelven a empezar, comen masivamente y hacen ejercicio con exceso. Con alta frecuencia el (5%), con frecuencia intermedia el (26 5%) y con baja el (73%).

En la tabla 32 se pueden observar los factores de riesgo, el factor que resultó con frecuencia altas fue: los estados de ánimo asociados con la conducta dietaria, y los factores que arrojaron frecuencias intermedias fueron los hábitos alimentarios inadecuados y la sobrealimentación y la pérdida de control de la ingesta

DISTRIBUCIÓN EN FRECUENCIAS DE LOS FACTORES DE RIESGO

FACTORES	FRECUENCIA BAJA	FRECUENCIA INTERMEDIA	FRE- CUEN- CIA ALTA
1- Conducta dietaria restrictiva para el control de peso.	82 5%	16%	1 5%
2- Preocupación por el peso	35 5%	53%	11 5%
3- Problemas físicos relacionados con el estrés 1.	78 5%	21%	0 5%
4- Problemas relacionados con el estrés 2.	60 5%	34 5%	5%
5- Conducta alimentaria normal.	5 5%	54 5%	40%
6- Conducta dietaria hipocalórica	57 5%	38 5%	4%
7- Estados de ánimo asociados con la conducta dietaria	3%	29%	68%
8- Hábitos alimentarios inadecuados.	16%	75%	9%
9- Sobrealimentación y pérdida de control de la ingesta	41 5%	57%	1 5%
10- Sentimientos asociados con la sobrealimentación	46 5%	52%	1 5%
11- Conducta dietaria crónica.	73%	26 5%	0 5%

Tabla 32.- Distribución en frecuencias de los factores de riesgo

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Discusión.

El propósito de esta investigación fue detectar la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en adolescentes de sexo femenino y determinar la relación entre, éstos y el nivel socioeconómico

Con base en los resultados expuestos en el capítulo anterior puede decirse en términos generales que se encontraron factores de riesgo psicosociales asociados con la imagen corporal y factores de riesgo asociados con la conducta alimentaria que pueden contribuir al desarrollo de trastornos alimentarios hallándose entre las adolescentes del nivel socioeconómico medio una tendencia mayor.

Asimismo como era lo esperado, se encontraron porcentajes moderados en relación a los factores de riesgo por tratarse de un estudio realizado con población abierta o normal

Los porcentajes de las conductas que más destacaron fueron: conducta dietante o la práctica de dietas, sobrealimentación, ejercicio en exceso, temor a subir de peso, insatisfacción con la figura o imagen corporal y preocupación por el peso

Cuando a las jóvenes de la muestra se les preguntó si tenían o habían tenido problemas con su peso corporal la mayoría consideró no haber tenido problemas con su peso, aunque un 38% declaró haberlos tenido. De aquellas que aceptaron tener este tipo de problemas el 31% respondió que eran de sobrepeso

También se constató que un 30% de las jóvenes habían hecho dieta para controlar su peso, encontrándose el porcentaje más alto entre las adolescentes del nivel socioeconómico medio.

Sin embargo, debe subrayarse que este 30% contrasta con el 60% y el 70% que reporta la literatura internacional (Johnson, Lewis, Love, Stuckey y Lewis 1983).

Las edades más frecuentemente citadas en las que las estudiantes iniciaron las dietas con propósitos relacionados con el control de peso fueron entre los 12 y los 17 años. Estos hallazgos confirman los reportados por otros investigadores, por ejemplo, Wardle y Beates (1986), quienes no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de niñas más jóvenes de 12 años de las más grandes de 18 años.

También debe señalarse que este periodo de edad es donde ocurren los cambios de la pubertad y que es cuando la alimentación adecuada tiene más importancia para el desarrollo y crecimiento sano.

Ahora bien, en los seis meses anteriores a la aplicación del cuestionario, un porcentaje similar de adolescentes hizo dietas y nuevamente la proporción fue mayor, de hecho fue el doble entre las estudiantes de nivel socioeconómico medio.

De la misma manera se encontró que las respuestas dadas a los reactivos que exploraban la conducta alimentaria presentaron medias bajas en los dos grupos de estudiantes, aunque se observaron tendencias a registrar medias un poco más elevadas en el grupo de nivel socioeconómico medio.

Los resultados mostraron que en general los factores de riesgo alimentarios detectados son independientes del nivel socioeconómico. Sin embargo, las adolescentes del nivel socioeconómico medio mostraron diferencias

estadísticamente significativas en mayor medida que las adolescentes del nivel socioeconómico bajo en: los problemas físicos relacionados con el estrés (vgr. sudoración, constipación, etc.). Los estados de ánimo asociados con conducta dietaria (vgr. comer cuando se está aburrido, creer que la comida tranquiliza, pensar constantemente en la comida) y el seguimiento de hábitos alimentarios inadecuados (vgr. comer alimentos chatarra, comer entre comidas y comer frente a la televisión)

El factor de riesgo que se presentó con alta frecuencia fue: los estados de ánimo asociados con la conducta dietaria tales como estar triste y comer, estar aburrido y comer, sentir que la comida da tranquilidad o sentir que la comida es un buen remedio para la depresión, que en este estudio quedaron agrupados en el factor 7. También Abraham y Beumont (1982) y Johnson y Larson (1982) han encontrado estas correlaciones

Es importante señalar el riesgo potencial que representan las frecuencias intermedias (del 38 % al 75%) de algunas de las variables asociadas con la conducta alimentaria; tales como los hábitos alimentarios inadecuados y la conducta dietaria hipocalórica.

Debe recordarse que la inanición voluntaria y el ejercicio excesivo son como el alcohol, puesto que ejercen efectos psicotrópicos o sea ciertos estados de conciencia alterada que pueden experimentarse como de bienestar. La inanición continua trastorna gradualmente la base bioquímica del funcionamiento intelectual normal y por ende tiene la capacidad de atrapar a los individuos en una espiral de deterioro de la personalidad (Duker y Slade 1992); también se encontraron otros factores tales como la sobrealimentación y la pérdida de control, que algunos autores señalan como elementos que comparten la obesidad y la bulimia: Filstead, Parrela y Ebbitt (1988); Johnson y Larson (1982) y Abraham y Beumont (1982).

