

151
2es.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON
CONDUCTA ALIMENTARIA:
PERCEPCION DE APOYO SOCIAL Y
AFRONTAMIENTO AL ESTRES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
YOLANDA LEON SANDOVAL

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE.

SINODALES: MTRA. LUCY REIDL MARTINEZ.
MTRO. JORGE PEREZ ESPINOSA.
LIC. ISABEL MARTINEZ TORRES.
LIC. LILIA JOYA LAUREANO.



MEXICO, D. F.

1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

252007



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

AGRADECIMIENTOS



*A mis padres:
Por darme la vida y poder compartir la suya.
GRACIAS por el amor, ejemplo y sacrificio;
por ayudarme a escalar un peldaño más.*

A mis abuelos:

Ejemplo de trabajo, rectitud y razón.

Manos que trabajan, cansancio que jamás existirá.

Palabra sabia que me ayudo a ser alguien.

A mis hermanos Eduardo y Jesús:

Mis más valiosos tesoros.

Motivos y ejemplo de incansable lucha y superación.

De forma muy especial a mi Abuelita Laya:

Por haber confiado en mi inocencia.

Esto es sólo una parte de lo que te debo.

Muchas gracias... porque aún sigues con nosotros.

A mis abuelos:

Ejemplo de trabajo, rectitud y razón.

Manos que trabajan, cansancio que jamás existirá.

Palabra sabia que me ayudo a ser alguien.

A mis hermanos Eduardo y Jesús:

Mis más valiosos tesoros.

Motivos y ejemplo de incansable lucha y superación.

De forma muy especial a mi Abuelita Laya:

Por haber confiado en mi inocencia.

Esto es sólo una parte de lo que te debo.

Muchas gracias... porque aún sigues con nosotros.

A Gerson:

La razón de mi vida, fuerza y confianza.

Al amigo... al hombre...quien fue apoyo, lealtad, coraje...

Quien creyó en mi... quien me enseñó a luchar día a día por la vida.

A Juan Carlos, Elizabeth y Dunia:

Por ser parte de mi mundo.

Momentos felices, recuerdos, anhelos y esperanzas.

A Nuestra Universidad:

***Por el honor de formar parte de esta casa de estudios,
así como por todas las oportunidades brindadas.***

***A la Facultad de Psicología
y al Programa de Becas para Tesis de Licenciatura
en Proyectos de Investigación.***

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	2
CAPITULO I	
1. Conductas alimentarias	4
1.1. Comer bien y comer mal	5
1.1.1. Hábitos alimentarios	6
1.1.1.1. Las dietas	6
1.1.1.2. El papel de los padres en la alimentación	7
1.1.1.3. El papel de los medios de comunicación	9
1.2. Teorías explicativas de los trastornos alimentarios	9
1.2.1. Teoría de la patología familiar	9
1.2.2. Teoría sociocultural	10
1.3. Obesidad	11
1.3.1 Modelos explicativos de la obesidad	13
1.3.1.1. El balance energético	13
1.3.1.2. La teoría del punto fijo	13
1.3.1.3. El modelo conductual del aprendizaje	14
1.3.1.4. La hipótesis de la externalidad	14
1.3.1.5. La hipótesis de la ingesta emocional	15
1.4. Anorexia nerviosa	15
1.4.1 Modelos explicativos de la anorexia nerviosa	17
1.4.1.1 El modelo cognitivo conductual	17
1.4.1.2 Modelo integrador de la anorexia nerviosa restrictiva y la anorexia bulimica ..	17
1.5. Bulimia	18
1.5.1. Modelos explicativos de la bulimia nerviosa	19
1.5.1.1. Modelo de la reducción de la ansiedad	19
1.5.1.2. Modelo integrador de la bulimia nerviosa	20
CAPITULO II	
2. Adolescencia	22
2.1. Definición	22
2.2. Crecimiento corporal y madurez sexual	24
2.2.1. Influencia de las condiciones ambientales	24
2.3. Cambios psíquicos durante la pubertad	25
2.3.1. Descripciones personales	25
2.3.2. Influencia de factores sociales, culturales y educacionales	26
2.3.3. Tendencias básicas y problemas especiales del desarrollo en la adolescencia ..	28
2.4. Rasgos particulares de la pubertad	29
2.4.1. Líneas dominantes del comportamiento	29
2.4.2. Inestabilidad afectiva y modificaciones de la imagen de si mismo	31
2.4.3. Problemas relativos a la orientación personal y a la superación de conflictos	32

2.5. Relaciones familiares	34
2.5.1. Distanciamiento respecto a los padres	35
2.5.2. Papel deseable de los padres	36

CAPITULO III

3. Percepción de apoyo social	38
3.1 Socialización	39
3.1.1. Concepción de S. Freud	40
3.1.2. Concepción de A. Gesell	41
3.2. Percepción social	41
3.2.1. Redes sociales	42
3.3. Apoyo social	43
3.3.1. Grupos de apoyo social	45
3.3.1.1. Familia	45
3.3.1.1.1. Función de la familia	45
3.3.1.1.2. Importancia de las relaciones padres-hijos	47
3.3.1.1.2.1. Padres de pacientes bulímicas	48
3.3.1.1.2.2. Padres de pacientes anoréxicas	49
3.3.1.1.2.3. Padres de pacientes obesas	50
3.3.1.2. Coetáneos	50
3.3.1.2.1. Función de los coetáneos	51
3.3.1.2.2. Importancia de la evaluación de los demás	53
3.3.2. La relación del apoyo social y la salud	55
3.3.3. La percepción de apoyo social como agente anti-estrés	56

CAPITULO IV

4. Afrontamiento al estrés	58
4.1. Estrés	59
4.1.1. Definición	59
4.1.3. Aspectos genéricos del estrés	60
4.1.2.1. Vertiente psicológica del estrés	61
4.1.2.2. Vertiente biológica del estrés	62
4.1.2.3. Vertiente sociológica del estrés	62
4.1.4. Fuentes de estrés	63
4.1.5. Teoría de Lazarus	64
4.1.6. Apoyo social y estrés	65
4.1.6.1. Redes de soporte social	65
4.1.6.1.1. La familia	67
4.1.6.1.2. Los coetáneos	68
4.2. Afrontamiento	68
4.2.1. Definición	69
4.2.1.1. Evaluación cognoscitiva	70
4.2.2. Planteamientos tradicionales	71
4.2.3. El afrontamiento como proceso	72
4.2.3.1. Etapas en el proceso de afrontamiento	73

4.2.4. Funciones del afrontamiento	74
4.2.4.1. Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción	75
4.2.4.2. Modos de afrontamiento dirigidos al problema	76
4.2.5. Recursos para el afrontamiento	77

CAPITULO V

5. Método	80
-----------------	----

CAPITULO VI

6. Resultados	86
---------------------	----

CAPITULO VII

7. Discusión y Conclusiones	97
8. Sugerencias y Limitaciones	102
9. Referencias	103

Anexos

RESUMEN

El propósito central de la presente investigación fue detectar factores de riesgo de la conducta alimentaria, asociados con la percepción del apoyo social y el afrontamiento al estrés, en mujeres adolescentes con edades comprendidas entre los 15 y 20 años, de nivel bachillerato y licenciatura, solteras, sin hijos y sin relaciones laborales (N=200). Para tal efecto se utilizó el cuestionario: Estudio de Alimentación y Salud. Entre los resultados más sobresalientes podemos mencionar que la percepción de apoyo social favorece la forma de afrontar el estrés en las adolescentes, pues se encontró una relación significativa entre el grupo de percepción de apoyo social alto y el afrontamiento al estrés positivo, mientras que el grupo de percepción de apoyo social bajo se relacionó con el afrontamiento al estrés negativo. Esta investigación forma parte de una investigación mayor llamada Factores de riesgo-distorsión de la imagen corporal: estimaciones subjetivas/mediciones objetivas (Proyecto CONACYT 96 no. 2617PH9509).

INTRODUCCIÓN

Durante la pubertad y adolescencia el adolescente carece de experiencias o son pocas las que ha tenido, razón por la cual no comprende las consecuencias a mediano o largo plazo de sus conductas.

Silber (Chomsky, 1985) menciona que toda la anatomía humana se ve influida por los cambios biológicos de la pubertad. El sistema reproductivo, cardiovascular y el musculoesquelético son los que se desarrolla más. Alrededor del 25% de la estatura final y más del 40% del peso del adulto se ganan durante el desarrollo puberal. Igual de importante es el conocimiento de particularidades psicológicas del proceso de adolescencia, como el "sentimiento de invulnerabilidad" (asociado con una faz egocéntrica del desarrollo y la "fábula personal" (asociada con características histriónicas). La aparición de conductas de alto riesgo a edades tempranas refleja el no comprender aun las consecuencias de sus actos. Se tiene la "idea" de: "a mi no me va a pasar" o "si a él no le paso nada, tampoco a mí". La morbilidad en la adolescencia alcanza proporciones significativas: abarca las consecuencias de la actividad sexual prematura (embarazo y enfermedades sexualmente transmisibles), el uso y abuso de alcohol y drogas y accidentes automovilísticos.

En el estudio de los desórdenes alimentarios, la insatisfacción de la imagen corporal se encuentra presente tanto en la anorexia nerviosa como en la bulimia y en la obesidad. Su origen por un lado es de carácter psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de estos procesos -percepción, aprendizaje y pensamiento- y, por el otro, es actitudinal, en tanto que, además de conocimiento, expresa afecto y una disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1993b). El interés de esta investigación radica en conocer estos factores de tipo de psicológico-social y cognoscitivos en una población adolescente.

Pues no basta solo conocer las conductas de alto riesgo en la adolescencia, sino, como menciona Silber (Chomsky, 1985), saber qué factores los predisponen y tratar de evitarlos:

- 1) cierto perfil psicológico que presentan los adolescentes que con más frecuencia incurran en dicha conducta: "comportamiento problema".
- 2) qué papel juegan sus compañeros en la iniciación de una conducta riesgosa. Hay una mayor probabilidad de caer en una conducta de alto riesgo, si algún amigo del grupo la practica.
- 3) una diferenciación sexual en la conducta frente al riesgo: el varón se ve más afectado (esto se puede observar en estadísticas sobre homicidio, accidentes y suicidio).
- 4) la influencia del desarrollo puberal: el mayor riesgo corresponde a todos los niños de maduración precoz y a los varones con pubertad tardía.

A pesar de que no se han podido eliminar las conductas de alto riesgo si se puede hablar de que se realizan trabajos de prevención para demorar la edad de comienzo de las conductas de alto riesgo. Este tipo de trabajo necesita de la intervención de equipos multidisciplinares para que:

- * reconozcan la interrelación entre los aspectos biológicos y los psicosociales.
- * emprendan programas de educación a nivel comunitario, y
- * utilicen un enfoque genérico.

Conseguir todo esto requiere de la incesante búsqueda por conocer mejor los modelos de conducta, de la educación recibida, el ambiente social, los factores genéticos, la constitución psíquica, las instituciones de apoyo y demás circunstancias de la vida de los adolescentes. Ya que el adolescente es el resultado de una gran interacción de factores (Chomsky, 1985).

Encontramos investigaciones como la de Escobar (citado por Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996) quien comparó las respuestas que dieron estudiantes de secundaria y preparatoria de escuelas públicas y privadas y estudiantes de licenciatura del sexo femenino de la Ciudad de México, a reactivos que exploraban desórdenes del comer y prácticas relacionadas con éstos.

La práctica más frecuente reportada fue el seguimiento de dietas: 66% en escuelas privadas vs. 37% en escuelas públicas y 48% en estudiantes de nutriología vs. 64% en otras licenciaturas. Entre los estudiantes de secundaria y preparatoria se encontró un porcentaje muy similar en escuelas privadas y públicas con respecto a "preocupación por el comer" (45% y un 47% respectivamente), mientras que entre los estudiantes de licenciatura este porcentaje fue más bajo - 10% nutriología y 32% otras licenciaturas- (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Los principales factores de riesgo de los desórdenes de la conducta alimentaria son: el sexo, la edad y el nivel socioeconómico, ya que se presentan más en mujeres (95%) que en hombres, en adolescentes y jóvenes (dentro de un rango aproximado de 13 a 22 años) de clase media y alta (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

En estudios recientes se ha encontrado que aquéllos individuos en riesgo de desarrollar estos trastornos gravitan en torno a áreas de la cultura en donde hay un interés focalizado en el tamaño del cuerpo y grandes expectativas de logro, como son los bailarines y las modelos, entre otros. Así mismo, se ha señalado que la imagen corporal en estos casos juega un papel importante como un estresor psicosocial que se asocia a la instauración y desarrollo de la anorexia nervosa. En el caso específico de las bailarinas se ha mencionado la existencia de una disposición psicológica hacia dicho problema, que al ser exacerbado por las demandas socio-ambientales, puede traer como consecuencia la expresión clínica del mismo (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996)

Sobre la base de que es casi inexistente la información en nuestro contexto sociocultural, sobre el apoyo social y la forma de afrontamiento al estrés, en relación con desórdenes del comer en poblaciones estudiantiles adolescentes, en la presente investigación, de carácter exploratorio, se propone analizar y describir patrones de afrontamiento y de apoyo social con qué cuenta o no el adolescente y que puede estar relacionado significativamente con trastornos alimentarios.

CAPITULO I

CONDUCTAS
ALIMENTARIAS

CONDUCTAS ALIMENTARIAS

La conducta alimentaria es una conducta psicosocial por excelencia. En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana representada en sus inicios por una interacción madre-hijo. La conducta alimentaria puede verse influida posteriormente por los pares, por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel; en prensa).

Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas, ayunos, saltarse comidas, entre otras) directamente relacionadas con el estado de salud/enfermedad de un sujeto individual o colectivo (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel; en prensa). Los desordenes alimentarios se caracterizan por severas alteraciones en la conducta alimentaria. La incidencia de los mismos se ha ido incrementando dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil; estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental, sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak & Crago, 1987, citado por Saucedo, 1996).

Algunas investigaciones han provisto de información acerca de problemas de salud de gente joven, basadas en el desarrollo de información de problemas de adolescencia que empezaron en los años 1960s. Deisher y Mills (citados por Sobal, 1987) encontraron en los adolescentes algunas "inquietudes" por la salud general, por algunas dietas, el aumento de peso y complexión. Brunswick (citado por Sobal, 1987) reportó una larga variedad de "necesidades" de salud personal expresadas por los adolescentes (Sobal, 1987).

En el campo del estudio de las anomalías de la conducta alimentaria se encuentran tres principales entidades: obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Son fenómenos complejos, íntimamente relacionados que en la realidad difícilmente se encuentran en forma pura. En lo que respecta a lo biológico subyace a los tres el balance calórico (la relación ingreso-gasto calórico) y es en el manejo de este balance donde pueden encontrarse la confluencia y la interrelación de diferentes factores, pues aunque el origen biológico influye en la habilidad individual para un balance calórico satisfactorio, también es clara la influencia psicológica y social (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Datos epidemiológicos acerca de la prevalencia de la obesidad en nuestro país, definida como índice de masa corporal igual o superior a 30, muestran que el 21.4% de la población nacional, representada por individuos de ambos sexos de 20 a 69 años de edad, presenta obesidad. De este porcentaje el 24.7% corresponde a la zona Norte del país, el 19.5% a la zona Centro, el 19.4% al D.F. y el 21.7% a la región Sur (Encuesta de Enfermedades Crónicas, 1993; citado por Saucedo, 1996)

En un estudio epidemiológico realizado en nuestro país (Sepulveda-Amor, 1990; citado por Saucedo, 1996) tomando el indicador antropométrico peso para la edad, 2.2% de niños menores de cinco años presentaban obesidad, y 4.4% de acuerdo al indicador peso para la talla. En el norte de la República, es más frecuente encontrar preescolares obesos, con un número de 63 mil a casi 90 mil en esta condición, según el indicador empleado. En la misma investigación se encontró que la proporción de mujeres entre los 12 y 49 años de edad, no embarazadas, la prevalencia fue de 10.2% para el sobrepeso y de 14.0% para la obesidad.

Saucedo (1996) proporciona datos sobre el estado de nutrición de la población mexicana de acuerdo a la ENURBAL 1995, en donde se muestra que el 70.4% de una población de 1,093 niños menores de 5 años se encontró dentro del rango de normalidad, respecto al índice antropométrico del peso para la talla, y un 13.6% presentó sobrepeso. Al diferenciar por estratos socioeconómicos, se observó que la prevalencia de sobrepeso es mayor en un 80% en el estrato clasificado como superior respecto al inferior (18.1 y 9.8% respectivamente).

La obesidad en la niñez suele ser un trastorno no benigno, a pesar de las creencias populares de que los niños con sobrepeso "superarán" su estado. Cuanto mayor tiempo han tenido sobrepeso, más probable es que continúe así hasta la adolescencia y la vida adulta; hacia los 6 años de edad y después, no suele desaparecer espontáneamente el sobrepeso o la obesidad (Krause, 1995; citado por Saucedo, 1996). De acuerdo a Morgan (1986, Saucedo, 1996), si el niño no ha perdido el exceso de peso al final de la adolescencia, la probabilidad de que lo haga posteriormente es de 28 a 1.

En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré (1993) cuyo propósito fue detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa) en una población estudiantil que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado; los resultados mostraron la existencia del problema de obesidad en un 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; así también se encontraron tres factores relacionados con esas prácticas: las purgas, accesos bulímicos o binge eating y alimentarse bajo ciertos estados de ánimo.

1.1 . Comer bien y comer mal

Nadie puede dejar de reconocer que la alimentación desempeña un papel básico e inherente dentro del desarrollo del ser humano. Sin embargo, se deben distinguir entre la alimentación y la nutrición, términos que frecuentemente y de manera errónea son usados como sinónimos. Higashida (1991; citado por Alvarez y cols., 1998) distingue estos dos términos, estableciendo que la alimentación es una acción voluntaria mediante la cual se ingieren comestibles, y está mediada por aspectos como la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los contextos sociales e incluso los estados de ánimo; mientras que la nutrición es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos.

De tal modo, se puede observar que si bien el proceso fisiológico denominado nutrición es semejante entre un individuo y otro, el proceso llamado alimentación adopta formas muy diferentes de país a país, de región a región, de un estrato social a otro, de familia en familia, entre un miembro y otro de una misma familia, e inclusive en términos generales, tiene variaciones en un mismo sujeto de acuerdo al contexto sociocultural en que se encuentre (Alvarez y cols., 1998).

1.1.1. Hábitos alimentarios

Los hábitos alimentarios se aprenden poco a poco desde pequeños, implantarlos es más o menos costoso dependiendo de la dificultad del hábito, del interés del niño en aprenderlo, así como de su mayor o menor facilidad en integrarlo en su repertorio y de la forma de enseñar del adulto. A veces el fracaso de enseñar un hábito se debe a que la edad del niño no es la adecuada o bien se dan instrucciones excesivamente generales, contradictorias o confusas, "come bien", por ejemplo, y con ello el adulto se refiere a varias conductas en ese momento, por ejemplo, comer con la boca cerrada, sentado y más rápido, pero en otras ocasiones la misma instrucción se refiere a no jugar mientras come, usar el tenedor y masticar más los alimentos, por poner algún ejemplo (Gavino, 1995).

Esta variabilidad en las formas o estilos alimentarios puede observarse en diversos aspectos -como ya mencionábamos anteriormente- o parámetros como son: el número de comidas al día, los alimentos más frecuentes usados en la dieta, o bien, los evitados y erradicados de la dieta, la manera de prepararlos y combinarlos, el número y tamaño de las porciones, hasta llegar a los ritos sociales, familiares o individuales que rodean el acto de comer. Se puede afirmar que en la conducta alimentaria intervienen múltiples factores, desde biológicos (hambre, necesidades especiales debido al crecimiento, embarazo lactancia); geográficos (disponibilidad de alimentos de acuerdo a la región, clima y estación del año); y psicológicos -apetito, gustos, experiencias ligadas a los alimentos, ritos y tradiciones- (Bourges; 1987; citado por Alvarez y cols., 1998).

Dependiendo de la velocidad, cantidad, variedad, elaboración y cambios de comida nos encontramos con una serie de problemas alimentarios (tabla 1) que adquieren el grado de alteración psicopatológica si su frecuencia y magnitud son tales que alteran la vida cotidiana e incluso dañan tanto la salud que pueden llevar a la muerte (Gavino, 1995).

1.1.1.1. Las dietas

El problema de las dietas es que son temporales. Se cambian los hábitos alimentarios durante un período de tiempo relativamente corto (las chicas sufren, se reprimen y ponen fuerza de voluntad). Todo ese control parece merecer la pena porque no durará siempre. Tarde o temprano (frecuentemente pronto), se volverá a todos esos alimentos a los que se renuncia. Los antiguos hábitos alimentarios nos gustan. Las dietas son intervalos desagradables en una vida de alimentación excesiva (Arenser, 1991).

Tabla 1. Clasificación de problemas alimentarios según las variables determinantes	
Variables	Problemas
Velocidad	Excesiva rapidez: - Rumiación Excesiva lentitud: - Bolo
Cantidad	Mucha: - Sobrepeso - Obesidad - Bulimia Poca: - Anorexia
Variedad	- Negación - Rigidez - Vómitos
Elaboración	- Negación - Vómitos
Cambios	- Negación - Vómitos - Rumiación

Esté obeso o delgado, un o una glotona se ha atormentado por años probando cada dieta nueva o caprichosos sistemas de control de peso que ha parecido. Las glotonas delgadas buscan una vía para parar de atracarse, pero las dietas les hacen sentir más hambre. Las glotonas obesas quieren perder peso, pero las dietas desafían su inseguridad sobre su autocontrol. Cada vez más, los profesionales reconocen que las dietas no funcionan. Perder peso no es el principal problema: el problema principal es el abuso de la comida como sustancia (Arener, 1991).

Durante la infancia es habitual encontrar este tipo de problemas alimentarios que podríamos llamar "menores" para diferenciarlos de las tres grandes alteraciones: Bulimia, Anorexia y Obesidad; de los cuales hablaremos más adelante.

1.1.1. 2. El papel de los padres en la alimentación

Los padres tienden a conservar, respecto a la alimentación de sus hijos, los hábitos de épocas pretéritas y reaccionar como si no hubiera comida. Se preocupan en exceso porque sus hijos coman, temiendo quizá que puedan carecer de un bien preciado. Es sorprendente que, en un medio sociocultural en el que prima el modelo estético de la delgadez, todos los padres luchan por tener un bebé gordito. Estos padres que sufren por no poder comer lo que quieren, ponen a sus hijos en la situación de tener que comer lo que no quieren (Gavino, 1995).

La comida es una necesidad primaria que está ligada al placer; el proceso normal de la ingesta es: sensación de hambre-ingestión-placer-saciación-detención de la ingesta. En esta secuencia sólo la saciación repetida e impuesta rompe este ciclo armónico. "El hombre es el único animal que bebe sin sed, come sin hambre y hace el amor sin ganas", decía Oscar Wilde (Gavino, 1995, pp. 14), y se podría añadir que los padres enseñan a sus hijos a hacerlo mediante el potentísimo método de aprendizaje social.

En la lucha del poder, en la relación padre-hijo, lo que se provoca es una rebelión en una gama de formas variadas: los problemas de conducta, encoprésis, enurésis y de alimentación. Cuando ante el adulto el niño decide vomitar, defecar o no comer, a menudo gana.

Los excesos que hacen a veces algunas madres consigo mismas para estar delgadas los cometen a veces con los hijos dándoles grandes cantidades de comida o preocupándose en demasía. Hasta que los niños llegan a la pubertad no suelen inquietarse si están algo llenitos, lo consideran normal y señal de buena salud. Sin plantearse que esto es contrario a su lucha personal o a su deseo de ser de estar delgadas.

Necesitamos discernir, en el área al que nos estamos refiriendo en esta investigación, entre "comer bien" y "comer mal", estudiar los criterios que nos lo señalan y que nos permiten reconocer el problema, si lo hay, entre los distintos problemas alimentarios existentes.

Las costumbres alimentarias varían de unas familias a otras y los hijos van adquiriendo en la vida diaria esas costumbres. Es cierto que la gran mayoría responde a unos patrones generales de comportamientos, sin embargo, a menudo existen diferencias marcadas en alguna que otra norma, o en algún que otro hábito. Lo hemos vivido más de una vez al comer en otros sitios como en casa de amigos o familiares. Diferencias en el tiempo que se emplea para comer, en la clase de alimentos que se suelen preparar y en la forma de cocinarlos, en la cantidad que se pone en el plato, entre algunos ejemplos. Estas diferencias encajan perfectamente en la normalidad y no se les da ninguna importancia a no ser que su adaptación suponga algún problema por motivos diversos. Cuando esto ocurre esporádicamente, bien porque se da sólo en casa ajenas, bien porque depende de factores que aparecen de tarde en tarde y lo justifican (por ejemplo, no querer acabarse la comida porque ha "picado" un poco antes), no suele haber motivo de preocupación. Sin embargo, si la situación se da con frecuencia, se empieza a hablar de "comer mal" (Gavino, 1995).

Así pues, todos en general, creemos que comer bien consiste normalmente en seguir la costumbres de casa en cuanto a la velocidad de ingesta, cantidad de comida y tipo de alimentos, fundamentalmente. Cualquier diferencia en alguna de estas variables que se dé con relativa frecuencia se considera "comer mal" (Gavino, 1995).

1.1.1.3. El papel de los medios de comunicación

En España se realizó durante 6 años consecutivos la revisión de los anuncios aparecidos en las revistas más leídas por mujeres, en donde se estimulaba la apariencia delgada, encontrando que directa o indirectamente en uno de cuatro anuncios se estimulaba la pérdida de peso y que el impacto del anuncio daba en su blanco y significativamente más entre el grupo de mujeres de 14 a 24 años de clase media y alta (Alvarez y cols., 1998). Dando como consecuencia que muchas mujeres traten de mejorar su apariencia física a través del uso de dietas restrictivas y así incrementar su atractivo, pero a la vez deterioran su salud, aunque prefiriendo siempre ser delgadas que obesas. Sin embargo los textos médicos y los profesionales de salud continúan promoviendo las dietas como algo saludable y la obesidad como peligrosa (Alvarez y cols., 1998).

1.2. Teorías explicativas de los trastornos alimentarios

Se habla de múltiples factores que afectan el que una persona presente o no un trastorno alimentario. A continuación presentamos dos enfoques explicativos de estos fenómenos:

1.2.1. Teoría de la patología familiar

Los primeros investigadores enfatizaron la patología familiar en la anorexia nerviosa Charcot, Gull, Laséque (citados por Rivera, 1997). Charcot (citado por Rivera, 1997), se abocó al estudio de la separación entre los pacientes y su familia como parte del tratamiento. Gull (Rivera, 1997) encontró que los familiares eran los peores en el cuidado de los pacientes. Laséque (Rivera, 1997), 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 (citado por Rivera, 1997), 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; citado por Rivera, 1997), también 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) 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.

Minuchin y sus colaboradores (citados por Rivera, 1997) escribieron extensamente sobre la familia psicósomática. 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.

El síntoma es una solución protectora: el portador de él se sacrifica por defender la homeostasis de la familia. Minuchin (1990; citado por Rivera, 1997), 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, 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 es señalado como el único problema familiar

1.2.2. Teoría sociocultural

De acuerdo con el modelo sociocultural, Schwartz y Johnson (1982; citado por Rivera, 1997), 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.

Shorter (1994; citado por Rivera, 1997), agrega que los trastornos alimentarios tienen el reconocimiento de expresiones legítimas de ansiedad, y ésta relacionada con el estrés. Especialmente los clínicos los han publicado de manera prolifera, por lo que han alterado los patrones de ansiedad y la expresión de la enfermedad en las sociedades occidentales.

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

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 (Nasser, 1988; citado por Rivera, 1997). En la cultura árabe, el hecho de ser delgado es indeseable socialmente, y la gordura simbolizan la fertilidad y feminidad. En estas culturas la obesidad no sólo constituye un símbolo de belleza, además forma parte de los conceptos de maternidad, confiabilidad y cuidado o atención.

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 (Rivera, 1997).

Como Saucedo (1996) menciona, si ponemos atención en el contexto social, podremos entender:

- * Sobrevaloración de la esbeltez como un ideal cultural de belleza femenino.
- * Cambios sociales rápidos de la occidentalización, urbanización o inmigración.
- * El papel de la publicidad defendiendo 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.
- * Falta al establecer un sentido de identidad y autonomía.
- * El impedimento de madurez sexual y adultez.

Hay que mencionar que se ve un incremento en la incidencia de los desórdenes alimentarios por encima de los 20 años de edad, simultáneamente con un incremento en un énfasis por la delgadez como componente primario del ideal de la imagen femenina en nuestra cultura. También debemos agregar que en todas las edades las mujeres reportan más insatisfacción con su peso que los hombres (Leal y cols., 1995).

1.3. Obesidad

La obesidad se define como una acumulación excesiva del tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal. Desde el punto de vista práctico, puesto que el aumento del tejido adiposo se traduce en un aumento ponderal, el grado de obesidad se establece en relación al llamado peso ideal, peso deseable, que viene estandarizado en las llamadas tablas de peso ideal o peso deseable. Las más utilizadas en la sociedad norteamericana son las de la *Metropolitan life insurance* (Saldaña y Rosell, 1988). Al valor definido de las tablas se les asigna el 100%, y entre el 90 y 110% se habla de normopeso

Cuando el peso del sujeto esta entre el 110 y 120% se habla de que existe sobrepeso; y por encima del 130% se dice que es obesidad. Únicamente por encima del 130% del peso ideal la obesidad se asocia a complicaciones metabólicas, cardiocirculatorias o respiratorias que pueden anticipar la muerte del individuo; en el caso de los adultos, existe el riesgo de sufrir padecimientos; por ejemplo, cardiopatía, hipertensión, enfermedad renal, funcionamiento deficiente de los pulmones y cirrosis (Craig, 1988), mientras que en niños obesos se han identificado un nivel elevado de lípidos en sangre y presión arterial alta, aumentando la probabilidad de accidentes cardiovasculares futuros (Galvan, 1985; citado por Saucedo, 1996).

En México no se cuenta todavía con estadísticas y datos que nos aporten información amplia y confiable sobre el problema de la obesidad. Sin embargo, la información de la que se dispone la señala como un problema creciente, como una enfermedad crónica degenerativa y como un factor de riesgo para el desarrollo, o bien como factor secundario de otras enfermedades con las que aparece frecuentemente asociada (Gómez Pérez-Mitré, 1995). En la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la División General de Epidemiología (Secretaría de salud, 1993; citado por Gómez Pérez-Mitré, 1995) la obesidad ocupó un segundo lugar (21.5%) después de la hipertensión arterial con 23.8%, misma que se llevó el primer lugar.

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

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

Saldaña y Rosell, (1988) señalan que Slochower realizó una importante investigación donde utilizó como hipótesis de partida que los sujetos obesos consumirían más alimentos cuando no pudieran explicar la causa de su ansiedad y no tuvieran control sobre ella, que cuando el origen de la misma pudiera ser identificado. Los resultados encontrados fueron que los sujetos obesos mostraban un incremento significativo en su ingesta cuando no pudieron identificar la causa que los originaba comer, siendo menos cuando esta era identificada, mientras que los sujetos con normopeso mostraron una reducción en su consumo de alimentos en la condición de el motivo no etiquetable.

Por otra parte, en 1980, Robbins y Fray (Saldaña y Rosell, 1988) presentaron un trabajo fundamental para esta área. Basado en la literatura existente y de un amplio número de investigaciones analizadas, los investigadores concluyeron que la conducta que se mantenía en la ingesta esta inducida por el estrés planteando que la relación entre ansiedad e ingesta es curvilínea: bajos niveles de activación incrementa la ingesta, mientras que niveles elevados inhiben la conducta de comer. Según ellos, la razón de esta relación es que la tasa de producción de comportamiento esta linealmente asociada a la activación, y la ingesta queda interrumpida al emitir una frecuencia alta de respuestas en los niveles elevados de activación. En relación con las personas obesas, sostienen que estos individuos no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, y como resultado comen inapropiadamente en respuesta a la activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento más que su capacidad de reducir el estrés.

