

222
29.



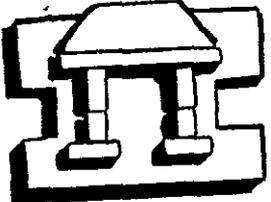
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"FACTORES PSICOSOCIALES INMERSOS EN LA
ANOREXIA NERVIOSA EN ADOLESCENTES
MEXICANAS"

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
SANDOVAL RAMIREZ ROSA LAURA

ASESORES: MTRO. JORGE LUIS SALINAS RODRIGUEZ
MTRO. EN I.S.S. HECTOR GONZALEZ DIAZ
LIC. JOSE ESTEBAN VAQUERO CAZARES



IZTACALA

MEXICO, D. F.

JULIO 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998258973



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.

**"... A un hombre se le puede destruir, pero no se le puede derrotar".
Ernest Hemingway. El Viejo y el Mar.**

Quiero dedicar y agradecer de manera muy especial con este trabajo a:

**Dios, por haberme dado la posibilidad de
vivir y permitirme alcanzar este sueño.**

**A mi Alma Mater, por haberme brindado las
herramientas necesarias para desempeñarme
profesionalmente, con las cuales siempre pondré
en alto su prestigio.**

**Al Mtro. Jorge Luis Salinas R., por el tiempo,
apoyo y paciencia que me brindó durante la
realización de este trabajo. Gracias.**

Al Mtro. en I.S.S. Héctor González D. y al Lic.
José Esteban Vaquero C., por haber accedido
a ser mis asesores, por su tiempo y por haber
enriquecido mi trabajo con sus comentarios.

A todos mis profesores de la Licenciatura
por todo lo que me transmitieron y porque
cada uno me enseñó a ver
el mundo desde diversas perspectivas.

Con mucho cariño a mis padres:
A mi Papá , por su cariño y apoyo
sin los cuales no hubiera llegado
a ser quien soy.

A mi Mamá, por su gran paciencia,
tolerancia, empatía y cariño incondicionales, gracias.

A Araceli, mi hermana, por su cariño,
apoyo y amistad.

A mis Abuelos, en especial a Papá
Ponchi que aunque físicamente no
está, estaría orgulloso de mí y a
Mamá Brigi, por sus cuidados y cariño.

A mis tías: Antonia, Margarita, Martha y
Silvia, porque me han enseñado con su
ejemplo a amar a mi profesión, a ser
honesta, responsable y persistente.

**A la familia Ramírez, en especial a
mis primas Male, Rossana y Cinthia
y a la familia Sandoval.**

A mis amigos:

Norma, Cris y Vero.

A Gerardo, Jesús y Cinthia G.

A Toño e Iliana

**A mis compañeras de sección de
P.A.L. VII y VIII, con quienes
compartí muchas satisfacciones.**

A la gente que ha confiado en mí.

INDICE

Resumen

Introducción1

CAPITULO I. ¿Qué es la anorexia?.....10

1.1 Antecedentes históricos

1.2 Definición y características

1.2.1 Reducción en la ingesta de alimentos

1.2.2 Uso de laxantes y/o diuréticos e inducción del vómito

1.2.3 Hiperactividad

1.2.4 Amenorrea

1.2.5 Trastornos del funcionamiento orgánico

1.2.6. Cogniciones asociadas al deseo de adelgazar y a la ingesta de alimentos

CAPITULO II. Modelos Explicativos de la Anorexia.....34

2.1 Modelo Psicoanalítico

2.2 Modelo Sistémico

2.3 Modelo Conductual

2.3.1 La anorexia como trastorno multideterminado: Modelo Explicativo de Toro y Villardelli

2.3.2 Modelo Explicativo de Levine y Smolack

2.3.3 Modelo Explicativo de Raich

2.3.4 Propuesta de Modelo Explicativo

CAPITULO III. Método.....62

CAPITULO IV. Resultados.....66

CAPITULO V. Discusión.....88

CAPITULO VI. Conclusiones.....	111
Referencias.....	118
Anexo A.....	122
Anexo B.....	127
Figuras	
Tablas	

RESUMEN

La Psicología de la Salud tiene como objetivos investigar, determinar, modificar y predecir el papel que los factores psicológicos juegan en la predisposición, la presencia y el desarrollo de los diferentes trastornos que afectan a la salud física de los individuos; tales como problemas cardíacos, dermatológicos, respiratorios, oncológicos y los trastornos alimenticios.

Dado que estos últimos se consideran trastornos multideterminados, en la presente investigación se partió de el hecho que elementos como la familia, el contexto social, cultural y los procesos psicológicos, (cogniciones y proceso de autorregulación), son factores desencadenantes y controladores activos de la anorexia o conductas anoréxicas. Dichos factores se analizaron bajo la óptica de la Psicología de la Salud y el marco cognitivo-conductual. Para ello, se aplicaron a 251 adolescentes ente 12 y medio años y 17 años, un cuestionario ("Hábitos Alimenticios") tipo Likert de 45 reactivos que analizan las actitudes de las adolescentes ante sus hábitos alimenticios, su percepción corporal y las cogniciones alrededor de los mismos y una versión modificada del Cuestionario de Desórdenes Alimenticios.

Se encontró que a las chicas que prefieren comer en su casa, con su familia, es más probable que les agrade la idea de ser extremadamente delgadas; que sus familias se burlen de ellas o las critiquen cuando aumentan de peso; que en su familia sea altamente valorada una figura estética y que consideren como insoportable el ser extremadamente "gordita". También se encontró que para conservar y minimizar el peso corporal, las chicas emplean diversos métodos como tomar pastillas, emplear productos tipo "Light", suprimir alguna comida del día o comer menos de lo que se tiene ganas de comer. Finalmente, se debe mencionar que si una adolescente ve, lee, escucha con gran fidelidad la información presentada en los medios de comunicación y se desenvuelve en un ambiente en el que se refuerza la delgadez; sus cogniciones y conductas anoréxicas se ven reforzadas, lo cual tiene como consecuencia que se repitan y se integren a su estilo y hábitos de vida.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, como consecuencia del interés y la influencia de las ciencias biológicas y de la psicología, han surgido nuevas disciplinas que tienen como propósito subrayar la importancia de los factores psicológicos que intervienen en los problemas de salud física.

De manera particular, el surgimiento de la Psicología de la Salud debe contextualizarse considerando que el campo de la salud ha demandado la intervención multi e interdisciplinaria para el manejo de las problemáticas salud-enfermedad. La inserción de la psicología en el área de la salud ha pasado por tres momentos, que pueden diferenciarse a través del desarrollo de la psicología, entendida como el estudio de las interacciones organismo ambiente y, de acuerdo con Salinas (1995) dichos momentos son:

- A) La psicología como herramienta en la educación de los profesionales de la salud.
- B) La psicología llevada a la práctica clínica en ambientes de atención a la salud.
- C) La investigación psicológica que se realiza alrededor de los trastornos de salud física.

A través del desarrollo de la psicología de la salud han surgido diferentes aproximaciones que la conforman, como: la medicina conductual, la farmacología conductual y la biorretroalimentación, todas ellas como una forma de abordar e intervenir sobre los procesos de salud-enfermedad.