Cabe señalar que por la misma razón de que los datos provienen de una población normal se esperaría que la frecuencia del factor que explora la conducta alimentaria normal fuese más alto que el 40% que se registró en esta investigación.

Como se mencionó en el capítulo de adolescencia e imagen corporal, el temor a ganar peso o el deseo de perder peso y la preocupación por la imagen corporal, la distorsión de la imagen corporal e insatisfacción con la imagen corporal constituyen características comunes de la anorexia y la bulimia nerviosas.

De hecho algunos autores han argumentado que tales características constituyen la psicopatología central de estos trastornos (Fairburn, Cooper y Cooper 1985).

En la literatura internacional se reportan altos porcentajes que van del 70 a 80% en cuanto a las prácticas relacionadas con los trastornos alimentarios como puede observarse en los estudios de Stunkard (1984), Wooley y Wooley, (1984), en cambio en México estos porcentajes son menores (Escobar 1992, Gómez Pérez-Mitre, 1993, 1994, Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Para fines de este trabajo debe tenerse en cuenta que aquellas personas que sean vulnerables tanto en el plano biológico como en el psicológico para desarrollar alguno de éstos trastornos, les será más fácil expresar su manifestación clínica cuando las demandas de su contexto social se sumen a esos elementos.

Al igual que en estudios anteriores más de la mitad de las jóvenes de esta muestra deseaba pesar menos y mucho menos, y aunque esta respuesta tiene implícita la insatisfacción con la imagen corporal, cuando se les interrogó directamente como se sentían con su figura un porcentaje mayor respondió que se sentía satisfecha y muy satisfecha.

Asimismo, un 43% de la muestra se autopercibió por arriba y muy por arriba de su peso ideal.

Llama la atención como se confirma la influencia que ejerce en las respuestas la forma en que se pregunta, las preguntas directas disminuyeron los porcentajes y ocurrió lo contrario cuando se formularon las preguntas de manera indirecta.

Responder que se está satisfecha con la imagen corporal y desear pesar menos y/ o autoperibirse por arriba del peso ideal y mostrar insatisfacción cuando se pregunta indirectamente son resultados que se han encontrado constantemente desde los primeros estudios (Gómez Pérez-Mitré, 1993b), así como en los más recientes. Por ejemplo, Murrieta (1997), reporta los mismos hallazgos y los mismos porcentajes

La tendencia de parte de las chicas de las muestras mexicanas a negar su insatisfacción con la figura y alterar las respuestas en dirección favorable puede explicarse como la tendencia a autopresentarse favorablemente (dar una buena imagen tanto al exterior como al interior de nosotros mismos)

Sin embargo, considerar que lo aceptable es mostrarse satisfecha con el propio cuerpo es cultural; así como entre las chicas norteamericanas lo socialmente aceptable es mostrarse insatisfechas (Gómez Pérez-Mitré 1997). De la misma manera Murrieta (1997) al igual que el presente estudio, reportó no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas por nivel socioeconómico aunque encontró una tendencia en porcentajes más altos en el nivel socioeconómico medio

Se observó que independientemente del grupo socioeconómico existe una relación lineal entre el índice de Masa Corporal estimado (IMCe) e insatisfacción con la figura, también se encontró que a mayor IMCe se desea pesar menos. Asimismo entre el IMCe y la autopercepción del peso real, y en relación con

autopercepción del peso ideal: a mayor IMC estimado más alejado se esté del peso ideal, así como entre el IMC real y la autopercepción del peso corporal.

Se halló una correlación moderadamente alta (.79) al comparar los datos arrojados con el IMC estimado y el IMC real. Este resultado indica que las medidas de peso y talla que las adolescentes reportaron son confiables y que podría prescindirse de las medidas antropométricas al menos en lo que se refiere a la población normal.

Se observó que cuando el IMCe fue mayor a 22 (IMC 19 a 22.9 = peso normal en escala validada para las adolescentes mexicanas), las estudiantes declararon sentirse insatisfechas con su figura o con deseos de pesar menos, sentirse por arriba de su peso ideal, y hasta sentirse gordas.

Resumiendo se encontró que a mayor IMCe mayor insatisfacción con la imagen corporal

Por otra parte, un porcentaje muy bajo(4%) se autclasificó con obesidad y con obesidad mórbida (1%).

Asimismo, la mitad de las estudiantes identificó su figura actual más gruesa que su figura ideal y esto también señala su insatisfacción con la imagen corporal ya que únicamente un porcentaje bajo (21%), de estudiantes escogieron la misma figura.

Lo anterior muestra que el hecho de vivir en una sociedad que se preocupa por el control de la comida y el peso afecta a los individuos desde edades tempranas y que estas jóvenes ya sienten las presiones propias de su entorno.

Está claro que se vive rodeado por mensajes donde la delgadez se impone.

Se vive en una sociedad en la cual algunos de los componentes de la autoestima dependen del aspecto físico, como lo demuestran los medios de comunicación el cuerpo se utiliza para vender cualquier producto.

Los datos anteriores señalan que en esta muestra de estudiantes la delgadez es un factor importante, y que existe cierta presión por conseguir una figura esbelta. Como Bruch escribió en 1973: una persona joven, cuya estructura corporal no se ajuste a la imagen aceptada por la sociedad, ya sea por su constitución o por causas accidentales, se ve sometida a una enorme presión y a una crítica constante

A pesar de los resultados ya citados era de esperarse que las jóvenes sobrestimaran su peso pero justamente ocurrió lo contrario. La tendencia fue percibirse más delgada en la muestra total y en particular en un porcentaje mayor de la submuestra (el 78.3%) y nuevamente en el nivel socioeconómico medio más que en el nivel socioeconómico bajo

Estos datos son contradictorios con los de investigaciones anteriores como por ejemplo la de Huon y Brown (1986), que estudió la percepción de la imagen corporal de individuos normales respecto a su conducta alimentaria, comparándola con la de las pacientes anoréxicas y bulímicas. Los autores encontraron una tendencia a sobrestimar el IMC y ésta era mayor entre las pacientes que en el grupo de las personas normales

Esta tendencia a la sobreestimación aún en grupos de personas normales también se ha hallado en otros estudios como los de Casper Halmi, Goldberg, Eckert y Davis (1979), los de Freeman, Thomas, Solyom y Koopman (1985) y los de Gardner Garfinkel y Shaughnessy (1985)

En cambio en México ya antes se han encontrado datos de subestimación por ejemplo. Gómez Pérez-Mitré (1993 b), y en uno de los estudios más recientes Murrieta (1997) reporta este mismo hallazgo.