Debemos agregar que se reporta, como mencionan en general los investigadores en la literatura especializada, una mayor frecuencia de obesidad en mujeres que en hombres

1.3.1. Modelos explicativos de la obesidad

Desde los años 50 hasta la actualidad se han ido formulando distintas hipótesis explicativas destinadas a dar respuesta de manera más o menos exacta sobre el origen y desarrollo de la obesidad crónica.

1.3.1.1. El balance energético

Sostiene que la mayoría de las obesidades son consecuencia de un desequilibrio energético entre la cantidad de calorías ingeridas por el individuo y la cantidad de calorías gastadas por dicho individuo. Generalmente, este desequilibrio energético es producto del consumo de dietas de alto valor calórico y de una insuficiente actividad física, lo cual conduce a que el individuo presente un balance energético positivo y consecuentemente gane gradualmente peso. De esa manera, la presencia del balance energético positivo durante un periodo prolongado de tiempo conducirá a un incremento en la cantidad de tejido adiposo.

1.3.1.2. La teoría del punto fijo

La teoría del punto fijo (set point theory), elaborada por Keesy (1980; citado por Saldaña, 1994), postula que cada individuo tiene un peso ideal (set point) biológicamente programado y una serie de procesos reguladores que actúan para mantener este peso constante, ajustando la ingesta y gasto energético. Así, desde esta perspectiva, la herencia determina en gran manera el punto fijo de peso de la persona, influenciado a su vez por la nutrición, la actividad física y la tasa metabólica. Cuando se hace dieta, se presenta un balance energético positivo durante un periodo de tiempo prolongado, cambiará su punto fijo de peso a un nivel superior, conseguirá ganar peso y tener en el futuro dificultades para restaurar su peso por debajo del nuevo punto fijo de peso que ha establecido.

1.3.1.3. El modelo conductual del aprendizaje

Solamente mediante la teoría del punto fijo y el modelo del balance energético no se puede explicar por qué las personas con sobrepeso comen más de lo que gastan, aun a sabiendas de que ello les conduce a ganar peso. Saldaña (1994), apoya la idea de que existe otro tipo de factores psicológicos, principalmente motivacionales, que justifican plenamente este tipo de patrón de comportamiento y que los principios de reforzamiento son muy útiles para explicar el mantenimiento de estos patrones de comportamiento inadecuados.

El modelo conductual del aprendizaje permite explicar claramente los aspectos motivacionales que justifican por qué el obeso mantiene las conductas de sobreingesta y sedentarismo: ante las presiones socioambientales, el obeso responde a tal situación mediante la adopción de una dieta, de la cual a su vez también obtiene consecuencias positivas y negativas a corto y largo plazo. Así, por ejemplo, el seguimiento de una dieta conduce a corto plazo a la pérdida de peso, por lo que el sujeto recibirá aprobación social y mejorará su autoestima -consecuencias positivas-, aun cuando le implique esfuerzo, renuncia a alimentos apetitosos y preferidos, etc -consecuencias negativas- (Pekins, McKenzie y Stoney, 1987; citados por Saldaña, 1994). A largo plazo se obtienen consecuencias negativas, tales como el incremento de peso, posible rechazo social y/o la aparición de problemas de salud frecuentemente asociados a dicho incremento de peso, como la hipertensión (Saldaña y Rossell, 1988).

1.3.1.4. La hipótesis de la externalidad

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

El concepto de externalidad fue tomado en parte de los planteamientos realizados por Bruch (citado por Saldaña, 1994) sobre el error de discriminación que el obeso comete entre estados emocionales internos y hambre, y los resultados del estudio de Stunkard y Koch (1964; citado por Saldaña, 1994) en el que encontraron que la sensación de hambre correlacionaba con las contracciones gástricas en las personas con normopeso, pero no en los individuos obesos. Algunos estímulos externos, como la hora del día, la apariencia del alimento y especialmente la apetitividad es posible que influyeran más la ingesta de los obesos que de los que no lo son, aunque esta diferencia parece ser más importante en el aumento de peso que produce en un breve período de tiempo. Así pues, parece poco verificada la hipótesis de la externalidad.

1.3.1.5. La hipótesis de la ingesta emocional

Generalmente, se acepta ampliamente que los estados emocionales positivos o negativos afectan al comportamiento alimentario. Los efectos de la ansiedad sobre la ingesta han sido sucesivamente estudiados en gran número de investigaciones, aun cuando todavía no ha sido posible obtener resultados concluyentes que determinen si la ingesta se reduce o incrementa bajo niveles de ansiedad altos.

En esta línea de investigación, se partía de la hipótesis psicósomática planteada por Kaplan y Kaplan (citados por Saldaña, 1994) según la cual proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida utilizada por el sujeto obeso como mecanismo para reducir la ansiedad. Poco después, muchos autores apoyaron esta hipótesis al considerar la ingesta como el procedimiento empleado por el obeso para reducir el *arousal* generado por estados emocionales internos (Bruch; Leon y Roth; citados por Saldaña, 1994). En concreto, Bruch propuso que los indicadores de hambre podían ser confundidos con los indicadores de estados emocionales, siendo este error de discriminación el que podía producir una ingesta inadecuada. Debido a ello, Bruch (citado por Saldaña, 1994) consideró como posible que el individuo obeso confundiera frecuentemente sus diversos estados de activación emocional con el hambre y, a consecuencia de este error de discriminación, comiera cuando estuviera activado emocionalmente.

El trabajo presentado en 1980 por Robbins y Fray (Saldaña, 1994) concluyó que la conducta de ingesta está inducida por el estrés, pero que dicho comportamiento no actúa como un reductor de estrés, tal como se mantenía en la hipótesis psicósomática planteada por Kaplan y Kaplan (1957; citado por Saldaña, 1994). Robbins y Fray (1980; citado por Saldaña, 1994) mantenían que los individuos obesos no aprenden a discriminar entre respuestas emocionales y hambre, lo que les conduce a ingerir alimentos de forma inapropiada como respuesta a su activación emocional, manteniendo este comportamiento a causa de las cualidades reforzantes del alimento, más que por su capacidad de reducir el estrés.

1.4. Anorexia nerviosa

De acuerdo al CIE-10 (1992) la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, aunque raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños o mujeres maduras hasta la menopausia.

Por otra parte Gómez Pérez-Mitré (1993) menciona que la anorexia usualmente se inicia, al igual que la bulimia, en la adolescencia, aunque puede aparecer en la niñez y vida adulta. Saldaña (1994) señala que se trata de un trastorno que afecta básicamente a las mujeres, sobre todo jóvenes adolescentes, de nivel sociocultural medio-alto, aunque también se da en una pequeña proporción entre chicos, aproximadamente un varón por cada once mujeres, en fase puberal o prepuberal. Un porcentaje elevado de los sujetos, tanto chicas

como chicos, han tenido sobrepeso o eran obesos en el período anterior al desarrollo del trastorno, siendo además la edad de mayor riesgo entre los 12 y los 24 años. Los datos epidemiológicos de otros países indican que la anorexia se da en una de cada 250 a 300 jóvenes de las edades anteriormente citadas (Hsu, 1990; Toro y Vilardell, 1987; citados por Saldaña, 1994).

Hay evidencia cada vez mayor de que existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales. De acuerdo al DSM-IV (1995), dentro de la anorexia nerviosa se presentan las siguientes alteraciones:

- a) Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17,5). Los enfermos prepúberes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.
- b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de: 1) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de uno de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- c) Distorsión de la imagen corporal que se caracteriza por la persistencia, con el carácter de la idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.
- d) Trastorno endocrino generalizado manifestándose en la mujer como una amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en mujeres anoréxicas que sigue una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).
- e) Si el inicio es anterior a la pubertad, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene (cesa el crecimiento; en las mujeres no se desarrollan las mamas y hay amenorrea primaria; en los varones persisten los genitales infantiles). Si se produce una recuperación, la pubertad suele complementarse, pero la menarquia es tardía.

La anorexia nerviosa es un trastorno complejo; en su génesis y mantenimiento juegan un papel importante la interacción de diversos factores, tales como genéticos, psicológicos, cognitivos, socioculturales, etc., siendo los síntomas más evidentes la pérdida de peso debida a un ayuno drástico y, en mujeres, la amenorrea. Además, el intenso miedo a aumentar de peso, la alteración de la imagen corporal, la práctica de dietas altamente restrictivas y el rechazo al reconocimiento de la existencia de una enfermedad son otros de los componentes más comunes a las pacientes anoréxicas.

1.4.1. Modelos explicativos de la anorexia nerviosa

Casi todos los modelos teóricos elaborados para explicar la anorexia nerviosa pretenden integrar la multiplicidad de factores implicados en la etiología, desarrollo y mantenimiento del trastorno (Saldaña, 1994).

1.4.1.1. El modelo cognitivo-conductual.

El modelo etiológico cognitivo-conductual resalta el papel de los comportamientos y cogniciones de las anoréxicas en la adquisición y mantenimiento del trastorno. Los autores que con mayor fuerza han tratado de desarrollar este modelo son Bemis, Fairburn, Garfinkel y Garner (Saldaña, 1994), los cuales postulan que todos los factores causales de la anorexia convergen en un punto común: la única creencia de la paciente es que "es absolutamente necesario que esté delgada". El seguimiento de dietas y el ayuno prolongado se produce para evitar el estímulo temido "gordura" y sus implicaciones, como, por ejemplo, la maduración psicosocial. Esta conducta de evitación es difícil de extinguir y puede llegar a perpetuarse mediante el aumento del aislamiento de la paciente, siendo dicho aislamiento el que incrementa su falta de respuestas ante otros estímulos externos e internos. Más adelante, la conducta anoréxica se ve reforzada positivamente por la delgadez, la cual proporciona gratificación y sentimientos de dominio y autocontrol, además de aprobación y preocupación por parte de otros. Finalmente, los pensamientos y cogniciones desadaptados, por ejemplo, el razonamiento dicotómico y los pensamientos catastrofistas, mantienen las conductas de las anoréxicas (Hsu, 1990; Toro y Vilardell, 1987; citados por Saldaña, 1994).

1.4.1.2. Modelo integrador de la anorexia nerviosa restrictiva y la anorexia bulímica.

El modelo de Williamson, Davis, Duchmann y cols. (citados por Saldaña, 1994) postula que los factores principales subyacentes asociados a la anorexia nerviosa son la alteración de la imagen corporal, el miedo a la gordura y la preocupación por la silueta; este modelo parte de la teoría de la restricción alimentaria considerada como el antecedente directo de la anorexia restrictiva.

En la anorexia bulímica, la paciente puede desarrollar episodios de gran voracidad que contrarrestará empleando métodos purgativos que reducirán su ansiedad. Por el contrario, la anoréxica restrictiva reduce su ansiedad y sus preocupaciones sobre la gordura y el incremento de peso evitando totalmente el consumo de alimentos y realizando ayunos drásticos. El efecto a corto plazo del ayuno prolongado es la reducción del apetito, por ello, la anoréxica puede consumir cantidades muy pequeñas de alimento, manteniendo el tono vital alto, lo cual, a su vez, le refuerza sus sentimientos de autocontrol total sobre su comportamiento alimentario y le reduce el miedo a ganar peso. El efecto a largo plazo del ayuno prolongado es la disminución del ritmo metabólico basal, incrementándose de esa manera la probabilidad de ganar peso y potenciando el temor existente de la gordura.

La relevancia de problemas secundarios, como ansiedad, depresión, comportamientos obsesivo-compulsivo, difíciles relaciones familiares, el posible abuso de sustancias, como drogas supresoras del apetito o estimulantes, etcétera, quedan recogidos en este modelo integrador.

1.5. Bulimia

De acuerdo al DSM-IV (1995), la bulimia nerviosa se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. La distribución por edades y sexo es similar a la de la anorexia nerviosa por el hecho de compartir la misma psicopatología.

El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos (Pryor, 1995).

Para poder hacer un diagnóstico de bulimia deben estar presentes las siguientes alteraciones; dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, como se indica a continuación:

a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ello, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo.

b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, períodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores del apetito, extractos tiroideos o diuréticos.

c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija en forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nerviosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.

Es importante agregar que Agras y LeBow (Gómez Pérez-Mitré, 1993) mencionan que la bulimia se considera como una enfermedad o anomalía socialmente transmitida, en tanto que las técnicas de purga se aprenden, frecuentemente, a través de los amigos y de los medios de comunicación.

Algunos de los datos clínicos de las pacientes bulímicas son: su edad media es de 24 años, con una edad de inicio promedio de 16 a 18 años; sin embargo, la bulimia puede afectar a niñas mucho más jóvenes, hasta de 11 años según Pyle, Mitchell y Eckert (1981; citado por Saldaña, 1994) y hasta a mujeres de cuarenta años. Otro aspecto interesante es que muchas bulímicas nunca llegan a buscar ayuda terapéutica, otras pueden tardar hasta 25 años, aunque la media parece estar en torno a los cinco años y medio (Saldaña, 1994).

1.5.1. Modelos explicativos de la Bulimia Nerviosa

Diversos modelos explicativos han sido desarrollados para explicar la etiología, desarrollo y mantenimiento de la bulimia nerviosa. Al igual que otros trastornos del comportamiento alimentario, la bulimia nerviosa es un trastorno multidimensional, en el cual juegan un papel relevante la interacción de factores fisiológicos, evolutivos, psicológicos y socioculturales, aun cuando el peso específico de cada uno de ellos todavía no esté bien determinado.

1.5.1.1. Modelo de la reducción de ansiedad.

Hasta muy recientemente los episodios de glotonería de las pacientes bulímicas han sido explicados fundamentalmente a través de la influencia de dos factores. El primero de ellos hace referencia a características personales de la bulímica, por ejemplo, baja autoestima y escasas habilidades para hacer frente a situaciones estresantes, y el impacto que sobre su estado afectivo producen determinados acontecimientos vitales. Así pues, bajo esta perspectiva, se entiende que las bulímicas se purgan para escapar de estos estados emocionales negativos. La segunda hipótesis está relacionada con la teoría de la restricción alimentaria, por medio de la cual se entiende que la autoimposición irreal de la paciente bulímica de emplear dietas muy estrictas para el control de su peso le conduce a fracasar y violar dicha dieta, lo que activa el mecanismo para iniciar un "atacón

Sin restar importancia a los factores tenidos en consideración en las hipótesis previas, varios modelos teóricos de la bulimia nerviosa han postulado que el factor principal implicado en el desarrollo y mantenimiento de la bulimia nerviosa es la ansiedad. Desde estos modelos se propone que las conductas purgativas de las pacientes bulímicas, especialmente los vómitos autoinducidos, pueden ser analizadas como un tipo de conducta de evitación que es mantenida por reforzamiento negativo, sugiriéndose que los vómitos actúan como un reductor de ansiedad.

La ingesta de pequeñas cantidades de alimentos es considerada como "excesiva" o "mala", activándose la preocupación por el incremento exagerado de peso y sentimientos de ansiedad. En este proceso no importa ni la cantidad ni el tipo de alimento que se vaya a consumir, ya que, desde la perspectiva de la bulímica, cualquier cantidad y tipo de alimento es considerado como dañino, repulsivo e hipercalórico. Inmediatamente se inicia su preocupación por engordar y, consecuentemente, se siente infeliz y poco estimada. Estos sentimientos y preocupaciones pueden ser controlados por la paciente tomando la decisión de vomitar, lo cual desbloqueará la inhibición de iniciar una comilona. El vómito, de esa

manera, es empleada como un ritual para protegerse contra las terribles consecuencias que le pueden devenir mediante la ingesta. Además, el vómito le alivia la ansiedad y los sentimientos de pérdida de control que le genera su conducta de ingesta. Los ciclos repetidos de este patrón de comportamientos son los que contribuyen al empeoramiento de la paciente y a la cronificación del problema, haciendo que la bulimia nerviosa, llegada a ese momento, se convierta en un trastorno con mal pronóstico (Saldaña, 1994).

1.5.1.2. Modelo integrador de la bulimia nerviosa

En 1990, Williamson, Davis, Duchmann y cols. (Saldaña, 1994) proponen un modelo conceptual, en el cual pretenden integrar todo el conocimiento disponible para explicar la bulimia nerviosa. Se incluye tanto el modelo de ansiedad que acabamos de exponer, como los modelos de la restricción alimentaria y de regulación del peso corporal (explicado para la obesidad) y aquellos que se refieren al papel que juegan variables psicológicas y diversas entidades psicopatológicas en el origen y mantenimiento del trastorno.

Desde este modelo integrador se postula que, en primer lugar, la violación de una dieta altamente restrictiva conduce a comer alimentos "prohibidos" e iniciar una comilona. Este patrón de comportamiento activa los temores sobre el incremento de peso y los problemas con la imagen corporal, al extremo que generan gran cantidad de preocupación y ansiedad. Los hábitos purgativos actúan como reductores de ansiedad y, de esa manera, son reforzados negativamente. Además, estos hábitos purgativos eliminan los nutrientes y energía ingeridos a través de los alimentos, produciéndose una privación biológica y despertando en el sujeto sensaciones de hambre, lo cual conducirá a que se repitan los ciclos de ataque de glotonería-conducta purgativa.

Dentro de este modelo integrador se señala, por una parte, que la ansiedad es el factor central en el trastorno y, por otra, el papel que juega la psicopatología secundaria, especialmente la depresión, que frecuentemente se observa en las pacientes bulímicas. Así, el modelo integra la función reductora de ansiedad que tienen las conductas purgativas y la relevancia de la depresión, ansiedad, dificultades interpersonales, hábitos obsesivo-compulsivos y problemas de personalidad en el proceso de desencadenar y mantener los ciclos de comilonas -conductas purgativas.

Por último, debemos mencionar que en México, Gómez Pérez-Mitré (1993), realizó un estudio sobre desórdenes alimentarios cuyo objetivo fue detectar tendencias o indicadores de anomalías de la conducta alimentaria, en una muestra de estudiantes de preparatoria, licenciatura y posgrado. Encontrando que en la muestra en general existía un conocimiento mínimo sobre algunos de los conceptos relacionados con anomalías de las conductas alimentarias. Por ejemplo, sólo una quinta parte de los estudiantes de la muestra conocía lo que era la bulimia y anorexia, en cambio, una gran mayoría sabía lo que era una dieta balanceada y lo que define a la obesidad, aunque desconocían que ésta fuera una enfermedad. En este mismo estudio encuentra elementos componentes de bulimia y anorexia, indicando que las formas combinadas de las anomalías de la conducta alimentaria son las que se encuentran con mayor frecuencia, y en este estudio se consideraron como indicadores de factores de riesgo bulimianoréxico.

Así pues, como se pudo apreciar, los trastornos alimentarios acarrear severas consecuencias y secuelas en las personas que los padecen, el hecho de que poblaciones de infantes y adolescentes se vean afectadas al igual que los adultos nos lleva, en esta investigación, a buscar factores de riesgo en una población adolescente mexicana. Las múltiples teorías sobre trastornos alimentarios antes mencionadas, nos hablan de factores que participan en ellos, tales como la cultura y/o sociedad, la familia, la ansiedad y el estrés.

Aunque en esta investigación no abordamos estos trastornos alimentarios (de manera particular) ya que trabajamos con una población normal, quisimos hacer un esbozo general de los factores que se presentan en su desarrollo y que si forman parte de esta investigación: las adolescentes, tipos de familias y problemáticas de apoyo social y estrés.

Empezaremos hablando acerca de la población de este estudio: las adolescentes.

CAPITULO II
ADOLESCENCIA

ADOLESCENCIA

El punto de interés en este estudio son los adolescentes, ya que son ellos quienes conforman una gran parte de la población de América latina (73.3 millones en 1980, OPS; citado en Chomsky, 1985).

Los adolescentes son un grupo particularmente interesante de estudio en lo que se refiere a problemas de salud. Como jóvenes sufren los procesos de socialización a la edad adulta, necesitan no sólo ser provistos de información, sino también de niveles de aceptación social, de salubridad y otros problemas. De esta manera, el darle poca importancia a problemas como un accidente automovilístico podría tener enormes consecuencias para el individuo, y a la larga para la sociedad. Mientras que el darle importancia, a problemas como los de la salud, podría ser pronóstico del comienzo de patrones de salud que pueden ser funcionales para el individuo o sociedad (Sobal, 1987).

Otra razón para examinar los problemas de salud de los adolescentes es intentar conocer los problemas especiales que emergen en esta fase de su ciclo de vida. Muchos programas de salud escolar están basados en hipótesis de adultos (maestros, administradores y otros profesionales) acerca de problemas que ellos creen, podrían afectar a los adolescentes, los cuales tienen poca participación de los propios adolescentes (Sobal, 1987).

El Grupo de Estudios de Ginebra (Chomsky, 1995) dice, que los aspectos psicológicos del desarrollo del adolescente se refieren básicamente al proceso cognitivo y al sistema de valores (Chomsky, 1985), a la formación de identidad, la relación de adultos y coetáneos, y los factores sociales, los cuales son especialmente considerados. Se desplaza así, lo psicológico intrínseco de la adolescencia a lo social, constituyéndose este último factor en el de más peso para explicar psicológicamente al adolescente, con lo cual las evidentes variaciones personales, en sentido psicoanalítico o psicodinámico, son desatendidas o dejadas de lado.

2.1. Definición

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

Para Urzúa (Chomsky, 1985) "la adolescencia constituye el período de vida en el cual el niño deviene del adulto ("adolescere"=crecer a la adultez)". El comienzo y fin no son fáciles de definir, pero se habla de que su comienzo es biológico y su final psicosocial. Aceptar y guiar la personalidad de los adolescentes, es tarea de los profesionales de la salud, en el grado en que se comprendan todas estas oscilaciones que sufre el adolescente se podrá evitar dar etiquetas psicopatológicas prematuramente.

La OMS (Chomsky, 1985) ha definido las tareas evolutivas del adolescente medio:

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

Para facilitar el estudio de la adolescencia se le ha dividido en tres fases: de 10-14 años se considera la adolescencia temprana, de 14-17 años la adolescencia media y de 17-20 años adolescencia final o tardía, además de nombrar juventud a las edades comprendidas entre 20-24 años (Chomsky, 1985). Se mencionó que para el Año Internacional de la juventud las Naciones Unidas definieron como tal al período comprendido entre los 15 y 24 años (Chomsky, 1985).

La OMS (Chomsky, 1985) por su parte, ha hecho divisiones del período de adolescencia de acuerdo a criterios cuantitativos y a grupos de edad:

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

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

Todo lo dicho es visto de diferente forma según el correlato sociocultural. El concepto de adolescencia es relativamente reciente, de origen social por lo cual es aplicable a sociedades urbanizadas, industriales, y post-industriales. Por lo tanto debemos tener cuidado al hablar de adolescentes y adolescencia sin antes haber conocido a la población de la que hablamos.

2.2. Crecimiento corporal y madurez sexual

El brote de crecimiento de la pubertad afecta a todas las dimensiones corpóreas y apunta tanto al esqueleto y la musculatura, como a los órganos internos. Ahora bien, el desenvolvimiento de ciertas partes del cuerpo comienza, en momentos distintos y avanza, con ritmo diferente. El comienzo del brote de crecimiento coincide con la aparición de los primeros signos del desarrollo de la madurez sexual (Nickel, 1980).

En el adolescente varón, empieza a nacer el vello, en torno a los órganos sexuales, en las axilas, piernas y antebrazos, así como sobre el labio superior, signo externo de la próxima masculinidad. El pene, el escroto y los testículos cambian también de tamaño y forma. El pene adopta una forma cilíndrica; el escroto se alarga y se vuelve más laxo.

Entre las muchachas, el primero y más llamativo rasgo sexual secundario es el "seno en capullo", que continuará desarrollándose, hasta constituir el típico seno femenino. El vello surge, en los órganos genitales, así como en las axilas de las chicas, durante el proceso de maduración, bastante más tarde, que en los de los chicos. Junto al desarrollo de los senos, se inicia el de los ovarios y del útero. Pero no siempre se forman de un modo simultáneo, el del útero precede en ocasiones, al de los ovarios. Puede suceder pues, que se inicie el ciclo menstrual, aún antes de que los ovarios produzcan folículos maduros; pero el intervalo, entre la menarquía y el comienzo efectivo de la fecundidad, no suele rebasar 1 año (Nickel, 1980).

Así también, la talla y el peso corporales aumentan, proporcionalmente, durante el brote de crecimiento (Lenz y Kellner; citado por Nickel 1980) en ambos sexos, con una distancia, de dos años, a favor de las chicas. Por lo que se refiere a la estatura, los muchachos aumentan, por término medio, en el transcurso del brote de crecimiento de la pubertad, unos 20 cm. en estatura y 20 kg. de peso; las muchachas tan sólo unos 16 cm. de estatura y 16 kg. de peso (Tanner y Taylor, 1970; citado por Nickel, 1980).

2.2.1. Influencia de las condiciones ambientales

Tanto el brote de desarrollo de la pubertad, como el desenvolvimiento de la madurez sexual, que con él coincide, son desencadenados y controlados por los procesos endocrinos y nerviosos centrales. Al mismo tiempo, se ven supeditados a múltiples influencias ambientales, tanto climáticas, como socioculturales y educativas

Ahora vamos a hablar, brevemente, del influjo constante de determinadas condiciones ambientales de modificación como son los factores socioculturales o socioeconómicos.

Numerosas investigaciones realizadas en diversos países, confirman que el desarrollo somático de los niños y adolescentes se relaciona claramente con el status socioeconómico de la familia (Cole y Hall, 1970). Por lo que se refiere a la talla, se aprecian diferencias entre los diversos estratos sociales, en la lactancia y la primera infancia, que siguen marcándose, durante el período escolar hasta la pubertad.

La dependencia del desarrollo somático, respecto del status social, así como de la magnitud de la familia, quedó patente, en los resultados de la investigación efectuada, el año 1947 por el Consejo Escocés de investigaciones Educativas (Nickel, 1980) con casi todos los niños de 11 años de Escocia. Algunos de los datos esenciales muestran cómo la talla y el peso de los niños disminuyen, tanto con el nivel social, como con el número de hijos de una familia. Los niños de la clase más elevada, dentro de los grupos de profesiones, eran, por término medio, 6 cm. más altos y pesaban 2,5 kg. más, que los de la capa más baja. Los más favorecidos son los niños pertenecientes a las clases altas y a pequeñas familias; los menos afortunados, en su desarrollo, son los que han nacido en los grupos más bajos de la escala social y en el seno de familias numerosas.

La explicación más lógica de estas relaciones consiste, quizás, en que tanto la alimentación, como la asistencia, el interés y el cariño por los niños son más deficientes, en las capas inferiores y en las familias de mucha prole. Estas últimas sufren mayores dificultades económicas; se comprende, pues, la relación que existe con el status social.

Por otra parte, Papalia (1992) explica que en 1982, White encontró que aunque las características de la familia tienen una fuerte relación con el rendimiento académico, puede ser la manera como los padres educan a sus hijos y no la ocupación de los padres, ingresos o educación donde realmente radica la diferencia.

2.3. Cambios psíquicos durante la pubertad

2.3.1. Descripciones personales.

Durante la pubertad, se pueden observar alteraciones más o menos profundas, en los diversos campos del comportamiento y de las vivencias de los adolescentes. Se experimenta esta etapa de la vida como una época de transformación; a diferencia de años anteriores, el sujeto capta los cambios verificados. Esto vale no sólo para la aceleración del crecimiento y el aumento de la fuerza física y de la capacidad de rendimiento deportivo, sino también para los síntomas de la maduración sexual -cuya progresiva acentuación es seguida, casi siempre, por los adolescentes, con tensión expectante- y para las propias vivencias, en especial, las referentes a las actitudes y relaciones con el medio ambiente.

La comunicación personal constituye, *per se*, una selección subjetiva realizada por el propio adolescente, determinada casi siempre, por la impresión especial de un acontecimiento ocasional o persistente. Por ello, no es de asombrar que en diarios íntimos se expongan las alteraciones psíquicas de la pubertad, como si surgieran, de un modo, más o menos inopinado y súbito, como si el propio adolescente se sintiera, en muchas ocasiones, sorprendido por las mismas y creyese experimentar, en sí mismo, una repentina transformación, a la manera de una ruptura.

Se da lugar a que ciertos adolescentes, de pubertad precoz o tardía, se consideren, prácticamente, excluidos del consorcio humano, por creerse seres anormales (Nickel, 1980). Por ejemplo, las muchachas precoces se sienten marginadas, entre sus compañeros que se encuentran aún, en los alledaños de la pubertad; resultan más simpáticas en cambio, las que se hallan en el mismo estadio de desarrollo. Sin embargo, según Faust (1960; citado por Nickel, 1980) a medida que se van haciendo actuales para las demás chicas, los problemas relativos a la maduración sexual, las púberes precoces van adquiriendo un mayor prestigio.

Se sienten más afectados los adolescentes con un desarrollo tardío. Entre ellos, el sentimiento de inferioridad nace de la impresión de un retraso somático y se refuerza, ante el hecho de que su capacidad de rendimiento físico, sobre todo, en actividades deportivas, es ampliamente desbordada por la de sus coetáneos. Las experiencias negativas que los muchachos arrastran, desde el período escolar, se agravan, aún más, en la pubertad. Potashin (1946; citado por Nickel, 1980) pudo apreciar que los adolescentes retrasados muestran suma prudencia y cautela, en su comportamiento global; son incapaces de reírse de sí mismos; pero -cosa extraña- sus compañeros los tildan de antipáticos, desconsiderados y charlatanes. Mussen y Jones (1957) se basan en sus investigaciones, acerca de la imagen que los adolescentes de pubertad tardía se forjan de sí mismos, para llegar a la conclusión de que, en conjunto, carecen de importantes estímulos sociopsicológicos ambientales, respecto del desarrollo ulterior de su personalidad, particularmente, en lo que atañe a las vivencias de autovaloración.

2.3.2. Influencia de factores sociales, culturales y educacionales.

La investigación de las décadas 1920-30 y 1930-40 partía más bien, del hecho de que las modificaciones psíquicas son una consecuencia directa e inmediata del desarrollo somático de la pubertad (Nickel, 1980). Hace más de 20 años, los resultados de la investigación antropológicocultural despertaron dudas fundamentales, acerca de este concepto de la pubertad. Las observaciones referentes al desarrollo infantil y juvenil de las llamadas sociedades primitivas, que Mead (Nickel, 1980) realizó, por primera vez, en Samoa, y que completó, con ulteriores estudios, no proporcionaron datos comparables con los de nuestra esfera cultural.

Más bien, se registró, en dichas culturas, una transición completamente libre de problemas y lagunas, entre el status infantil y el status adulto. Con la llegada a la madurez somática y especialmente a la sexual, el adolescente pasa a la comunidad de los adultos, en cuya vida ha ido participando, desde la infancia -casi siempre, a partir de los 6 años-. Los ritos de iniciación caracterizan el final de esta evolución; entonces se admite al sujeto, como miembro de la tribu, con plenos derechos; ya está capacitado para contraer matrimonio.

Este tipo de desarrollo sólo es posible en sociedades relativamente cerradas y de estructura simple, que le facilitan, muy pronto, al individuo en vías de maduración las debidas nociones generales, acerca de las relaciones dentro de la sociedad, y la participación en las tareas de los adultos; se le adjudica al mismo tiempo, un puesto firme en el grupo, prefijado, desde mucho tiempo antes. Nuestra sociedad occidental se distingue, en

cambio, por la inseguridad acerca de la posición que se va a ocupar en el futuro, por un prolongado periodo de preparación para la adultez -que va mucho más allá del proceso somático de maduración-, por una intensa especialización para el trabajo, cargado de exigencias crecientes, y por una gran incertidumbre, respecto de las relaciones sociales y del papel que se va a asumir. El adolescente, ya maduro corporalmente, se halla aún muy lejos de su futura posición en la sociedad de los adultos; aún le queda un largo camino por recorrer, para alcanzarlo.