La medicina conductual, teniendo como fundamento el análisis experimental de la conducta, investiga y aplica las técnicas que permiten intervenir y tratar los problemas físicos a través de los cambios conductuales. Constituye, "la inserción de la metodología del análisis experimental de la conducta en la investigación de factores ambientales que afectan como sistemas de respuesta del organismo a los aparatos cardiovascular, respiratorio, digestivo y genito-urinario, con especial hincapié en el sistema nervioso central y autónomo y sus conexiones endocrinas" (Ribes, 1979, p. 10). La farmacología conductual evalúa, experimental y clínicamente, los efectos producidos por los fármacos en problemas neurológicos, cardiovasculares y en deficiencias motoras. La biorretroalimentación es el conjunto de técnicas a través de las cuales se entrena al paciente a autocontrolar y autorregular sus respuestas de tipo fisiológico (Ribes, 1979, citado en Salinas, op. cit.).

La investigación de los diferentes trastornos de salud física bajo el marco de la Psicología de la Salud, se ha realizado empleando diversos marcos teóricos y metodologías, y con el fin de unificarlos se han creado clasificaciones que categorizan rubros a los cuales pertenece determinada investigación.

Un ejemplo de ello es la clasificación realizada por Stone (1979, citado en Salinas, 1995). El empleo de tales clasificaciones ha culminado en desacuerdos teórico-metodológicos profundos, sin embargo, algo que es primordial señalar es que, todas ellas no pierden de vista cual es el objeto de estudio de la Psicología de la Salud:

El papel que los factores psicológicos juegan en la predisposición, en la presencia y en desarrollo de los diferentes trastornos que afectan la salud física de los individuos.

De manera general, se puede decir que las investigaciones bajo el marco de la Psicología de la Salud, se dirigen principalmente a:

- * El estudio de los ambientes y prácticas de atención al paciente en las instituciones de salud.
- * El análisis y modificación de los estilos de vida y sus consecuencias en el curso de un trastorno de salud física.
- * El análisis de los factores de personalidad y estilos de afrontamiento ante el diagnóstico y curso de un trastorno físico.
- * La determinación de los factores cognitivo-conductuales que intervienen en el continuo salud-enfermedad.
- * El estudio y planeación de programas de educación para la salud y la prevención de los trastornos físicos.
- * La prevención de hábitos nocivos para la salud y la promoción de los hábitos adecuados.
- * El empleo de la retroalimentación biológica y el manejo de contingencias como instrumentos de control de los trastornos de salud física.
- * El análisis de las condiciones medio ambientales que intervienen en las condiciones salud-enfermedad.

- * El estudio y la promoción de la importancia de las relación médico-paciente en el curso y resolución de la enfermedad.
- * La evaluación, la planeación y la organización de los servicios proporcionados por las instituciones de salud.

El rango y diversidad de las líneas de investigación e intervención de la Psicología de la salud, es muy amplia, al igual que las técnicas y evaluaciones empleadas. Dicha diversidad se debe en gran medida a la caótica definición del objeto de estudio de la Psicología y a su vez, ha provocado que en muchos casos la presencia de la Psicología de la Salud sea considerada por otros profesionales del área de salud como un elemento accesorio, y no como un campo inter y multidisciplinario de las ciencias de la salud.

Sin embargo, existen autores como Bayes (1979) que aún en los inicios de la Psicología de la Salud, resaltaban ya la importancia de la participación del psicólogo de la salud en los ambientes médicos, porque era perceptible que muchos de los trastornos que son atendidos como médico-biológicos pertenecen en una gran proporción como trastornos que tienen su origen en el ámbito psicológico.

Antes de analizar las implicaciones del término "*enfermo*", convendría señalar que a lo largo del desarrollo de las ciencias de la salud (incluyendo entre ellas a la psicología), los parámetros de salud-enfermedad han tratado de ser marcados con límites muy tajantes o técnicamente muy bien definidos.

Bayes (1979) y Ribes (1990) analizando el modelo médico, explican que la ambigüedad y las expresiones descalificadoras que el modelo emplea para la definición de la salud-enfermedad, únicamente da importancia a los factores biológicos u orgánicos del individuo dejando de lado al medio ambiente. Por ejemplo, el término de "enfermo", hace referencia a un individuo que padece daño interno, provocado por predisposiciones fisiológicas, que le inutilizan parcial o totalmente y que previene a quienes le rodean de posibles contactos con él, o bien, les indica que merece un trato diferente al que reciben los individuos "sanos".

Por otra parte, existen modelos socio-culturales que explican que la falta de salud o el estado de "enfermedad" es producto de las condiciones socioeconómicas en las que se desenvuelve el individuo o de las prácticas de vida llevadas a cabo por el mismo (Bayes, op. cit.). Esta consideración, al igual que las del modelo médico descalifica al individuo, porque subraya que el "enfermo" tiene un trastorno de salud gracias a o proporcional a su condición social.

Por ello, dentro de la Psicología de la Salud, se descarta el término de "enfermo" y se habla de un Usuario, es decir, de un individuo que busca a un profesional que atienda a un problema o situación cuyas consecuencias se manifiestan en daño a su equipo biológico.

Bajo esta óptica, el paciente es considerado como una totalidad, conformada por factores biológicos, funciones psicológicas y factores socio-culturales, que dadas sus interrelaciones, proporcionan particularidad al trastorno que se manifiesta (Ribes, op. cit.).

En las décadas anteriores, muchos trastornos eran considerados como materia de estudio de la medicina, como por ejemplo, los problemas cardiovasculares (trastornos del ritmo cardíaco, de la presión arterial o coronarios); los problemas respiratorios (asma o bronquitis crónica); los trastornos dermatológicos (dermatitis, urticarias o alergias); las adicciones; los trastornos oncológicos; las enfermedades terminales; la obesidad; la anorexia y la bulimia, eran investigados o analizados en función de cuán tan profundo era el daño orgánico que el trastorno causaba al paciente, qué fármacos eran más efectivos y cuáles eran las acciones a tomar para el manejo del trastorno.

Fue hasta hace poco tiempo, con la consolidación y reconocimiento como ciencia de la Psicología de la Salud, que los mencionados trastornos comenzaron a investigarse y abordarse de manera multidisciplinaria. Esto es, considerando que el trastorno está causando un daño orgánico, pero que para su predisposición y desarrollo también participan factores biológicos, las funciones psicológicas y los factores socio-culturales que conforman la historia particular del individuo. Además, en la atención multidisciplinaria a los trastornos de la salud, se ha subrayado el hecho de que la atención médica es una parte de la misma y que su presencia no garantiza que la problemática pueda ser resuelta.

De manera particular, en el manejo de trastornos como la obesidad, la bulimia y la anorexia, se ha comprobado que la atención multidisciplinaria favorece ampliamente su curso y evolución, por lo que se conocen como problemas médico-psicológicos de patogénesis compleja (Garner y Garfinkel, 1982; citados en Rausch y Bay, 1990).