Este rubro deber ser sometido a mayor investigación para conocer cuáles son las variables que intervienen y descubrir si existen elementos culturales en la explicación.

Se encontraron dos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las actitudes: en el nivel socioeconómico medio, las adolescentes opinaron que la figura era más importante para tener éxito con el sexo opuesto, que la importancia que le atribuyeron las adolescentes del nivel socioeconómico bajo.

Además, las estudiantes de este mismo nivel socioeconómico también opinaron que la figura era muy importante para si mismas, es decir, las chicas de este nivel le dieron mayor importancia que las del nivel socioeconómico bajo a sentirse bien con uno mismo.

Los datos anteriores sugieren que la delgadez fue más valorada en el grupo socioeconómico que se ubica en el nivel más alto, lo que concuerda con la teoría según Bruch (1973), Palazzoli (1974), y Brumberg (1988), esto contribuye a que con más frecuencia se presenten los trastornos alimentarios en esos grupos.

Cuando la comida era menos abundante, la gordura era símbolo de riqueza. La gente rica, tenía suficiente alimento para comer en exceso. Hoy la delgadez tiene la connotación paradójica de que se tiene tanto que se puede prescindir de ello. Obsérvense los cuadros de los reyes y reinas de épocas anteriores y compárense con las esposas de los presidentes o gobernantes actuales.

Además los estereotipos estéticos como todo lo que son valores, suelen extenderse en las sociedades complejas en sentido descendente, es decir, desde las clases más elevadas a las más deficitarias.

Los grupos de ambos niveles compartieron opiniones muy similares en diferentes aspectos como los siguientes

La actitud hacia la delgadez /obesidad se consideró regularmente importante para tener éxito entre los amigos, mientras que en ambos grupos la delgadez fue considerada importante para encontrar pareja.

La actitud hacia la delgadez/obesidad en ambos grupos se clasificó como importante y regularmente importante para encontrar trabajo, en cambio para tener éxito en las fiestas ambos grupos consideraron que la figura tenía importancia regular.

Las estudiantes de ambos grupos coincidieron en que la figura tiene muy poca importancia para el éxito en la familia y en los estudios. En cambio para tener éxito en el trabajo, la figura se consideró medianamente importante en ambos niveles socioeconómicos. Parece que en las áreas donde los lazos afectivos eran más fuertes la figura tenía menos importancia, en cambio donde los vínculos afectivos eran menores más importancia tenía la figura.

El comportamiento en estos rubros fue muy similar, puesto que compartieron muchas actitudes a pesar de su nivel. Lo que puede deberse a la influencia de los medios que tiende a generalizar y a homogeneizar a los grupos sociales

Como ya lo señaló Fromm en su libro La condición Humana actual (1979). el carácter del hombre se orienta más hacia una pasividad considerable y una identificación con los valores del mercado. El hombre contemporáneo es ciertamente pasivo en gran parte de sus momentos de ocio. Es el consumidor eterno. El mundo no es más que un enorme objeto para su apetito. Su "valor" reside en el precio que puede obtener por sus servicios, no en sus cualidades de amor y razón ni en su capacidad artística. De allí que el sentido que tiene de su

propio valor dependa de factores externos y que sentirse un triunfador esté sujeto al juicio de otros

Resumiendo

Las adolescentes de la muestra estudiada tenían problemas de peso hacia la dieta a pesar de que la mayoría se encontraba en peso normal iniciaron las dietas desde los doce años, además, presentaron en proporciones preocupantes otros factores de riesgo alimentarios como estados de ánimo asociados con la conducta dietaria, hábitos alimentarios inadecuados, sobrealimentación, pérdida de control, preocupación por el peso y, sentimientos asociados con la sobrealimentación

Mostraron actitudes favorables hacia la delgadez y la mayoría de las jóvenes se sintió insatisfecha con su figura.

Un aspecto importante fue conocer la relación entre el nivel socioeconómico y los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en las adolescentes, de acuerdo con los resultados no se encontró relación entre dichas variables. Este resultado pudiera atribuirse a que no se manejó el nivel socioeconómico como un índice, y únicamente se tomaron dos variables ingreso económico y tipo de escuela a la que asiste, por lo tanto, se sugiere seleccionar variables que discriminen mejor el estrato socioeconómico

Conviene aclarar que debido a que esta investigación se realiza con un muestreo de tipo no probabilístico no es posible generalizar los resultados a la población, por lo que se sugiere que las nuevas investigaciones proporcionen datos que puedan generalizarse. Asimismo debe tomarse en consideración para investigaciones futuras que tres factores de la escala que mide la conducta alimentaria arrojaron alfas cercanas al .60, y por lo mismo debe modificarse

Propuestas:

Dado el creciente número de casos de los trastornos alimentarios y las cifras que este trabajo arrojó se sugiere organizar programas de prevención a nivel escolar, que pueden ser talleres, o ciclos de conferencias donde se proporcione información a las jóvenes de diferentes temas como son: dietas adecuadas y balanceadas, hacer énfasis sobre el peso adecuado a nuestra raza, y distinguirlo del peso ideal aberrante que promueven los medios de comunicación.