Muchos de los llamados problemas de la pubertad son el efecto de esta incapacidad para integrarse en el mundo de lo adultos, al cual aspira, y a la enorme vacilación, acerca del rol actual y el status futuro. Los fenómenos designados como "pubertad psíquica" no pueden considerarse como una consecuencia inmediata de los procesos biológicos de maduración; han de entenderse como algo determinado socioculturalmente.

En los países desarrollados, la pubertad psíquica, como fenómeno sociocultural, no presenta formas unitarias de manifestación, antes bien, se dan variaciones, entre las diversas esferas culturales y las formas de sociedad con distinta tradición, actitudes, normas y sistemas de valores; la tendencia fundamental sigue, sin embargo, igual o semejante. Se realizó una investigación para examinar el modo como se vivenciaban los ideales y la postura que se adopta, frente a la propia familia, en 32 000 adolescentes de 10 a 17 años, procedentes de 7 países europeos: Bélgica, Alemania, Francia, Italia, Holanda, Portugal y España (Lutte, 1969; citado por Nickel, 1980).

La frecuencia con que es elegido uno de los progenitores, como ideal al que aspira -ideal de padres-, disminuyó con la edad, y sufrió oscilaciones, según el país europeo de que se trata. Lo mismo cabe decir, respecto de la actitud positiva ante la vida de familia (valores familiares). De acuerdo con estos resultados, los muchachos alemanes fueron los que, con mayor frecuencia, eligieron como modelos, a sus propios padres. Les siguen inmediatamente después los de Portugal; los demás países arrojan cifras más bajas. Fueron también los alemanes quienes más destacaron los valores familiares. Queda justificado al pensar que, en estos resultados, se proyectan distintas actitudes y corrientes de tradición.

Cabe demostrar claras influencias del estrato social para el sentimiento de independencia, respecto de los padres, y para la postura que se toma, ante las normas y valores de la generación de los mayores (Tuma y Livson, 1960, Trautner, 1972 a; citados por Nickel, 1980), así como para las propias aspiraciones, con vistas al futuro.

La cuestión relativa al desarrollo de la pubertad procede, en diversos sectores, con crisis y conflictos -se ha creído, durante mucho tiempo, que eran característicos de este período- se ve influida, en gran medida, por los factores socioeconómicos, así como por las modalidades de formación escolar vinculadas a dichos factores (Lutte, 1969; citado por Nickel, 1980). Fuera de eso, la actitud y el estilo educativo de los padres desempeñan un papel decisivo al respecto (Rosenmayer y Kreutz, 1972; citados por Nickel, 1980); situación que en el capítulo 3 retomaremos.

Dado que, entre el estrato social y el estilo educativo de los padres, existe una patente conexión, cabe admitir que ambos factores afectan el desarrollo de la pubertad, en el sentido de una acción recíproca de segundo grado. Según la índole de la reacción al estado de desarrollo físico -por ejemplo, a una maduración biológica acelerada- pueden tener lugar, por parte del adolescente, distintas respuestas vivenciales o del comportamiento, que, debido a un juicio superficial, pueden atribuirse a modificaciones somáticas.

2.3.3. Tendencias básicas y problemas especiales del desarrollo en la adolescencia.

Lo que se entiende por problemática de la pubertad puede considerarse, en sentido lato, como un fenómeno eminentemente sociocultural. Las formas de comportamiento, características de la pubertad y la adolescencia, derivan, por un lado, de la reacción del individuo y la sociedad a los procesos de maduración corporal y de las transformaciones orientadas hacia la edad adulta; se relacionan, pues, con los cambios biológicos, pero no en sentido causal, sino reactivo; por otro, se ven influidas y modificadas, fundamentalmente, por los factores culturales, socioeconómicos y educativos, a tenor de las exigencias que éstos le imponen al adolescente, así como por los roles y el grado de consideración ajena y de seguridad, en cuanto al status social. En el desarrollo psíquico del púber se advierten dos tendencias fundamentales: una orientada hacia la propia intimidad y otra, al enfrentamiento con el entorno sociocultural.

La primera afecta, sobre todo, a la elaboración psíquica de las alteraciones corpóreas observadas en uno mismo y a la búsqueda de una nueva comprensión personal y del mejor modo de vivenciar el propio status. Aquí encaja, cuanto se ha entendido, desde hace tiempo, en la literatura, como problemática de la pubertad propiamente dicha: las distintas reacciones a las vivencias de una creciente inseguridad, respecto de los roles, y de una incertidumbre, acerca del propio status, el deseo de independencia y desvinculación de la autoridad de los padres, así como una mayor introspección y un interés y comprensión reforzados de los procesos psíquicos, que se dan en los demás; por último la búsqueda de un nuevo ideal del yo.

Por otro lado, el enfrentamiento con el entorno sociocultural y los problemas de configuración de la vida y seguridad del porvenir adquieren suma importancia; pero hay que reconocer que todo ello nace con la misma pubertad. Resulta característico de la adolescencia el despliegue de nuevos intereses, la confrontación con las instituciones, normas y valores vigentes, en la sociedad, la búsqueda de nuevas vinculaciones y formas de convivencia, la elaboración de la problemática sexual, así como las primeras experiencias, respecto de la pareja "hombre-mujer", las cuestiones de elección profesional y el contacto con el mundo laboral, ligados estrechamente al propio futuro (Nickel, 1980).

2.4. Rasgos particulares de la pubertad

2.4.1. Líneas dominantes del comportamiento.

La época de la pubertad no sólo caracteriza, desde el punto de vista biológico, el paso de niño a adulto, sino también, desde una vertiente psicosocial, al abandono, por parte del púber, del status de la niñez. Comienza ahora a prepararse, más intensamente, para la adultez, pero sin poder alcanzar, realmente, aún el status correspondiente. Mientras que, en las llamadas sociedades primitivas, una vez concluida la maduración biológica, tiene lugar la completa inserción del joven en el mundo de los adultos -por lo general, sin roces, ni problemas-, en las sociedades civilizadas, hay un intervalo, más o menos grande, entre el comienzo de la pubertad y la plena consecución del status de la adultez.

Esta discrepancia, determinada socioculturalmente, entre el desarrollo somático y el psicosocial, puede variar, dentro de ciertos márgenes, en las distintas esferas culturales, y modificarse, de diferentes maneras, mediante ciertas influencias educativas y la acción de factores privativos del correspondiente estrato social. Eso aparte, hay que contar con el hecho de que el individuo, en esta etapa, permanece enquistado, más o menos tiempo, en un status intermedio, que se caracteriza por la falta de una clara definición de roles, por parte de la sociedad (Hofstatter; citado por Nickel, 1980). Ya no es un niño, pero tampoco, propiamente un adulto.

Este particular status psicosocial del adolescente, Hetzer (citado por Nickel, 1980) lo ha descrito como un "enclave fronterizo": el joven ya no se ve tan ligado a la familia, como cuando era niño; más bien, intenta cortar los vínculos de dependencia y desarrollar sus propias formas de vida, que no poseen, empero, más que un carácter provisional y transitorio. El adolescente no es capaz aún de fundar y responsabilizarse de una familia o de otras formas de convivencia sustitutivas de ésta. Por otro lado, se esfuerza por acentuar e imponer, conscientemente, sus sentimientos de autonomía e independencia; ahora bien, se encuentra aún, la mayoría de las veces, en período de formación o de preparación profesional y, por tanto, en una situación de dependencia económica que le impide satisfacer sus necesidades, sin atarse a la ayuda ajena.

Las relaciones con el sexo contrario adolecen también de ese carácter provisional, transitorio y de tanteo. Esto es aplicable tanto a los "amores y amoríos de pubertad", como a las primeras amistades y contactos homosexuales (Nickel, 1980). Semejante estado de transición se manifiesta también en el sector de las confrontaciones de orden espiritual, en particular, las que se refieren a las representaciones y tablas de valores éticos, políticos, religiosos y escatológicos. El adolescente no acepta ya, como en la infancia, sin sentido crítico, las doctrinas e ideales que los padres, maestros y adultos, en general, le inculcaban. Ahora bien, un cierto número de investigaciones específicas han demostrado cuán hondo arraigan, en uno mismo, las convicciones y costumbres de los modelos y de las personas que se encargan de la educación (Nickel, 1980).

Esta situación psicosocial del adolescente, que acabamos de esbozar, da lugar a una inseguridad, respecto de los roles, y a una incertidumbre, sobre el status futuro, que explican una multitud de fenómenos descritos como problemas de la pubertad propiamente dichos. Aquí se incluyen, desde el comienzo de la pubertad, formas de comportamiento de una especie de rebelión contra los hábitos y estilo de vida infantiles. Coincide esto con una cierta presunción, por parte de los adolescentes, ante el evidente aumento de vigor físico, que les impele a imitar, de manera consciente y afectada, los rasgos del comportamiento adulto al cual aspira (Hetzer, 1970; citado por Nickel, 1980). De acuerdo con el actual estereotipo del sexo, tales formas de reacción destacan, sobre todo, entre los muchachos; las muchachas adoptan, más bien, determinadas actitudes emocionales, que cristalizan, por ejemplo, en un constante secreteo y en una propensión a la susceptibilidad. Ambos tipos de manifestación pueden ser la consecuencia de un amor propio muy lábil y de una gran inestabilidad.

La acumulación de accesos de cólera y rebeldía, observable en los púberes, constituye una expresión de esta inseguridad e incertidumbre. Los actos de insubordinación suponen, casi siempre, una reacción al comportamiento de los adultos, que no llega a ser elaborado, adecuadamente. Tales conflictos pueden surgir, sobre todo, en la relación con los padres; pues es frecuente que los padres provoquen tales situaciones conflictivas, por culpa de un comportamiento educativo que no tiene en cuenta el status al cual aspira ahora el púber, ni la inseguridad que le rodea (Nickel, 1980).

Una conducta inadecuada y errónea, por parte de los educadores, puede reforzar, durante este período, la inseguridad respecto de los roles, y conducir a graves conflictos y trastornos futuros del desarrollo (Lehr, 1969; citado por Nickel, 1980). Esto se debe tanto a una hipovaloración de los deseos, necesidades y posibilidades de perfeccionamiento del adolescente -se tiende a considerársele todavía un niño- como a una sobrecarga -se exigen esfuerzos de adulto, esfuerzos que desbordan su capacidad afectiva-.

El adolescente no experimenta tan sólo un considerable aumento de fuerza y destreza físicas, sino también de sus facultades cognoscitivas, que acusan un notable progreso. Se desarrolla en particular, el pensamiento crítico que el adolescente utiliza, a menudo, con carácter lúdico.

En múltiples ocasiones, el joven echa de menos, en la labor escolar, una relación directa con la vida práctica, con la cual desearía enfrentarse y para la cual quiere prepararse. Esto es válido tanto para el alumno de nivel superior de la enseñanza secundaria, como para el de nivel inferior. Le falta una referencia verdadera con la existencia a la que tiende para afirmarse como adulto. Él busca entonces de otro modo tal afirmación, bien refugiándose en los ensueños, bien adoptando una apariencia de adulto intensamente provocativa o unas formas de comportamiento "típicamente púberes", dentro del círculo de sus amigos, desde carreras de motos y actividades similares, que simbolizan el status de los mayores, hasta la formación de bandas o pandillas juveniles que chocan con las leyes vigentes, en el mundo de los adultos.

Mussen (citado por Nickel, 1980) señala que nuestra sociedad no se ha visto capaz de forjar ningún concepto claro, ni ningún modelo de comportamiento válidos para este período de transición de un estado de máxima dependencia al de una independencia relativa; que el adolescente recibe, con frecuencia, un trato muy distinto de las diversas instituciones sociales: el hogar familiar, el colegio, el centro de formación profesional, la Iglesia y el derecho. Esta inseguridad puede provocar, en ocasiones, ansiedades y estados de tensión que agravan las crisis de desarrollo. Ya en la década 1950-60, el psiquiatra Hesse (citado por Nickel, 1980) había observado un notable incremento de las reacciones anómalas, tales como fugas, desamparo social y suicidio, entre los adolescentes desvinculados.

2.4.2. Inestabilidad afectiva y modificaciones de la imagen de sí mismo

Un rasgo característico del desarrollo de la pubertad es un creciente distanciamiento emocional, respecto de las personas con las cuales se mantenía un contacto cercano, hasta entonces, así como el impulso a retirarse y apartarse (Nickel, 1980).

Hetzer (citado por Nickel, 1980) ha descrito también, a partir del análisis de diarios íntimos y de unas observaciones prolongadas, esos dos rasgos, como los síntomas psíquicos más destacados del comienzo de la pubertad. Sin embargo, comoquiera que se fundaba en el modelo de etapas y fases del desarrollo, dicha autora llegó a creer que se trataba de una fase de origen inopinado y de final súbito; la designó, a causa del signo básicamente depresivo y de la tendencia del distanciamiento, como "fase negativa".

La investigación mejor proyectada, al respecto, se debe a Degenhardt (citado por Nickel, 1980), que ha estudiado en chicas el período entre los 10 y 14 años de edad, en un amplio trabajo longitudinal iniciado en 1967. El planteamiento del problema giraba en torno a la modificación de la imagen de sí mismo, en el sentido de un distanciamiento de las personas con las que se había tenido mayor relación hasta entonces. Se destacó ese distanciamiento como un rasgo característico de la llamada "fase negativa" respecto de los padres, los adultos e incluso las compañeras. Se les presentó, en relación con diferentes clases de personas, 20 pares de cualidades bipolares que se habían establecido, previamente como diferencial semántico para la clasificación de dichas personas; por ejemplo, "triunfador-fracasado", "anticuado-moderno", "simpático-antipático", "intolerable-tolerable". Se había realizado la clasificación, de acuerdo con estos conceptos preestablecidos: "Mi padre", "Mi madre", "Las chicas de mi edad", "Los adultos", "Yo misma", "Me gustaría ser".

La evaluación mostró un creciente distanciamiento del yo vivenciado y del yo ideal, respecto de los adultos en general, y del padre, en particular. Se pudieron confirmar, por completo, las hipótesis referentes a las modificaciones de la pubertad. En contra de dichas hipótesis, la posición vivenciada del "Yo misma", respecto de "Mi madre" y de "Las chicas de mi edad", permaneció casi inalterable, entre los 10 y los 14 años. Esto demuestra que no se trata de un aislamiento respecto de todas las personas con las cuales se habían relacionado, hasta entonces, sino de una progresiva diferenciación de la imagen misma de sí mismas, dentro del contexto social. Es notable, sin embargo, que esta modificación de la

imagen de sí mismo no se verifique, de un modo súbito, "de un salto": el creciente distanciamiento del "yo" con respecto a los "adultos" y al "padre", se inicia poco a poco y va aumentando, de manera uniforme, hasta los 14 años de edad. Así, en relación con la modificación de la imagen de sí mismo, no se pudo confirmar, ni un curso discontinuo ni una acomodación al comienzo de la pubertad (Nickel, 1980).

El distanciamiento del "yo", respecto de los "adultos" y del "padre", vivenciado como un fenómeno progresivo, dependería estrechamente de las susodichas modificaciones de roles y status, tal como el adolescente las experimenta. En lo que concierne a la diferente ordenación de los conceptos "padre" y "madre", cabría considerar una diferenciación más intensa de los roles específicos del sexo y la correspondiente identificación con el propio estereotipo; ésta interpretación sociopsicológica se ha visto confirmada por otros resultados de Degenhardt (1971; citado por Nickel, 1980). El curso crítico de la modificación de la imagen de sí mismo, sólo se ha podido aplicar a determinadas constelaciones sociopsicológicas, precisamente entre los grupos de más edad de los bachilleratos. Insistimos en que se trata del efecto de la esperada modificación de roles y status, al acercarse la hora de tener que abandonar la escuela, así como del aspecto de inseguridad con que se vislumbra el porvenir.

Otra explicación sería, que las modificaciones emocionales observadas representan fenómenos reactivos, fácilmente comprensibles, como efecto secundario de la maduración somática. Dicho de otro modo, la muchacha púber observa ciertos cambios en su cuerpo - que sigue, con un interés más o menos grande- y se vivencia a sí misma, entonces, en una situación de tránsito de la infancia a la adultez. Por la problemática de los roles y la consiguiente inseguridad, acerca del status futuro, la chica reacciona, con una inestabilidad, es decir, con una angustia general y con una cierta ansiedad, según los casos, tal como menciona Nickel (1980).

2.4.3. Problemas relativos a la orientación personal y a la superación de los conflictos

Mientras que el niño se ve libre de todos los problemas inherentes a la seguridad exterior, el adolescente ha de prepararse para desempeñar su papel de adulto, para asumir con plena responsabilidad, ante sí mismo y ante otras personas, la misión de asegurarse la vida. Ello le exige una buena orientación personal, en todos los órdenes. La inclusión en el mundo de los adultos se ve obstaculizada, en toda sociedad civilizada, por la gran inseguridad, respecto de los roles, y por la incertidumbre, acerca del status social. A ello hay que añadirle el que el individuo comienza, en la pubertad, a examinar, con espíritu crítico su esfera íntima y los cambios que, en sí mismo, se operan, así como las relaciones sociales y los vínculos que le unen a las personas adultas más allegadas. Pone asimismo en tela de juicio muchas de las orientaciones morales y escatológicas que, hasta ahora, le han inculcado.

Todo ello puede desencadenar ciertos conflictos, que intenta superar, de mil modos. Suelen darse dos formas de superación: por una parte, la búsqueda de protección y apoyo en el grupo de coetáneos, así como una sólida identificación con los ideales de dicho grupo; por otra, la superación imaginaria del conflicto y el cumplimiento imaginario de los deseos, los llamados "ensueños" o fantasías.

El afán de dominar, con la fantasía, los propios conflictos es un fenómeno humano generalizado, que no se vincula a ningún nivel determinado de edad (Katzenberg; citado por Nickel, 1980), pero que es particularmente vivo, en la pubertad, con una temática específica respecto de los problemas de dicho período (Kobi, 1963; citado por Nickel, 1980). Se incluyen aquí diversas formas de actividad de la fantasía, por las que el individuo se entrega al flujo de las representaciones imaginarias -casi siempre, agradables-, sin reflexionar, conscientemente, en las mismas, cosa que le permite evadirse de la realidad y de sus limitadas posibilidades (Nickel, 1980). Katzenberger (1969; citado por Nickel, 1980) reconoce como una acción especial de los "ensueños" la satisfacción etérea de los deseos, es decir, de las necesidades que no se pueden llenar en la realidad. La fantasía conduce así a la compensación de ciertas frustraciones y tensiones y provoca vivencias placenteras.

Los ensueños de los púberes se caracterizan por una temática que apunta a la superación de los conflictos de roles y status, además, a la elevación de la propia posición y del sentimiento de autoestima. Kobi (1963; citado por Nickel, 1980) ha podido comprobar, en un análisis de ensueños de 244 adolescentes de 10 a 15 años, un constante aumento con la edad de los temas siguientes: "poseer más", "experimentar más cosas", "valer más". El 21% de las apetencias individuales de los niños de 10 años y el 60% de los muchachos de 15 años se refieren al argumento de "poseer más"; respecto del tema "experimentar más cosas", el 16% y el 42%; respecto del tema "ser más que los demás", el 15 y el 34%; respecto del tema "valer más" el 14% de los chicos de 12 años y el 23% de los de 15, abunda, entre los alumnos más aventajados.

Estos dos últimos aspectos demostrarían, precisamente, la problemática referente a la propia valía, típica de la pubertad. Comienza, casi siempre, con el deseo de cambiar determinados rasgos exteriores: se quisiera tener otros cabellos, otro rostro, mas estatura... y concluye, a veces, con una insatisfacción general respecto de la propia persona y de las propias facultades. Estos problemas de autoestima que afectan de manera tan profunda a los adolescentes no se dan, desde luego, en todos los sujetos; pero en determinadas constelaciones -por ejemplo, en el caso de defectos visibles (miopía, malformaciones) o de inferioridad social-, son más perturbadores que en la infancia.

Los ensueños puede servir, por una parte, para reaccionar a tensiones psíquicas y superar la angustia, mediante la "pre-visión" de situaciones de amenaza y miedo; por otra, desempeña la función preparatoria de futuros encuentros y tareas (función social y planificadora).

En la adolescencia, los problemas relativos a los roles y al status pueden desencadenar tales reacciones cuando surgen, al respecto, conflictos persistentes. Este peligro será más inminente, cuanto más se vuelque la sociedad de los adultos en sus propios asuntos y cuanto más empeño ponga en inculcar a las jóvenes generaciones las formas de vida que ella misma adopta. Hace unas décadas, Lippert (1949; citado por Nickel, 1980) indica que una postura rígida y poco comprensiva, por parte de los adultos, forzosamente, ha de provocar conflictos, ya que el adolescente - a base de la estructura de su personalidad- o bien se rebela o bien se refugia en su propio mundo.

Una de las posibilidades de fuga de la realidad puede ser el consumo de drogas incontrolado, el cual también se observa en adultos como reacción anormal (Nickel, 1980). Una modalidad menos peligrosa de la superación de la inseguridad, acerca de los roles, y de la problemática de la autovaloración, consiste en la identificación con el grupo de coetáneos y con los modelos propuestos por éste. Se manifiesta exteriormente, por ejemplo, por la moda del cabello largo o del pantalón tejano.

El que los padres puedan ofrecer aún, más allá de la pubertad, una auténtica ayuda y orientación a sus hijos respecto de los obstáculos que van a tener que afrontar, en el mundo de los adultos, depende, esencialmente, del estilo educativo que hayan practicado hasta entonces. Por otro lado, la identificación incondicional con determinadas figuras de grupo puede hacer que los adolescentes choquen con las normas y leyes vigentes. Esto es aplicable no solamente a las bandas o pandillas de instintos agresivos, incluso criminales, sino también a los grupos de tendencias más inofensivas.

2.5. Relaciones familiares

El mito dice que los padres y los adolescentes no gustan los unos de los otros y que no se llevan bien. El hecho es que a pesar de los conflictos, la mayoría de los adolescentes se sienten cercanos y con actitud positiva hacia los padres, tienen valores similares acerca de los problemas principales y le dan valor a la aprobación de éstos (Hill; citado por Papalia, 1992).

Una cantidad sorprendente de personas pueden mirar retrospectivamente y afirmar que, a pesar de los errores que su familia pudo haber cometido, *nunca les fallaron*, tal como no lo hicieron sus madres en lo relativo al cuidado que les proporcionaron durante los primeros días de vida (Winnicott, 1995).

Dentro del hogar, cuando hay otros hijos, el niño obtiene un inmenso alivio en la posibilidad de compartir los problemas. Cuando la familia está intacta y los hermanos lo son de verdad, el individuo cuenta con la mejor oportunidad para iniciarse en la vida social (Winnicott, 1995). Se ha visto también, que los adolescentes que se entienden bien con sus padres, razonables y bien ajustados, obtienen mejores notas y se portan mejor en la escuela (Papalia, 1992).

Hay que mencionar que en dos estudios separados, hechos con una diferencia de 15 años, preguntaron a los adolescentes si ellos confiarían más en los padres o en los compañeros para escoger soluciones a varios problemas comunes. Si los padres o compañeros llevaban más peso, dependía de la situación. En preguntas de cómo vestirse, cómo resolver problemas relacionados con la escuela y cómo enfrentar las preocupaciones diarias, las opiniones de los compañeros tuvieron más influencia. Pero problemas de largo alcance como qué trabajo conseguir o cómo resolver un conflicto moral, los estudiantes en el primer estudio (todas chicas) se apoyaban más en las opiniones de sus padres (Brittain, 1963; citado por Papalia, 1992). En el segundo estudio, la situación particular en que un chico o chica se considere también influía si él o ella les pondrían más atención a los padres o a los compañeros (Emeryck, 1978; citado por Papalia, 1992). Cuando los padres y los compañeros sostienen valores similares, como a menudo lo hacen, no hay conflicto real entre ellos.

2.5.1. Distanciamiento respecto de los padres.

Al abandonar durante la pubertad, el status de la infancia, se modifican también las relaciones y actitudes del adolescente respecto de sus familiares. Se va desprendiendo de la total sujeción que le había atado a sus padres, hasta entonces, y aspira a la independencia y autodeterminación. Se caracteriza, al mismo tiempo, por una inseguridad respecto de los roles; por ello, busca nuevas vinculaciones, dentro del grupo de coetáneos.

El escolar considera a los padres como sus mejores amigos; el adolescente se va apartando, en general, de este concepto. De acuerdo con la investigación de Musgrove (1963), el 60% de los niños de 9 años, cuando se les pidió que indicasen quién era su mejor compañero; designaron a uno u otro de sus progenitores; dicha cifra disminuyó un 2,5% entre los chicos de 15 años.

En una investigación de Trautner (1972a; citado por Nickel, 1980) relativa a la disminución del apego a los padres, realizada con 122 alumnos de secundaria y de escuelas superiores de Bochum, de 10 a 14 años de edad. Se definió el concepto de "apego a los padres", mediante un cuestionario, de tipo factorial, referente a la imagen de sí mismo y que aludía a la dependencia emocional, respecto a los padres, al número de actitudes tradicionales, así como a una estrecha relación "padres-hijos". Ambos estudios confirman que la desvinculación, con respecto a los padres, constituye un lento proceso evolutivo.

Trautner (1972 a; citado por Nickel, 1980) hizo explorar y evaluar, con arreglo a diversos criterios de la maduración somática, a un grupo de muchachas por medio de un cuestionario. El estado de desarrollo somático no ejerce acción alguna sobre el grado de apego a los padres. En contraste, se descubrió un efecto estadístico significativo de los roles marcados por las madres: si las chicas mayorcitas son consideradas y tratadas aún, como "niñas", acusan un índice más elevado de apego a la familia, que aquellas otras que ya son respetadas por sus madres, como "mujercitas".

El debido cultivo de unos roles adecuados al estado de desarrollo aceleran la desvinculación, respecto de los padres. Ello indica el determinismo de dicho fenómeno, cuyas diferencias se corresponden con el país, la clase social y el sexo. La cultura de la madre apareció, en la investigación de Trautner (1972 a; citado por Nickel, 1980), como un importante factor determinante del apego a los padres, mientras que la pertenencia del padre a una determinada clase social no demostró ninguna correlación digna de estudio. Según estos hallazgos, el apego de la hija a los padres y la formación intelectual de la madre están en razón inversa, o sea, a mayor nivel cultural de la madre, menor apego al hogar por parte de la hija.

Ambos resultados -primero, mayor conformidad entre madre e hija, cuando más elevada es la cultura de la madre, y, segundo, menor apego a los padres, por parte de la hija, cuando la formación intelectual de la madre es superior- no se contradicen en modo alguno, como le podría parecer a un observador superficial; más bien se complementan, habida cuenta de que el apego a los padres supone una adaptación a la autoridad de los mismos, no la expresión de un contacto positivo, cariñoso, según una ulterior investigación de Trautner (1972 b; citado por Nickel, 1980). Con esto, entramos de lleno, en la cuestión relativa a la influencia que las distintas posturas educativas de los padres ejercen, sobre la consolidación de la independencia y autonomía de los adolescentes, así como sobre el proceso de desvinculación de los lazos que, hasta entonces, los unían a sus mayores.

2.5.2. Papel deseable de los padres

Los padres de los adolescentes deben caminar por una línea fina entre no conceder a sus hijos suficiente independencia y no protegerlos de errores inmaduros de juicio. Si la separación o independencia emocional de la familia (u otros adultos importantes) llega muy temprano, puede significar problema para un adolescente. Ésta puede tomar la forma de alienación, susceptibilidad a las influencias o socialmente abuso de drogas o actividad sexual prematura (Papalia, 1992).

El obstáculo más obvio para ser un buen padre lo constituye la inadecuada preparación para asumir las responsabilidades concretas que encierra. Excepto en casos de adopción, las sociedades no exigen prueba especial de aptitud para la paternidad, como la impone para conducir un automóvil. Entre los requisitos la paternidad exige buena disposición para compartir nuestro consorte con una tercera persona, es decir que ambos padres, acepten que existirá o se desarrollará una relación madre-hijo, padre-hijo (Swartz, 1973).

La paternidad para tener éxito requiere además, habilidad para tratar a los hijos como seres humanos con sus propios derechos y no como si fueran pertenencias. Los niños tienen deseos y necesidades, justamente como los tienen los adultos. Al igual que sus mayores, requieren oportunidades para expresarse por sí mismos como individuos. Es responsabilidad de los padres estructurar la situación familiar en forma que haga posibles estas situaciones (Swartz, 1973).

Parece ser que la paternidad que parece dar el balance correcto es aquella que ofrece cordialidad y aceptación, asertividad en consideración con reglas, normas y valores; y buena voluntad para escuchar, explicar y negociar (Papalia, 1992).

Así pues, el adolescente sufre cambios físicos y psicológicos, se mueve en un mundo de niños y adultos. Asume y se adapta a su cuerpo, a las nuevas situaciones, a la sociedad, a su cultura, la relación con su medio, la familia y amigos.

Hemos expuesto, hasta aquí, la búsqueda de independencia e identificación del adolescente, su búsqueda de apoyo y protección en grupos y el examen que realiza de la relación que lo vincula a personas de su confianza.

En el siguiente capítulo tocaremos con mayor amplitud uno de los puntos que ya hemos establecido en este capítulo, y que es uno de los puntos centrales de este estudio. La percepción de apoyo social.

CAPITULO III

PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL

El apoyo social se ha considerado desde muy diversas perspectivas teóricas y empíricas, pero los estudios realizados durante las últimas décadas mantienen la hipótesis de que el apoyo social mantiene efectos benéficos en la salud física y mental de las personas (Rodríguez, 1995).

La percepción resulta afectada por las características permanentes o estables del medio físico, social y cultural, y por el tipo de relaciones que el individuo establece con dicho medio. Además, la relación no es unidireccional, el medio afecta las percepciones de los hombres, pero éstos, a su vez, afectan y transforman el medio ambiente en función de su desarrollo cultural y social (Salazar, 1979).

Como vimos en el capítulo anterior, todo adolescente ha de aprender a participar de manera efectiva en la sociedad; la competencia necesaria para hacerlo, la debe adquirir, principalmente a través de las relaciones interpersonales. El adolescente puede evaluar constantemente su competencia gracias a la interacción con sus padres, maestros, superiores y camaradas, quienes lo exhortan, evalúan, premian y castigan. Las personas importantes que intervienen en su vida dirigen y prescriben parcialmente su conducta, y su censura o aprobación ayudan a determinar su entrega emotiva al comportamiento responsable (Brim, 1965; citado por Grinder, 1987). El sentido que tenga de su competencia y, finalmente, el concepto que posea de sí mismo o su identidad dependerá de lo bien que asimile las expectativas ajenas en su estilo de vida personal. Aprende a vivir de acuerdo con los estándares de ciertas personas trascendentes para él, mientras que se resiste a las inportunidades de otras.

Los adolescentes son muy sensibles a los estímulos sociales, ningún otro problema les parece tan importante como el de introducirse en la vida de grupo de sus coetáneos. La influencia del grupo social se hace más intensa, en este período, por el deseo del adolescente de ser socialmente aceptado y por el hecho de intentar conformarse a las exigencias del mismo grupo (Zavalloni, 1977).

De acuerdo con Grinder, (1987) "la personalidad propia de cada adolescente depende de la trascendencia que tienen para él las personas con quienes trata, de los tipos de comportamiento que se le presentan en sus modelos y de las maneras como asimila las nuevas expectativas y las experiencias anteriores" (pp. 18).

Conjugarán diferentes elementos para que se establezca un estereotipo como el más conveniente a seguir. Uno de esos elementos será la creación de ideales por parte de la sociedad, en estos podrán apreciarse los cánones de la belleza culturales, a través de los cuales la persona juzgará su propio cuerpo. Otro de los factores promotores de este tipo de imagen corporal son los medios de comunicación masiva como el cine, la televisión, la fotografía, las revistas, que dentro de una sociedad donde se considera el cuerpo como una mercancía, se ha dado lugar al surgimiento de una especie de culto a la imagen del cuerpo humano

Los ajustes que emprenden los individuos para distinguirse unos de otros y para adaptarse a la estructura social se conocen en ciencias sociales como **socialización**. Este concepto pone de relieve la importancia que tienen las relaciones interpersonales para el crecimiento social.