J. Toro (1994; en Raich, 1994), explica que la prevalencia de la anorexia y la bulimia se ha incrementado rápidamente desde los 80's, lo cual se ha traducido en un aumento en la demanda de atención especializada, en la formación de profesionales en la materia y en el incremento en el número de investigaciones y escritos alrededor del tema. Hoy en día los profesionales de la salud reconocen que la anorexia es un trastorno complejo en cuanto a sus causas, desarrollo y mantenimiento porque los aspectos y funciones psicológicas involucrados en el trastorno juegan un papel determinante.

Es por ello, que la presente investigación tiene como objetivo, partiendo del marco de la psicología de la salud, analizar algunos de los factores psicosociales que facilitan o predisponen la presencia de la anorexia y de algunas de sus conductas características en adolescentes mexicanas.

Es importante señalar que aunque se ha enfatizado que la anorexia es un trastorno que se presenta con mayor frecuencia en los países occidentales (o "desarrollados"), autores como Raich (op. cit.) han encontrado que dado el intercambio cultural y económico entre

los diferentes continentes, también se han intercambiado las preferencias y estereotipos de salud y belleza; lo cual ha generado como consecuencia, un aumento en el número de casos de trastornos alimenticios en lugares que se considerarían como poco tendientes a la presencia de los mismos, como África, el Lejano Oriente y Latinoamérica. De manera particular, en México no se atienden un gran número de casos de anorexia u otros trastornos alimenticios y, de hecho, sólo existe en el D.F. un hospital especializado en donde se atienden este tipo de trastornos: el Instituto Nacional de Nutrición Dr. Salvador Zubirán (Flores, 1991).

La Secretaría de Salud considera que los problemas de nutrición en México, pueden sintetizarse en el poco conocimiento de la población acerca de una ingesta de alimentos balanceada, en los efectos de la ingesta en el estado biológico del organismo y en la distribución de los alimentos por zonas geográficas (González, 1988). En México, el estándar de ingesta por habitante establecido por la Secretaría de Salud es de 2575 calorías y de 76.5 gr., de proteína. Más de la mitad de la población mexicana está subalimentada, del 10 al 15% de la población urbana está sobrealimentada y únicamente el 18% de la población total ingiere una dieta adecuada. Debido a la situación económica del país, la ingesta calórica se ha reducido en un 18% y la proteínica en un 25% (Secretaría de Salud, Plan Nacional de Salud 1988, citado en González, op. cit.).

Aunque se dice que en México la organización de los servicios de salud descansa sobre

un "equipo de salud", en la realidad de acuerdo con González (1988), el médico es quien se encarga de la atención a la salud de los pacientes y, secundariamente, participan otros miembros del equipo (enfermeras, trabajadoras sociales, técnicos y auxiliares). Puede considerarse como suficiente la cantidad de médicos, pero insuficiente la de otros profesionales de la salud, y en ambos casos, su distribución es desequilibrada, tanto geográfica como institucionalmente. De igual forma, los recursos económicos proporcionados a la asistencia social son comparativamente más bajos que los proporcionados a la seguridad social (González, op. cit.). En ninguno de los dos tipos de atención, los trastornos alimenticios son tratados multidisciplinariamente e incluso en algunos casos, son atendidos empleando tratamientos similares a los empleados en los casos de deshidratación y anemia (Flores, 1991).

En el presente reporte de investigación, concretamente en el capítulo I, se analizan las características de la anorexia; en el capítulo II se presentan algunos de los modelos explicativos de este trastorno; en el capítulo III se presenta el método empleado para la recolección de datos; los resultados se presentan en el capítulo IV y finalmente, la discusión y las conclusiones se presentan en el capítulo V y VI, respectivamente.

CAPITULO I

¿Qué es la anorexia?

Bajo el rubro de los trastornos alimenticios o del comportamiento alimentario se agrupan a la obesidad, la bulimia y la anorexia. Estos trastornos se caracterizan por las alteraciones sobre las conductas y cogniciones relacionadas con los alimentos y su ingesta, teniendo como fundamento u origen las alteraciones psicológicas (Raich, 1994). La obesidad es un trastorno que puede presentarse a cualquier edad, mientras que la bulimia y la anorexia, suelen presentarse en la pubertad, la adolescencia o el inicio de la edad adulta.

Particularmente, la anorexia es un trastorno que se caracteriza por una pérdida de peso excesiva en quien la padece, sin que dicha pérdida sea consecuencia de un daño orgánico o trastorno fisiológico. Etimológicamente, anorexia quiere decir *inapetencia* o *pérdida del apetito*; sin embargo, no se trata de una pérdida de apetito real, sino de una negativa deliberada para ingerir alimentos (Flores, 1991).

Dentro de la literatura e investigación alrededor de la anorexia, ésta ha recibido diferentes nombres como: anorexia nervosa (Flores, op. cit.), anorexia mental (Schütze, 1983), anorexia nerviosa (Brunch, 1982; Toro y Villardell, 1987; Crispo, 1994) o simplemente anorexia (Channon y Wardle, 1991; Cooper y Fairburn, 1992; Raich, 1994). Para fines prácticos, a lo largo de la presente investigación se hablará simplemente de anorexia.

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

De acuerdo con Flores (1991), el primer dato histórico alrededor de la anorexia, apareció en el año 1500 por Genoese. En 1689, Richard Morton publicó una gráfica descriptiva de los síntomas de la anorexia y la llamó "consunción nerviosa". Existe desacuerdo respecto al año que W. Gull empleó el término *Anorexia Nerviosa*, se sabe que fue en la Universidad de Oxford, en el año de 1868 (Toro y Villardell, 1987), o en los años de 1873 (Flores, op. cit.) o 1874 (Raich, 1994). De cualquier manera, cuando empleó este término, describió a la anorexia como "un estado mental... causado por trastornos del sistema nervioso central y de carácter hereditario. Los síntomas principales... eran la anorexia, la caquexia, la amenorrea y el estrefimiento..., un incremento de la actividad física, la hipotermia y la bradicardia (Toro y Villardell, op. cit., p. 159). Posteriormente, en 1873 Lassègue calificó a la anorexia como una "inanición histórica" y confirmó la hipótesis de Gull de que se trataba de una enfermedad psicogénica, relacionada con un déficit central. En 1883, Huchard y cols. (citados en Flores, op. cit.) establecieron la diferencia entre anorexia gástrica (pacientes con daños en el aparato digestivo que se niegan a comer) y la anorexia mental (pacientes que se niegan a comer a causa de disturbios mentales). El término de anorexia nerviosa de acuerdo con Schütze (1983), es continuamente empleado en el habla inglesa y alemana, como un concepto global que comprende al síndrome anoréxico; mientras que las denominaciones como *Magersucht* o *Pubertätsmagersucht* abarcan sólo características del mismo.

En los diferentes trabajos de investigación y clínicos alrededor de la anorexia, se han manejado diferentes definiciones y características acordes con los momentos de desarrollo, modelos explicativos y contextos socio-culturales en que se generaron. Por ello es de vital importancia señalar que en la presente investigación la anorexia no es considerada como una enfermedad o trastorno mental o psiquiátrico. Bajo el marco de la psicología de la salud, las categorías antes mencionadas no son funcionales, porque son ambiguas, etiquetan y descalifican al paciente. Es por ello que se referirá a la anorexia como un trastorno que tiene su base explicativa en los aspectos cognitivo conductuales alrededor de la ingesta de alimentos y la autopercepción.