Sugerrir un análisis personal sobre los estados de animo que acompañan a las comidas y tratar de comer la mayoría de las veces solo por hambre

A los padres, sensibilizarlos sobre la importancia de demostrar su afecto y tratar de satisfacer las necesidades emocionales de los jóvenes versus sus necesidades económicas.

A todo el público hablar sobre la importancia de fomentar la autoestima, la autenticidad y los valores humanos en las familias.

ANEXO I:

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la Salud Integral (física y psicológica) de la comunidad estudiantil para contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida.

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu sentido de cooperación: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombres y la información que nos des es confidencial y totalmente anónima.

GRACIAS.

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó, junto con este Cuadernillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no solo tacharlo o subrayarlo.
Utiliza lápiz o pluma de tinta negra.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

Edad _____ Estatura aproximada: _____

Peso aproximado _____

Escuela Pública 01

Escuela Privada 02

1.- ¿Qué estás estudiando?

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato , Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Posgrado

2.- ¿Trabajas?

- A) sí
- B) no

3.- Actualmente vives con :

- A) Familia Nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposa o Pareja
- E) Solo (a)
- F) Amigo (a)

4. - Edad de tu primera menstruación.

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 o más

7.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) N \$ 1000 ó menos
- B) N \$ 1001 a 3000
- C) N \$ 3001 a 5000
- D) N \$ 5001 a 7000
- E) N \$ 7001 a 9000
- F) N \$ 9001 ó más

8.- ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y Padre y /o Madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposo (a) o pareja

9.- Años de estudio de tu padre.

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 años o más

10.- Años de estudio de tu madre

- A) Menos de 6 años
- B) De 6 a 8 años
- C) De 9 a 11 años
- D) De 12 a 14 años
- E) De 15 a 17 años
- F) De 18 años o más

11.- ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?

- A) No (Pasar a la pregunta 13)
- B) Sí. (Pasar a la siguiente pregunta)

12.- Tú problema es o era

- A) Sobrepeso
- B) Falta de peso

13.- ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- A) no (Pasar a la pregunta 16)
- B) sí (Pasar a la siguiente pregunta)

14.- ¿Que edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

- A) Menos de 9 años
- B) 9 a 11 años
- C) 12 a 14 años
- D) 15 a 17 años
- E) 18 a 20 años
- F) 21 ó más

15.- ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?

- A) NO
- B) SI

16.- ¿Que peso te gustaría tener?

- A) Mucho menor del que actualmente tengo
- B) Menor del que actualmente tengo
- C) El mismo que tengo
- D) Más alto del que actualmente tengo
- E) Mucho más alto del que actualmente tengo

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados periodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada una de ellas y responde cuáles han sido tus propias condiciones durante los últimos quince días.

EN LOS ÚLTIMOS 15 DÍAS

CUANTOS DÍAS:

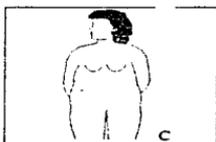
	0	2	4	6	8
29.- Tuviste problemas para dormir	A	B	C	D	E
30.- Te sentiste tensa con problemas de cuello y/o espalda	A	B	C	D	E
31.- Hiciste dieta para controlar tu peso.	A	B	C	D	E
32.- Te sentiste triste, deprimida	A	B	C	D	E
33.- Sufriste de dolor de cabeza	A	B	C	D	E
34.- Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar)	A	B	C	D	E
35.- Tuviste problemas digestivos (gases inflamación, eructos, etc.)	A	B	C	D	E
36.- Tuviste problemas de concentración.	A	B	C	D	E
37.- Te pusiste a dieta de líquidos	A	B	C	D	E
38.- Sentiste temor a subir de peso	A	B	C	D	E
39.- Te sentiste con apetito voraz	A	B	C	D	E
40.- Te sentiste físicamente mal	A	B	C	D	E
41.- Tuviste dificultad para iniciar el sueño	A	B	C	D	E
42.- Sentiste que sudabas con exceso.	A	B	C	D	E
43.- Tuviste problemas con tu respiración	A	B	C	D	E
44.- Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal	A	B	C	D	E
45.- Te sentiste sin hambre	A	B	C	D	E
46.- Te sentiste preocupada por tu salud.	A	B	C	D	E
47.- Ayunaste para bajar de peso	A	B	C	D	E
48.- Te sentiste preocupada por tu peso	A	B	C	D	E
49.- Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados fibras)	A	B	C	D	E

50.- Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso A B C D E

51.- Te provocaste vómito porque comías de mas A B C D E

52.- Hiciste ejercicio en exceso para reducir tu peso A B C D E

53.- Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



EN CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SEÑALA AQUELLA OPCIÓN QUE MAS SE APROXIME A LA MANERA EN COMO VES LA SITUACIÓN O QUE MAS SE ACERQUE A TU MANERA DE SER O DE PENSAR

A	B	C	D	E
Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre

- 89.- Me gusta tomar mis alimentos viendo la T V A B C D E
- 90.- Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento A B C D E
- 91.- Cuando estoy aburrida me da por comer A B C D E
- 92.- Paso por periodos en los que podría comer sin parar A B C D E
- 93.- Cuido que mi dieta sea nutritiva A B C D E
- 94.- Siento que la comida me tranquiliza A B C D E
- 95.- Como porque tengo que hacerlo (por que hay que comer para vivir) A B C D E
- 96.- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. A B C D E
- 97.- Como tan rapidamente que los alimentos se me "atragantan". A B C D E
- 98.- Tengo temporadas en las que realmente "me mato de hambre". A B C D E
- 99.- Comer de más me provoca sentimientos de culpa A B C D E
- 100.- Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño A B C D E
- 101.- Ingero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso A B C D E
- 102.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos "engordadores" A B C D E
- 103.- Como lo que es bueno para mi salud A B C D E
- 104.- Paso por periodos en los que como con exceso A B C D E
- 105.- Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. A B C D E