3.1.Socialización

El concepto de socialización se refiere al "proceso mediante el cual los individuos adquieren las características personales que les ofrece el sistema: conocimientos, disponibilidades, actitudes, valores, necesidades y motivaciones, todas las cuales conforman la adaptación de los individuos al panorama físico y sociocultural en que viven"(Inkeles, 1969, citado por Grinder 1987).

Para Bagú (1975) es el proceso por el cual se dan pautas, valores, e información indispensable para actuar en una sociedad determinada. Ése es el concepto de socialización, que comienza desde el momento en el cual la madre empieza a decir al niño lo que es materialmente peligroso (por ejemplo, la electricidad, el fuego); lo que es bueno y lo que es malo, lo que está aceptado y lo que está condenado. Desde ese momento preciso la familia actúa como agente de socialización y está preparando al niño para actuar en su mundo social.

La mayor parte de los estudios de la socialización se concentran en el entrenamiento que tiene lugar durante la infancia. Los primeros años son importantes; el niño aprende, establece un estilo de vida, y esto proporciona una base de selección para todo el proceso posterior de socialización. No obstante, el aprendizaje de nuevas destrezas continúa a lo largo de toda la vida de una persona. Se desarrollan nuevas pautas de conducta cuando alguien se incorpora a una secta religiosa, migra a otra comunidad, asiste a una universidad que está lejos de su casa, se incorpora a un círculo de vanguardia, entra en una pandilla juvenil u obtiene un nuevo trabajo. Los hombres nos adaptamos constantemente a las condiciones siempre cambiantes de la vida, desarrollando modos de conducta que se adecuen mejor a las nuevas circunstancias (Shibutani, 1961).

Para conocer la personalidad de un individuo es necesario saber con cuántas y cuáles personas está en relación y, por otra parte, de qué modo las demás personas lo consideran y qué sentimientos tienen para con él. En otros términos, hay que conocer las relaciones del individuo con el ambiente social en que vive: conocer estas relaciones en sus manifestaciones actuales y en su desarrollo genético.

Desde el punto de vista psiquiátrico, la socialización se presenta como una serie infinita de modalidades con que el individuo se realiza fisiológica o patológicamente en el mundo propio, como es el caso de esta investigación, los trastornos de alimentación. e incluidos también los procesos de enfermedad psíquica.

Desde el punto de vista dinámico, la socialización se puede entender como una estructuración de las funciones psíquicas humanas características, en suma un modo de funcionar psicológico. Desde el punto de vista sociológico, la socialización es el proceso de adaptación del individuo a su ambiente, mientras que desde el punto de vista psicológico la socialización puede entenderse como "la interiorización y la asunción por parte del individuo de las características de la cultura en que vive" (Zavalloni, 1977; pp. 42).

Hay autores, como Lambert (citado por Zavalloni, 1977) que definen a la socialización en relación con el proceso de formación de la personalidad y la conciben como una asimilación gradual de las influencias que el ambiente social ejerce sobre el individuo. A este propósito escriben: "Nuestras personalidades se desarrollan y se estructuran en parte a través de los contactos sociales con otras personas. El proceso de socialización empieza desde la infancia y avanza, a medida que aprendemos, hasta el momento en que nos comportamos, pensamos, sentimos y valoramos las cosas del mismo modo que las personas que están a nuestro alrededor" (pp. 42).

El principio general de que todo comportamiento humano está socializado, significa que el individuo pertenece a un grupo social y toma sus ademanes del comportamiento del mismo grupo. Ello quiere decir, desde el punto de vista sociológico, que la conducta de cada persona sólo puede ser comprendida en su contexto social. Desde el punto de vista psicológico, en cambio, nos encontramos ante una simplificación excesiva: en efecto, si es verdad que cada persona pertenece a un grupo social, no es menos verdad que "se comporta como un individuo". El individuo es una unidad psicológica, organizada en torno a un conjunto de necesidades y de fines consistentes por sí mismos.

3.1.1. Concepción de Freud

El trabajo de los psicoanalistas aporta una diferenciación. Sostienen que la vida social no procede únicamente de una tendencia original del individuo hacia sus semejantes, sino que es más bien el resultado de un desarrollo. Este desarrollo proviene de que primero experimentamos un narcisismo y posteriormente éste se transforma en un proceso de identificación con los demás.

Se pueden considerar establecidos por Freud (Zavalloni, 1977) tres puntos que contribuyen a la diferenciación y, por tanto, a la precisión de nuestro problema. Freud habla ante todo del reconocimiento de un mundo exterior, continuamente cambiante; en segundo lugar habla del sentido social, que depende del hecho que un sentimiento originariamente hostil se transforma en un elemento positivo; en tercer lugar subraya que se puede encontrar el origen de la pulsión social en el estrecho círculo de la familia. La socialización del individuo supone una actividad intelectual, pero al mismo tiempo un cambio de sentimientos paralelos a la actividad intelectual. Todo ello se produce en un ambiente social y en contacto con él.

3.1.2. Concepción de Gesell

Según la concepción de Gesell (Zavalloni, 1977) el ser humano se socializa a medida que se desarrolla. El individuo no solamente debe conservar de algún modo su existencia vegetativa; tiene que convertirse en una personalidad dentro de un mundo de personas. La organización de su personalidad depende del modo como se adapta a las relaciones humanas. El niño crece en un mundo de objetos, pero también crece en un mundo de personas. Estos dos mundos no están separados el uno del otro; a menudo se funden en un solo conjunto. El niño establece entre esos dos mundos una distinción menor de la que establece el adulto; es decir, al adulto le importa el mundo de los objetos y personas más que al niño. Una parte importante del desarrollo tiene precisamente la finalidad de llegar a esa diferenciación progresiva de adaptación.

3.2. Percepción social

La percepción social se utilizó para indicar cómo los factores sociales y culturales influyen en la percepción y la forma en el que el medio social afecta los procesos perceptivos del individuo. Posteriormente el campo se extendió e incluyó los mecanismos de percepción de los otros, la formación de impresiones, el conocimiento de las emociones, la percepción que el individuo tiene de su medio físico y social, el efecto de halo y más recientemente el mecanismo de atribución (Baéz y Lomelí, 1995).

Tradicionalmente, la percepción se había enfocado como un mecanismo de recepción de estimulación dependiente de las características estructurales de la estimulación y del funcionamiento del sistema nervioso (Baéz y Lomelí, 1995). La teoría de la percepción es la base que apoya los diferentes enfoques en el dominio de la percepción social. De acuerdo a Baéz y Lomelí (1995) la percepción social se puede definir como "la formación de impresiones y procesos de atribución que un estímulo hace a una persona" (pp.5).

Por otra parte, Salazar (1979) menciona que los mecanismos adaptativos que desarrollan los individuos respecto a los cambios continuos del medio físico son parte del proceso de interacción social, además de la percepción del medio físico, la evaluación de la conducta de los demás y de los propios estados o expectativas, y este proceso ha sido llamado por los psicólogos sociales, percepción social.

Para Friedman (citado por Perlman y Cozby, 1992) la percepción social es el proceso por el cual nos formamos una impresión de otra persona y establecemos una relación con ella. Este procedimiento implica deducir rasgos y emociones del otro y definir las expectativas mutuas. Aunado al proceso de atribuciones, la percepción social sustenta la mayoría de las relaciones sociales (Perlman y Cozby, 1892).

La forma en que percibimos y nos dirigimos a las personas es muy diferente a la forma en que enfocamos a los objetos. Perlman y Cozby (1992) mencionan que Friedman propone tres diferencias entre la percepción de los objetos y las personas: la primera, en comparación con percibir un objeto inanimado, la percepción social abarca la acción de las personas; segunda, nuestras acciones producen reacciones en los demás; y tercera, sus acciones son percibidas por los demás y regresan de alguna manera para afectarlo. La percepción social implica una interacción.

Cuando los individuos se desarrollan en un medio que les enseña actitudes negativas hacia sí mismos adoptan la tendencia a mantener este concepto aun cuando lo contrario sea evidente. Todos conocemos personas con un concepto de sí mismos diferente al que los demás tienen de ellos, por ejemplo, la persona que tiene una capacidad notable, pero que continuamente se rehusa a realizar esfuerzos por desarrollarla. Todo el mundo le dice que tiene talento, pero se obstina en negarse a creerlo.

Este tipo de situaciones parecen contradecir el valor que acabamos de mencionar que los demás tienen para moldear nuestras actitudes y creencias sobre nosotros mismos. Hay dos aspectos de esta situación que merecen nuestra atención. El primero es que hemos aprendido ciertas actitudes sobre nosotros mismos (que pueden ser válidas o no) y que después los demás procuran que las "desaprendamos". El segundo es que los demás, al censurarnos o alabarnos, intentan influirnos indicándonos que estamos equivocados en nuestra propia apreciación. Esta actitud, que implica que ellos saben más que nosotros, suele dar lugar a cierta actitud defensiva por nuestra parte, puesto que amenaza nuestro sentimiento de seguridad y hace vacilar nuestra creencia de que somos dueños de nosotros mismos y sabemos cabalmente lo que somos y lo que no somos.

Nuestras actitudes orientan en cierto modo **nuestras percepciones** y nuestra conducta futura ante un objeto (por ejemplo un prejuicio racial afecta nuestra percepción de una persona). Es importante reconocer que toda actitud tiene un contenido y una significación emocional, es "ir hacia una cosa", si la actitud es positiva o "rechazar la cosa", si es una actitud negativa. También conviene recordar que el significado que un individuo atribuye a un objeto, persona o situación, depende mucho más de cómo le impresiona a él, según sus experiencias anteriores, según sus necesidades conscientes e inconscientes, que de cómo el objeto o situación es real y objetivo.

3.2.1. Redes sociales

A menudo se utiliza el término red social para referirse al conjunto de personas y/o grupos que interaccionan entre sí, y a la estructura de tales interrelaciones (Rodríguez, 1995). La red social de una persona consiste en el conjunto de todas aquellas otras con las que mantiene contacto y que constituyen una forma de cuerpo social. Los ejemplos más frecuentes son la familia, el vecindario, el grupo de amigos, el grupo de colegas en el trabajo y otros grupos con los que la persona interacciona en su trabajo, en sus actividades políticas, de ocio, etc.

Las redes sociales tienen fundamentalmente tres funciones (Rodríguez, 1995):

- 1) Ayudar: las acciones de los miembros de la red ayudan a la persona focal para que pueda cumplir sus metas personales o para que pueda hacer frente a las exigencias de una situación concreta. La ayuda puede ser tangible (por ejemplo, dinero) o intangible (por ejemplo, cariño, asistencia emocional).
- 2) Consejo: los miembros de la red pueden proporcionar información o consejo sobre cómo conseguir las metas de la persona focal o como completar determinadas tareas.
- 3) Retroinformación: los miembros de la red proporcionan evaluaciones respecto a cómo se han cumplido las expectativas o los requerimientos de las metas de la persona. Proporcionan información evaluadora de lo que ha hecho.

Más adelante -en el Capítulo 4- abordaremos en detalle, la función de las redes sociales y sus elementos, como parte importante de la percepción de apoyo social y sobre todo su relación con el afrontamiento al estrés.

3.3. Apoyo social

El término de apoyo social se refiere a aspectos muy diferentes de las relaciones sociales. La relación social es considerado sólo un cuerpo social; mientras que el apoyo social a veces es definido en términos de la *existencia* o *cantidad* de relaciones sociales en general, o en ocasiones en términos de un tipo particular de relación social como el matrimonio, la amistad, o la pertenencia a una organización. En otras ocasiones, el apoyo social se define en términos de la *estructura* de las relaciones sociales de la persona. En otras ocasiones, se define en términos del *contexto funcional* de las relaciones, integrando el grado en el que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información, etc. (Rodríguez, 1995).

Es necesario considerar estos tres aspectos -cantidad, estructura y función- porque en nuestra concepción de apoyo social están íntimamente relacionados. La cantidad de contactos sociales y su estructura constituyen el concepto de red social, que muchas veces se emplea como sinónimo de *apoyo social*. Sin embargo, a diferencia de la red social (que tiene funciones de apoyo social y otras más), el apoyo social se puede definir, de acuerdo a Rodríguez (1995) como "la provisión de tipos particulares de vínculos interpersonales" (pp.109). Este mismo autor explica que hay multitud de definiciones de apoyo social, algunas de ellas centradas en aspectos específicos del apoyo (ayuda material, intercambio de información, satisfacción de necesidades sociales básicas, etc.). En otras ocasiones, el apoyo social se define simplemente de forma descriptiva, aludiendo a la ayuda, información o valoración que recibimos mediante nuestra interacción formal o informal con individuos o grupos; o también introduciendo los aspectos emocionales, entendiéndose como el conjunto de interacciones sociales que ofrecen a la persona una ayuda real o el sentimiento de conexión a una persona o grupo percibido como querido (Hobfoll y Stokes, 1988; citados por Rodríguez, 1995).

Prácticamente, la mayoría de las conceptualizaciones de apoyo social pueden agruparse en torno a dos dimensiones primarias:

La primera es la dimensión cuantitativa *versus* cualitativa. En torno a esta primera dimensión el apoyo social puede definirse, por un lado, en términos de "cantidad" (número de otras personas con las que interactuamos) la frecuencia de los contactos con los demás, y la frecuencia de contactos entre esas y otras personas. La segunda dimensión diferencia entre apoyo instrumental *versus* apoyo expresivo. El apoyo instrumental incluye la provisión de ayuda e información material, mientras que el apoyo expresivo incluye las relaciones de confianza, proporcionar aceptación y comprensión (Lin, Dean y Ensel, 1981; citados por Rodríguez, 1995).

El apoyo social habitualmente tiene connotaciones positivas, sin embargo, supone una implicación de otras personas que, en ocasiones, tendrá efectos negativos (Rodríguez, 1995). Así pues, el apoyo social puede ser definido, primero, objetivamente, en un sentido amplio como "ayuda en el afrontamiento de los problemas", es decir, como provisión de dirección cognitiva o apoyo instrumental por miembros de la familia, parientes, amigos o colegas; así como ayuda para la satisfacción de necesidades de socialización y actividades con otras personas (por ejemplo, compañerismo emocional o compañerismo social), generando el sentimiento de pertenecer a un grupo, y de ser aceptado, estimado, valorado y necesitado por uno mismo, y no por lo que uno pueda hacer por los demás (Thoits y Pender; citados por Rodríguez, 1995).

El sistema de apoyo representa una pauta de lazos continuos o intermitentes que juegan un papel significativo en el mantenimiento de la integridad psicológica y física de la persona a lo largo del tiempo. Las funciones primarias en un sistema de apoyo social son aumentar las capacidades personales de sus miembros y promover el logro de sus metas vitales. Sus funciones más específicas, mediante los grupos sociales son (Jung, 1990; citado por Rodríguez, 1995):

- a) Permiten compartir problemas comunes.
- b) Proporcionan intimidad.
- c) Previenen del aislamiento
- d) Definen las competencias mutuas.
- e) Proporcionan elementos de referencia.
- f) Ofrecen asistencia en las crisis.

Las diferencias entre los dos grupos de definiciones mencionadas es la existente entre los comportamientos de ayuda ejecutados y los recursos de ayuda disponibles. Podemos tener un extenso sistema de apoyo social y no utilizarlo, porque no queremos hacerlo, o porque no sabemos que existe. Otra distinción importante es la que se da entre el apoyo social dado, y el apoyo social percibido. Probablemente el de mayor interés para nosotros sea el percibido, pero no por ello descartamos la relevancia del "efectivamente dado" (Rodríguez, 1995).

3.3.1. Grupos de apoyo social

En esta investigación nos referiremos sólo a dos de los varios grupos de apoyo social con que cuenta el individuo, tal vez los más importantes: la familia y el grupo de coetáneos.

3.3.1.1. Familia

Una definición constante de la familia, nos la presenta como la "institución social básica" y así parece ser sí nos atenemos a su realidad fenomenológica. En el seno de la familia (sea ésta monogámica, poligámica o de matrimonio de grupos) se dan las relaciones que constituyen el núcleo social fundamental (Rodríguez, 1995).

Aun en el caso de los problemas clínicos que suelen considerarse de origen institucional y genético, se hace evidente el papel que juega el modelo familiar. Por ejemplo, se ha advertido que los niños que desarrollan obesidad precoz y que se continuaba en la adolescencia, provenían de familias en donde por lo menos uno de los padres era obeso, y cuyas preocupaciones y ansiedades giraban alrededor de la comida. Además ellos mismos estructuraban su ambiente familiar de tal manera que se promovían, moldeaban y reforzaban las conductas alimentarias que favorecían una ingesta calórica excesiva y una actividad física sedentaria (Epstein, McCurley, Wing y Valoski; citados por Saucedo, 1996).

Así la familia moldea la clase de personas que necesita para llevar a cabo sus funciones además de que cada miembro va a buscar su propia identidad y bienestar. Asimismo, "...si la identidad de la pareja está perturbada, se perturbará también el proceso de diferenciación posterior de cada miembro (López & Mejía, 1989; pp.40)

3.3.1.1.1. Función de la familia

Durante la infancia los padres representan el modelo que el niño mira; un modelo que ofrece parámetros para el desarrollo de la personalidad. Éste ambiente ejerce un conjunto de influencias que dejan una huella profunda, tanto mayor cuanto más joven se es.

La familia también es un instrumento de defensa de sus miembros. El padre tiene problemas: se los lleva a la madre y a veces se los plantea a los hijos. Entre todos se conserva el problema. Se ayuda al padre para que lo resuelva. Esto es más o menos normal y lo común cuando una familia funciona bien. Todos comparten con todos, participan y tratan de ayudar a enfrentar los problemas. Pero esta función defensiva también se está limitando. Porque algunos problemas, los jóvenes ya no los llevan a la familia; los llevan a su asociación juvenil, por ejemplo, al club que se formó en la escuela, a la sección juvenil del gremio o del partido político, o a una asociación religiosa juvenil, o a cualquier otro tipo de organismo formal o no formal (Bagú, 1975).

Porot (Zavalloni, 1977) menciona que no son las realidades lo que cuenta para el muchacho, sino el modo como las recibe, lo que él cree que son. Ello significa que la percepción por parte del muchacho actúa como filtro en relación con la situación originaria familiar, hasta el punto de poder producir adaptación o desadaptación sin relación directa necesaria con la situación que debía servir de estímulo condicionante

La definición de Ackerman (citado por Carmen Hernández Penela en Bagú, 1975) provee una consideración amplia y a la vez profunda de los fines psicológicos de la familia:

1. Provisión de alimentos, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que se realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.
2. Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.
3. Oportunidad para desplegar la identidad personal ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquica para enfrentar experiencias nuevas.
4. Ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.
5. El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.
6. El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.

Básicamente, vemos que según estos conceptos, la familia es la unidad dinámica de intercambios en el orden material, afectivo y social, intercambio que consideramos en dos niveles fundamentales:

1) Funcionalidad educativa de la familia: La familia es un núcleo social que transmite los usos, costumbres y patrones culturales y morales del medio, con sus expectativas y posibilidades específicas. Hay que señalar, la importancia que en la educación y crianza del niño tiene la **consistencia** de los adultos en sus criterios educacionales. Esta consistencia se da en varios niveles: la consistencia en las normas por acuerdo recíproco entre padre y madre y adultos en general en la familia. La consistencia entre las normas familiares y el mundo externo en lo que tienen relación con valoraciones éticas, sociales y culturales.

2) Funcionalidad afectiva de la familia: El vínculo afectivo entre padres e hijos tiene importantes consecuencias para el desarrollo social y emocional. Las reacciones emotivas se fijan durante el período infantil. El niño rechazado aprende la disciplina, pero no el afecto. El niño sobreprotegido aprende el afecto, pero no la disciplina. Los estudios de desadaptación social de los adultos indican que su sentimiento de inseguridad a menudo deriva fundamentalmente de una condición de rechazo, de sobreprotección o de incongruencia, o bien de todos esos factores juntos (Bagú, 1975).

Parte de la funcionalidad afectiva de la familia se relaciona con la satisfacción de necesidades emocionales básicas del niño en el hogar. En primer término, el niño emocionalmente requiere seguridad. Ésta se apoya, como lo señala el Dr. Kanner (Bagú, 1975), en tres pilares fundamentales: el afecto, la aceptación y la estabilidad. La seguridad en el afecto de los padres hacia él, no tiene para el hijo sustituto alguno.

El sentirse aceptado por los padres implica que éstos reciben al niño tal como es y por ser quien es, su hijo, y no meramente en función de su conducta o de lo que pueda hacer de bueno, meritorio o valioso. No quiere decir esto que se acepte ciegamente todo lo que el niño hace, sino que no debe condicionarse el afecto exclusivamente al comportamiento del niño.

En segundo lugar, el niño necesita **oportunidades** para crecer desde el punto de vista psicológico; de ser contemplado con un sentido prospectivo y el futuro, como ser en evolución que aspira a su independización y realización peculiar como individuo.

Otro aspecto de la funcionalidad afectiva familiar está dado por el surgimiento de **actitudes** entre los miembros de la familia. Una actitud es una inclinación a actuar de una cierta manera ante un objeto, una persona, una situación. Tenemos actitudes formadas ante multitud de cosas: desde gustos triviales, la bebida preferida, el jabón predilecto, hasta creencias, ideologías, opiniones políticas, prejuicios, ideas artísticas, sociales, etc.

Ahora bien, como agente social algunas funciones de la familia están declinando. La familia educa al niño en la edad desde cero hasta tres años, pero de tres a veinticinco el ser humano es educado por un sistema organizado por la sociedad, fuera del núcleo familiar. En este sistema la familia actúa como auxiliar. La escuela llama al padre y a la madre, pero como auxiliares no los hace participar, siendo esto lo ideal.

3.3.1.1.2. Importancia de las relaciones padres-hijo

Entre madre e hijo, padres e hijos o entre personas de cualquier edad que entablan relaciones afectivas, se entretejen vínculos emocionales bidireccionales, a "doble vía". Estos vínculos afectivos tienen potenciales positivos y negativos, pues si bien poseen toda la carga de los afectos satisfactorios también poseen implícita la carga de posibles frustraciones o privaciones derivadas, precisamente, de la propia necesidad de ser amado y correspondido.

Por ejemplo, Kirschenbaum (1989) reporta que las familias que experimentan frecuentes conflictos tienden a tener hábitos alimentarios menos adecuados que aquellas que no sufren excesivas disputas. Las familias conflictivas tienen mayor probabilidad de tener hijos con anorexia y bulimia. El comer representa un papel central en la vida familiar y no es sorprendente que los problemas en la familia vayan asociados con trastornos de alimentación. Este análisis es aplicable al tratamiento de la obesidad infantil y adolescente. En un estudio (Kirschenbaum y cols. 1989), las familias cuyo ambiente doméstico era

caótico en el pretratamiento para la obesidad abandonaban el tratamiento con mayor probabilidad que las familias menos caóticas. Paralelamente, el adiestrar a los padres en habilidades para manejar a los niños, y reducir así los conflictos familiares, facilitó la reducción de peso en relación al tratamiento exclusivo para reducir peso.

Thomas W. Miller (1971; citado por Lindgren, 1979, pp. 238) ha desarrollado la descripción de Rogers sobre la relación padre-hijo, observa que: *"en el campo perceptual del niño la familia sirve como unidad social primaria. Dentro de esta estructura familiar, los padres actúan como agentes socializadores y proveen objetivos y valores de los cuales el niño sacará pautas de conducta. Estas pautas constituyen la base para la interacción con otros. A su vez, las pautas conductuales producen reacciones verbales o no verbales por parte de otros significantes. Estas respuestas le sirven al niño como indicador para saber quién es él y cómo lo perciben los demás. A mayor cantidad de respuestas positivas, mayores serán las entradas para un concepto favorable de sí, lo cual lleva a la autorrealización. Cuando más negativas sean las actitudes y los sentimientos expresados por las respuestas de los demás, más incongruente es el estado del individuo y menores serán sus oportunidades para alcanzar la autorrealización"*.

Miller probó las hipótesis en estos conceptos por medio de la administración de un inventario de autoestima a alumnos de 8^a grado junto con un cuestionario que medía la actitud paternal hacia sus madres. Los resultados mostraron una correlación positiva entre autoestima y el recuerdo positivo de su madre, su autenticidad y su empatía hacia ella. Entre los niños de escuela de barrios bajos, la autoestima también estuvo positivamente correlacionada con las tendencias maternas a ser objetivas y menos críticas al responder a la conducta de sus hijos.

Aunque el niño esté condicionado por la actitud de ambos padres, se debe notar que el influjo de la actitud materna es más profundo (R. Dellart; citado por Zavalloni, 1977). Las recientes conquistas en el estudio del comportamiento humano indican que la influencia de la atmósfera psicológica de la vida familiar es más grande de lo que generalmente se supone. En efecto, parece que los modos de ver y los puntos de vista en la conducta de un adulto pueden expresarse en los términos de las posturas que de niño adoptó frente a los problemas y a las dificultades propias de su mundo familiar.

3.3.1.1.2.1. Padres de pacientes bulímicas

La bulimia parece estar apareciendo en una proporción alarmante entre mujeres de peso normal quienes no han tenido historia de desórdenes en su peso.

Johnson y Flach, (1985) realizaron un estudio con pacientes bulímicas y su ambiente familiar, encontrando que éstas perciben a sus familias como poco unidas, con falta de énfasis en la independencia y comportamiento asertivo, así también, encontraron un alto nivel de conflictos de pareja y un bajo énfasis en la apertura de expresiones y sentimientos.

Las familias de pacientes bulímicas tienen expectativas de logro comparables a las de las familias control, de dicho estudio, pero su forma de actuar es menos dirigida a intelectualizar y a las actividades recreacionales. La alta desorganización de las familias de estos sujetos está asociado con la severidad de los síntomas que presentan (Johnson y Flach, 1985).

Por otra parte Johnson y Berndt (1983) realizaron una investigación con mujeres bulímicas, estudiando las áreas de trabajo, social y tiempo libre, relaciones familiares y relaciones conyugales. Encontrando, que el ajuste que las mujeres bulímicas presentaban a estas situaciones fue significativamente pobre en comparación con la muestra de población normal y, fue más similar a la comparación que se realizó con un grupo de mujeres alcohólicas.

Estudios demográficos indican que las mujeres bulímicas son predominantemente mujeres blancas, solteras, de 20 años de edad, estudiantes y quienes no han tenido historias de desórdenes en su peso. El promedio de edad del comienzo entre estas mujeres es de 18 años y frecuentemente citan factores precipitantes que incluyen dietas restrictivas prolongadas y dificultad en el manejo de sus emociones (Johnson y Berndt, 1983).

Aunque estos grupos no parecen tener una sintomatología severa como las pacientes anoréxicas, son más vulnerables a la ansiedad, depresión, fluctuaciones en su estado de ánimo y severas preocupaciones por la comida y su peso, que aquellas mujeres que no presentan patologías alimentarias.

3.3.1.1.2.2. Padres de pacientes anoréxicas

El rol de los factores familiares en el desarrollo de la anorexia ha sido discutido por largo tiempo, aunque si bien los datos son limitados. Las observaciones sobre la naturaleza del medio ambiente familiar de las pacientes con anorexia se refieren a especulaciones concernientes a las dificultades tempranas de las relaciones madre-hijo. Perspectivas que sugieren que las familias de individuos anoréxicos son confusas en sus expresiones, sobreprotectoras y rígidas, y con dificultades en la resolución de conflictos (Johnson y Flach, 1995).

Estudios realizados por Garfinkel, (1983) mostraron que los anoréxicos y sus madres percibían a la familia con mayores dificultades para las tareas de logro, comunicación, ejecución y expresión afectiva comparada con las familias normales control. Al parecer la comunicación que había en estas familias era ambigua, con estilos afectivos negativos (crítica, intrusión, comparaciones negativas e inducción de sentimientos de culpabilidad) e inseguridad a la independencia y desapego.

Autores como Humprey, Pike y Rodin (citados por Saucedo, 1996), quienes han analizado la génesis de la anorexia coinciden en señalar que un componente central, en el desarrollo de la anorexia, lo constituye una relación paterna autoritaria y hostil y una sobreprotección y perfeccionismo materno.

3.3.1.1.2.3. Padres de pacientes obesas

Hilda Bruch (Huber, 1972) afirma que la familia típica del obeso, es generalmente una familia pequeña, en la cual el hijo menor es el que frecuentemente tiende a desarrollar la obesidad. También encontró el hecho de que en la mayoría de sus casos de estudio, la situación económica era bastante buena y se le dedicaba una muy buena parte del presupuesto familiar al renglón dedicado a alimentos. Se ha señalado también que en familias que tienen un sólo hijo, se encuentra presente una propensión más alta al desarrollo de la obesidad.

En su estudio de familias en las que había niños obesos, encuentra que prevalecía un ambiente poco armonioso en ellas, atribuyendo esto principalmente a las diferencias caracteriológicas y temperamentales entre los padres, ya que era notorio el papel fuerte y dominante adoptado por la mayoría de las madres, contrastando fuertemente con el de los padres, los cuales se mostraban muy pasivos y sumisos ante las exigencias de sus esposas.

Estas madres tan dominantes dificultaban mucho el logro de independencia de sus hijos, a la vez que interferían el desarrollo normal de los sentimientos de seguridad de los niños, les prodigaban cuidados extremos y exageradas atenciones, llegando a hacerse casi indispensables para sus hijos, lo cual traía como consecuencia una exagerada dependencia de estos niños con sus madres, situación que se prolonga a edades más avanzadas, trayendo como resultado que estas madres retuvieran a los hijos a su lado al máximo. Arnaldo Rascovsky (Huber, 1972) realizó un estudio con ciento cincuenta niños a los cuales estuvo observando durante varios años, en el que encuentra también la combinación muy marcada de un carácter fuertemente dominante por parte de la mujer contraponiéndose a una extrema pasividad masculina.

3.3.1.2. Coetáneos

Tanto para el niño como el adulto (naturalmente más el segundo que el primero) pueden tener muchos compañeros, pueden preferir el juego colectivo al solitario, pueden rodearse de numerosas relaciones, pero es raro que tengan verdaderos amigos. Por el contrario, en la adolescencia -y de ello dan testimonio los diarios y autobiografías- no se habla más que del amigo, de sus perfecciones, de sus actos y de sus palabras. Durante toda la adolescencia la vida de relación social se condensa alrededor de este particular problema de la amistad (Zavalloni, 1977).

Ya en la segunda etapa del período escolar, el grupo de coetáneos va cobrando, cada vez, mayor importancia, frente al de los familiares y educadores adultos, en lo que concierne a las experiencias sociales. El lento proceso de desvinculación respecto de los padres, que se inicia en dicha época, alcanza su cota máxima, en la pubertad. En la investigación de Musgrove (1963) sólo el 25% de los muchachos de 15 años consideraban a uno de sus padres como amigo íntimo, contra el 60% de los 9 años. A parte de este distanciamiento progresivo de los padres y la ruptura con la familia, tiene lugar,

paralelamente la búsqueda de nuevos vínculos. Estos nuevos vínculos, por las variadas formas que existen de agrupaciones sociales, pueden suministrar en un periodo de gran inseguridad, respecto de los roles y el status, un sentimiento de apoyo que favorezca el proceso de descubrimiento de sí mismo. Facilitan, al mismo tiempo, experiencias fundamentales de aprendizaje, para la adquisición y mantenimiento de contactos sociales que, a diferencia de los de la niñez, pueden ser válidos, como patrón de las futuras relaciones de adulto y como manantial de las primeras experiencias en el trato con el sexo contrario.

Según Dunphy (1963; citado por Nickel, 1980) en el adolescente se da una evolución que pasa por varios estadios: al comienzo de la pubertad, persisten aún los grupos homogéneos de coetáneos de finales del periodo escolar (estadio 1); empiezan a darse los primeros contactos de grupos (estadio 2); con lo cual se esboza la formación de una banda. Ésta se conduce por medio de actividades comunes, por ejemplo, la organización de bailes, a la unión progresiva de distintos grupos compuestos por adolescentes del mismo sexo, cosa que contribuye a que se establezcan contactos individuales entre los chicos y chicas (estadio 3). Por último, ya en plena adolescencia, comienza a decrecer el interés por los grandes grupos y sus actividades comunes, se crean entonces pandillas mixtas con parejas de muchachos y muchachas (estadio 4).