1.2 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS

En la génesis y mantenimiento de la anorexia, intervienen un sinnúmero de factores genéticos, psicológicos, cognitivos, conductuales y socioculturales. Los criterios diagnósticos para definir la anorexia han evolucionado a lo largo del desarrollo de investigaciones y trabajos clínicos, entre los que se pueden distinguir:

A. En 1970, Ruseff (citado en Rausch y Bay, 1990; Flores, 1991) del Instituto de Psiquiatría de Londres estableció como criterios diagnósticos:

- a) Marcada pérdida de peso corporal
- b) Amenorrea
- c) Miedo irracional o injustificado a volverse gordo

B. Uno de los primeros intentos por operativizar los criterios diagnósticos de la anorexia está en el trabajo de Feighner, Robins y Guze (1972, citados en Flores, 1994; Saldaña, 1994) quienes mencionan:

- a) Edad de inicio anterior a los 25 años**
- b) Pérdida de peso del 25% del peso corporal original**
- c) Actitud distorsionada e implacable ante la ingesta, los alimentos, el hambre o el propio peso. A través de advertencias, amenazas, negaciones y certidumbres, tales como: disfrutar de la pérdida de peso, gratificación ante la imagen corporal enflaquecida y manipulación particular o peculiar de los alimentos.**
- d) Ninguna enfermedad que justifique o sea responsable de la pérdida de peso**
- e) Ningún trastorno psiquiátrico conocido (trastornos afectivos primarios, neurosis obsesivo-compulsiva o esquizofrenia).**
- f) Al menos dos de las siguientes manifestaciones: amenorrea, lanugo (vello fino y oscuro más abundante de lo normal), bradicardia (pulso en reposo de 60 o menos), períodos de bulimia, de hiperactividad o vómitos (autoinducidos).**

C. Los criterios de Feighner y cols. (1972) fueron modificados por Crisp (1977, citado en Saldaña, op. cit.) distinguiendo tres niveles diferentes: características clínicas, características psicopatológicas de la anorexia y ambiente social. Distinguió entre dos subtipos de anorexia: la abstinerente (restrictiva) y la bulímica. La primera se caracteriza por

la reducción de la ingesta de alimentos; mientras que la anorexia bulimia se caracteriza por el vómito como práctica cotidiana, uso de laxantes o diuréticos y episodios similares a los que se presentan en la bulimia (Vandereycken, Castro y Vanderleir, 1991).

D. En 1977, Walen (citado en Flores, 1991) propuso como criterio diagnóstico el considerar a la anorexia como un trastorno psicogénico, que produce una pérdida de al menos 25% del peso inicial o de un 30% por debajo de lo normal para la estatura y edad de quien la padece; además de amenorrea, distorsión de la imagen corporal, vómito autoinducido, uso de laxantes y fracaso para reconocer los propios signos de hambre y fatiga.

E. En el DSM-III-R publicado por la American Psychiatric Association (A.P.A., 1987; citado en Rausch y Bay, 1990; Flores, op. cit.; Crispo, Figueroa y Guelar, 1994; y Saldaña, 1994); se definen como criterios diagnósticos:

- a) Pérdida del 25% del peso original (Si el individuo tiene menos de 18 años, se toma la pérdida de peso actual más el aumento esperado según estadísticas).
- b) Rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo para la edad y talla, es decir, tener un 15% de peso por debajo del esperado.
- c) Intenso temor a ser obeso o ganar peso, estando incluso por debajo del 15% del peso esperado.
- d) Alteración en la forma como se percibe el propio peso corporal, la talla o la silueta.

- e) Suele iniciarse hacia la pubertad-adolescencia y en su mayoría (90-95% de los casos), la población está compuesta de mujeres.
- f) En las mujeres se presenta amenorrea (ausencia de 3 ciclos menstruales consecutivos).
- g) Ausencia de trastornos orgánicos que justifiquen la pérdida de peso.

F. Wilson y Walsh (1991, citados en Saldaña, 1994) consideran como criterios diagnósticos provisionales de la anorexia para el DSM-IV:

- a) Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un peso mínimo para la edad y talla o fracaso en alcanzar la ganancia de peso esperado durante el período de crecimiento.
- b) Intenso miedo de llegar a tener sobrepeso o convertirse en obeso, teniendo aún *infrapeso*.
- c) Alteración en la forma en la que se percibe el propio peso corporal, talla o silueta.
- d) Negación de la seriedad de su actual bajo peso corporal.
- e) En las mujeres ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales (amenorrea).
- f) Se distinguen dos subtipos:
 - * **Subtipo bulímico:** Durante el episodio de anorexia, la persona se enrola en episodios recurrentes de sobreingesta.
 - * **Subtipo no bulímico:** La persona no presenta episodios de sobreingesta, únicamente de restricción en la ingesta.
- g) Además, este criterio diagnóstico incluye, de manera implícita los criterios anteriores del

DSM-III y del DSM-III-R.

Después de la revisión de criterios diagnósticos y características de la anorexia, establecidos por diferentes autores, se considerará a lo largo de este reporte, a la anorexia como un trastorno cognitivo-conductual y de autopercepción que se caracteriza por una pérdida o autoinhibición del apetito, el seguimiento de dietas restrictivas, uso de laxantes y/o diuréticos, autoinducción del vómito, una pérdida de peso de más del 20% de peso correspondiente a la talla y edad promedio, y que, de manera fundamental, va acompañado de cogniciones que sobrestiman el peso y la figura, aún y cuando se está delgado en extremo. Esta pérdida de peso no está determinada por algún trastorno fisiológico, ni asociada a ningún trastorno clínico o psiquiátrico.

La anorexia se presenta en la pubertad, la adolescencia o la adultez temprana (entre los 12 y 24 años de edad) y la incidencia es mayor en el sexo femenino (en promedio hay un hombre que padece anorexia por cada 11 mujeres que la padecen).

Este trastorno esta determinado, en gran medida, por los parámetros o ideales de belleza femenina que socioculturalmente se establecen, porque motivan a quienes lo padecen a cambiar sus hábitos alimenticios con el fin de alcanzar el ideal correspondiente, aunque sus cuerpos no tiendan a ser de la constitución que socialmente es más "solicitada" (Counseling Center of Students Affairs, 1996).

1.2.1 Reducción en la ingesta de alimentos

El rechazo o la reducción en el consumo de alimentos es una de las principales características de la anorexia, dicho rechazo o reducción puede ser parcial o absoluta.