- 106.- Me sorprendo pensando en la comida. A B C D E
- 107.- Si me excedo con la comida me provocho vómito. A B C D E
- 108.- Procuero mejorar mis hábitos alimentarios A B C D E
- 109.- Como con moderación. A B C D E
- 110.- Consumo alimentos chatarra A B C D E
- 111.- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. A B C D E
- 112.- Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo) A B C D E
- 113.- Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso A B C D E
- 114.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada A B C D E
- 115.- Como entre comidas. A B C D E
- 116.- Procuero comer verduras. A B C D E
- 117.- Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada A B C D E
- 118.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. A B C D E
- 119.- Como grandes cantidades de alimento A B C D E
- 120.- Tomo mis alimentos solo cuando tengo hambre A B C D E
- 121.- Suelo servirme dos o más porciones A B C D E
- 122.- Como hasta sentirme inconfortablemente llena A B C D E
- 123.- Procuero tomar complementos vitamínicos A B C D E

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de que tan sinceras sean tus respuestas

A	B	C	D	E
totalmente falso	falso	a veces falso y a veces cierto	cierto	totalmente cierto

- 124.- No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene. A B C D E

- 125.- Siento que mi forma de comer se sale de mi control A B C D E
- 126.- Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo A B C D E
dificilmente puedo detenerme.
- 127.- No soy consciente (no me doy cuenta de cuánto como) A B C D E
- 128.- Siento que no puedo parar de comer. A B C D E
- 129.- Como sin medida. A B C D E
- 130.- Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma A B C D E
de comer.
- 131.- Dificilmente pierdo el apetito A B C D E
- 132.- Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío A B C D E
- 133.- No tengo problemas con mi forma de comer A B C D E
- 134.- Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago A B C D E
lleno
- 135.- Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar A B C D E
- 136.- No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando A B C D E
puedo.
- 137.- Soy de las que se hartan (se llenan)de comida A B C D
- 138.- Me la pasc "muriéndome de hambre" ya que constantemente A B C D E
hago dietas.
- 139.- "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se A B C D E
saltan las comidas.
- 140.- Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no A B C D E
como, pero ceno mucho)
- 141.- Soy de los que se preocupan constantemente por la comida A B C D E
(porque siento que como mucho, porque temo engordar)
- 142.- Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer A B C D E
- 143.- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come A B C D E
- 144.- Me avergüenza comer tanto A B C D E
- 145.- Me deprimo cuando como de más A B C D E
- 146.- Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo A B C D E
incrementan.
- 147.- Siento que como más rápidamente que la mayoría de la A B C D E

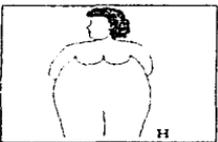
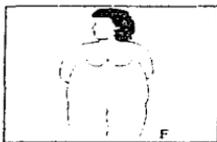
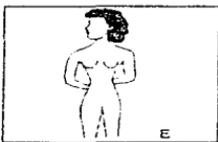
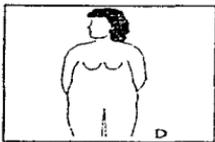
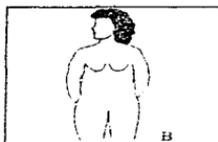
gente.

148 - No tengo control sobre mi forma de comer.

A B C D E

149.- Hago ejercicio en exceso como un medio de control de peso. A B C D E

181.- Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



BIBLIOGRAFÍA

- Abraham, S. F., & Beumont, P. J. V. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.
- Allport, G. W. (1977). *Psicología de la personalidad* (6a. ed.). Herder Barcelona.
- Arias, G. F. (1989) *Actitudes Opiniones y Creencias*. (4a. ed.). Trillas México
- Askevold, F., & Heidberg, A. (1979) Anorexia nervosa two cases in discordant Mz twins. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 223-228
- Asociación Psiquiátrica Americana. (1995) *Manual estadístico y diagnóstico de las enfermedades mentales*. DSMIV. Masson. España
- Bandura, A. & Walters, C. (1963) Social learning analysis and personality development. New York. Holt, Rinehart and Winston. En Wittaker, J. O. (1977) *Psicología*. (3a. ed.) Interamericana. México
- Bassoe, H. H. (1990) Anorexia /Bulimia Nervosa. The development of anorexia nervosa and of mental symptoms. Treatment and out come of the disease. *Acta Psychiatrica Scandinavian*, 351, (82), 7-13
- Baumrid, D. (1968) Authoritarian vs autoritative parental control. *Adolescence*, 3, 255-272.
- Bell, R.M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago-London University of Chicago Press. En Van Deth, R. & Vandereycken, W. (1994). Continuity and discontinuity in the history of self starvation. *European Eating Disorder Review*, 2 (1) 47-54.
- Bennett, W. & Gurin, J. (1982) *The dieter's dilemma*. Basic Books. New York.
- Berscheid, E. Walster, E. & Bohrnstedt, G. (1973). The happy american body a survey report. *Psychology Today*, 7, 119-131. En Bruchon, S. (1992) *Psicología del cuerpo*. (2a. ed.). Herder, Barcelona
- Black, C. (1990) *Double duty* Valantine Books. New York
- Boskind-Lodhal, (1976) Cinderella's stepsisters: a feminist interpretation of anorexia nervosa and bulimia. *Sings*, 2, 341-35. En Gordon, R. A. (1990) *Anorexia and bulimia Anatomy of a social epidemic* Basil Blackwell. Cambridge, M. A.
- Braguinsky, J. (1989). *Obesidad. Patogenia, Clínica y Tratamiento*. Promedicina México