3.3.1.2.1. Funcionalidad de la relación con los coetáneos

En general se considera que la necesidad de la amistad, en el adolescente, se mezcla con la necesidad de conocerse. La actitud autoanalítica parece perder eficacia si el muchacho no tiene la posibilidad de realizarla más intensamente en presencia de otra persona; le gusta confiarse, solicitando únicamente la existencia de un testigo, sin exigirle otra forma de participación. El amigo es un simple confidente. Sólo más tarde la presencia del amigo adquiere un significado distinto: se convierte en un compañero.

La amistad, además de permitir el conocimiento de sí mismo, responde a otras exigencias: por ejemplo, la de defenderse contra la incomprensión o la opresión de los mayores, es decir, contra el mundo de los adultos; la de superar las dificultades de la instancia moral personal al ser sustituida por una instancia colectiva, o sea, por las reglas del grupo. La investigación subraya la importancia del factor individual en el establecimiento de relaciones.

El estrechamiento de lazos de amistad entre los adolescentes -que a veces perduran hasta la adultez-, pueden considerarse como una característica esencial de dicho periodo. Tales relaciones le franquean al púber, vías de contacto con los demás y le posibilitan la adquisición de importantes experiencias para su ulterior desarrollo, vías que, en muchas ocasiones, permanecen cerradas para él. Con el amigo íntimo, puede manifestar sus sentimientos y deseos más profundos; esto es trascendental en un periodo de inseguridad respecto de los roles y el status social, fenómeno típico de la pubertad. Mussen (1969) designa, por ello, a las amistades de la adolescencia como portadoras de una función terapéutica.

Podemos observar un creciente compromiso afectivo, unido a unas exigencias más diferenciadas, en cuanto a las cualidades personales del amigo. El adolescente busca la vinculación personal, desea el trato con una persona a la que pueda comunicar sus intereses y aficiones, así como sus problemas. Si en determinadas circunstancias, puede dar lugar al establecimiento de amistades la fuerza de atracción que emana de caracteres opuestos, lo principal, según Douvan y Adelson (citados por Nickel, 1980), son los rasgos personales más comunes.

Entre los adolescentes, parecen desempeñar un papel más relevante la coincidencia de intereses; entre las adolescentes, más bien, las inclinaciones emocionales. Las relaciones entre chicas parecen más íntimas y profundas. Según las observaciones de Zilling (1962; citado por Nickel, 1980), las muchachas púberes están más convencidas, que los muchachos, de que únicamente se puede entablar una auténtica amistad con una sola persona. Entre los chicos, predomina más bien, la camaradería que puede extenderse a varios participantes. Douvan y Adelson (1966; citado por Nickel, 1980) afirman que el muchacho, a diferencia de la muchacha, concede mayor importancia a tener un amigo que coincida con sus gustos, intereses y actividades favoritas. Tales tendencias en cuanto a las relaciones de amistad, por parte de chicos y chicas, estarían fijadas esencialmente, por el estereotipo del sexo correspondiente, con el cual ya se han identificado en el transcurso del período escolar. Diversos autores señalan que los muchachos desarrollan un afán más intenso de independencia que las muchachas, las cuales, como en su ulterior rol de mujer, buscan vinculaciones personales; de ahí que deseen o teman perder una relación de tipo emocional. (Nickel, 1980).

Douvan y Adelson (1966; citado por Nickel, 1980) destacan otra diferencia fundamental, en cuanto a las relaciones de amistad de los adolescentes, refiriéndose al hecho de que el adolescente, más que en ninguna otra época de su vida, posee una notable flexibilidad, en el comportamiento de contacto así como una buena disposición para la modificación y adaptación personales. Los amigos que poseen, en alto grado, las cualidades a que aspira o que representan objetivos que persiguen con ahínco, pueden transformarse en modelos de comportamiento con los que intentará equipararse.

La imitación de las formas exteriores de comportamientos y la identificación con normas y fines comunes son las que caracterizan la conducta social de los grupos de esta edad, en particular, de las bandas y pandillas. Estas relaciones de grupo se ven mucho más influidas, que las amistades personales, por la estructura de la sociedad y sus formas de vida. Así, en los Estados Unidos, el grupo de coetáneos se ha convertido más, que en Europa, en un factor dominante dentro del campo social del adolescente, hasta el punto de afectar, de un modo decisivo, a su comportamiento mediante sus reglas y exigencias. Swartz (1973) menciona que mediante sus interacciones con los otros miembros de su grupo de amigos, el adolescente es capaz de adquirir y practicar muchas de las destrezas y papeles que tiene que aprender como preparación para su vida posterior.

La simpatía y la consideración, dentro del grupo de coetáneos, constituyen para el adolescente americano objetivos que intenta alcanzar a todo trance; de ahí que se esfuerce por cultivar pautas de comportamiento que le han de asegurar su consecución. Se trata, sobre todo, de las dotes de vivacidad, actividad, iniciativa propia, buen humor y alegría, así como dosis suficiente de confianza en sí mismo (Mussen, 1969). Todo ello refleja las normas fundamentales de la sociedad norteamericana y descubren el papel del grupo de coetáneos como el factor más importante de socialización durante la pubertad. El reverso de la medalla lo constituye la presión, a menudo, agobiante, que se ejerce, sobre el comportamiento del individuo ello hace que diversos autores hablen de una auténtica tiranía, por parte del grupo de coetáneos (Campbell, 1964; citado por Nickel, 1980). En distintas investigaciones de tipo cultural, se ha demostrado que este influjo es mucho menor en otras condiciones socioculturales, por ejemplo, en México (Maslow y Díaz Guerrero, 1960; citado por Nickel, 1980) y entre los americanos de origen chino, cuyas familias viven en Hawai (Hsu, 1960/1961; citado por Nickel, 1980). En estas esferas culturales; la vinculación con la familia incluso durante la adolescencia, es más estrecha que en los Estados Unidos, por lo que la influencia del grupo de los coetáneos no puede ejercer una presión tan limitada.

3.3.1.2.2. Importancia de la evaluación de los demás

La aceptabilidad social durante la adolescencia estaría vinculada a los siguientes factores: atracción física, incluyendo el modo de vestir; intereses similares; status socioeconómico igual o superior a la media; deportividad o sentido del humorismo; experiencia social suficiente para poderse adaptar a varias situaciones; aptitudes para las actividades que poseen cartel en el grupo, como nadar, bailar, conversar, jugar al tenis, etc.; inteligencia suficiente para tomar iniciativas y tener éxito en las actividades que gustan a los demás; información social, hospitalidad en casa; interés amigable y cooperativo por los demás; prestigio que resulta de la superioridad en cualquier actividad; fama favorable.

La condición de aislamiento del adolescente estaría ligada, por el contrario, a los siguientes factores: aspecto externo no atrayente; disminuciones físicas que impiden participar en las actividades de grupo; diferencias demasiado acentuadas con los demás por el status socioeconómico, religión, nivel de inteligencia; aislamiento geográfico; sentimientos de inseguridad que hacen al individuo demasiado dependiente de los otros; actitud de dominio o de resentimiento; mala fama; cambios frecuentes de domicilio que impiden la integración en un grupo; imposibilidad de recibir a los demás en la propia casa; timidez; agresividad; no tener éxito en el deporte; intereses diferentes.

Lutte observa (Zavalloni, 1977) que los rasgos, o mejor dicho, las estructuras de los rasgos que explican el éxito o el fracaso social de un adolescente no son variables, sino que se diversifican en función de los diversos grupos en que se estudian y según la evolución psíquica de sus componentes: en efecto, los mismos motivos pueden provocar la aceptación en un grupo y el rechazo en otro.

Por otro lado, la percepción que de su imagen corporal tenga y como la vaya formando será el producto de experiencias reales y fantasiosas que tendrán diferentes fuentes, es decir, provendrán en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que los compañeros den a los atributos físicos y de la atención hacia las expectativas culturales (Schoenfeld; citado por Grinder, 1987). Se ha observado en algunos estudios (Dión, 1993) que la interacción con los pares se ve favorecida cuando el niño posee atractivo físico e inclusive se le atribuyen características como de independencia o amabilidad y cuando no es atractivo se le llega a considerar como pendenciero, agresivo o tímido.

El valor total que se le atribuye a nuestro yo constituye la "autoestima". Este, como otros aspectos del yo, los aprendemos de los demás y se convierte en un reflejo del modo en que los demás nos consideran o, del valor que creemos que los otros nos dan. La conducta del individuo suele reflejar la autoestima y esto, a su vez, tiene un efecto tranquilizador en los demás. De este modo se da una interacción entre la autoestima del individuo y la estimación que los demás le manifiestan.

Esta proposición fue sometida a prueba por S. Frank Miyamoto y Sanford M. Dornbusch (citados por Lindgren, 1979) quienes solicitaron a los miembros de diez grupos (cuatro fraternidades y hermandades universitarias y seis clases universitarias) que se calificaran a sí mismos y a sus compañeros respecto a cuatro factores: inteligencia, seguridad en sí mismo, atractivo físico y simpatía. Los investigadores observaron que los individuos que se atribuyeron calificaciones elevadas solían ser calificados de la misma manera por los demás y que lo mismo ocurría con los que se atribuían calificaciones bajas. Los investigadores también solicitaron a estos sujetos que adivinaran las calificaciones que los otros les habían adjudicado y comprobaron nuevamente que individuos que se habían atribuido calificaciones elevadas tendían a suponer que los demás les calificaban del mismo modo.

Al comparar sus propias calificaciones con las que supusieron que los otros les daban y con las que les dieron realmente, observaron que se acercaban más a las supuestas que a las reales. En otras palabras, al aparecer, los individuos se dejaron influir más por lo que suponían que los otros pensaban acerca de ellos que por lo que realmente pensaban.

Es importante resaltar que así como influye el aspecto individual en cómo se percibe el individuo, el cuerpo estará también sujeto a diversas apreciaciones a partir de los diferentes contextos y niveles en que es percibido, como pueden ser las normas que establece la sociedad respecto a lo que debe ser la imagen corporal.

3.3.2. La relación del apoyo social y la salud

La relación entre apoyo social y salud es un campo de estudio relativamente nuevo para las ciencias socio-comportamentales, y sin embargo, existe literatura teórica y empírica (Rodríguez, 1995). Muchos de estos estudios indican que existe un impacto significativo del apoyo social sobre indicadores de salud, aunque ese impacto está más demostrado en el caso de la salud mental que en el de la física. En cualquier caso, y a pesar de todas las dudas que puedan persistir, parece que no hay dudas de que el apoyo social y la salud están relacionados de forma que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta el apoyo (Rodríguez, 1995).

El supuesto generalmente asumido es que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad (física o mental). Cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) en la forma de relaciones estrechas con los miembros de su familia, parientes, amigos, compañeros de trabajo, colegas y comunidad, menor será la probabilidad de que esa persona enferme (Rodríguez, 1995).

Este supuesto, ampliamente aceptado y manejado, no ha recibido suficiente fundamento teórico. La relación entre el apoyo social y la salud física es compleja y dinámica (Rodríguez, 1995).

Por otro lado, se deben tomar en consideración aspectos como el impacto temporal, la especificidad de la fuente y el nivel de conciencia de "estar disponiendo del apoyo" o de "estar recibéndolo" (Waltz y Bandura, 1990; citados por Rodríguez, 1995). Así, durante la historia natural de una enfermedad, sobre todo de una crónica, hay ciertos problemas dominantes en momentos particulares y los efectos del apoyo social pueden ser observados solamente en específico, después de los cuales puede disminuir rápidamente. Por ejemplo, la función amortiguadora del apoyo emocional sobre los efectos depresivos de la experiencia de la enfermedad parece tener un impacto emocional temporal inicial para disminuir después. Ese impacto temporal se puede establecer fácilmente en enfermedades en las que la persona puede "percibir" claramente el "momento de aparición de la enfermedad" como acontecimiento vital, tales como el cáncer o el infarto de miocardio (en el momento de la ocurrencia del infarto o diagnóstico del cáncer) -Rodríguez, 1995-.

Finalmente, las personas pueden tener una percepción de apoyo social reducida, o ni siquiera ser conscientes de, estar recibiendo apoyo social. Puede ser poco percibido por las personas, porque es el producto de los procesos sociales normales y de la interacción cotidiana (Rodríguez, 1995).

En el caso de nuestra investigación, Kirschenbaum (1989) menciona que existen estudios que aportan información útil sobre como procurar apoyo social que proporcione el control de peso en familias con niños adolescentes; menciona que el alto nivel de implicación parental generalmente mejora los resultados de los programas de reducción de peso de padres e hijos.

En la promoción de la salud el apoyo social puede jugar un importante papel, como variable antecedente o como variable intermedia. Como variable antecedente el apoyo social puede contribuir a la salud, primero, creando un ambiente promotor de la salud que mejore el bienestar y la autoestima de la persona; segundo, disminuyendo la probabilidad de que se produzcan acontecimientos estresantes en la vida de la persona; y tercero, proporcionando a la persona información retrospectiva, confirmando o no, de que sus actos están conduciendo a las consecuencias anticipadas socialmente deseables. Como variable intermedia, el apoyo social contribuye a la salud amortiguando los efectos negativos de los acontecimientos estresantes que se producen en la vida del sujeto, influyendo sobre las interpretaciones de tales acontecimientos y las respuestas emocionales que dan ante ellos, disminuyendo así su potencial patogénico (Rodríguez, 1995).

3.3.3. La percepción de apoyo social como agente anti-estrés

La pertenencia a un sistema social en general, o a un determinado grupo social en particular, tiene un efecto importante sobre sus comportamientos protectores/preventivos, por dos razones fundamentales:

- 1) Los grupos sociales difieren en sus normas respecto al comportamiento preventivo y en su capacidad para ejercer presión para que sus miembros se ajusten a tales normas;
- 2) Las pautas de interacción dentro de los grupos pueden proporcionar información de utilidad práctica, como por ejemplo, información sobre cómo prevenir determinadas enfermedades o sobre dónde ir para obtener servicios preventivos.

En segundo lugar, y aceptando una relación entre estrés y enfermedad, el apoyo social puede jugar un papel de moderador de los efectos del estrés, entre los cuales puede contarse la enfermedad.

La hipótesis en este caso es que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas de los estresores, amortiguando sus efectos. Por eso recibe el nombre de hipótesis de la amortiguación, según la cual, las personas que experimentan un acontecimiento estresante serán menos afectados por él si disponen de apoyo social (Rodríguez, 1995). De esta manera, el apoyo social afecta a la salud proporcionando protección contra el estrés. Este efecto se producirá o bien previniendo sobre, o reduciendo, la cantidad de estrés experimentada, o bien protegiendo contra el estrés cuando ocurre - jugando el papel de "recurso de afrontamiento"- (Barrón y Chacón, 1992; citados por Rodríguez, 1995).

Los supuestos concretos que conlleva esta hipótesis son:

- 1) Los acontecimientos vitales estresantes están relacionados positivamente con la enfermedad.
- 2) El apoyo social está relacionado negativamente con la enfermedad. De acuerdo con las teorías de la integración social y con los datos obtenidos en diversas investigaciones, parece razonable esperar que cuanto más fuerte sea el apoyo social que una persona puede obtener, menos probable será que tal persona experimente enfermedad, y esta relación negativa permanecerá incluso si la persona experimenta acontecimientos vitales estresantes. Por dos posibles razones: una, el apoyo social es un factor estructural en el alivio o reducción de acontecimientos estresantes productores de enfermedad. La otra, es que el apoyo social constituye un recurso de afrontamiento del estrés. En este caso, el acontecimiento vital estresante dispara la movilización de los recursos de apoyo social disponibles.

Como hemos notado, en este capítulo se entretajan diversos factores en la configuración del adolescente: la familia, los amigos, la sociedad. El poseer apoyo social por parte de estas esferas sociales, el poder percibirlo o no, influye de un modo importante en el desenvolvimiento de diversas conductas. La percepción que se tenga de contar con alguien como confidente -rasgo típico de la adolescencia-, el contar con una apertura de canales de comunicación, va a influir en que el adolescente busque alternativas de expansión; su constante conocer y experimentar, su extremado interés por pertenecer, entender y controlar pueden llevarlo a conductas de riesgo, como las conductas alimentarias.

Debido a que el adolescente está atravesando por varios cambios, sufre y padece tensión, ansiedad y angustia que de alguna forma son también nuevos para él; por lo tanto, las formas de afrontamiento al estrés empiezan a probar su eficacia en este periodo.

En el siguiente capítulo realizaremos un esbozo de las formas de afrontamiento al estrés que existen, así como de los factores que intervienen.

CAPITULO IV

AFRONTAMIENTO
AL ESTRÉS

AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Es inusual que en culturas no occidentales se encuentren desórdenes afectivos aislados de altos niveles y preocupación con estrés. Esto podría ser explicado en parte por valores culturales tradicionales que desalientan expresiones de distrés emocional. Los individuos de estas culturas frecuentemente ven el estrés psicológico como una emanación de desequilibrios corporales y por lo tanto, conocen estas enfermedades con términos somáticos (Levine, 1995).

Se han realizado estudios muy variados para encontrar una relación entre el estrés y los desórdenes del comer. En un estudio llevado a cabo por Leal, Weise y Dood (1995) con estudiantes universitarios sobre bulimia y tolerancia al estrés, las mujeres reportaron significativamente más síntomas de bulimia y una menor tolerancia al estrés que los hombres. Las mujeres de este estudio, en su primer año de universidad, reportaron más síntomas de bulimia que aquellas que no lo cursaban o ya lo habían cursado. Para ambos, hombres y mujeres, los síntomas de bulimia encontrados se relacionaron con menores niveles de tolerancia al estrés. Los resultados sugieren que los alumnos de este nivel podrían ser blanco en intervención y prevención de actividades de desórdenes alimentarios. Y al igual que en otras investigaciones se puede sugerir que algunas mujeres usan los desórdenes alimentarios como un método de afrontamiento, pero que lo mismo podría ser verdad para los hombres.

Según Leal y cols., (1995) en el bachillerato, las chicas reportan en su vida más eventos estresantes y despliegan una mayor imagen negativa de su cuerpo y menor aprecio a sí mismas que los chicos. Este mismo autor menciona que varias investigaciones han sugerido que la mujer es quien experimenta más estrés en su vida diaria, es más susceptible a desarrollar bulimia; y que algunas chicas con bulimia, podría faltarles métodos efectivos de tolerancia al estrés (Cattanach, Malley y Rodin, 1988).

Aunque la ansiedad es un evento universal, los eventos precipitantes son altamente influenciados por la cultura, Beck y Emery (Levine, 1995) explican que es la percepción de una situación, o las cogniciones asociadas con esta, las que determinan la extensión con la cual se evocará la ansiedad. Porque estas cogniciones son mediadas culturalmente, algunos síndromes también pueden ser conocidos como desórdenes somatoformos, las cogniciones que generan ansiedad, frecuentemente están asociados con el miedo de cambios corporales. Porque los síntomas disociativos frecuentemente coexisten con estados de ansiedad, como en el desorden de estrés post-traumático (Levine, 1995).

A continuación expondremos, en primer lugar, lo referente al estrés, para posteriormente abordar lo relativo a su afrontamiento, en el cual ya se conjugaran los elementos del afrontamiento al estrés como tal.

4.1. Estrés

4.1.1. Definición

Los antecedentes más remotos del uso del término estrés se ubican en el siglo XIV, con esta palabra se expresaba dureza, tensión, adversidad o aflicción. En el siglo XIX, en medicina, se considera como un antecedente de la pérdida de salud (Lazarus, 1984).

Para Hans Selye (citado por Rodríguez, 1995) el estrés es una respuesta específica en sus manifestaciones, pero inespecífica en su causa, puesto que cualquier estímulo podría provocarla. Es una "respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante" (pp.54).

En el pasado más reciente, el estrés ha sido considerado como una respuesta, como un estímulo o como una relación. Las definiciones que consideran al estrés como una respuesta, tal como lo hace Selye, se refieren a un estado de estrés cuando el individuo aumenta la intensidad de su respuesta, así tenemos al sujeto como dispuesto a reaccionar ante el estrés o como alguien que está bajo estrés. Los estudios sobre cambios fisiológicos, alteración cardíaca, etc., producidos ante una situación de estrés son ejemplos de este tipo de definición.

La definición de estrés como un estímulo supone que algunas condiciones ambientales tienen efectos estresantes en el individuo y en el grupo social, tales como ocupaciones estresantes, acontecimiento de la vida como la pérdida de un ser querido, cambios de trabajo, etc. En esta definición también se incluyen condiciones originadas en el interior del individuo como por ejemplo el hambre, la apetencia sexual, etc. Cuando se considera el estrés como estímulo se centra en los acontecimientos del entorno.

Cuando se considera al estrés como una relación, se hace referencia a una transacción entre la persona y su medio ambiente. El punto central es comprender por qué un individuo percibe o no un evento como estresante y como se presenta el proceso de adaptación. En este tipo de definición se inscriben los estudios del estrés que desde una perspectiva cognoscitiva ha realizado Richard Lazarus, de cuya teoría hablaremos más adelante.

4.1.2. Aspectos genéricos

Expusimos ya en el capítulo anterior que el entorno social es una fuente de estrés y de recursos vitales para sobrevivir y evolucionar. Una de las razones por las que preferimos las situaciones sociales que tienen cierto grado de familiaridad es que nos permite predecir, anticipar y de este modo dominar un tanto el curso de los acontecimientos y la estimulación social que experimentamos. Claro está que la cantidad de estimulación deseada varía de cuando en cuando; por ejemplo, si estamos aburridos podemos buscar la compañía de personas; o cuando acabamos de sufrir un estrés agotador solemos desear menos estimulación. Lo que buscan entonces no es estimulación, sino confianza y relajación; descargar la ansiedad y tensión experimentada; por ejemplo, los grupos que se reúnen después de los exámenes están formados por amigos, conocidos o, por los menos, personas que han sufrido la misma experiencia y hay en ellos cierto grado de aceptación y de mutua comprensión que no se encontrarían fácilmente en cualquier grupo.

En 1936 el endocrinólogo canadiense de origen austríaco, Hans Selye (Rodríguez, 1995), influenciado por Hipócrates, Claude Bernard y Walter Cannon, y apoyado en su propia práctica clínica, encuentra que existe un grupo universal de reacciones orgánicas y de procesos originados como respuesta a una demanda ambiental. Sus investigaciones lo conducen a dar nacimiento al síndrome fisiológico del estrés al que domina Síndrome de Adaptación General (SAG) y el cual es definido como la respuesta no específica del cuerpo a la acción del ambiente y que explica las reacciones y adaptaciones del cuerpo en tres fases distintas:

- 1) la reacción de alarma: constituye la primera reacción del sistema nervioso autónomo frente a una agresión, caracterizada por una descarga de adrenalina, aumento de las pulsaciones cardíacas, cambios en el tono muscular y presión arterial.
- 2) la fase de resistencia: aparece después de la reacción de alarma e incluye una variedad de respuestas fisiológicas diferentes a las producidas en la reacción de alarma y es el momento en el que el organismo se adapta y resiste a la agresión.
- 3) la fase de agotamiento: sobreviene cuando la agresión continúa por mucho tiempo y la fuerza de adaptación ha sido en cierta forma vencida. Esta última fase no aparece más que en una situación de estrés muy grave, ya que en la mayoría de las veces los agentes provocan modificaciones fisiológicas correspondientes únicamente a las dos primeras fases (Chanlat, 1990; citado por Solís, 1997).

Selye pone énfasis en la importancia del SAG como el esfuerzo del cuerpo por seguir funcionando en forma estable mientras se encuentra sometido al estrés. La capacidad del cuerpo para mantener un funcionamiento constante a pesar de las condiciones externas cambiantes se domina homeostásis y este proceso involucra diversos mecanismos complejos y coordinados para que el cuerpo se mantenga saludable, impidiendo que los procesos internos se desvíen de su nivel normal de funcionamiento (Holahan, 1991; citado por Solís, 1997).

El modelo de Selye proporciona una teoría general de las reacciones del organismo ante una amplia variedad de estresores, una forma de pensar sobre la interacción entre los factores ambientales y fisiológicos; y proporciona también un mecanismo fisiológico que explica la relación entre el estrés y la enfermedad; pues, en la fase de agotamiento la enfermedad se torna muy probable, y puede ocurrir incluso, la muerte (Rodríguez, 1995).

Posteriormente Selye precisó ciertos aspectos de su teoría general, distinguiendo al agente estresor del estado de estrés propiamente dicho, insistiendo también sobre el papel de los factores condicionantes susceptibles de modificar la receptividad del organismo, los cuales son propios del organismo (herencia, intervenciones quirúrgicas, etc.) o de naturaleza externa (alimentación, factores sociales o ambientales). La conjunción de las características del agente estresor y de los factores condicionantes determinarán, según Selye, el grado de vulnerabilidad de un sujeto en estado de estrés.

Por otra parte, Parrino (citado por Lazarus y Folkman, 1991) precisa que:

- a) El estrés es una respuesta a las amenazas reales o imaginarias del medio ambiente. El estrés es una respuesta del sistema humano para ajustarse a estas demandas.
- b) El estrés se manifiesta en el pensamiento, en reacciones bioquímicas y fisiológicas y en las conductas emitidas para confrontar difíciles circunstancias ambientales.
- c) Estas manifestaciones ocurren al unísono, trabajando conjuntamente para producir una estrategia de respuesta efectiva.
- d) El estrés es un ajuste en el sistema de respuesta humana (pensamiento, reacciones fisiológicas y conductas a los eventos activantes de la vida humana).

4.1.2.1. Vertiente psicológica del estrés

La popularidad adquirida por la noción de estrés en el campo de la psicología propicio que los psicólogos trataran de dar un contenido psicológico a este concepto, por la posibilidad real o aparente de correlacionar los sucesos psicológicos con sus fundamentos fisiológicos (Solis, 1997).

Las investigaciones sobre ansiedad desarrolladas en los años cincuenta sobre el aprendizaje, la memoria, la percepción y el rendimiento consideran que éste es un "drive", impulso, o una fuente de interferencia en la actividad cognoscitiva. En dichas investigaciones el término ansiedad sustituye al de estrés o bien se utilizan indistintamente ambos términos. A partir de la década de los setenta se acepta progresivamente la idea de que el estrés es un aspecto inevitable de la condición humana y que el afrontamiento determina grandes diferencias en cuanto a la adaptación (Lazarus y Folkman, 1991).

4.1.2.2. Vertiente biológica del estrés

La disposición para reaccionar de una determinada manera es innata y distinta en cada individuo. La reacción fisiológica no se considera como un modelo exactamente definido.

"Las investigaciones demuestran que las diferencias individuales, los modelos de estímulos y reacción y sobre todo las tendencias predominantes producen formas características de reacción y éstas a su vez pueden estar en relación con disposiciones hereditarias a la reacción y quizá también con características personales como el umbral de sensibilidad o la tolerancia al estrés" (Arnold, Eysenck y Meili, 1979, p. 438; citado por Solís, 1997).

4.1.2.3. Vertiente sociológica del estrés

En una primera corriente se pueden agrupar trabajos de biólogos, médicos y epidemiólogos, los cuales a través de numerosas investigaciones han tratado de articular factores de orden psicosocial al sistema neurofisiológico, que generalmente han dado como resultado un gran número de modelos biopsicosociales del estrés. Para Chanlat (citado por Solís, 1997) todos estos modelos, apoyados sobre estudios hechos en neurofisiología, ponen de relieve el papel que los factores psicosociales tienen en la aparición de problemas de salud.

Una segunda corriente integrada por investigadores sociales se interesan por factores psicosociales o sociales propiamente dichos que pueden proteger o alterar la salud humana. Una buena parte de las investigaciones en este ámbito se centran en el papel del soporte social que se expresa en una ayuda material, afectiva o por redes de relaciones. En este sentido, algunos estudios señalan por ejemplo que las sociedades donde los lazos comunitarios son particularmente fuertes parecen más capaces de evitar problemas de salud causadas por el estrés, que aquellas sociedades con lazos comunitarios más débilmente articulados.

Otras investigaciones apoyadas en resultados han encontrado que un individuo que se beneficia de un apoyo social activo corre menos riesgos de caer enfermo que aquel individuo que carece de tales apoyos. Como mencionamos en el capítulo 3, tales redes de apoyo social se manifiestan en la familia, los vecinos, la comunidad, los amigos cercanos, etc. Desde una visión socio-cognoscitiva la sociedad es una fuente de estrés por las demandas de naturaleza estresante que genera en el individuo y por las reglas e instituciones sociales que coaccionan la forma en que éste afronta estas demandas (Solís, 1997).

4.1.4. Fuentes de estrés

Hay una variedad de fuentes de las que puede provenir el estrés que pueden ser clasificadas de acuerdo al sistema al que pertenezcan (Sarafino, 1990; citado por Rodríguez, 1995): la persona, la familia, la comunidad y la sociedad.

1) Fuentes personales del estrés

Una de las fuentes personales de estrés más frecuentes son las situaciones de conflicto. El conflicto surge cuando se dan simultáneamente dos o más tendencias de respuesta que son incompatibles entre sí. De acuerdo a Lewine (citado por Rodríguez, 1995) las situaciones de conflicto pueden ser de cuatro tipos: "acercamiento-acercamiento" (caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas y deseables); "evitación-evitación" (caso en el que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables); "acercamiento-evitación" (caso en el que la persona desea alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo obrar de esa manera); y "doble acercamiento-evitación" (cuando el acercamiento a un objetivo concreto implica la pérdida de otro, de forma que el acercamiento a cualquiera de los dos objetivos lleva consigo una tendencia a evitarlo, puesto que supone la pérdida del otro). Tanto el procedimiento de solución del conflicto, como el hecho de que el conflicto quede sin resolver, producen tensión, es decir, son estresantes (Rodríguez, 1995).

2) Fuentes familiares de estrés

La interacción entre los diferentes miembros de una familia, cada uno de ellos con sus particulares características y necesidades, produce frecuentemente estrés -como ya lo habíamos comentado en el capítulo referente a apoyo social-. Naturalmente, el papel de la familia es ambivalente, ya que si crea estrés, también lo previene y, en su caso, lo reduce. Existen varias maneras de considerar el posible impacto de la familia sobre sus miembros, cabe examinar los "acontecimientos críticos" relacionados con la vida familiar que tienden a producir estrés, tales como la muerte del cónyuge, el nacimiento de un hijo discapacitado, etc. También podemos tomar en consideración "estados de tensión excesiva", tal como la presencia de un miembro de la familia con una enfermedad crónica o con una grave incapacidad. Podemos examinar los patrones de interacción familiar, o, finalmente, podemos evaluar la "atmósfera emocional" en la familia.

Igualmente, el grado general de comunicación entre los miembros de la familia, así como los patrones de interacción específicos, pueden constituir una fuente de estrés, que pueden a su vez, generar conductas disfuncionales o problemáticas, tanto en los cónyuges como en los hijos. Finalmente, hay una serie de estudios que indica que parece existir una relación estrecha entre los aspectos de la "atmósfera" o "clima" familiar y la probabilidad de problemas en la conducta de los hijos pequeños, tales como negarse a comer, agresividad o retraimiento, que pueden considerarse como respuestas comportamentales a una situación de estrés (Rodríguez, 1995).

En general existen dos tipos de estresores que surgen dentro de los límites de la familia; uno representado por cambios originados por eventos que imponen demandas de re-equilibrio y ajuste y otro por las tensiones más persistentes y crónicas en las condiciones relativamente durables de la vida de la gente. Los eventos que imponen ajustes pueden surgir de transiciones programadas (matrimonio, nacimientos, "abandono del nido" por los jóvenes, retiro, etc.) o de eventos no programados, bruscos, las más de las veces no deseados. Un tipo más común de estresor, que puede involucrar a todos los miembros de la familia, comprende los conflictos interpersonales. Por ejemplo conflictos maritales (falta de reciprocidad o de intercambio afectivo, fracaso en las expectativas y en la autenticación del yo) o conflictos padre-hijos (falta de respeto, desobediencia, etc).