La pérdida del deseo de comer no es la causa del trastorno, sino su consecuencia: cuando se disminuye la ingesta de alimentos el estómago y el cuerpo en general, hacen esfuerzos por funcionar con ese volumen de ingesta; el cual puede en poco tiempo satisfacer aunque mínimamente las necesidades de nutrición del organismo. Con el paso del tiempo, quien padece anorexia continúa disminuyendo su ingesta y por ende su apetito va siendo menor (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994). En la anorexia no existe una falta de hambre (Fenómeno físico-químico), sino hay una falta de apetito (Fenómeno físico-psicológico). Las anoréxicas no responden con la ingesta de alimentos (o del poco alimento) a sus necesidades y señales internas, sino a las expectativas del medio ambiente o a las que son producto de la distorsión de su autopercepción. Hay veces en las que, para acallar la sensación de hambre, las anoréxicas toman cantidades exageradas de líquidos; y en los casos más avanzados, pueden llegar incluso a controlar la sed y no sólo son restrictivas con los alimentos, sino también con el agua.

Cuando se realizan mediciones, se ha encontrado que debido a la restricción de la ingesta, a la realización de dietas o a la eliminación de ciertos tipos de alimentos de la dieta (carbohidratos, cereales, grasas, etc.), las anoréxicas disminuyen su grasa y masa

corporal de forma drástica, aunque ésta última no disminuye en fuerza (Schütze, 1983; Rausch y Bay, 1990). Por otra parte, la presencia de la anorexia en los periodos críticos del crecimiento, afectan a la estatura, disminuyéndola de forma considerable.

Es importante señalar que el proceso de disminución de ingesta de alimentos y la subsiguiente pérdida del deseo de comer, no es un proceso que se dé de la noche a la mañana. De hecho, puede comenzar con un "detonador", como pueden ser la presencia de un trastorno fisiológico que conlleve la prohibición médica de ciertos alimentos, o en la mayoría de los casos, con el llevar a cabo una dieta para reducir el peso. Generalmente, las dietas no se califican como categorías patológicas del comportamiento alimentario, sin embargo, son el primer paso en la escalada de los trastornos alimenticios.

Las dietas pueden consistir en la supresión o restricción de uno o varios grupos alimenticios, en el ayuno o en la supresión total de la ingesta durante uno o varios días, en la reducción de la cantidad del alimento que se consume de un tipo en particular y en una combinación de los tres criterios (Raich, 1994).

La figura número 1 del anexo B, ilustra los trastornos alimenticios tomando como base la conducta de la ingesta de alimentos, en sus extremos mínimo y máximo (Inhibición de la ingesta y sobreingesta, respectivamente).

1.2.2 Uso de laxantes y/o diuréticos e Inducción del vómito

El uso de laxantes y diuréticos es una de las formas empleadas por las anoréxicas para controlar y disminuir su peso.

Los laxantes son sustancias potencialmente peligrosas: el peso que hacen "perder" se debe a la deshidratación crónica, y por lo tanto no reducen la absorción calórica. Los laxantes estimulan la motricidad del colón y producen un gran volumen de diarrea líquida. Lo que puede comenzar como el uso de laxantes de forma aislada termina en poco tiempo en un hábito crónico, y el vaciado electrolítico que sufre el organismo (principalmente se pierde potasio y bicarbonato) produce acidosis metabólica (Brotman, 1985; citado en Flores, 1991, p. 21). El consumo crónico produce hemorragias rectales o pérdida de la motilidad de los intestinos, con la subsecuente acumulación y estancamiento del material de desecho, debido a la irritación que los laxantes provocan en la mucosa intestinal (Toro y Villardell, 1987).

Aunado al empleo de laxantes, la restricción alimentaria suscita constipación, padeciéndose estreñimiento persistente. Para solucionarle, se utilizan mayores dosis o varios tipos diferentes de laxantes, pero no puede desaparecer porque no es producto de una ingesta de alimentos excesiva, sino de la condición anoréxica per se. La presencia de constipación real, facilita real y subjetivamente, la experimentación de molestias abdominales difusas, las cuales conllevan a un aumento en la dosis de laxantes, llevando a

la anoréxica a considerar el estreñimiento y la ingesta de alimentos en términos puramente mecánicos: *"Mayor retención, mayor peso..."* convirtiendo ambas conductas en un círculo vicioso (Toro y Villardell, 1987; Rausch y Bay, 1990; Flores, 1991).

Con el uso de diuréticos las anoréxicas consideran que reducen su peso a través de la pérdida de fluidos, pero en realidad, se provoca una deshidratación y una retención de sal. La autoinducción del vómito produce, en un análisis urinario electrolítico, un clorhidro muy bajo y la ingestión de diuréticos lo produce en cantidades muy altas. Además las purgadoras no pueden mantener el nivel mínimo necesario de potasio (Toro y Villardell, op. cit.; Rausch y Bay, op. cit.; Flores, op. cit.).

En nuestro país, la adquisición de los laxantes y diuréticos no está controlada, por lo que dichos productos pueden ser adquiridos fácilmente en cualquier farmacia o supermercado y sus nombres y propiedades son conocidos a través de los diferentes anuncios que aparecen en los medios masivos de comunicación. Sólo después de un análisis cuidadoso, es cuando se puede tomar conocimiento de que productos tan "inofensivos", en realidad provocan daños profundos al equipo biológico de los individuos.

La inducción del vómito es empleada por algunas anoréxicas como una forma para evitar el aumento de peso, sin embargo, el vómito no es una característica que este presente en todas las anoréxicas, sino únicamente en la anorexia de subtipo bulímico. Por este medio

la anoréxica puede perder entre 2000 y 3000 calorías.

La estimulación provocada por la autoinducción del vómito daña e irrita potencialmente al paladar, la faringe, las paredes del estómago, el duodeno, el colón, la vesícula biliar y el Intestino delgado. En un principio, el vómito necesita ser provocado pero con el paso del tiempo, el vómito se condiciona y sucede con muy poco esfuerzo o de forma automática. Como al momento de vomitar se contrae la musculatura estomacal, el diafragma y el píloro se oclucionan por acción simpática para llegar a la expulsión del alimento; a la larga se presenta la hipocalcemia (debilidad de los músculos) y arritmias cardíacas. Por efecto del vómito las glándulas salivares se hinchan y se presentan problemas dentales como caries, alteraciones del esmalte dental, dientes sensibles al frío, cambios en la coloración y tamaño de los mismos e infecciones de encías y boca en general (Rausch y Bay, 1990; Flores, 1991).

La presencia del vómito altera el balance electrolítico, produciendo deficiencias de potasio, calcio y magnesio y de los fluidos sanguíneos, llevando a la deshidratación, que a su vez provoca aturdimiento y síncope.

Por lo general el vómito tiene lugar de forma secreta y da la sensación a quien lo practica de limpiar y expiar la "culpa" de lo ingerido, inclusive puede llegar a limitar las actividades sociales de quien lo lleva a cabo, porque es difícil que comiendo fuera, se pueda llevar a cabo la inducción del mismo (Flores, op. cit.; Raich, 1994).

1.2.3 Hiperactividad

Se considera a la hiperactividad como una característica "definitoria" de la anorexia, porque la gran mayoría de las anoréxicas se entregan a la actividad física con una frecuencia e intensidad superiores a lo normal, con el fin de lograr un mayor gasto calórico y en consecuencia, disminuir el peso.