- Brooks-Gunn, J. & Warren, M. P. (1985). The effects of delayed Menarche in different context: dance and non dance students. *Journal of youth and adolescence*, 14, (4), 285-300.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the research for the perfect body where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22, 1-12.
- Bruch, H. (1973) *Eating disorders*. Basic books. New York. En Hsu, G. L. K. (1983) The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13 231-238.
- Bruch, H. (1977) *Psychological antecedents of anorexia nervosa*. En *Anorexia nervosa*. Ed. R. A. Vigersky Raven Press. New York
- Bruch, H. (1978) *The golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, M. A. Harvard University press
- Bruch, H. (1985) Psychotherapy in primary anorexia nervosa. *Journal of nervous and mental disease*, 150, 51-67
- Bruch, H. (1985) Four decades of eating disorders. En Gardner & Garfinkel. Eds *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford, 7-18
- Brumberg, J. J. (1988). Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. *Cambridge Harvard University Press*.
- Bruchon, S. (1992). *Psicología del cuerpo*. Herder. Barcelona.
- Burns, R. B. (1979). *The self-concept: Theory, measurement, development and behavior*. London. Longman
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books. En Zax, M. & Specter, G. A. (1979). *Introducción a la Psicología de la comunidad*. El manual moderno
- Casillas, L. E. y Vargas, L. A. (1980). Cuadros de peso y talla para adultos mexicanos. *Archivo de Investigación Médica*, 11 157-174.
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C. & Davis, J. M. (1979). Disturbances in body image estimation as related to other characteristics and outcome in anorexia nervosa. *British Journal Psychiatry*, 134, 60-66

- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi K. A., Goldberg, S. C. & Davis, J. M. (1980) Bulimia: its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa *Arch Gen Psychiatry*, 37, (9), 1030-1035
- Charcot, J. M. (1889) Disorders of the nervous system. *New Sydenham Society London* 7, 22-28. En Hsu, G L K (1983). The aetiology of anorexia nervosa *Psychological Medicine*, 13 231-238.
- CONAPO.(1982) *Familia y sexualidad en la educacion de la sexualidad humana*. (vol III) México, D.F
- Cooper, P. J & Fairburn, C G (1983) Binge eating and self induced vomiting in the community: a preliminary study *British Journal of Psychiatry*, 142, 139-144
- Cooper, P. J. & Taylor, M. J. (1988) Body image disturbance in bulimia nervosa *British Journal of psychiatry*, 153, (2), 32-36
- Coopersmith, S (1967) *The antecedents of self esteem* San Francisco W.H. Freeman.
- Crisp, A. H & Toms, D. A (1972) Primary anorexia nervosa or weight phobia in the male *British Medical Journal*, 1, 334-338.
- Davis, L L (1984) Perceived somatotype, body -cathexis and attitudes toward clothing among college females *Perceptual and motor skills*, 58, 883-886. En Bruchon, S (1992) *Psicologia del cuerpo*. (2a ed). Herder, Barcelona
- Davis, C., Kenneedy, S. H., Ravelsky, E & Dionne M (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders *Psychological Medicine* Cambridge University Press, 24, 957-967
- Dolto, F (1986) *La imagen inconsciente del cuerpo* Paidós, biblioteca de Psicología profunda México
- Druss R G. & Silverman, J. A (1979) Body image and perfectionism of ballerinas *General Hospital Psychiatry*, 2, 115-121
- Duker, M. & Slade, R (1992) *Anorexia nerviosa y bulimia*. Un tratamiento integrado Limusa México
- Elder, G H (1963) Parental power legitimation and its effect on the adolescent *Sociometry*, 26 50-65.
- Erikson, E (1977) *Identidad, juventud y crisis*. Paidós: Buenos Aires

- Erikson, E. (1983) *Sociedad y adolescencia*. Siglo XXI México
- Escobar, G M. I. (1992). *Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la ciudad de México*. Tesis de Licenciatura inédita. Universidad Iberoamericana México
- Filstead, W J., Parrella, P D., & Ebbitt, J (1988) High-Risk situations for engaging in substance abuse and binge eating behaviors *Journal of Studies on alcohol*, 49, (2), 136-149
- Fairburn C. G. & Cooper, P. J (1984) The clinical features of bulimia nervosa *British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246.
- Fairburn, C. G. Cooper, Z. & Cooper, P G (1986) The clinical features and maintenance of bulimia nervosa. En *Physiology, Psychology and treatment of the Eating Disorders* eds. Brownell, K. D. & Foreyt, J P. New York Basic Books.
- Fichter, M. M., Weyerer S & Sourdil, S (1982) The epidemiology of anorexia nervosa: a comparison of Greek adolescents living in Germany and Greek adolescents living in Greece. En Darby, P. Garfinkel, P. E. Gardner, D M (1983) *Anorexia nervosa recent developments in research*. New York : Alan R Liss, 95-105.
- Forgus, R H & Lawrence, E. M (1976) *Perception A cognitive stage approach* Mc Graw- Hill Book Company: USA.
- Fraizier, S H y Carr A C (1976) *Introducción a la psicopatología* (4a ed.) El ateneo: Buenos Aires.
- Franzoi, S. L. y Herzog, M. E (1986) The body steern scale: a convergent and discriminant validity study. *Journal of personality assement*, 50, 24-31 En Bruchon, S (1992) *Psicología del cuerpo*. Ed Herder Barcelona.
- Freedman, R (1986) *Beauty bound* Lexington M. A. Lexington Books. En Brownell, K D & Wadden, T A. (1992). Etiology and treatment of obesity understanding a serious prevalent and refractory disorder *Journal of consulting and clinical psychology*. 60, (4), 505-517
- Freeman, R J. Thomas, C D., Solyom L & Koopman, R F (1985). Clinical and personality correlates of body size overestimation in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of eating disorders* 4 439-456

- Fromm, E. (1979). La condición humana actual. Paidós: Buenos Aires.
- Gardner, R. M., Morrell, J. A., Watson, D. N. & Sandoval, S. L. (1989). Subjective equality and just noticeable differences in body size judgments by obese persons. *Perceptual and Motor Skills*, 69, 595-604
- Gardner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980). Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine* 100, 647-656.
- Gardner, D. M., Garfinkel P. E., & O'Shaughnessy, M. (1985) The validity distinction between bulimia with and bulimia without anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 142, 581-587.
- Gardner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological reports*, 47, 481-483.
- Gecas, V. & Schwalbe, M. L. (1986). Parental behavior and adolescent self esteem. *Journal of Marriage and family*, 48, 37-46
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993 a). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, Bulimia y anorexia nervosa. *Revista Mexicana de Psicología*, 10 (1), 17-27
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desordenes del comer: problemas de peso. *Investigación Psicológica*, 3 (1), 95-112
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. *Revista Mexicana de Psicología*, 12 (2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Proyecto de investigación. Imagen corporal y desordenes del comer de la alimentación entre preadolescentes mexicanos. mimeografiado.
- Gómez Peresmitré, G. y Saucedo, T. Desordenes del comer. Factores de riesgo en una muestra de escolares adolescentes. Aceptado en la revista *Acta Pediátrica de México*.
- Grenacre, P. (1953). Certain Relationships between fetishism and the faulty development of the body image. *The Psychoanalytic Study of the child*, 8, 79-98.
- En Mahler, M. S. (1968). *Simbiosis Humana: las vicisitudes de la individuación*. Joaquín Mortiz: México.