3) Fuentes sociales de estrés

La diversidad de contextos sociales a los que pertenecemos son asimismo productores de estrés en muchas ocasiones. El contexto laboral es, probablemente, el de mayor relevancia entre los adultos, mientras que el escolar lo suele ser para los niños y jóvenes.

Tenemos además, los "estresores del ambiente físico": ruido, vibración, iluminación, temperatura, higiene, condiciones climatológicas, y disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo; "demandas estresantes del trabajo": trabajo por turnos y trabajo nocturno, sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos y peligros; "contenidos del trabajo": oportunidad para el control, oportunidad para el uso de habilidades, variedad de tareas, identidad de la tarea y complejidad del trabajo; "estrés por desempeño de roles"; "estrés por relaciones interpersonales y grupales".

4.1.5. La teoría de Lazarus

Lazarus y Folkman (1991) proponen un modelo para el estudio del estrés, que considera al individuo y al entorno en una relación bidireccional y recíproca que se afectan mutuamente. Sostiene que para que se produzca estrés psicológico, es necesario la existencia de diversos factores en el individuo y en el entorno así como una determinada combinación entre ellos. Para este autor el estrés psicológico: *"es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar"* (Lazarus, 1984, pp. 43).

Así, la forma en que percibe el individuo la situación, es determinante para producir estrés, si evalúa un acontecimiento como amenazante aunque objetivamente no lo sea le producirá estrés psicológico. El modelo propone dos procesos que tienen lugar en relación del individuo con el entorno y señala los factores personales y situacionales que influyen para valorar un acontecimiento como estresante. Los procesos son la **evaluación cognoscitiva** y el **afrentamiento**, mismos que más adelante describiremos.

4.1.6. Apoyo social y estrés

Como ya mencionamos en el capítulo anterior, la estructura cultural y social modelan, afectan y determinan los pensamientos, sentimientos y conductas. Pearlin (citado por Lazarus, y Folkman, 1991) identifica tres formas en las cuales la estructura social y sus organizaciones se encuentran implicados en el desarrollo emocional de sus miembros.

En la primera forma, la estructura social puede ser el origen de fuerzas que tienen la capacidad de afectar adversa o positivamente el bienestar de la gente. Muchas circunstancias que provocan estrés se encuentran distribuidas inequitativamente entre la gente con diferentes posiciones sociales y status. Por lo tanto, al estudiar los grupos sociales en general y el estrés psicológico en particular, una primera tarea es determinar la diferencia en vulnerabilidad a circunstancias estresantes de diferentes grupos dentro de la sociedad.

En la segunda forma, se establece que si la exposición a circunstancias estresantes varía con las características sociales de la gente, también es cierto que los mismos acontecimientos pueden tener muy diferentes efectos en individuos dentro de un grupo, si ellos ocurren en diferentes contextos sociales. Existen muchos eventos y circunstancias que por sí mismas no afectan a la gente a lo largo de un curso particular de cambio emocional o por el contrario, las consecuencias de estas circunstancias se les otorgan significado por el contexto o situación en la cual la gente está inmersa en un momento dado.

Una tercera forma de influencia social sobre el desarrollo del adulto está representado en el recurso de afrontamiento que la gente posee. Algunos de los recursos están representados por agentes formales o informales de soporte social a los cuales el individuo puede acudir en búsqueda de ayuda. La disponibilidad de estos recursos varía en los diferentes grupos sociales, por lo que sus integrantes no necesariamente tienen igual acceso a los soportes sociales. También existen recursos psicológicos que el individuo puede obtener de él mismo y que su distribución puede seguir líneas de demarcación social (Lazarus y Folkman, 1991).

Es decir, las sociedades juegan un papel dominante en influenciar el cambio o la adaptación individual al ser fuente de retos y dificultades, al proveer los contextos que les dan significado, al determinar las consecuencias de estas dificultades, y al distribuir recursos (tanto sociales como psicológicos) que ayudan a la gente a controlar o manejar el estrés.

4.1.6.1. Redes de soporte social

El uso de recursos sociales puede estar restringido por factores de tipo personal, que están determinados por valores y creencias internalizadas que prescriben ciertas formas de acción y de sentimientos, por ejemplo, puede ser que un individuo aún necesitando ayuda no la acepte porque para él tenga un significado de lastima que le es degradante.

Lazarus (1984) distingue dos formas de apoyo social que pueden ser relevantes para la adaptación:

a) estar integrado a una estructura social resulta esencial para que el individuo pueda sentirse bien con respecto a sí mismo y a su vida. Las relaciones sociales que se derivan del entramado social hacen posible la identificación del individuo y su participación, así como poder satisfacer una de las necesidades sociales básicas de sustento, cuando se cuenta con un tejido social en dimensiones razonablemente adecuadas.

b) contar con apoyo social aparentemente tiene consecuencias para la salud, al actuar como freno inmediato del estrés y de sus efectos somáticos destructivos. El apoyo social puede ser útil para prevenir el estrés al hacer que las experiencias dañinas lo parezcan menos o bien proporcionando recursos valiosos para el afrontamiento una vez que el estrés ha aparecido.

En este último sentido, Payne (1987; citado por Solís, 1997) cita las propuestas de House y Thoits en donde subyace el supuesto de que el estrés tiene un agudo y/o crónico efecto tanto en la salud física como psicológica. Una primera cuestión se refiere al efecto directo del soporte social en la salud al proporcionar confort emocional lo cual reduce los efectos de los síntomas, promueve la recuperación, además de que la gente provee ayuda y consejos oportunos los cuales atienden los síntomas más efectivamente. De hecho el soporte social satisface una necesidad humana y su ausencia causa directamente daño psicológico.

Una segunda cuestión se refiere a que el soporte social reduce directamente los estresores que afectan al individuo. Los que proporcionan soporte social pueden, por ejemplo, prestar dinero, resolver el problema, quitar los estresores a la persona o convencer al individuo de que los estresores no son realmente peligrosos.

Finalmente, una tercera cuestión se refiere a que el soporte social perturba o mitiga la relación entre estresores y salud. Esto ha sido conocido como la hipótesis del amortiguamiento, la cual asume que el soporte social amortigua la relación entre estresores y salud.

Lazarus (Solís, 1997) señala que en ocasiones se confunde el papel del apoyo social por no distinguir entre el número y tipo de relaciones sociales que el individuo y la percepción del valor que tienen las interrelaciones sociales para él. El primer concepto se refiere a los entramados sociales, el segundo al apoyo social tal como es experimentado y evaluado por éste. Así también, Lazarus (1984) menciona que Schaefer y colaboradores, distinguieron tres tipos de apoyo social:

* apoyo emocional: se refiere a la posibilidad de confiar y contar con alguien. Contribuye a la sensación de que uno es amado o cuidado.

* apoyo tangible: incluye la ayuda directa como prestamos, regalos y recibir algún servicio como ser cuidado cuando se esta enfermo, etc.

* apoyo informacional: proporciona datos, avisa algo y permite que el individuo conozca cual va siendo el resultado de sus actos.

Entendamos pues que el tipo de apoyo social que el individuo requiere puede cambiar de una fase a otra del afrontamiento, ya que en algún momento puede ser prioritario un apoyo informacional y en otro un apoyo tangible. Basándonos en estos tipos de apoyo social permiten analizar varios aspectos del soporte social de cada individuo por la forma en cómo los evalúa.

4.1.6.1.1. La familia

Para Pearlin y cols. (1987; citado por Solís, 1997) la familia es crucial para generar o amortiguar condiciones de estrés, para la vida social y emocional del individuo. A pesar de que comparte su influencia con otras instituciones, ninguna otra afecta a sus miembros tan penetrantemente ni afecta su vida interior tan profundamente como la familia. Estos mismos autores señalan que la familia mantiene una fuerza significativa casi en cada paso a todo lo largo del proceso de estrés porque: 1) constituye una fuente fértil de estrés para la gente; 2) puede actuar como un conducto del estrés externo; y 3) es una fuerza mediadora en el proceso de estrés, donde el individuo puede encontrar los recursos para afrontarlo.

La familia es una fuente primaria de sobrevivencia y alimento emocional, donde el soporte social puede ser visto como una asistencia de afrontamiento. Toda la conducta de afrontamiento puede involucrar esfuerzos para: 1) cambiar o aliviar una situación difícil; 2) alterar o reducir las amenazas percibidas de la situación; y 3) para manejar los síntomas del estrés surgidas de la situación (Solís, 1997).

Muchos de los problemas que la gente afronta surgen dentro del conjunto de roles que desarrolla la manera en que el individuo afronta. Va a estar constreñida e influenciada por las acciones y reacciones de los otros participantes. Cualquiera que sea la naturaleza de los procesos de afrontamiento y de soporte, la familia constituye un contexto particularmente poderoso para moldearlos y modificarlos y consecuentemente importante en la mediación del impacto del estrés.

4.1.6.1.2. Los coetáneos

Como se pudo observar en el capítulo anterior, el contar con un círculo social, de amistades, es un medio de liberar el estrés. El poder compartir con otras personas que comparten características o problemas es una forma muy común de afrontamiento al estrés.

Swartz (1973), describe que el ser miembro de un grupo de iguales viene a proporcionar, en vías de aumento, la mayor parte del apoyo psíquico de la joven persona. Mediante la aceptación de las normas de sus compañeros de edad, a su vez, al ser aceptado por ellos, el adolescente logra una identidad social que le proporciona los dos estados y cierto grado de seguridad psíquica.

El formar parte de un grupo de iguales no es la única fuente de apoyo psíquico durante la adolescencia. Los adultos comprensivos y benévolo -padres, maestros y consejeros, entre otros- pueden hacer mucho con sus actos para reducir las tensiones y ansiedades del desarrollo. Sin embargo, en esta investigación sólo trabajamos con la familia y coetáneos como grupos de apoyo.

4.2. Afrontamiento

Obviamente, la forma como cada persona experimenta el estrés es un proceso complejo. Involucra no sólo incidentes recientes, y actuales, de estrés, sino también la interacción de factores como son la valoración cognitiva, variables de personalidad y la funcionalidad de estrategias de afrontamiento. Hay evidencia de que mujeres jóvenes con bulimia nerviosa, experimentan los eventos de su vida de forma más estresante que otras mujeres (Lacey, Soukup y Strober; citados por Yager, Rorty y Rossotto, 1995). Aunado a esto, la mujer con bulimia nerviosa tiende a ser excesivamente temperamental, reactiva y sensitiva. Quizá lo más importante aquí, es que en las mujeres bulímicas han mostrado que se perciben a ellas mismas bajo un elevado grado de estrés (Yager y cols., 1995).

Desarrollar bulimia nerviosa y otros desórdenes e inclusive, desarrollar otro tipo de enfermedades, ha sido relacionado con un incremento de estrés en su vida y un difícil manejo de estados afectivos. En consecuencia, la bulimia nerviosa ha sido vista como una respuesta de afrontamiento, aunque es altamente destructiva para este grupo cuyas capacidades de regulación son generalmente severamente limitadas (Goodsitt, Johnson y Connors; citados por Yager, Rorty y Rossotto, 1995).

Cattanach, Malley y Rodin (1988) dieron a estudiantes de bachillerato cuatro tareas de estrés psicológico, encontrando que los estudiantes con desórdenes alimentarios no sólo reportan más "estrés universal" sino también indican un incremento en el deseo de tener respuestas a los estresores. Klemchack, Hutchinson y Frank (Leal, Weise y Dood, 1995) encontraron que las mujeres de nivel bachillerato identifican como un peligro para los desórdenes alimentarios el afrontamiento al estrés y que ellas mismas se perciben como incapaces de afrontarlo. Por su parte, Pike y Rodin (Leal y cols., 1995) concluyen que los desórdenes alimentarios pueden ser un mecanismo que algunas mujeres usan para hacer frente al estrés.

Yager y cols. (1995), examinaron diferencias de afrontamiento entre mujeres que se habían recuperado de la bulimia nerviosa (de acuerdo al diagnóstico del DSM III-R) mujeres que activamente sufrían el desorden y mujeres sin historia de desórdenes alimentarios. Encontrando que las mujeres con bulimia nerviosa activa fueron menos verosímiles que los otros dos grupos, que utilizaron activamente el afrontamiento, planearon y exploraron soportes emocionales. Las mujeres con bulimia activa mostraron también menor credibilidad que las que se habían recuperado de bulimia y habían expresado sus emociones. Ellas fueron más verosímiles que los sujetos control por usar comportamientos de liberación. Los resultados sugieren que los estilos de afrontamiento de las mujeres que se han recuperado de la bulimia nerviosa son más adaptativos, gracias a estilos de afrontamiento, que aquellas que no tienen una historia de desórdenes alimentarios; ya que las mujeres que son bulímicas activamente manifestaron poca adaptación y más comportamientos mal adaptativos de afrontamiento.

4.2.1. Definición

La mayoría de las investigaciones definen el afrontamiento como un conjunto de respuestas ante la situación estresante ejercitadas para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación. Rodríguez (1995) menciona que existen definiciones muy diversas, que varían desde patrones de actividad neuroendocrina y autonómica hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo e interacción social.

Por otra parte, Rodríguez (1995) menciona que de acuerdo a Moliner, el término afrontamiento es una traducción al castellano del término en inglés *coping*, el cual corresponde a la acción de afrontar, es decir, hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc., un agente o acontecimiento estresante.

Lazarus y Folkman (1991) definen al afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Esta definición obvia las limitaciones de los planteamientos tradicionales por lo siguiente:

En primer lugar, se trata de un planteamiento orientado hacia el afrontamiento como proceso en lugar de como rasgo, lo cual se refleja en las palabras *constantemente cambiante* y *demandas específicas* y conflictos. En segundo lugar, esta definición implica una diferenciación entre afrontamiento y conducta adaptativa automatizada, al limitar el afrontamiento a aquellas demandas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. En efecto, esto limita el afrontamiento a aquellas condiciones de estrés sociológico que requieren la movilización y excluyen a las conductas y pensamientos automatizados que no requieren esfuerzo. En tercer lugar, el problema de *confundir el afrontamiento con el resultado obtenido* queda solventado al definir el afrontamiento como los *esfuerzos* para manejar las demandas, lo cual permite incluir en el proceso cualquier cosa que el individuo haga o piense, independientemente de los resultados que con ello obtenga. En cuarto y último lugar, podemos decir que al utilizar la palabra *manejar*, evitamos también equiparar el afrontamiento al dominio. Manejar puede significar minimizar, evitar, tolerar y aceptar las condiciones estresantes así como intentar dominar el entorno.

Ursin (citado por Rodríguez, 1995) apunta que es necesario distinguir afrontamiento de otros tipos de cambios adaptativos. Con afrontamiento, hablaríamos de un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir, adaptarse a la nueva situación (Rodríguez, 1995).

4.2.1.1. Evaluación cognoscitiva

Como mencionábamos anteriormente, la Teoría de Lazarus propone dos procesos: uno es el afrontamiento y otro, la evaluación cognoscitiva. La evaluación cognoscitiva consiste en un proceso valorativo que determina las consecuencias que provocará un acontecimiento. A través de la evaluación el individuo discrimina las situaciones favorables, irrelevantes o estresantes y en caso de esta última determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante.

La evaluación es una variable mediadora entre el productor del estrés ambiental y las reacciones del individuo. Lazarus identifica la evaluación como un proceso en dos etapas: a) *primaria*, distingue las situaciones amenazantes, de las benéficas o sin importancia, y b) *secundaria*, permite estimar los recursos del individuo para enfrentar esa situación de amenaza. La evaluación es afectada por un proceso de reevaluación que se refiere a cambios introducidos en la evaluación inicial.

En la evaluación primaria el individuo valora si el acontecimiento lo perjudica o beneficia, en el momento o en el futuro y de qué forma. En esta evaluación se distingue un acontecimiento como:

- *irrelevante*: cuando no existe interés por las consecuencias;
- *benigno*: cuando las consecuencias se valoran como positivas; y
- *estresantes*: cuando puede tener un significado de pérdida, amenaza o desafío.

Se percibe un estado de daño o pérdida cuando se ha consumado un hecho en el que el individuo ha recibido algún perjuicio tales como una lesión, la falta o ausencia de un ser querido o daño a su estima. Es una amenaza cuando se valora anticipadamente el potencial lesivo de un acontecimiento y por lo tanto el individuo prevé implicaciones negativas como el miedo, la ansiedad o el mal humor. Es un desafío cuando existe una valoración de las fuerzas necesarias para vencer la confrontación, generando emociones placenteras como la impaciencia, la excitación o el regocijo. La amenaza y el desafío no son excluyentes entre sí pueden incluso manifestarse de manera simultánea, como por ejemplo un ascenso en el trabajo puede implicar un desafío por el reto que significa una nueva posición laboral y al mismo tiempo una amenaza por las repercusiones que tendrá de no ser capaz de dar la respuesta esperada.

La evaluación secundaria se refiere a la valoración respecto a si es posible hacer algo para remediar la situación. Es un complejo proceso de evaluación tanto de las opciones de afrontamiento con las que cuenta el individuo, como de la seguridad que perciba en el mismo para ejecutar con éxito una estrategia en forma efectiva.

4.2.2. Planteamientos tradicionales

Encontramos el concepto de afrontamiento en dos clases de literatura teórica/empírica muy distintas: la una se deriva de la experimentación tradicional con animales, la otra de la teoría psicoanalítica del ego.

a) Modelo animal: El modelo animal de estrés y control se halla muy influido por las teorías de Darwin según las cuales la supervivencia del animal depende de su habilidad para descubrir lo que es predecible y controlable en el entorno y así poder evitar, escapar o vencer a los agentes nocivos. El animal depende de su sistema nervioso para realizar la oportuna discriminación para su supervivencia.

El modelo animal define frecuentemente al afrontamiento como aquellos actos que controlan las condiciones aversivas del entorno, disminuyendo por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas. Por ejemplo, N. E. Miller (citado por Lazarus y Folkman, 1991) dice que el afrontamiento consiste en el conjunto de respuestas conductuales aprendidas que resultan efectivas para disminuir el grado de arousal mediante la neutralización de una situación peligrosa o nociva. De forma similar, Ursin (citado por Lazarus y Folkman, 1991) afirma que "el logro de una disminución gradual de la respuesta tanto en los experimentos con los animales como en seres humanos, es lo que llamamos afrontamiento. El animal va aprendiendo a afrontar la situación disminuyendo la tensión que le provoca mediante un reforzamiento positivo" (pp.140).

b) Modelo psicoanalítico: En el modelo psicoanalítico, se define el afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. La diferencia principal entre la forma de tratar el afrontamiento en este modelo y en el modelo animal radica en el modo de percibir y considerar la relación entre el individuo y el entorno. Aunque la conducta no queda del todo ignorada, es considerada de menor importancia que el factor cognición. Otra diferencia entre ambos modelos es que la psicología psicoanalítica del yo diferencia entre varios procesos utilizados por el individuo para manipular la relación individuo-entorno

Menninger (Lazarus y Folkman, 1991) identifica cinco órdenes o recursos reguladores, clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En el punto más alto de esta jerarquía se encuentran las estrategias necesarias para reducir las tensiones causadas por las situaciones estresantes que se dan en el curso de la vida diaria. Estas estrategias se llaman recursos de afrontamiento y entre ellas se incluye el autocontrol, el humor, el llanto, blasfemar, lamentarse, jactarse, discutir, pensar y liberar la energía de una forma u otra. Son consideradas como normales; sin embargo, tales estrategias se utilizan inapropiadamente o de forma extrema, como cuando una persona habla demasiado, ríe con demasiada facilidad, pierde los nervios muy a menudo, entonces pierden su categoría de recursos de afrontamiento y se convierten en síntomas que indican un cierto grado de descontrol y de desequilibrio.

Cuanto mayor es la desorganización interna, más primitivos se vuelven los recursos reguladores. Por ejemplo, los recursos de segundo orden incluyen el abandono por disociación (narcolepsia, amnesia, despersonalización), el abandono a impulsos francamente más hostiles (p.e., compulsiones, rituales) y la sustitución del yo o de parte del yo como un objeto de agresión desplazada (restricción y humillación autoimpuesta, autoenvenenamiento o narcotización). Los recursos de tercer orden vienen representados por conductas explosivas episódicas, o bien energía agresiva, más o menos desorganizadas, entre las que se incluyen las agresiones violentas, las convulsiones y las crisis de pánico. El cuarto orden representa un aumento de la desorganización y el quinto la desintegración total del ego.

4.2.3. El afrontamiento como proceso

El planteamiento del afrontamiento como proceso tiene tres aspectos principales: primero, el que hace referencia a las observaciones y valoraciones relacionadas con lo que éste generalmente hace, o haría en determinadas condiciones (lo cual pertenece al planteamiento de rasgo). Segundo, lo que el individuo realmente piensa o hace, es analizado dentro de un contexto específico. Los pensamientos y acciones de afrontamiento se hallan siempre dirigidos hacia condiciones particulares. Para entender el afrontamiento y evaluarlo, necesitamos conocer aquello que el individuo afronta. Cuanto más exacta sea la definición del contexto, más fácil resultará asociar un determinado pensamiento o acto de afrontamiento con una demanda del entorno. Tercero, hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la

interacción va desarrollándose. Por tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias, digamos defensivas, y en otros con aquellas que sirvan para resolver el problema, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno.

La dinámica que caracteriza el afrontamiento como proceso no es fruto del azar, los cambios acompañantes son consecuencia de las continuas evaluaciones y reevaluaciones de la cambiante relación individuo-entorno. Las variaciones pueden ser el resultado de los esfuerzos de afrontamiento dirigidos a cambiar el entorno o su traducción interior, modificando el significado del acontecimiento o aumentando su comprensión. También puede haber cambios en el entorno, independientes del individuo y de su actividad para afrontarlo. Al margen de su origen, cualquier cambio en la relación entre el individuo y el entorno dará lugar a una reevaluación de qué está ocurriendo, de su importancia y de lo que puede hacerse al respecto. El proceso de reevaluación, a su vez, influye en la actividad de afrontamiento posterior. Por tanto, el proceso de afrontamiento se halla constantemente influido por las reevaluaciones cognitivas.

4.2.3.1. Etapas en el proceso de afrontamiento

Las etapas de afrontamiento pueden ser el simple reflejo de las demandas físicas o ambientales cambiantes y de las correspondientes secuencias internas que tienen lugar en el sujeto. Mendelsohn (Citado por Lazarus y Folkman 1991, pp. 169) observó también grandes variaciones individuales tanto en la forma de evaluar la importancia de la enfermedad como la forma de afrontarla. "Cada paciente", dice Mendelsohn, "afronta un particular grupo de circunstancias dentro del contexto de una historia personal única", y para entender la importancia personal de la enfermedad es preciso situarla en el contexto de la biografía del individuo.

La literatura que existe sobre desastres (Baker y Chapman, 1962; citado por Lazarus y Folkman, 1991) dibuja etapas de acontecimientos más etapas de afrontamiento. Generalmente se definen tres: anticipatoria o de aviso, de impacto o de confrontación y de postimpacto o postconfrontación. El planteamiento cognitivo-fenomenológico de Lazarus sobre el problema, es que la amenaza al bienestar se evalúa de forma distinta en las distintas etapas y da lugar a distintas formas de afrontamiento. Considerando, que el período de anticipación, el de impacto y el de postimpacto tienen sus propias características.

Por ejemplo, durante la anticipación, el acontecimiento no ha ocurrido todavía y los aspectos principales a evaluar incluyen la posibilidad de que el acontecimiento ocurra o no, el momento en que ocurrirá y la naturaleza de lo que ocurra. El proceso cognitivo de evaluación también valora si el individuo puede manejar la amenaza, hasta qué punto puede hacerlo y de qué forma (evaluación secundaria). Mientras las personas esperan una amenaza anticipada, sus pensamientos sobre estas cuestiones afectan sus reacciones ante el estrés y su afrontamiento, tal como han demostrado Folkins (1970; citado por Lazarus y Folkman, 1991), Monat, Averill y Lazarus (1972; citado por Lazarus y Folkman, 1991) y Monat (1976; citado por Lazarus y Folkman, 1991). Estos autores utilizan estrategias de

afrontamiento como el distanciamiento psicológico, la evitación de pensamientos que hagan referencia a la amenaza, la negación de sus implicaciones y la búsqueda de información que pueda revelar algo importante para desarrollar estrategias de afrontamiento alternativas y responder al feedback provocado por los pensamientos y actos.

Durante el período de impacto, muchos de los pensamientos y acciones importantes para el control pierden valor cuando el acontecimiento nocivo ya ha empezado o terminado. Como éste se manifiesta en su totalidad, el individuo empieza a comprobar si es igual o peor de lo que anticipaba, y en qué aspectos. En algunas situaciones estresantes la energía mental del sujeto queda tan concentrada en la acción-reacción que tarda un tiempo considerable en darse cuenta de lo que ocurre y en valorar su importancia. Encontrar diferencias no esperadas en cuanto al control que puede ejercerse sobre el acontecimiento puede dar lugar a una nueva reevaluación de su importancia. Llamamos a estas cogniciones reevaluaciones; otros han utilizado el término redefinición de la situación.

Estos procesos cognitivos que comienzan durante el período de impacto, muchas veces persisten hasta el período de postimpacto en el que además emergen todo un conjunto de nuevas consideraciones. Aunque el acontecimiento estresante haya terminado, su final suscita todo un conjunto nuevo de procesos anticipatorios. Incluso el período de impacto o confrontacional contiene una serie de procesos de evaluación y de afrontamiento dirigidos no sólo al pasado y al presente, sino también al futuro. Los prejuicios y daños que ya han ocurrido contienen también elementos de amenaza en el sentido anticipatorio del término, y nunca es posible separar del todo, excepto para fines de análisis y comunicación, los procesos cognitivos y de afrontamiento asociados a cada etapa de un acontecimiento estresante.

Durante la interacción, el individuo descubre la realidad de lo que está ocurriendo y lo que puede hacer al respecto, y esto afecta al afrontamiento. Por ejemplo, saber que uno no tiene control sobre la mayoría de los aspectos importantes de la situación favorecerá el uso de estrategias que regulen las emociones; las acciones directas sobre el entorno quedarán para otra ocasión más apropiada. Recíprocamente, los cambios en la relación del individuo con el entorno, promovidos por la conducta llevada a cabo durante la interacción estresante pueden poner en claro la necesidad de regular las emociones o indica que tal regulación se ha hecho todavía más necesaria.

4.2.4. Funciones del afrontamiento

Una característica importante de nuestra conceptualización es que el afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y que su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. No queremos que se confundan las funciones del afrontamiento con sus resultados. La función del afrontamiento tienen que ver con el objetivo que persigue cada estrategia; el resultado de afrontamiento está referido al afecto que cada estrategia tiene. Una estrategia puede servir a una función determinada -por ejemplo, la evitación- pero fracasar en su intento de evitar. Esta diferenciación es consecuente con nuestra definición de afrontamiento en cuanto a que es algo independiente de sus resultados.

La definición de funciones de afrontamiento depende del marco teórico sobre el que se conceptualiza el afrontamiento y/o en cuyo contexto se analiza. Muchos autores identifican múltiples funciones de afrontamiento. Trabajando en el marco psicológico del yo, White (1974; citado por Lazarus y Folkman, 1991) cita tres de ellas:

1) asegurar la información adecuada del entorno, 2) mantener conductas internas satisfactorias tanto para la acción como para el procesamiento de la información y, 3) mantener autonomía o libertad de movimientos, libertad para utilizar el propio repertorio según un modelo flexible de expresión.

Existen funciones de afrontamiento que pertenecen a contextos específicos, como salud/enfermedad, exámenes, crisis políticas, saltos en paracaídas, bienestar y los propios de la vida institucional. Las funciones de afrontamiento definidas dentro de contextos específicos son menos generales y más específicas de la situación que las que se derivan de perspectivas teóricas más amplias. Siendo pues este, uno de los puntos que aborda nuestra investigación, ya que buscamos encontrar –entre otras cosas- relación entre la percepción de apoyo social y el afrontamiento al estrés.

Junto a las funciones descritas existe una diferenciación que Lazarus considera de extrema importancia: la diferencia que hay entre el afrontamiento dirigido a manipular o alterar el problema y el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional. Nos referimos al primero como afrontamiento dirigido al problema y al segundo como afrontamiento dirigido a la emoción (Folkman y Lazarus, 1980; citados por Lazarus y Folkman, 1991).

En general, las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidades de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas, amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado, las formas de afrontamiento dirigidas al problema, son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio (Folkman y Lazarus, 1980; citados por Lazarus y Folkman, 1991).

4.2.4.1. Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción

Encontramos en la literatura una amplia gama de formas de afrontamiento dirigidas a la emoción. Un considerable grupo está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluyen estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Muchas de estas estrategias derivan de las teorías e investigación realizadas sobre los procesos defensivos y se utilizan prácticamente en todo tipo de interacción estresante. Otro grupo más pequeño de estrategias cognitivas incluye aquellas dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional; algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor y para encontrar consuelo necesitan experimentar primero un trastorno

intenso para pasar luego al autorreproche o a cualquier otra forma de autocastigo. En otros casos, los individuos aumentan deliberadamente su grado de trastorno emocional para precipitarse a sí mismos a la acción como cuando los atletas se autodesafían para competir.

Otras formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente. Estas estrategias equivalen a la reevaluación, como por ejemplo: "He decidido que hay cosas más importantes de las que preocuparse", "He considerado hasta qué punto las cosas podrían empeorar", "He decidido que no necesitaré tenerlo cerca tanto como pensaba". En cada caso, la amenaza se atenúa consiguiendo cambiar el significado de la situación. No todas las reevaluaciones van dirigidas a la regulación de la emoción. Como veremos más adelante, algunas se dirigen al problema en sí mismo. Nos referimos a reevaluaciones cognitivas, tanto si el cambio introducido se basa en una interpretación realista de las señales emitidas o en una distorsión de la realidad.

Otras estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción no cambian directamente el significado del acontecimiento como hacen las reevaluaciones cognitivas. Por ejemplo, el que la atención selectiva o la evitación cambien el significado de una situación dependerá de lo que sea tomado en cuenta o de lo que se quiera evitar. El significado de una interacción puede permanecer invariable aunque algunos de estos aspectos sean ignorados o desaparezcan temporalmente los pensamientos del sujeto sobre ella. De forma parecida, las estrategias conductuales, como iniciar un ejercicio físico para olvidarse de un problema, meditar, tomar una copa, desahogar el mal humor y buscar apoyo emocional, pueden originar reevaluaciones pero no son reevaluaciones por sí mismas. Hacemos esta observación porque no queremos que el afrontamiento dirigido a la emoción se considere sinónimo de reevaluación. Ciertas formas de este tipo de afrontamiento son, en efecto, reevaluaciones; en cambio, otras no e incluso algunas, unas veces lo son y otras no (Lazarus y Folkman, 1991).

4.2.4.2. Modos de afrontamiento dirigidos al problema

Las estrategias de afrontamiento dirigidas al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste: como ellas, generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas en base a su costo y a su beneficio y a su elección y aplicación. Sin embargo, el afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias más amplio: la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto.

Este punto viene señalado por Kahn y sus colaboradores (1964; citado por Lazarus y Folkman, 1991), que hablan de dos grupos principales de estrategias dirigidas al problema: las que hacen referencia al entorno y las que se refieren al sujeto. En el primer grupo se encuentran las estrategias dirigidas a modificar las presiones ambientales, los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc., y en el segundo grupo se incluyen las estrategias encargadas de los cambios motivacionales o cognitivos, como la variación del nivel de aspiraciones, la reducción de la participación del yo, la búsqueda de canales distintos de gratificación, el desarrollo de nuevas pautas de conducta o el aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos. Las estrategias consideradas por Kahn y sus colaboradores, como dirigidas hacia el individuo están dirigidas a ayudar al individuo a manejar o resolver el problema. A excepción del desarrollo de conductas nuevas y del aprendizaje de recursos y procedimientos nuevos, podríamos llamarlas reevaluaciones cognitivas dirigidas al problema.