De acuerdo con Toro y Villardell (1987) en el fenómeno del desarrollo y mantenimiento de la anorexia, los hechos contradicen a las investigaciones realizadas. Se supone que el ejercicio físico aumenta el consumo de alimentos en los seres humanos, es decir, que la ingestión de alimentos por parte de los individuos se adapta a los niveles de actividad, por ello es preciso que no se le restrinja (Routtenberg y Kuznesov, 1967; Epling y cols., 1983; Meyer y cols., 1986; citados en Toro y Villardell, op. cit.).

En las anoréxicas, el hacer ejercicio reduce el apetito porque a la par se están restringiendo los alimentos y no se logra la adaptación del consumo de los mismos al nivel de actividad. Las anoréxicas incrementan sus actividades físicas en dos niveles: el primero es de orden estrictamente cognitivo-conductual, en donde las ideas acerca del peso y de la percepción corporal llevan a un mayor gasto calórico a través del movimiento; y un segundo nivel de carácter psicofisiológico, en donde a mayor actividad física se inhibe o se restringe la ingesta y dicha hiperactividad resulta reforzada cognitivo-conductualmente (Toro y Villardell, op. cit.).

De hecho se puede resumir que ambos factores están interrelacionados íntimamente; porque al aparecer ciertas cogniciones, las actividades fisiológicas se ven alteradas en consecuencia al igual que la conducta, reforzándose unas con otras recíprocamente.

Por otra parte, al hablar de hiperactividad no se debe entender únicamente como el ejercicio físico o la actividad motora, ya que la reducción de las horas de sueño, con el fin de quemar más calorías, es una señal de hiperactividad. En estados avanzados del trastorno, el insomnio aparece como resultado de la inanición (Schütze, 1983; Toro y Villardell, 1987).

También resulta sorprendente que en el afán de aumentar el gasto calórico, las anoréxicas se involucran en un sinnúmero de actividades tanto deportivas como recreativas, logrando en ellas altos desempeños que refuerzan aún más sus cogniciones acerca del gasto calórico y la pérdida de peso (Toro y Villardell, op. cit.; Raich, 1994).

1.2.4 Amenorrea

La amenorrea como criterio diagnóstico de la anorexia, se ha explicado como la consecuencia de una disfunción en el eje hipotálamo-pituitaria-ovarios.

Específicamente, cuando decrementa la secreción de estrógenos por acción de las vías neurotransmisoras a consecuencia de la disminución de la ingesta de alimentos, se presenta paralelamente un patrón inmaduro de la hormona luteinizante; esta carencia se

traduce en la inhibición de las señales que permiten que la menstruación se lleve a cabo. Sin embargo, existe una gran polémica alrededor del hecho de considerar como criterio diagnóstico de la anorexia a la amenorrea, porque aproximadamente en el 15% de las pacientes anoréxicas, la menstruación se interrumpe antes de los drásticos descensos de peso.

Por otra parte, la restauración del peso no trae consigo la recuperación de la menstruación. Es por ello que se le ha considerado como una anomalía secundaria a las drásticas restricciones de ingesta y al mayor nivel de actividad (Rausch y Bay, 1990; Flores, 1991).

Las alteraciones endocrinas del eje Hipotálamo-hipofiso-gonadal se presentan en la figura número 2 del Anexo B.

1.2.5 Trastornos del funcionamiento orgánico

Las consecuencias que pueden presentarse en el organismo cuando se padece un trastorno alimenticio, no se limitan a las ya mencionadas; por el contrario, dado que el funcionamiento biofisiológico del organismo está perfectamente sincronizado, la alteración en algún sistema componente del mismo tendrá efectos sobre los demás.

Las investigaciones alrededor de dichos aspectos han ocupado muchas de las publicaciones médicas y de las publicaciones especializadas en trastornos alimenticios, y

en los últimos años su número se ha multiplicado, porque los instrumentos, metodologías y descubrimientos alrededor de la materia se han incrementado también. Es por ello que en este apartado se mencionaran sólo algunas de las investigaciones más significativas en cuanto a los trastornos en el organismo provocados y/o asociados a la anorexia.

Primeramente es necesario recordar, que el hipotálamo es una pequeña parte del cerebro ubicado en la región media inferior; tiene la función vital de modular diversos efectos biológicos y psicofisiológicos del organismo, como: la regulación de la excitabilidad de la corteza cerebral, la temperatura corporal, el equilibrio hídrico, las reacciones viscerales, el metabolismo de los carbohidratos, el ritmo del sueño, el ritmo respiratorio y el cardiovascular. También regula la secreción de hormonas de la hipófisis, parcialmente controla la conducta sexual, ciertas reacciones emocionales y las sensaciones de hambre y sed. Se ha llegado a suponer que la existencia del centro del apetito y la saciedad está localizado en la parte lateral y en la región ventro-medial, respectivamente. La estimulación del centro del apetito provoca la ingestión de alimentos y la estimulación del centro de saciedad inhibe esta actividad. Una lesión en el área hipotálmica lateral puede provocar la ingesta excesiva o la falta total de hambre (Toro y Villardel, 1987; Flores, 1991).

Entre los principales trastornos provocados por la acción del hipotálamo está la amenorrea, además el trastorno provoca disturbios en los centros hipotálamicos que regulan el hambre y la sed y sus efectos pueden llegar ser irreversibles.

Chipkevitch (1994) explica que aunque la anorexia es usualmente considerada como un desorden psicogénico primario, el estudio que él realizó con 21 casos humanos de anorexia y con otro tanto similar en número de sujetos animales, sugiere la posibilidad de que exista una disfunción estructural en el hipotálamo aún no identificada del todo estructuralmente hablando, que está implicada en la etiología de la anorexia. La presencia de un gran número de células que provocan tumores cerebrales en 19 de los 21 casos humanos también sugiere que dentro del desarrollo y mantenimiento de la anorexia, los trastornos a nivel hipotálamo repercuten en el sistema lumbar.

Como el hipotálamo trabaja conjuntamente con la tiroides, ésta también disminuye su producción de hormonas cuando la ingesta de alimentos se restringe. Las consecuencias del hipotiroidismo son: piel de aspecto seco, áspero, escamoso y gris, a veces cubierta de lanugo; cabello quebradizo y frágil o alopecia reversible y que las palmas de las manos presenten un color amarillo. La intolerancia al frío y la hipotermia son atribuibles al ahorro de energía que el organismo se ve precisado a realizar (Schütze, 1983; Rausch y Bay, 1990).

Las alteraciones en la secreción de hormonas tienen efectos a largo plazo en la inhibición del crecimiento (cuando el trastorno se presenta durante los años de crecimiento activo), Golden y cols. (1994) han encontrado que las anoréxicas desarrollan deficiencias en la hormona de crecimiento basal (GH).

Como consecuencia de la restricción en el consumo de alimentos, las anoréxicas pueden desarrollar deficiencias en sus reservas de vitaminas, especialmente en la de vitamina C, que a su vez tiene efectos sobre el organismo similares a los que produce el escorbuto (debilidad muscular, falta de elasticidad y brillantez de la piel y debilidad de los músculos oculares). La consecuencia más grave de la deficiencia de esta vitamina está en el hecho de que no sólo se desarrolla debilidad ocular a nivel muscular, sino a nivel neurológico (Woodruff, Morton y Rusell, 1994).