- Grove, G. A. (1980). Parental behavior and self-esteem in children. *Psychological Reports*, 47, 499-502.
- Guillemot, A. & Laxenaire, M. (1994). *Anorexia nervosa y bulimia. El peso de la cultura*. Masson: Barcelona, España.
- Gull, Sir, W. (1874). Anorexia Nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica), *Transactions of the clinical Society*, London, 7, 22-28. En Hsu, G L K. (1983) The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13, 231-238.
- Hales, S. (1990). Valuing the self: Understanding the nature of self esteem. *Saybrook Perspective*, 4, 3-17.
- Hamachek, D. E. (1981). *Encuentros con el yo*. (2a. ed) Interamericana: México.
- Hannan, J. W. (1995). Body Mass Index: not the best predictor for estimating body fat. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 91, 3-6.
- Hayakawa, S. I. (1963). *Symbol, status and personality*. New York: Hartcourt, Brace and World.
- Hercovici, C. R. & Bay, L. (1990). *Anorexia y Bulimia amenazas a la autonomía*. Paidós: México.
- Hirschmann, J. R. y Munter, C. H. (1988). *Overcoming overeating Living free in a world of food*. Addison Wesley Publishing: Nueva York.
- Howard, B. S. (1964) *Principles of perception*. Harper and Brothers: New York.
- Howard, B. S. (1973) *Principios de percepción*. Trillas: México.
- Hudson, J. L.; Pope, H. G.; Jonas, J. M. & Yurgelun-Todd, D. (1983) The family history of anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 133-138.
- Huon, G. F. & Brown, L. B. (1985). Body images in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (3), 421-439.
- Iancu, L., Spivak, B., Ratzoni, G., Apter, A. & Weizman, A. (1994). The sociocultural Theory in the development of anorexia nervosa. *Psichopatology*, 27, 29-36.
- Johnson, C. & Larson, R. (1982) Bulimia: an analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44 (4), 341-351.
- Johnson, C. L., Lewis, C., Love, S., Stuckey, M. & Lewis, L. (1983). A descriptive survey of dieting and bulimic behavior in a female high school population. En

Understanding Anorexia Nervosa and bulimia. *Report of the fourth Ross Conference on medical Research Ohio*, Ross Laboratories.

- Johnson -Sabine, E., Wood, K., Patton, G., Mann, A & Wakeling, A. (1988). Abnormal eating attitudes. En London school girls a prospective epidemiological study: factors associated with abnormal response on screening questionnaires. *Psychological Medicine*, 18, 615-622.
- Kurtz, R. M. (1966). The relationship of body attitude to sex, body size and body build in a college population, tesis no publicada Universidad de Cincinnati.
- En Bruchon, S. (1992) *Psicología del cuerpo*. (2a. ed.) Herder: Barcelona.
- Larousse (1973). *Gran enciclopedia* (vols. 16, 17) Planeta. Barcelona, España.
- Litovsky, V. G. & Dusek, J. B. (1985). Perceptions of child rearing and self concept development during the early adolescent years. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, (5), 373-388
- Laséque, C. (1873). On hysterical anorexia. *Medical Times Gazette*, 2, 265-367.
- En Hsu, G. L. K. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13, 231-238.
- Martinelli, R. (1975). Immagine del corpo e immagine di sé, in un gruppo di 160 adolescenti studenti. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 36, 65-90.
- en Bruchon, S. (1992). *Psicología del cuerpo*. Herder: Barcelona
- Maslow, A. (1958). *Toward a psychology of being*. (2nd ed.) Nueva York: Van- Nostrand Reinhold.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., Kolodny, R. C. (1987). *La sexualidad Humana* (vol. II). Grijalbo: Barcelona.
- Mc Candless, B. R. (1970). *Adolescents*. Hinsdale, IL: Dryden Press.
- Mckeachie, W. J. and Doyle, C. L. (1978) *Psicología* Fondo de Cultura Interamericano. México.
- Mead, Margaret. (1983). *Cultura y compromiso*. Origen Planeta: México.
- Minuchin, S. (1974) *Families and family therapy*. Harvard University Press. Cambridge. Mass. En Hsu, G. L. K. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13, 231-238.

- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R. Milman, L. & Todd, T (1975).
A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 32, 1031-1038
- Minuchin, S., Rosman, B. L & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*. Harvard University Press. Cambridge. Mass.
- Minuchin, S., Fishman, H. Ch. (1990). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós. Colección: Grupos e instituciones. México
- Murrieta, C. M (1977). *Relación entre la distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres adolescentes estudiantes de preparatorias públicas y privadas*. Tesis de licenciatura inédita. U N. A. M. México, D. F
- Mwamwenda, T. S. & Mwamwenda, B. B. (1987). Self concept and academic achievement on Botswana primary school-leaving examinations. *Perceptual and motor Skills*, 65, 71-75
- Nasser, M (1988). Culture and weight consciousness. *Journal Psychosomatics Research*, 32, 573-577
- Nygaard, J. A. (1990). Anorexia nervosa. Treatment and triggering factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 361, (82), 44-49.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Clasificación Internacional de las enfermedades. (10a. ed.)*. Meditor.
- Openshaw, D. K., Thomas, D. L. & Rollins, B. C (1984.). Parental influences of adolescent self-esteem. *Journal of Early Adolescence*, 4 (3), 259-274.
- Palazzoli, M. S. (1974). *Self-starvation*. Jason Arosen New York. En Hsu, G. L. K. (1983). The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 13, 231-238.
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino A. M. (1992). *Terapia familiar*. Paidós México
- Palmer, R. L (1979). The dietary chaos syndrome: A useful new term? *Britanic Journal Medicine Psychiatry*, 52, 187-190.
- Peterson, G. W., Southworth, L. E., & Peters, D. F. (1983). Children self esteem and maternal behavior in three low income samples. *Psychological Reports*, 52, 79-86