4.2.5. Recursos para el afrontamiento

Hemos afirmado que el afrontamiento viene determinado por la evaluación cognitiva. Decir que una persona tiene muchos recursos no sólo significa que dispone de un gran número de ellos, sino que también tiene habilidad para aplicarlos ante las distintas demandas del entorno. Estos significados comparten la idea de que los recursos son algo extraíble de uno mismo, tanto si son de uso mediato (p.e., dinero, juguetes, personas a las que recurrir, conocimientos importantes) como si constituyen un medio para hallar otros recursos necesarios pero no disponibles.

Antonovsky (1979; citado por Lazarus y Folkman, 1991) ha utilizado el término *recursos generalizados de resistencia* para describir las características que facilitan el manejo del estrés. Estas características pueden ser físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosocioculturales. El planteamiento de Antonovsky difiere del propuesto por Lazarus en que se refiere a los factores que contribuyen a la *resistencia* al estrés mientras que el de Lazarus hace referencia a los recursos que el individuo *muestra para afrontarlo*. En otras palabras, Antonovsky ve los recursos como neutralizadores del estrés y Lazarus como factores que preceden e influyen en el afrontamiento, lo que a su vez interviene en el estrés.

El grado en que los recursos por sí mismos neutralizan los efectos del estrés en comparación con los procesos reales de afrontamiento fue demostrado empíricamente por Pearlin y Schooler (1978; citado por Lazarus y Folkman, 1991). Estos autores consideraron el dominio y la autoestima, la relación entre estas características y las respuestas de afrontamiento y de reducción del grado de trastorno emocional en cuatro áreas: economía doméstica, área laboral, paternidad y matrimonio. Hallaron que en el contexto más estrechamente interpersonal del matrimonio y, en menor grado, en la paternidad, son las cosas específicas que haga el individuo lo que determinará más exactamente la aparición o no de un trastorno emocional mientras que disponer de los recursos "adecuados" resulta más efectivo cuando lo que hay que afrontar son problemas relativamente impersonales.

A continuación trataremos de ilustrar la naturaleza multidimensional de los recursos de afrontamiento. Empezaremos por aquellos que se consideran principalmente propiedades del individuo, como la salud y la energía (recursos físicos), las creencias positivas (recursos psicológicos) y las técnicas sociales (aptitudes) y de resolución de problemas. El resto de las categorías son más ambientales e incluyen los recursos sociales y materiales.

Salud y energía

Se hallan entre los recursos más generalizados de los relevantes en el afrontamiento ante situaciones de estrés. Una persona frágil, enferma, cansada o débil tiene menos energía que aportar al proceso de afrontamiento que otra saludable y robusta. El importante papel desempeñado por el bienestar físico se hace particularmente evidente cuando hay que resistir problemas e interacciones estresantes que exigen una movilización importante.

De acuerdo a varias investigaciones, mientras que la salud y la energía ciertamente facilitan el afrontamiento, las personas enfermas y debilitadas generalmente pueden movilizarse lo suficiente como para afrontar una situación cuando lo que se halla en juego es suficientemente importante para ellas (Lazarus y Folkman, 1991).

Creencias positivas

Verse a uno mismo positivamente puede considerarse también un importante recurso psicológico de afrontamiento. Incluimos en esta categoría aquellas creencias generales y específicas que sirven de base para la esperanza y que favorecen el afrontamiento en las condiciones más adversas. La esperanza puede ser alentadora por la creencia de que la situación puede ser controlable, de que uno tiene la fuerza suficiente para cambiarla, de que una persona (p.e., un médico) o un programa determinado (p.e., un tratamiento) resultarán eficaces, o bien por el hecho de tener fe en la justicia, la voluntad o en Dios. La esperanza existirá sólo cuando tales creencias hagan posible un resultado positivo, o por lo menos probable.

No todas las creencias sirven para el afrontamiento y algunas incluso pueden disminuirlo o inhibirlo. Por ejemplo, la creencia en un Dios castigador puede llevar al individuo a aceptar una situación perturbadora como un castigo divino y a no hacer nada para dominar o manipular las demandas de tal situación.

Técnicas para la resolución del problema

Las técnicas para la resolución de problemas incluyen habilidad para conseguir información, analizar las situaciones, examinar posibilidades alternativas, predecir opciones útiles para obtener los resultados deseados y elegir un plan de acción apropiado. Las técnicas para la resolución de problemas derivan de otros recursos, como experiencias previas, almacenamiento de información, habilidades cognitivo-intelectuales para aplicar esa información y capacidad de autocontrol (Lazarus y Folkman, 1991).

Apoyo social

Constituyen un importante recurso de afrontamiento debido al importante papel de la actividad social en la adaptación humana. El apoyo social es proporcionado por varias fuentes, entre ellas la familia y los amigos; tema que se ha tratado ya en los dos capítulos anteriores.

Habilidades sociales

Estas habilidades se refieren a la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en una forma socialmente adecuada y efectiva. Este tipo de actividades facilitan la resolución de los problemas en coordinación con otras personas, aumentan la capacidad de atraer su cooperación o apoyo y, en general, aportan al individuo un control más amplio sobre las interacciones sociales.

La importancia de las habilidades sociales como recurso se hace evidente en muchas áreas, incluidos los programas terapéuticos que ayudan al individuo a manejar mejor los problemas cotidianos así como los programas de entrenamiento que persiguen mejorar la comunicación interpersonal. El interés de las organizaciones para enseñar técnicas de comunicación refleja una tendencia a considerar que la solución de los problemas depende menos de los actos individuales que de la capacidad de la acción grupal (Mechanic, 1974; citado por Lazarus y Folkman, 1991).

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO V

MÉTODO

MÉTODO

OBJETIVO:

Aportar conocimientos sobre factores de riesgo relacionados con la conducta alimentaria y las relaciones familiares, en una población normal, para poder contribuir con el desarrollo de programas de prevención, atención y promoción de la salud.

PLANTEAMIENTO GENERAL DEL PROBLEMA:

De acuerdo con nuestro objetivo, el interés de esta investigación fue conocer cómo se relacionaban la percepción de apoyo social (alto y bajo), con las respuestas al estrés (afrentamiento positivo y negativo) y las conductas alimentarias de riesgo.

HIPÓTESIS DE TRABAJO:

- 1) La percepción de apoyo social alto que las adolescentes tienen con respecto a sus padres y amigos se relaciona con conductas alimentarias normales.
- 2) La percepción de apoyo social bajo que las adolescentes tienen con respecto a sus padres y amigos se relaciona con conductas alimentarias anómalas.
- 3) La percepción de apoyo social alto se relaciona con el afrontamiento al estrés positivo (o respuestas al estrés).
- 4) La percepción de apoyo social bajo se relaciona con el afrontamiento al estrés negativo (o respuestas al estrés).

DEFINICIÓN DE VARIABLES:

1) Variable independiente:

Percepción de apoyo social

2) Variable dependiente:

Conductas alimentarias

Afrontamiento al estrés

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES

Percepción: Para Forgas (1976) "se refiere a la manera como percibimos y conocemos las características psicológicas de otras personas".

Apoyo social: De acuerdo a Hobfoll y Stokes (citados por Rodríguez, 1995) es "la provisión de tipos particulares de vínculos interpersonales. Esta puede ser centrada en aspectos específicos del apoyo (ayuda material, intercambio de información, satisfacción de necesidades sociales básicas, etc.). En otras ocasiones, el apoyo social se define simplemente de forma descriptiva, aludiendo a la ayuda, información o valoración que recibimos mediante nuestra interacción formal o informal con individuos o grupos; o también introduciendo los aspectos emocionales, entendiéndose como el conjunto de interacciones sociales que ofrecen a la persona una ayuda real o el sentimiento de conexión a una persona o grupo percibido como querido".

Estrés. Para Uriarte, (1992) el estrés "se provoca por una variedad de estímulos físicos y mentales llamados estresores que desencadenan una respuesta en el organismo llamada síndrome general de adaptación, y que es la forma en que respondemos a una amenaza externa o interna en términos de lucha o huida, rompiendo con ello la homeostasis o estado de equilibrio del organismo".

Afrontamiento: Lazarus (1991) define al afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

Factor sociodemográfico: Saucedo (1996) la define como el agrupamiento de variables como: ingreso, ocupación, lugar de residencia, escolaridad, entre otros.

Conducta alimentaria de riesgo: De acuerdo a Gómez Pérez-Mitré (citado por Martínez y Pérez, en prensa) "son las conductas relacionadas con problemas en la ingesta alimentaria, por ejemplo, seguimiento de dietas con el propósito en el control de peso, dieta restrictiva, exclusión de alimento con alto contenido calórico, hábitos inadecuados, ayuno y atracones".

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES

Factor sociodemográfico:

En la presente investigación el factor sociodemográfico quedó determinado por las respuestas dadas a algunos reactivos de la escala A, tales como edad, nivel de estudios de los padres, etc (ver anexo 1).

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Se conformó por reactivos que se encontraban en la escala A (anexo 1), que exploran problemas de peso, seguimiento de dietas así como problemas en la forma de comer.

Percepción de apoyo social:

La percepción de apoyo social se determinó por medio de las escalas I y K, del Cuestionario de estudio de Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995) que exploran apoyo social en relación con amigos, con los padres y en especial con la madre (ver anexos 3 y 5).

Se dicotomizaron los valores de los reactivos de estas escalas, obteniendo puntajes que iban de 5 a 100; con una mediana=50. Se manejó como sigue :

1) *Percepción de apoyo social alto*: Se constituyó por 100 sujetos que obtuvieron en las escalas I y K, un puntaje menor a 50; pues, como se considero en esta investigación, un puntaje bajo era menor problema.

2) *Percepción de apoyo social bajo*: Se constituyó por 100 sujetos que obtuvieron en las escalas I y K, un puntaje mayor a 50; pues, en la investigación se considero que a mayor puntaje era mayor problema.

Afrontamiento al estrés:

Esta variable agrupó reactivos que exploraban reacción ante el estrés, estos reactivos pertenecían a la escala J (anexo 4) del Cuestionario de Estudio de Alimentación y Salud. Subdividido en 2 categorías:

a) *Afrontamiento al estrés positivo*: Esta variable agrupaba 5 reactivos que proponen formas de reaccionar al estrés. Esta nueva variable tuvo un alpha de consistencia interna de 0.7671.
reactivo j1: Procuro platicarlo con otras personas
reactivo j3: Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones
reactivo j10: Pienso en un plan de acción y lo sigo
reactivo j13: Pido consejo y lo sigo
reactivo j14: Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor.

b) *Afrontamiento al estrés negativo*: Esta variable agrupaba 11 reactivos que proponen formas incorrectas de reaccionar ante el estrés. Esta nueva variable tuvo una consistencia interna, alpha, de 0.6000.

reactivo j2: Me culpo a mi misma
reactivo j4: Rezo para que suceda un milagro
reactivo j5: Me pongo de mal humor
reactivo j6: Sigo adelante como si no pasara nada
reactivo j7: Trato de olvidar el problema
reactivo j8: Duermo más que de costumbre
reactivo j9: Procuro que nadie sepa lo que me sucede
reactivo j11: Evito estar con la gente
reactivo j12: Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.
reactivo j15: Pido a Dios que me ayude
reactivo j16: Fantaseo, imaginó que no ha pasado nada.

Conducta alimentaria

En la presente investigación, la conducta alimentaria estuvo determinada por los reactivos de la escala E (ver anexo 2) del Cuestionario de Estudio de Alimentación y Salud. Se subdividió en:

a) **Conducta alimentaria normal:** Esta variable agrupaba 8 reactivos que proponen conductas alimentarias adecuadas; variable que obtuvo un alpha de 0.7844.

- reactivo e5: Cuido que mi dieta sea nutritiva
- reactivo e15: Como lo que es bueno para mi salud
- reactivo e17: Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra
- reactivo 20: Procuero mejorar mis hábitos alimenticios
- reactivo e21: Como con moderación
- reactivo e28: Procuero comer verduras
- reactivo e29: Procuero estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada
- reactivo e32: Tomo mis alimentos sólo cuando tengo hambre

b) **Conducta alimentaria anómala:** Esta variable agrupaba 27 reactivos que proponen conductas alimentarias anómalas, variable que obtuvo un alpha de 0.7819

- reactivo e1: Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V.
- reactivo e2: Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento
- reactivo e3: Cuando estoy aburrida me da por comer
- reactivo e4: Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar
- reactivo e6: Siento que la comida me tranquiliza
- reactivo e7: Como porque tengo que hacerlo (porque hay que comer para vivir)
- reactivo e8: Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión
- reactivo e9: Como tan rápidamente que los alimentos se me atragantan
- reactivo e10: Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"
- reactivo e11: Comer de más me provoca sentimientos de culpa
- reactivo e12: Si me despierto tengo que comer algo para reconciliar el sueño
- reactivo e13: Ingiero comidas y/o bebidas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso
- reactivo e14: Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordantes
- reactivo e16: Paso por periodos en los que como con exceso
- reactivo e18: Me sorprendo pensando en la comida
- reactivo e19: Si me excedo en la comida me provoco vómito
- reactivo e22: Consumo alimentos chatarra
- reactivo e23: Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso
- reactivo e24: Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo)
- reactivo e25: Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso
- reactivo e26: Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada
- reactivo e27: Como entre comidas
- reactivo e30: Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas
- reactivo e31: Como grandes cantidades de alimento aunque no tengo hambre
- reactivo e33: Suelo servirme dos o más porciones
- reactivo e34: Como hasta sentirme inconfortablemente llena
- reactivo e35: Procuero tomar complementos vitamínicos

Diseño de investigación

El diseño de investigación corresponde a un diseño de dos grupos independientes.

Tipo de estudio

El tipo de estudio fue transversal, exposfacto y de campo.

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística, formada por una $N=200$ adolescentes, que quedó dividido en 2 grupos; el primero con una $n=100$ adolescentes con percepción de apoyo social alto y el segundo grupo con una $n=100$ adolescentes con percepción de apoyo social bajo.

Sujetos

Los sujetos que conformaron la muestra fueron adolescentes mujeres, con edades comprendidas entre los 15 y 20 años de edad, que no trabajaban, solteras y sin hijos.

Población

La muestra se tomó de la población compuesta por adolescentes que acudían a escuelas públicas de nivel bachillerato y licenciatura, del D.F. y zonas conurbadas.

Instrumento

Se aplicó el instrumento llamado "Cuestionario de Estudio de Alimentación y Salud" (Gómez Pérez-Mitré (1993, 1993b, 1995). De este cuestionario se tomaron las escalas que exploran las variables manejadas en esta investigación.

Este instrumento se ajusta a un cuestionario de formato mixto constituido por preguntas cerradas, dicotómicas y escalares con 5 opciones de respuesta. Las respuestas se anotaban en hojas de respuesta para lector óptico.

Para el caso de esta investigación, se aplicaron 5 escalas (ver anexos), que exploraron las siguientes áreas:

a) Factor sociodemográfico:

Se utilizaron algunos reactivos de la escala A (ver anexo 1).

b) Variables relacionadas con conductas alimentarias de riesgo:

Se utilizaron algunos reactivos de la escala A (ver anexo 1).

c) Percepción de apoyo social:

Se emplearon los reactivos de las escalas I y K que exploran el apoyo social con los amigos, padres y en especial con la madre. Estos reactivos tienen 5 opciones de respuesta (ver anexos 3 y 5); los cuales se calificaron de la siguiente forma:

Reactivos de la escala I: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, y 9; las opciones de respuesta se calificaban A=5, B=4, C=3, D=2, E=1. El reactivo 3 debido a que sólo tiene 2 opciones de respuesta se calificó como A=2 y B=1.

Reactivos de la escala K: 1, 3, 5, 7, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 29 y 30; se calificaron como A=5, B=4, C=3, D=2 E=1. Los reactivos: 2, 4, 6, 8, 9, 10, 13, 14, 5, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 27 y 28, se calificaron como A=1, B=2, C=3, D=4, E=5.

d) Afrontamiento al estrés:

Se empleó la escala J (16 reactivos) que explora la reacción al estrés de las adolescentes. Teniendo 5 opciones de respuesta que indican una descripción ante un determinado problema (ver anexo 4). Se calificó de la siguiente forma:

Afrontamiento al estrés positivo: En los reactivos 1, 2, 10, 13 y 14, estas opciones de respuesta se calificaron de la siguiente manera: A=5, B=4, C=3, D=2, E=1.

Afrontamiento al estrés negativo: En los reactivos 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15 y 16, las anteriores opciones de respuestas se calificaron de la siguiente forma: A=1, B=2, C=3, D=4, E=5.

e) Conductas alimentarias de riesgo:

Contó con la escala E (35 reactivos) que explora los factores de riesgo en conducta alimentaria. Son afirmaciones que señalan 5 opciones de respuesta que según considere la adolescente se aproximan o no a la manera en como ve la situación o que más se acerca a su manera de ser o de pensar (ver anexo 2). Forma de calificar:

Conducta alimentaria normal: En los reactivos 5, 15, 17, 20, 21, 28, 29 y 32, las anteriores opciones de respuesta se calificaron de la siguiente forma: A=5, B=4, C=3, D=2 y E=1.

Conducta alimentaria anormal: Los reactivos del 1 al 4, 16, 18, 19, del 22 al 27, 30, 31 y del 33 al 35, se calificaron de la siguiente manera: A=1, B=2, C=3, D=4 y E=5.

Procedimiento

Se acudió a escuelas preparatorias y de licenciatura del D.F., y zonas conurbadas; se aplicaron los cuestionarios a las adolescentes que deseaban participar voluntariamente, explicándoles que los datos que nos proporcionaban serían manejados de manera confidencial. Para la adecuada aplicación del instrumento se entrenó a las personas que aplicaron el cuestionario.

CAPITULO VI

RESULTADOS

RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue aportar conocimientos sobre factores de riesgo relacionados con conducta alimentaria y las relaciones familiares, en una población normal, permitiendo conocer cómo se relacionan la percepción de apoyo social (relaciones familiares y con los pares), respuestas al estrés (afrentamiento) y conductas alimentarias de riesgo, para tal efecto se realizaron análisis estadísticos de los datos, cuyos resultados se exponen en seguida.

1.- DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La muestra total quedó conformada con una N=200 estudiantes; estudiantes de nivel bachillerato (n=146) y licenciatura (n=54). mujeres adolescentes, distribuidas dentro de un rango de edad de 15 a 20 años, solteras, sin hijos y sin relaciones laborales.

En la tabla 1 puede verse la distribución de la variable edad, y la media que resultó de 17 años de edad con una desviación estándar de 1.478.

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo		Distribución por muestra TOTAL
15 años	26.0%	15 años	15.0%	20.5%
16 años	14.0%	16 años	16.0%	15.0%
17 años	22.0%	17 años	20.0%	21.0%
18 años	22.0%	18 años	28.0%	25.0%
19 años	14.0%	19 años	14.0%	14.0%
20 años	2.0%	20 años	7.0%	4.5%
\bar{X} =16.900 DE=1.467		\bar{X} =17.310 DE=1.468		\bar{X} T=17.105 DE=1.478

En el grupo de percepción de apoyo social alto las edades que sobresalen son los 15 años (26%), 17 años (22%) y 18 años (22%); mientras que en el grupo de percepción de apoyo social bajo sobresalen las edades de 18 años (28%), 17 años (20%) y 16 años (16%).

La composición de la muestra por nivel de estudios se distribuyó como aparece en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución de la variable escolaridad en porcentajes	
Bachillerato	73%
Licenciatura	27%

Como puede verse, destacó el nivel bachillerato, ya que fue el 73% de nuestra muestra obtenida.

Al hacer la pregunta "Actualmente vives con..." las estudiantes respondieron como se muestra en la tabla 3:

Tabla 3. Distribución en porcentajes de la pregunta: ¿con quién vives? de los grupos de percepción de apoyo social alto y percepción de apoyo social bajo, así como del total de la muestra			
Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo	
Familia nuclear	88.0%	Familia nuclear	95%
Padre/madre	8.0%	Padre/madre	5%
Hermanos	3.0%	Hermanos	0%
Amigos	1.0%	Amigos	0%
Distribución de la muestra total			
Familia nuclear		91.5%	
Padre o Madre		6.5%	
Hermano(s)		1.5%	
Amigos(s)		0.5%	

En ambos grupos (percepción de apoyo social bajo y alto) el porcentaje más alto se encontró entre las adolescentes que vivían con su familia nuclear (88% y 95% respectivamente). Cabe mencionar que en el grupo de percepción de apoyo social bajo el 5% restante vive sólo con su madre o padre; mientras que el 12% restante, del grupo de percepción de apoyo social alto, las adolescentes viven con su padre, madre, hermanos o amigos.

Puede verse que el mayor porcentaje (91.5%) de las adolescentes de nuestra muestra total vivían con su familia nuclear. El ingreso mensual familiar, de acuerdo con la tabla 4, de una parte importante de la muestra (30.3%) se distribuyó dentro de un rango que iba de \$2001.00 a \$4000.00 y en un rango de \$2000.00 ó menos (28.7%). En el grupo de percepción de apoyo social alto, el 82.6% percibe de menos de \$2000.00 a \$6000.00, mientras que en el grupo de percepción de apoyo social bajo sólo el 78.4% percibe esta misma cantidad.

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo		Distribución por muestra TOTAL
2000 ó menos	30.6%	2000 ó menos	26.8%	28.7%
2001-4000	31.6%	2001-4000	28.9%	30.3%
40001-6000	20.4%	40001-6000	22.7%	21.5%
60001-8000	8.2%	60001-8000	14.4%	11.3%
80001-10000	6.1%	80001-10000	3.1%	4.6%
10001 ó más	3.1%	10001 ó más	4.1%	3.6%

El principal aportador del ingreso mensual familiar eran ambos padres (87.0%) y la ocupación de la fuente principal de aportación del ingreso familiar se distribuyó como se presenta en la tabla 5:

Ocupación del padre		Ocupación de la madre	
Obrero	6.1%	Ama de casa	55.1%
Comerciante	16.2%	Empleada doméstica	2.0%
Empleado	39.1%	Obrera	5.1%
Profesionista	32.0%	Comerciante	13.1%
Empresario	6.6%	Profesionista	24.7%

El porcentaje más alto en la ocupación del padre correspondió a la ocupación de empleado (39.1%), seguida por la de profesionista (32.0%); mientras que para la madre el mayor porcentaje fue para la condición ama de casa (55.1%) y seguida por la de profesionista (24.7%).

2.- DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADAS CON LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Al formular la pregunta ¿tienes o has tenido problemas con tu peso corporal? el 58.5% de las adolescentes respondieron afirmativamente (tabla 6)

Tabla 6. Distribución en porcentajes de la pregunta "tienes o has tenido problemas de peso"	
SI	58.5%
NO	41.5%

Al preguntarles a este 58.5% qué tipo de problema era, sus respuestas se distribuyeron como se expone en la tabla 7:

Tabla 7. Distribución en porcentajes de la pregunta "¿qué tipo de problema has tenido?"	
Sobrepeso	76.0%
Falta de peso	24.0%

De acuerdo con las respuestas a los reactivos anteriores podemos decir que a pesar de que estamos trabajando con una población normal, los problemas con el peso corporal se presentan y destaca el sobrepeso (76%) seguido por la falta de peso (24%).

En la tabla 8 se exponen los porcentajes correspondientes al seguimiento de dietas por las adolescentes y como puede observarse, al preguntar si en alguna ocasión han realizado dieta, un 68% respondió negativamente, mientras que un 32% respondió afirmativamente. En la tabla 9 presentamos la distribución en porcentajes, media y desviación estándar de las respuestas que dio nuestra muestra de adolescentes a la pregunta ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?:

Tabla 8. Distribución en porcentajes de la pregunta ¿alguna o algunas ocasiones has realizado dieta para controlar tu peso?	
NO	68%
SI	32%

Tabla 9. Distribución en porcentajes, media y desviación estándar de la edad de la primera dieta	
1) Menos de 9 años	12.5%
2) 9 a 11 años	11.1%
3) 12 a 14 años	23.6%
4) 15 a 17 años	45.8%
5) 18 a 20 años	6.9%
$\bar{X}=3.236$	DE=1.144

Aunque podemos apreciar que la mayoría de nuestra muestra (68%) no ha realizado jamás una dieta, la edad prevaleciente, de cuando realizaron su primer dieta, lo que si la han realizado fue de 15 a 17 años (45.8%), seguidas por las adolescentes en edad de 12 a 14 años (23.6%), que fue donde cayó la media.

Cuando se preguntó a las adolescentes ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?, el 33.3% contestó que si los ha tenido y el 66.7% que no (tabla 10). En la tabla 11, por otro lado tenemos la distribución en porcentajes del tipo de problema que presentan:

Tabla 10. Distribución en porcentajes de la existencia de problemas en la forma de comer	
SI	33.3%
NO	66.7%

Tabla 11. Distribución en porcentajes del tipo de problemas que presentan las adolescentes en su forma de comer	
Comes menos que otros	28.6%
Comes tan poco que te sientes débil	25.7%
Comes tanto que te duele el estomago	38.6%
Comes tanto que sientes nauseas	5.7%
Comes hasta que vomitas	1.4%

Como podemos notar del 33.3% de adolescentes que dicen tener problemas en su forma de comer, dicen que estos problemas son: en un 38.6% comer tanto que les duele el estómago, el 28.6% dice comer menos que otros, el 25.7% menciona que come tan poco que se sienten débiles.

En la tabla 12 podemos observar cómo respondieron las estudiantes a la pregunta ¿Qué peso te gustaría tener?. Las estudiantes mencionaron que desearían tener un peso menor (38.2%), mientras que le seguían las condiciones: tener el mismo peso (35.2%) y tener un peso mucho menor (18.1%). Como puede verse más de la mitad de las estudiantes (56.3%) quiere pesar menos y mucho menos.

Mucho mayor	0.5%
Mayor	8.0%
El mismo	35.2%
Menor	38.2%
Mucho menor	18.1%

3.- COMPARACIÓN DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y RELACIONADAS CON EL PESO CORPORAL, ENTRE LOS GRUPOS DE PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL ALTO Y PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL BAJO.

Tomando en cuenta que el punto central de nuestra investigación era la percepción de apoyo social, trabajamos los datos de forma que teníamos un grupo con percepción de apoyo social alto (n=100) y un grupo con percepción de apoyo social bajo (n=100), esto quería decir que realmente en nuestra muestra había adolescentes que percibían tener más apoyo social que otras.

Las características sociodemográficas sobresalientes que tenía la muestra en cuanto a percepción de apoyo social fueron las siguientes:

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo	
Hijo único	4.0%	Hijo único	7.0%
Mayor	44.0%	Mayor	29.0%
Intermedio	28.0%	Intermedio	39.0%
Menor	24.0%	Menor	25.0%

En cuanto al lugar que ocupaban las adolescentes entre sus hermanos encontramos (tabla 13) que los puntajes más elevados se distribuyeron de la siguiente forma: en el grupo de percepción de apoyo social alto el 44% era la hermana mayor; mientras que en el grupo de percepción de apoyo social bajo, el 39% era la hermana intermedia.

Tabla 14. Distribución de la variable ocupación del padre de los grupos de percepción de apoyo social alto y percepción de apoyo social bajo en porcentajes

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo	
Obrero	4.0%	Obrero	8.2%
Comerciante	14.1%	Comerciante	18.4%
Empleado	34.3%	Empleado	43.9%
Profesionista	37.4%	Profesionista	26.5%
Empresario	10.1%	Empresario	3.1%

En la tabla 14 podemos observar que en el grupo de percepción de apoyo social alto las principales ocupaciones del padre era profesionista (37.4%) y empleado (34.3%); y en el grupo de percepción de apoyo social bajo eran empleado (43.9%) y profesionista (26.5%).

Tabla 15. Distribución de la variable ocupación de la madre de los grupos de percepción de apoyo social alto y percepción de apoyo social bajo

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo	
Ama de casa	52.5%	Ama de casa	57.6%
Empleada doméstica	3.0%	Empleada doméstica	1.0%
Obrera	6.1%	Obrera	4.0%
Comerciante	14.1%	Comerciante	12.1%
Profesionista	24.2%	Profesionista	25.3%

Como se puede apreciar en tabla 15, en el grupo de percepción de apoyo social alto las principales ocupaciones de la madre eran: ama de casa (52.5%) y profesionista (24.2%). Para el grupo de percepción de apoyo social bajo eran: ama de casa (57.6%) y profesionista (25.3%).

En cuanto a peso corporal encontramos lo siguiente:

Tabla 16. Distribución de la autopercepción del peso corporal que tienen las adolescentes en los grupos de percepción de apoyo social alto y percepción de apoyo social bajo, en porcentajes, medias y desviaciones estándar

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo	
1) Delgado	14.1%	1) Delgado	17.0%
2) Normal	58.6%	2) Normal	55.0%
3) Sobrepeso	27.3%	3) Sobrepeso	28.0%
$\bar{X}=3.131$		$\bar{X}=3.110$	
DE=0.633		DE=0.665	

Tanto en el grupo de percepción de apoyo social alto como en el de apoyo social bajo las adolescentes perciben su cuerpo como normal, 58.6% y 55.0% respectivamente. La media para ambos grupos fue el sobrepeso (tabla 16), con una desviación estándar de 0.633 y 0.655

Tabla 17. Distribución la variable problemas de peso en los grupos de percepción de apoyo social alto y percepción de apoyo social bajo

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo	
No	65%	No	52%
Si	35%	Si	48%

En la tabla 17 podemos ver que en el grupo de percepción de apoyo social alto sólo el 35% dice tener problemas de peso, mientras que en el grupo de percepción de apoyo social bajo el 48% dice tener problemas de peso.

Tabla 18. Distribución de la variable tipo de problema en los grupos de percepción de apoyo social alto y percepción de apoyo social bajo

Percepción de apoyo social alto		Percepción de apoyo social bajo	
Sobrepeso	76.6%	Sobrepeso	75.5%
Falta de peso	23.4%	Falta de peso	24.5%

En ambos grupos (tabla 18) el tipo de problema que sobresale es el sobrepeso, en 76.6% para el grupo de percepción de apoyo social alto y en 75.5% para el grupo de percepción de apoyo social bajo.

4.- ANÁLISIS DE LOS DATOS ESTADÍSTICOS PARA LA PRUEBA DE HIPÓTESIS

El propósito era probar las hipótesis de trabajo que se postularon como sigue:

- 1) La percepción de apoyo social alto que las adolescentes tienen con respecto a sus padres y amigos se relaciona con conductas alimentarias normales.
- 2) La percepción de apoyo social bajo que las adolescentes tienen con respecto a sus padres y amigos se relaciona con conductas alimentarias anómalas.
- 3) La percepción de apoyo social alto se relaciona con el afrontamiento al estrés positivo (o respuestas al estrés).
- 4) La percepción de apoyo social bajo se relaciona con el afrontamiento al estrés negativo (o respuestas al estrés).

Para tal propósito, se utilizó la prueba t de Student, para grupos independientes, comparando los grupos de percepción de apoyo social (alto y bajo); y encontrando los siguientes resultados:

A) Se encontró que existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de apoyo social con la conducta alimentaria normal ya que, $t(198) = -3.23$ y $P=0.00$, (ver tabla 19).

Tabla 19. Resultados obtenidos con la prueba t CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL - PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL	
GRUPO 1 APOYO ALTO	GRUPO 2 APOYO BAJO
$\bar{X}_1 = 24.4500$	$\bar{X}_2 = 27.0900$
DE= 6.185	DE= 5.330
$t(198) = -3.23$ $P = 0.001$	
$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$	Se rechaza
$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$	Se rechaza por dirección opuesta a la esperada

No se confirma la hipótesis de trabajo (hipótesis 1), que propone que existe una relación entre la percepción de apoyo social alto y las conductas alimentarias normales; debido a que si bien la diferencia fue significativa, no se dio en la dirección esperada, ya que la alimentación normal se vio relacionada con el grupo de percepción de apoyo social bajo. Pues como se puede observar el grupo de percepción de apoyo social alto obtuvo una $\bar{X}_1 = 24.4500$ y una DE=6.185 y el grupo de percepción de apoyo social bajo una $\bar{X}_2 = 27.0900$ y una DE=5.330.

B) Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de apoyo social bajo y la conducta alimentaria anómala ya que, $t(198) = -0.91$, con una $P = 0.364$

Tabla 20. Resultados obtenidos con la prueba t	
CONDUCTA ALIMENTARIA ANÓMALA - PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL	
GRUPO 1 APOYO ALTO	GRUPO 2 APOYO BAJO
$\bar{X}_1 = 48.8900$	$\bar{X}_2 = 51.1900$
DE = 9.659	DE = 10.539
$t(198) = -0.91$ P = 0.364	
$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$	Se acepta
$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$	Se rechaza

Por lo tanto, no se confirma la hipótesis de trabajo 2, que propone que existe una relación entre la percepción de apoyo social bajo y las conductas alimentarias anómalas. El grupo de percepción de apoyo social alto obtuvo una $\bar{X}_1 = 48.8900$ y una $DE = 9.659$; mientras que el grupo de percepción de apoyo social bajo una $\bar{X}_2 = 51.1900$ y una $DE = 10.539$.

C) Por otra parte, encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre afrontamiento al estrés positivo y percepción de apoyo social, ya que $t(198) = 5.67$, con una $P = 0.000$

Tabla 21. Resultados obtenidos con la prueba t	
AFRONTAMIENTO POSITIVO - PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL	
GRUPO 1 APOYO ALTO	GRUPO 2 APOYO BAJO
$\bar{X}_1 = 15.9400$	$\bar{X}_2 = 12.9600$
DE = 3.879	DE = 3.542
$t(198) = 5.67$ P = 0.000	
$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$	Se rechaza
$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$	Se acepta

Por lo cual se confirma la hipótesis de trabajo 3, que propone que existe relación entre la percepción de apoyo social alto y el afrontamiento al estrés positivo. El grupo de percepción de apoyo social alto obtuvo una $\bar{X}_1 = 15.9400$ y una $DE = 3.879$ y el grupo de percepción de apoyo social bajo una $\bar{X}_2 = 12.9600$ y una $DE = 3.542$ (tabla 21).

D) También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el afrontamiento al estrés negativo y la percepción de apoyo social, pues $t(198) = -2.75$ con una $P = 0.007$

Tabla 22. Resultados obtenidos con la prueba t AFRONTAMIENTO NEGATIVO - PERCEPCIÓN DE APOYO SOCIAL	
GRUPO 1 APOYO ALTO	GRUPO 2 APOYO BAJO
$\bar{X}_1 = 24.8400$	$\bar{X}_2 = 26.9800$
DE = 5.734	DE = 5.270
$t = (198) = -2.75$	
P = 0.007	
$H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$	Se rechaza
$H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$	Se acepta

Con lo cual se confirma la hipótesis de trabajo 4 que plantea que la percepción de apoyo social bajo se encuentra relacionado con el afrontamiento al estrés negativo. Como podemos ver en la tabla 22, el grupo de percepción de apoyo social alto obtuvo una $\bar{X}_1 = 24.8400$ y una $DE = 5.734$ mientras que el grupo de percepción de apoyo social bajo una $\bar{X}_2 = 26.9800$ y una $DE = 5.270$.

Por otra parte, se determinó la confiabilidad de consistencia interna por medio del Coeficiente Alpha de Cronbach para el grupo de variables: afrontamiento al estrés negativo, afrontamiento al estrés positivo, conducta alimentaria normal y conducta alimentaria anómala. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 23. Coeficientes de Consistencia interna	
VARIABLE	CONSISTENCIA INTERNA (ALPHA)
Conducta Alimentaria Normal	0.7844
Conducta Alimentaria Anómala	0.7819
Afrontamiento Positivo	0.7671
Afrontamiento Negativo	0.6000

Como podemos observar en la tabla 23, se obtuvieron coeficientes de consistencia interna Alpha significativos: 0.7844 (Conducta Alimentaria Normal), 0.7819 (Conducta Alimentaria Anómala), 0.7671 (Afrontamiento al estrés Positivo), 0.6000 (afrontamiento al estrés Negativo).

CAPITULO VII

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo de la presente investigación fue contribuir al conocimiento de factores de riesgo en conducta alimentaria relacionados con la percepción de apoyo social y el afrontamiento al estrés, que desafortunadamente en nuestro país está poco documentado y la literatura existente generalmente es extranjera y no aplicable a la población mexicana. De esta manera se pretendió hacer un acercamiento a la problemática mostrando, en primer lugar, que en una población normal existen adolescentes (mujeres) que perciben mayor apoyo social que otras.

Con base en esto, obtuvimos una muestra de 200 adolescentes mujeres, entre 15 y 20 años de edad; solteras, sin hijos y sin relaciones laborales; 100 de las cuales conformaron el grupo de percepción de apoyo social alto y 100 el grupo de percepción de apoyo social bajo. Trabajamos con esta población ya que Gómez Pérez-Mitré (1993) encontró en estudiantes de preparatoria, licenciatura y posgrado factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

Debemos puntualizar que la percepción de apoyo social se refiere a los vínculos interpersonales con padres y amigos ya sea por medio de apoyo, ayuda, información, valoración o también introduciendo aspectos emocionales; dando en conjunto un sentimiento de conexión a una persona o grupo percibido como querido. Bagú, (1975) señaló que el sentirse aceptado por los padres implica recibir al hijo como es y por quien es. Así, estudios de desadaptación social indican que, condiciones como rechazo, sobreprotección o de incongruencia influyen en el surgimiento de sentimientos de inseguridad y en dichos problemas. Así mismo, Brim (citado por Grinder, 1987) menciona que las personas importantes para la adolescente (como los padres y amigos) intervienen en su vida, y su censura o aprobación ayudan a determinar su entrega emotiva al comportamiento responsable.

Ahora bien, con base en los resultados expuestos podemos afirmar que no encontramos relación entre el grupo de percepción de apoyo social alto con las conductas alimentarias normales como la esperábamos. En cambio, se encontró relación entre el grupo de percepción de apoyo social bajo y conducta alimentaria normal; es decir, hay una relación pero en el sentido contrario a lo esperado. Estos resultados van en contra de lo postulado por autores como Johnson y Flach (1985), Johnson y Berndt (1983), Garfinkel (1983), Solís (1996), Bruch (1972) y Huber (1972), quienes mencionan que las familias en donde está presente la sobreprotección, relación paterna autoritaria y en general ambientes poco armoniosos (apoyo social bajo), se asocian con pacientes que sufren de trastornos alimentarios. Kirschenbaum, Johnson y Stalonas (1989), mencionan incluso, que las familias que experimentan frecuentes conflictos tienden a tener hábitos alimentarios menos adecuados que aquellos que no sufren excesivas disputas. Probablemente nuestros resultados no confirman esto, debido a que estamos trabajando con una población normal.

En consecuencia encontramos que no hay relación entre el grupo de percepción de apoyo social bajo y las conductas alimentarias anormales, aunque debe señalarse que se pudo apreciar una tendencia de dicha relación. Mencionamos esta tendencia ya que según Brownell y cols., y Coates y cols. (citados por Kirschenbaum y cols., 1989), el apoyo social contribuye al mejoramiento en los programas de reducción de peso, vía el nivel de implicación de los padres; pues creemos que el no encontrar esta relación como tal se debió a que como mencionan Alvarez, Macilla, Martínez y López (1998) la alimentación adopta formas muy diferentes de país a país.

Encontramos que existe una relación entre el afrontamiento al estrés positivo en el grupo de percepción de apoyo social alto. Es decir, que de alguna forma las adolescentes perciben tener mayor apoyo social y éste les sirve para afrontar el estrés de una forma favorable. Esto confirma los datos aportados por Lazarus y Folkman (1991) quienes mencionan que entre los recursos para el afrontamiento al estrés está el apoyo social. Así también, Rodríguez (1995) agrega que el apoyo social proporcionado por parientes y amigos ayuda en el afrontamiento de problemas; pues como menciona Swartz (1973) ser miembro de un grupo de iguales viene a proporcionar, en vías de aumento, la mayor parte del apoyo psíquico de la joven persona, cierto grado de seguridad psíquica que no se daría o se daría de manera penosa si no se contara con dicha seguridad.

Así también, encontramos que existe una relación entre el afrontamiento al estrés negativo con el grupo de percepción de apoyo social bajo, resultados apoyados por Rodríguez (1995) quien dice que el apoyo social es moderador de los efectos del estrés (entre los cuales está la enfermedad), protege a las personas de sus consecuencias negativas; es decir, a menor apoyo percibido, parece afectarse más la salud. El apoyo social y la salud están relacionados de forma que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta el apoyo. Está relacionado negativamente con la enfermedad; cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe), menor será la probabilidad de que esta persona enferme. Rodríguez (1995) menciona además que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas de los estresores, previniendo, reduciendo o amortiguando sus efectos. Las personas que experimentan un acontecimiento estresante serán menos afectadas por él si disponen de apoyo social, ya que el acontecimiento vital estresante dispara la movilización de los recursos de apoyo social disponibles.

Por otra parte, nuestros resultados muestran que, en un 91% nuestra muestra vivía con su familia, y esto resultó importante ya que la percepción de apoyo social (alto y bajo) estaba en relación con el hecho de que la adolescente contara con alguien a su alrededor - por una parte la familia y por otra, los amigos-. Rosenmayer y Kreutz (1972; citado por Nickel, 1980) mencionan la importancia de contar con los padres, pues su actitud y estilo educativo desempeñan un papel decisivo en el desarrollo de los adolescentes. Además, parece ser, que en México, a diferencia de otros países, las adolescentes no rechazan a su familia sino que siguen cercanas a ellos; situación contraria a la encontrada por Musgrove (1963), quien trabajó con chicos de 9 a 15 años de edad, donde el 60% de los niños de 9 años, cuando se les pidió que indicasen quién era su mejor compañero; designaron a uno u

otro de sus progenitores; dicha cifra disminuyó un 2.5% entre los chicos de 15 años. Por otra parte, Trautner (citado por Nickel, 1980) confirma que la desvinculación, con respecto a los padres, constituye un lento proceso evolutivo. Así también, Degenhardt (Nickel, 1980) dice que en la adolescencia, las chicas demuestran que no tienen un aislamiento respecto de todas las personas con las que se han relacionado sino una progresiva diferenciación de las imagen de sí mismas dentro del contexto social. Basado en esto podemos decir que nuestra investigación muestra que aparentemente nuestras adolescentes parecen no rechazar a sus padres como estos autores proponen. Para afirmar esto se requeriría de mayor investigación.

Al investigar sobre la distribución del peso corporal y las conductas alimentarias encontramos que más la mitad de nuestra muestra tiene o había tenido problemas de peso; y que en proporción todavía mayor decían que este problema era de sobrepeso. Esto es un factor de alerta, ya que si este problema ha sido detectado por especialistas, según Saucedo (1996), cuanto mayor tiempo se ha tenido sobrepeso es más probable que continúe en la adolescencia y vida adulta y la probabilidad de ya no tener sobrepeso es de 28 a 1. Nuestra muestra que es de 15 a 20 años reporta tener este tipo de problemas.

En relación con el control del peso corporal, se encontro que las adolescentes incluso han realizado dietas para controlar su peso. La edad prevalectante, de la realización de su primer dieta, fue de 12 a 14 años (24%) y de 15 a 17 años (en un 46%). El que adolescentes comiencen dietas a una edad tan temprana como son los 12 años, nos hace pensar como Saucedo (1996) en el hecho de las demandas de la cultura por tener un cuerpo delgado, así como los conflictos de identidad -cosa que sucede en la adolescencia- son factores predisponentes en el desarrollo de transtornos alimentarios; y de acuerdo a Unikel y Gómez Pérez-Mitré (1996) en estudiantes de licenciaturas el seguimiento de dietas es una práctica frecuentemente repetida. Esta practica se explicaría de acuerdo a Nickel (1980) quien señala que existen convicciones y costumbres de los modelos y personas que se encargan de la educación que se arraigan en los chicos; así también autores como Nickel (1980), Gavino (1995) y Alvarez y cols. (1998) nos hablan de esta influencia de la familia, la cultura y los medios de comunicación por tener un cuerpo delgado. Y aunque estos modelos (familia y pares) aportan beneficios ante el estrés, como menciona Gavino (1995), existen diferencias en las costumbres alimentarias que varían de unas familias a otras y que los chicos van adquiriendo en la vida diaria.

Consideramos que era importante conocer los problemas en la forma de comer encontrando que más de la mitad de nuestra muestra respondió que su principal problema era comer menos que los demás y así mismo más de la mitad de la muestra dijo querer un peso menor o mucho menor al que en ese momento tenían. En el modelo sociocultural, Schwartz y Johnson (1982; citado por Rivera, 1997), mencionan que los transtornos alimentarios podrían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la practica de dietas; y que el motivo principal por permanecer delgadas es la gran importancia que se le da al atractivo físico.

Al buscar otras características que nos indicaran en qué diferían el grupo de percepción de apoyo social alto del grupo de percepción de apoyo social bajo encontramos lo siguiente:

En el grupo de percepción de apoyo social alto las adolescentes ocupan principalmente la condición de hija mayor mientras que para el grupo de percepción de apoyo social bajo destaca la condición de hija intermedia. Esto es un punto interesante ya que Nickel (1980), expone que tanto la alimentación, como la asistencia, el interés y el cariño por los niños son más deficientes, en las capas inferiores y en las familias de mucha prole, estas últimas son quienes sufren mayores problemas. Probablemente ser hija mayor, que se relaciono con el grupo de percepción de apoyo social alto, puede implicar mayor atención.

Así mismo, en cuanto a la ocupación del padre, en el grupo de percepción de apoyo social alto destaca que el padre es profesionista y en el grupo de percepción de apoyo social bajo el padre es principalmente empleado. Es importante mencionarlo, ya que Nickel (1980) sostiene que existe una relación del desarrollo somático (peso y talla), respecto del status social, así como de la magnitud de la familia. Menciona que tanto la talla como el peso disminuyen, tanto con el nivel social, como con el número de hijos de una familia. Los más favorecidos son los niños pertenecientes a las clases altas y a pequeñas familias; los menos afortunados, en su desarrollo, son los que han nacido en los grupos más bajos de la escala social y en el seno de familias numerosas.

Resulta interesante que la ocupación de la madre en ambos grupos fue predominantemente ama de casa. Por un lado, Zavalloni (1977) menciona que la actitud materna es más profunda que la del padre; y por otro lado, Bruch (1985; citado por Rivera, 1997) propone en el modelo de la patología familiar, que la ausencia de una madre que consistentemente satisfaga, especialmente, las necesidades de alimentación de sus hijas contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido del cuerpo, y que al llegar a la pubertad experimentan una sensación de impotencia con respecto al incremento de impulsos biológicos y las nuevas demandas sociales y emocionales; y que por ello, las adolescentes tratan de sobrecontrolar sus necesidades, provocándoles esta situación obsesiones y compulsiones relacionadas con el peso, la comida y la imagen corporal.

Aunque ambos grupos se autoperciben con peso normal, el grupo de percepción de apoyo social bajo dice tener más problemas de peso que el grupo de percepción de apoyo social alto. Como mencionamos anteriormente al buscar relación entre conductas alimentarias anormales y el grupo de percepción de apoyo social bajo, se vio una tendencia a confirmar con mayor seguridad que existe tal relación.

Nuestros resultados muestran que si se toma en cuenta lo que Unikel y Gómez Pérez-Mitré (1996) señalan acerca de que los principales factores de riesgo de los desórdenes de la conducta alimentaria son: la edad, el sexo (ser mujer) y el nivel socioeconómico, podemos decir que el grupo de percepción de apoyo social alto se relaciona con un ingreso mensual familiar alto -más de la tercera parte de ese grupo perciben de menos de 2 a 6 salarios, mientras que en el grupo de percepción de apoyo social bajo sólo una tercera parte percibe la misma cantidad-. Nickel (1980) también habla de una influencia en línea directa del estrato social para el sentimiento de independencia respecto a los padres, y para las normas y valores de la generación de los mayores. En contraposición White (1982; citado por Papalia, 1992) encontró que aunque el nivel socioeconómico de la familia presenta una fuerte relación con el rendimiento académico, no obstante puede ser que la manera como los padres educan a sus hijos y no la ocupación de los padres sea en donde radica la diferencia. Cole y Hall (1970) confirman que el desarrollo somático (peso y talla) de los niños y adolescentes se relaciona claramente con el status socioeconómico de la familia.

Los datos que aporta nuestra investigación nos permite proponer a la relación existente entre la percepción de apoyo social y el afrontamiento al estrés, como un factor de riesgo en el desarrollo de trastornos alimentarios, ya que Robbins y Fray (1980; citado por Saldaña, 1984) concluyeron que la conducta de ingesta está motivada por el estrés; esta ingesta no es tanto para reducir el estrés, sino que ingerir alimentos es una forma inapropiada de dar respuesta a una activación emocional, que se mantiene debido a la cualidad reforzante del alimento -situación que es apoyada por Gavino (1995) quien menciona que la comida es una necesidad primaria que está ligada al placer-. Y ya que las costumbres y hábitos alimentarios varían de país a país, parece ser que en México la sola relación de el apoyo social no es un factor de riesgo en el desarrollo de conductas alimentarias anormales, sino que aparentemente en este caso, se haya relacionado con el afrontamiento al estrés.

Aunque nuestros resultados en cuanto a la relación de la percepción de apoyo social con el afrontamiento al estrés no fue la esperada, pudimos apreciar rasgos en cuanto a que pueden existir tal relación, sólo que necesitaría de mayor investigación, pues el hecho de que las adolescentes realicen dietas tiene relación con lo ya mencionado, pues si no hay una cercanía con los padres, ni con los amigos, si se está pasando por etapas de cambio y estabilización, su autoestima estará afectada; y la valía típica de la adolescencia muestra el deseo de cambiar rasgos exteriores y concluye a veces con una insatisfacción general respecto de la propia persona y de las propias facultades.

Encontrar estos datos nos hace pensar en las investigaciones que menciona Sobal (1987) en donde se ha encontrado un interés por parte de los adolescentes, sobre la búsqueda de información sobre problemas de salud, dietas, el aumento de peso y complexión. Ya que nuestra investigación muestra que en las adolescentes hay una preocupación por su peso, por querer pesar menos y por la realización de dietas, propondríamos crear programas de prevención para adolescentes; con el fin de crear un ambiente que mejore el bienestar y la autoestima de la persona.

Esta investigación aporta además el hecho de que el mito de que los padres y los adolescentes no gustan unos de otros y que no se llevan bien, no se presentó aquí. Tal vez se deba a que, como menciona Papalia (1992), de acuerdo con la situación el adolescente le dará lugar a los amigos o a los padres; y que a pesar de los conflictos, la mayoría de los adolescentes se sienten cercanos y con actitud positiva hacia los padres, dándole valor a la aprobación de estos. Si los amigos y los padres tienen valores semejantes no habrá conflictos en elegir a sólo uno de ellos, sino que como menciona Mussen (1969) las amistades pueden también funcionar como portadoras de una función terapéutica.

Sugerencias y limitaciones

Debido a que en esta primera aproximación los resultados mostraron ser importantes, sugerimos investigar más a fondo las estructuras que intervienen en la relación de las conductas alimentarias y la percepción de apoyo social, ya que aunque existe literatura que apoya esta relación -como la proponía nuestra investigación-, puede ser que los hábitos alimentarios de nuestra población estén fuertemente afectados por las costumbres mexicanas de alimentación, ya que encontramos una tendencia a la relación entre percepción de apoyo social bajo y conductas alimentarias anómalas.

Por otra parte, proponemos investigar si efectivamente las adolescentes que desean tener un peso menor al que tienen, presentan factores que beneficiarían el desarrollo de anorexia, pues no conocíamos su peso real.

Sugerimos que se desarrollen, como ya mencionábamos, programas o talleres de prevención de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes, que se aboquen a la relación familiar y la presencia de la madre como punto central; ya que gracias a esta investigación, tenemos información sobre el perfil psicológico de la adolescente en el cual la autoestima también parece jugar un papel importante en el desarrollo de éstas conductas, pues si existe una buena relación con los padres y amigos -apoyo social-, se desarrolla la independencia y seguridad de forma favorable en las adolescentes y de acuerdo a la información aportada en el marco teórico, estas situaciones favorecen la autoestima de la adolescente.

Por último sugerimos que se trabaje con muestras extraídas probabilísticamente para poder hacer generalizaciones.

REFERENCIAS

REFERENCIAS

- Alvarez, R., G., Macilla, G., J., Martínez, M., M., & López, A., X. (1998). Aspectos Psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia Social, 2 (1), 50-57
- Arenser, Gloria. (1991). Una sustancia llamada comida: Como entender, controlar y superar la adicción a la comida. México: McGraw-Hill.
- Baéz, H. Y. & Lomelí, G. M. (1995). La percepción social del concepto que los estudiantes de enseñanza media superior tienen de sus maestros. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Bagú, S., & Coaut. (1975). Familia y Sociedad. Cuestionario para una familia en crisis. Buenos Aires: Tierra Nueva.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder
- Cattanach, L., Malley, R. & Rodin, J. (1988). Psychologic and physiologic reactivity to stressors in eating disordered individuals. Psychosomatic Medicine, (50), 35-42.
- Cole L. & Hall, J. N. (1970). Psychology of adolescence. Nueva York: Holt, Rinehart y Winston.
- CIE-10. (1992). Transtornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Craig, G. (1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall.
- Chomsky, Moreno & Sumiel. (1985). Crecimiento y desarrollo. México: Organización Panamericana de la Salud.
- DSM-III-R. (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- DSM-IV. (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Dión, K. (1993). Young children's stereotyping of facial attractiveness. Developmental psychology, (9), 183-188
- Forgus, R. H. & Melamed, L. E. (1989). Percepción. Estudio del desarrollo cognoscitivo. México: Trillas.
- Garfinkel, P. E., Rose, D. M., Darby, P. L., Banders, J. L., O'Hanlon, J. & Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in families of patients with anorexia nervosa and normal control. Psychological Medicine, (13), 247-250.

- Gavino, L., A. (1995). Problemas de la alimentación en el niño. Manual práctico para su prevención y tratamiento. Madrid: Pirámide.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). 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 desórdenes 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., Saucedo, M., T., & Unikel, S., C. (En prensa). Psicología Social en el campo de la Salud: Imagen Corporal en los Transtornos de la Alimentación.
- Grinder, R. E. (1987). Adolescencia. México: Limusa.
- Huber, R. P. (1972). Aspectos psíquicos y somáticos de la obesidad. México: Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Johnson, C. & Berndt, D. (1983). Preliminary Investigation of bulimia and life adjustment. American Journal of Psychiatry, 140 (6), 774-776.
- Johnson, C. & Flach, A. (1985). Family characteristics of 105 patients with bulimia. American Journal of Psychiatry, 142 (11), 1321-1324.
- Kirschenbaum, D., S., Johnson, W., G. & Stalonas, P., M. (1989). Tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes. Barcelona: Martínez-Roca.
- Lazarus, R. S. (1984). Emotion and adaptation. Nueva York: University Press.
- Lazarus, R. S. & Folkman S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Ediciones Roca.
- Leal, L., Weise, M. & Dood, D. (1995). The relationship between gender, symptoms of bulimia, and tolerance for stress. Addictive Behavior, 20 (1), 105-109.
- Levine, E. R. y Gaw A. C. (1995) Culture-Bound syndromes. The psychiatric clinics of North America, 18 (3), 523-535.
- Lindgren, C. H. (1979). Introducción a la Psicología Social. México. Trillas.
- López, M. M. S. & Mejía, M. N. (1989). Las relaciones parentales y su vinculación con los niños en riesgo de desnutrición (estudio exploratorio). Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

- Martínez, H., M. & Pérez, O., L. (En prensa). Relación que existe entre peso bajo y conducta alimentaria de riesgo en mujeres adolescentes
Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Musgrove, F. (1963). Intergeneration attitudes. British Journal of Society Clinical and Psychology, 2, 123-131.
- Mussen, P. H. & Jones, M. C. (1957). Self-conceptions, motivations and interpersonal attitudes of late and early maturing boy. Child Development, (28), 245-263.
- Mussen, P. H.; Conger, J. J. & Kagan, H. C. (1969). Child development and personality. Nueva York: Harper y Row.
- Nickel, H. (1980). Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia. Barcelona: Herder
- Papalia, Diane & Wedkos, Sally. (1992). Psicología de la infancia a la adolescencia. México: MacGraw-Hill.
- Perlman, D. & Cosby, P. C. (1992). Psicología social. México: McGraw-Hill.
- Pryor, T. (1995). Diagnostic Criteria for Eating Disorders: DSM-IV Revisions. Psychiatric Annals, 25 (1), 40-45.
- Rivera, M. O. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15-19 años. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Rodríguez, M. J. (1995). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.
- Salazar, J. M., Montero, M., Muñoz, C. C., Sánchez, E., Santoro, E. & Villegas, J. F. (1979). Psicología Social. México: Trillas.
- Saldaña, G., C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. & Rosell, R. (1988). Obesidad. España: Martínez Roca.
- Saucedo, M. T. (1996). Factores de crianza e Interacción Familiar: predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

- Shibutani, T. (1961). Sociedad y Personalidad. Una aproximación interaccionista a la psicología social. Buenos Aires: Paidós.
- Sobal, J. (1987). Health concerns of young adolescents. Adolescence, 21 (87), 739-750.
- Solís, P. E. (1997, en prensa). Irregularidad-regularización de la tenencia de la tierra como entornos productores de estrés. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Swartz, Paul. (1973). Psicología: el estudio de la conducta. México: CECSA
- Unikel, S. & Gómez Pérez-Mitré, G. (1996). Transtornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología (Madrid), 16 (4), 121-126.
- Uriarte, V. (1992). Psicopatología Básica Moderna. México: Sianex.
- Winnicott, D., W. (1995). La familia y el desarrollo del individuo. Buenos Aires: Hormé
- Yager, J., Rorty, M., & Rossotto, E.. (1995). Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating disordered control subjects. The journal of nervous and mental disease, 183 (2), 86-94.
- Zavalloni, R., & Montuschi, F. (1977). La personalidad en perspectiva social. Barcelona: Herder.

ANEXOS

Escala A

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. ¿Qué estás estudiando?
 - A) Secundaria
 - B) Carreta 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) Esposo o pareja
 - E) Sola
 - F) Amigo(a)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos
 - A) Soy hija única
 - B) Soy la mayor
 - C) Ocupo un lugar intermedio
 - D) Soy la más chica

5. 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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?
 - A) No. Pasar a la pregunta 8
 - B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?
 - A) Sí.
 - B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:
- A) N\$ 2000 o menos
 - B) N\$ 2001 a 4000
 - C) N\$ 4001 a 6000
 - D) N\$ 6001 a 8000
 - E) N\$ 8001 a 10000
 - F) N\$ 10001 o más
9. ¿Quién o quienes 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 o pareja
10. 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 o más
11. 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 o más
12. ¿Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?
- A) No. Pasa a la pregunta 14
 - B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
13. Tu problema es o era:
- A) Sobrepeso
 - B) Falta de peso
14. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?
- A) No. Pasa a la pregunta 17
 - B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

15. ¿Que edad tenías cuando hiciste tu primer 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 o más
16. En los últimos 6 meses has hecho dieta?
- A) No.
 - B) Sí.
17. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?
- A) No. Pasa a la pregunta 19
 - B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
18. El problema consiste en que:
- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad
 - B) Comes tan poco que aveces te sientes cansada y débil
 - C) Comes hasta que te duele el estómago
 - D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas
 - E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas
19. ¿Qué 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
20. ¿Cómo te sientes con tu figura?
- A) Muy satisfecha
 - B) Satisfecha
 - C) Indiferente
 - D) Insatisfecha
 - E) Muy insatisfecha
21. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:
- A) Muy por debajo de el
 - B) Por debajo de el
 - C) Estás en tu peso ideal
 - D) Por arriba de el
 - E) Muy por arriba de el

Escala E

CONDUCTA ALIMENTARIA

En cada una de las siguientes afirmaciones señala aquella opción que más se aproxime a la manera en como ves la situación o que más se acerque a tu manera de ser o de pensar. La clave de la respuesta es como sigue:

nunca	a veces	frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	muy frecuentemente	siempre
-------	---------	--	-----------------------	---------

- | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Me gusta tomar mis alimentos viendo la T.V. | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 2. Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 3. Cuando estoy aburrida me da por comer | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 4. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 5. Cuido que mi dieta sea nutritiva | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 6. Siento que la comida me tranquiliza | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 7. Como porque tengo que hacerlo (porque hay que comer para vivir) | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 8. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 9. Como tan rápidamente que los alimentos se me atragantan | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 10. Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre" | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 11. Comer de más me provoca sentimientos de culpa | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 12. Si me despierto tengo que comer algo para reconciliar el sueño | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 13. Ingiero comidas y/o bebidas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 14. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordantes | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 15. Como lo que es bueno para mi salud | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 16. Paso por periodos en los que como con exceso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 17. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 18. Me sorprendo pensando en la comida | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 19. Si me excedo en la comida me provoco vómito | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

- | | | | | | |
|---|-----|-----|-----|-----|-----|
| 20. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Como con moderación | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Consumo alimentos chatarra | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo) | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Como entre comidas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Procuro comer verduras | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 31. Como grandes cantidades de alimento aunque no tengo hambre | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 32. Tomo mis alimentos sólo cuando tengo hambre | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 33. Suelo servirme dos o más porciones | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 34. Como hasta sentirme inconfortablemente llena | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 35. Procuro tomar complementos vitamínicos | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |

Escala I APOYO SOCIAL Y RELACIONES FAMILIARES

1. ¿Cuántas amigas cercanas tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellas para lo que sea).
 - A) Ninguna
 - B) Una o Dos
 - C) Tres a cinco
 - D) seis a diez
 - E) Más de diez

2. ¿A cuántas personas conoces que sabes te pueden ayudar en tiempos difíciles?
 - A) Ninguna
 - B) Una a Dos
 - C) Tres a cinco
 - D) Seis a diez
 - E) Más de diez

3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigas y/o amigos con los que mantienes una buena amistad?
 - A) No
 - B) Si

- 4.- ¿Cómo son tus relaciones familiares (padre/madre y/o hermanos)?
 - A) Muy malas
 - B) Malas
 - C) Regulares
 - D) Buenas
 - E) Muy buenas

En tu familia, con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión?:

	Nunca	A vece s	Frecuentem e	Muy frecuentemente	Siempre
5. Las amistades	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. El dinero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. La falta de comunicación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. La disciplina	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. La comida o alimentación	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

Escala J AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

- A - No me describe nada
- B - Me describe un poco
- C - Me describe regular (más o menos)
- D - Me describe bien
- E - Me describe excelente

Cuando tengo un problema:

	Me describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuero platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mí misma	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Rezo para que suceda un milagro	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Sigo adelante como si no pasara nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Trato de olvidar el problema	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Duermo más que de costumbre	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Procuero que nadie sepa lo que me sucede	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Pido a Dios que me ayude	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Fantaseo, imaginó que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

Escala K APOYO SOCIAL Y RELACION CON LA MADRE

Enseguida aparece una lista de, formas de ser, pensar y de hacer, que las madres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tu madre. Si actualmente no vives con ella, piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.

La clave de respuesta es como sigue:

- A= No la describe nada
- B= La describe un poco
- C= La describe regular (más o menos)
- D= La describe bien
- E= La describe exactamente

Mi madre:

Le describe

	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Me habla con voz afectuosa y amable	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me parece emocionalmente fría	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Invade mi privacidad	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me sonríe frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tiende a consentirme como si fuera un bebé	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Me hace sentir como si no hubiera sido deseada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesta o enojada trata de hacerme sentir mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

- | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 19. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 20. Me da tanta libertad como la que yo quiero | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 21. Es autoritaria | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 22. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 23. Me sobreprotege | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 24. Me premia | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 25. Me deja en libertad de vestirme como quiera | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 26. Es indiferente | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 27. Me critica constantemente | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 28. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor) | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 29. Me compara favorablemente con los demás | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |
| 30. Me escucha en el momento que lo necesito | (A) | (B) | (C) | (D) | (E) |