La bradicardia (menos de 60 latidos del corazón por minuto) es uno de los cambios cardiovasculares más frecuentes en las anoréxicas, al igual que la reducción de la circulación periférica (acrocirosis), la hipertensión arterial, la hipertonía simpática y las arritmias cardíacas. Estos cambios pueden ser resultado de un decremento en las catecolaminas principalmente, y secundariamente como producto del hipotiroidismo (Schütze, 1983; Rausch y Bay, op. cit.; Flores, 1991).

Las funciones cardiovasculares deficientes de las anoréxicas también son consecuencia de la disminución del abasto de oxígeno cardíaco y de la debilitación de las paredes ventriculares que bajan la presión sanguínea (Flores, op. cit.). También, se ha comprobado que la anorexia provoca anomalías en la válvula mitral del movimiento sanguíneo, reduce la masa ventricular izquierda y está asociada a disfunciones sistólicas (Simone y cols., 1994).

Además de las consecuencias que tiene sobre el aparato digestivo del uso de laxantes y diuréticos, hoy en día se sabe que las disfunciones gastrointestinales asociadas a la anorexia son la consecuencia y no la causa de la desnutrición provocada por la falta de proteínas y calorías que produce la restricción de la ingesta de alimentos.

La motilidad de las diferentes partes de los intestinos es afectada en grados diversos por la restricción de alimentos, por lo que el músculo duodenal responde con estimulación exógena ante los trastornos intestinales que produce la anorexia, y aunque es reversible, la disfunción provocada en el aparato digestivo, a la larga es regulada neuronalmente (Buchman y cols., 1994).

Toro y Villardell (1987) mencionan que en los últimos años se ha puesto especial atención en los mecanismos fisiopatológicos que provocan la osteoporosis en las anoréxicas. Como se ha mencionado, las conductas purgativas alteran de forma considerable los balances minerales y electrolíticos corporales, y uno de esos desbalances se produce a nivel del calcio corporal. La representación gráfica de dichos desbalances se presenta en la figura número 3 del Anexo B.

Numerosos autores han reconocido a la osteoporosis como una complicación frecuente de la anorexia, durante el curso del trastorno la densidad ósea va disminuyendo drásticamente, además de que el crecimiento óseo disminuye considerablemente, al igual

que su dureza. Bachrach y cols. (1991) encontraron que en la rehabilitación de las pacientes anoréxicas, el empleo de estrógenos da fortaleza al sistema óseo, sin embargo, dicha mejoría, no implica que el trastorno desaparezca por completo.

A modo de resumen de este apartado se presenta la figura número 4 del Anexo B, que es la representación gráfica de los efectos fisiobiológicos que la anorexia provoca sobre el organismo (tomado de Toro y Villardell, 1987, p. 74).

1.2.6 Cogniciones asociadas al deseo de adelgazar y a la ingesta de alimentos

Para las anoréxicas se vuelve difícil regular su ingesta de alimentos, la frecuencia y magnitud de la actividad física que realizan y más aún, autopercebir las señales internas de apetito y de satisfacción del mismo. Las cogniciones alrededor del deseo de adelgazar y sus conductas (acciones) dirigidas a lograr dicho propósito se refuerzan mutuamente, por lo que se forma un círculo vicioso, en el que no se puede discernir cual de las dos partes está jugando el papel más importante o cuál de las dos lo está generando.

Un ejemplo de la imposibilidad de especificar si las cogniciones son la causa o el efecto del trastorno, es el trabajo realizado por Halmi y Sunday (1991), quienes midieron por períodos los patrones de hambre y satisfacción después de un dieta líquida de 84 pacientes con trastornos alimenticios y 19 personas que integraban un grupo control. Encontraron que tanto los anoréxicos restrictivos como los bulímicos, tenían un patrón de

hambre menor o de corto en tiempo y uno más largo en el tiempo en cuanto a su nivel de satisfacción que el grupo control. Esto es, que su hambre era saciada en muy corto tiempo y que aunque comían poco, permanecían satisfechos por largo tiempo; también encontraron que los anoréxicos restrictivos tardaban mucho más tiempo en comer y lo hacían de forma muy pausada. Los anoréxicos bulímicos, se preocupaban más por la cantidad de alimento que habían ingerido y los restrictivos pensaban más en relación a que tanto tiempo podían retrasar su necesidad de ingerir alimentos. Los autores concluyeron que en los pacientes con trastornos alimenticios, los conceptos de hambre y de satisfacción de la misma, se confunden dando como resultado patrones anormales en la ingesta de alimentos.

Otro tipo de estudios que también van dirigidos al análisis de las cogniciones de quienes padecen anorexia son los que analizan cualitativamente las cogniciones emitidas por dichos pacientes. Estos estudios coinciden en el hecho de que dichas cogniciones pueden ser calificadas como egocéntricas, concretas, dicotómicas, persistentes, absolutistas y catastróficas (irracionales) (Rausch y Bay, 1990; Raich, 1994; Saldaña, 1994).

De manera general, Rausch y Bay (op. cit.) y Raich (op. cit.) mencionan los diferentes tipos de trastornos cognitivos de las anoréxicas; estos razonamientos y conclusiones pueden ser aplicados indiscriminadamente, tanto a la ingesta de alimentos como a la

percepción corporal y el deseo de adelgazar.

* Abstracción selectiva

Es cuando se llega a conclusiones tomando como única base hechos o detalles aislados, que tal vez ni siquiera tienen relación con el contexto y/o estilo de vida particulares en que se desenvuelve el paciente. Por ejemplo: "Si María volvió de viaje con exceso de peso, no puedo ni siquiera realizarlo o mucho menos imaginario".

* Sobregeneralización

Es cuando partiendo de un hecho aislado se extraen reglas que se aplican a cualquier situación, sin considerar su contexto, implicaciones o características particulares. Una sobregeneralización puede ser: "Si Juan perdió 3 Kgs. enfermándose del estómago, ese debe ser un buen método para perder peso" ó "Si no programo por la mañana lo que voy a comer, es mejor que no me artesge y no coma nada".

* Magnificación de estímulos

Es el razonamiento en el que los diferentes factores químicos o físicos del medio (estímulos) o las situaciones y contextos se connotan como exageradamente graves y/o catastróficos.

* Razonamiento dicotómico

Se llama razonamiento del Todo o Nada, las conclusiones que se obtienen son a partir de razonamientos absolutos y extremistas. Una muestra de este tipo de razonamiento es "Si tienes 3 o 4 Kgs. de más eres similar a un elefante asiático".

*** Personalización y autorreferencia**

Es cuando se interpretan egocéntricamente los hechos impersonales y hasta ajenos en contexto espacio-temporal. Como por ejemplo: "El médico me canceló mi cita para que yo siga engordando por dos días más" ó "Siempre que como todo el mundo me mira".