- Piaget, J. (1977). *Seis estudios de Psicología* (4a. ed.). Seix Barral.
- Pope, H. J., Hudson, J. I. & Miale, J. P. (1985) Bulimia in the late nineteenth century: The observations of Pierre Janet *Psychological Medicine*, 15, 739-743.
- Powell, T. J. & Enright, S. J. (1987). *Anxiety and stress management*. Biddles Ltd. Guilford and Kings Lynn Great Britain.
- Rau, J. H. & Green, R. S. (1975). Compulsive eating. A neuropsychologic approach to certain disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 16, 223-231.
- Rodin, J. (1992) *Body traps*. New York: Morrow. En Brownell, K. D. & Wadden, T. H. (1992). Etiology and treatment of obesity: understanding a serious prevalent and refractory disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 60 (4), 505-517.
- Romland, V. C. (1970) Anorexia and obesity. Boston Little Brown and Co. International Psychiatry Clinics, 7 (1), 3-24
- Rosenberg, M. (1965) *Society and adolescent self image*. Princeton, N. J. Princeton University Press
- Salazar, J. M., Montero, M., Muñoz, C. C., Sánchez, E., Santoro, E. y Villegas, J. F. (1992). *Psicología Social*. Trillas: México
- Saldaña, C. y Rossell, R. (1988). *Obesidad*. Ediciones Martínez Roca: Barcelona, España
- San Martín, H. (1984). *Salud y enfermedad* (4a. ed.). La Prensa Médica Mexicana. México
- Saucedo, T. y Gómez Peresmitré, Valdez diagnóstica del IMC (Índice de masa corporal) en una muestra de adolescentes mexicanos. Aceptado en la revista *Acta Pediátrica de México*.
- Schiffman, H. R. (1986). *La percepción sensorial*. Limusa. México.
- Schilder, P. (1977). *Imagen y apariencia del cuerpo humano*. Paidós: México.
- Sears, R. (1970) Relationship of early socialization experiences to self concept and gender role in middle childhood. *Child Development*, 3, 60-72.
- Sepúlveda A. J., Lezama, M. A., Tapia-Conyer R., Valdespino, J. L., Madrigal y Kumate. (1990). Estado nutricional de preescolares y mujeres en México.

- Resultados de una encuesta probabilística nacional. *Gaceta Médica de México*, 126, (3), 207-226
- Silvestrini, B. (1990). The paradoxical stress response: a possible common basis for depression and other conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 51,(9), 6-8.
- Shorter, E. (1994). *From the mind into the body*: The cultural origins of the psychosomatics simtoms New York Free press: En Weiss, M. G (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. *The Psychiatric Clinics of North América*, 18 (3), 537-553.
- Spitz, R. A. (1960). *No y Sí. Sobre la génesis de la comunicaci3n humana*. Hormé, Paidós: Buenos Aires.
- Stunkard, A. (1984). *Eating and its disorders*, New York: Raven Press. En Van Itallie, T. B. (1985). Health implications of overweight and obesity in the United States. *Annals of International Medicines*, 103, 983-940
- Stunkard, A. J. Sorensen, T. & Schulsinger, F. (1983). Use of the Danish adoption register for the study of obesity and thinness. En S. Kety (ed) The genetics of neurological and psychiatric disorders (New York Raven Press). En Hill A. J. (1993). Preadolescent dieting: implications for eating disordes. *International Review of psychiatry*, 5, 87-99.
- Stunkard, A. (1990). A description of eating disorders in 1932. *American Journal of Psychiatry*, 147 (3), 263-268.
- Swartz, D. M. & Johnson, C. L. (1982). Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. *International Journal of eating disorders*, 1, 20-30.
- Tolstrup, K. (1990). Incidence and causality of anorexia nervosa seen in a Historical perspective. *Acta Psychiatric Scandinavian*, 361 (82) 1-6.
- Toriola, A. L. & Igbokwe, N. U. (1985). Relationship between perceived physique and somatotype characteristics of 10-to 18 years old boys and girls. *Perceptual and motor skills*, 60, 878-885.
- Toro J. A. (1987) *Anorexia Nervosa*. Biblioteca de psicología. psiquiatría y salud. Salud 2000 Martínez Roca. Barcelona, España
- Tucker, L. A. (1982). Relationship between perceived somatotype and body cathexis of college males. *Psychological Repotrs*. 50, 983-989

- Tucker, L. A. (1984). Physical attractiveness, somatotype and the male personality: a dynamic international perspective. *Journal of clinical psychology*, 40, 1226-1234.
- Unikel, S. C., y Gómez Pérez-Mitré, G. Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes, estudiantes de danza y estudiantes de secundaria y preparatoria. (aceptada para su publicación en *Revista Psicopatología*). Madrid
- Wardle, J. Beales, S. (1986). Restrain body image and food attitudes in children from 12 to 18 years. *Appetite*, 7, 209-217.
- Wittaker, J. O (1977). *Psicología* (3a. ed.) Interamericana: México
- Wooley, S. C. & Wooley, O. W. (1984). Feeling fat in a thin society. *Glamour*, 198-252.
- Yates, A. Shisslak, C. M., Allender, J., Crago, M. & Leeney, K. (1992). Comparing obligatory and nonobligatory runners. *Psychosomatics*, 33, 180-189.
- Zubiran, S. y Miranda, P. F. (1985). Fundamentos de una dieta equilibrada. *Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubiran*. México. mimeografiado.