* Respecto al peso y a la figura, Cash (1987, citado en Raich, op. cit.) estableció la "DOCENA SUCIA" que son las 12 cogniciones que emiten la gran mayoría de las pacientes anoréxicas y en las que el propio cuerpo se compara con el de otras personas minimizándolo o resaltando únicamente las partes que se consideran como menos favorecidas; prediciendo desgracias futuras que se deben a la apariencia; convirtiendo sentimientos personales ("*Sentirse fea*") en verdades universales (*Ser en verdad fea*) y en traspasar el mal humor o la preocupación causada por algún acontecimiento como producto del propio cuerpo. Las cogniciones que integran a la "DOCENA SUCIA" pueden a su vez, englobarse en alguna de las categorías de razonamiento antes mencionadas, pero su valor radica en el hecho de que por la persistencia y credibilidad que se les atribuye actúan como factores etiológicos y mantenedores del trastorno.

Las características principales que componen a la anorexia como trastorno, son variables que pueden ser evaluadas o percibidas de manera objetiva cuando se considera que alguien padece un trastorno alimenticio.

De manera muy especial, lo relativo a las cogniciones ha sido un rubro que en las últimas décadas ha sido cuidadosamente analizado, ya que con anterioridad se consideraba que un caso estaba siendo atendido cuando la paciente comenzaba a recuperar peso, cuando en realidad de fondo, las cogniciones estaban actuando como mantenedores del trastorno y mientras no se trabajara sobre ellos el trastorno iba a continuar desarrollándose.

CAPÍTULO II

Modelos explicativos de la anorexia

Un trastorno tan complejo en su génesis, desarrollo y mantenimiento y en su tratamiento como lo es la anorexia, ha sido abordado desde diferentes perspectivas teóricas con el fin de explicarlo e intervenir. De hecho se podría decir que algo que comparten en común todos los marcos explicativos alrededor de la anorexia son los criterios diagnóstico o las características del trastorno; y esto es principalmente porque dichos criterios son de carácter médico y la parte relativa a los procesos o funciones psicológicas (cogniciones alrededor de la ingesta, el peso y la percepción corporal) han sido aceptados por unanimidad porque son también una forma objetiva de calificar el discurso de una paciente anoréxica. Las diferencias en cuanto a los modelos explicativos son aquellas en el sentido de los factores o causas a las que atribuye el trastorno. Principalmente los marcos teóricos bajo los cuales se ha analizado a la anorexia son el marco psicoanalítico, el sistémico y el conductual y a continuación se detalla lo relativo a cada uno de ellos.

2.1 MODELO PSICOANALÍTICO

La anorexia bajo la perspectiva psicoanalítica es considerada como una expresión de un conflicto intrapsíquico a través de la vía oral-alimenticia. El rechazo del alimento está relacionado con un simbolismo oral primitivo, en donde ciertos alimentos constituyen un

tabú y posteriormente, éste se extiende a todos los alimentos. Freud y sus seguidores la interpretaron como una neurosis asociándola a la melancolía y a la histeria (Toro y Villardell, 1987). Alexander (1950, citado en Toro y Villardell, op. cit., p. 160) decía de la anorexia: "... se inscribe en el terreno de las reacciones psicofisiológicas que se traducen en palabras del sistema nervioso vegetativo, lo descrito como reacción de reconversión de Freud, ...". Esto significa que los problemas psíquicos o motivos inconscientes y reprimidos se expresan por acción del aparato psíquico como reacciones fisiológicas u orgánicas. Ajuriaguerra (1976, citado en Toro y Villardell, op. cit.), explica que el hecho de no ingerir alimentos en la anorexia, está ligado a preocupaciones sexuales, ya que el hacerlo está relacionado a la creencia de una fecundación por la boca y por la comida. Estas fantasías serían la expresión del temor a ser fecundada; la obesidad simbolizaría el embarazo, debido a un exceso de alimentación y donde el nacimiento o expulsión es una especie de exoneración. El comer implica entonces la asimilación y la destrucción simultáneamente.

Schütze (1983) realizó una recopilación de la psicogénesis de la anorexia bajo el marco psicoanalítico, mencionando que la anorexia responde a los problemas específicos de una determinada situación. No es un proceso que se ponga en acción en una primera ocasión, sino que cuando existen las condiciones posibilitantes de la aparición, el trastorno se desata. Dichas condiciones se relacionan con el desarrollo puberal y de la adolescencia. La anorexia no puede entenderse, de acuerdo con el autor, como un deseo de muerte sino como una incapacidad para vivir con un cuerpo en actividad sexual. La ingesta

alimenticia no sólo significa el natural desarrollo de los caracteres sexuales, sino que además significa la posibilidad de la vivencia de la concepción y el embarazo como algo semejante a la ingesta alimenticia (vientre voluminoso).

Thomas (1989, citado en Campo y cols., 1992) plantea que la personalidad anoréxica estaría influida por una relación con la madre en la que predomina la ambivalencia de tipo oral. A nivel somático dicha ambivalencia, se expresa como una oposición entre la imagen ideal del cuerpo, asexuado, y el cuerpo real que resulta inaceptable. La oposición sería una forma desesperada de resistencia al desarrollo sexual, que llevaría a la anoréxica a una madurez no deseada.

Entre las diversas investigaciones alrededor de los patrones de alimentación en la infancia y las relaciones madre-hija como factores explicativos de la anorexia, se puede mencionar la realizada por Steiner y cols. (1991), quienes emplearon un cuestionario para recopilar información acerca de las prácticas de alimentación que 18 madres de pacientes anoréxicas y 25 madres de adolescentes sin ningún trastorno alimenticio habían llevado a cabo durante sus primeros meses de vida. los autores encontraron que las madres de las anoréxicas habían introducido tempranamente los alimentos sólidos y en lugar de atender a la demanda de hambre de sus hijas, les daban de comer empleando un horario estricto establecido por ellas. Con estos datos, los autores concluyeron que las diferencias en los estilos de alimentación tempranos y la relación que madre e hija establecen durante los

períodos de alimentación temprana posibilitan la aparición de la anorexia.

Como resultado de las diferentes investigaciones alrededor de la anorexia bajo el marco psicoanalítico, en la década de los 70's Hilda Bruch propuso un modelo explicativo de la anorexia bajo el nombre de modelo Neo-psicodinámico. Este modelo surgió porque cuando ella atendió a su primer paciente anoréxica, no podía localizar a las fantasías que estaban ligadas al embarazo oral, y dedujo que podría existir otra forma de explicar el trastorno. Entonces partió del hecho de que las pacientes no carecen de apetito, sino que logran restringir deliberadamente su ingesta y se embarcan en desgastes físicos con el fin de protegerse del terror a engordar estando delgadas en extremo. Consideró que la función de comer es utilizada como un pseudosolución a sus problemas de personalidad (Bruch, 1973; citada en Rausch y Bay, 1990). H. Bruch al igual que diversos autores (como Toro y Villardell, 1987; Raich, 1994; Counseling Center of Students Affairs, 1996; Psychiatry Star Team for the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1996), describe a las anoréxicas como niñas "perfectas": complacientes, perfeccionistas, responsables, especialmente dotadas, muy inteligentes y expertas en observar y gratificar a sus padres. Estas niñas, de acuerdo con Bruch (1973; citada en Rausch y Bay, op. cit.) nunca fueron preparadas para el proceso de separación-individuación propio de la adolescencia.

De este proceso destacan tres rasgos principales: el fracaso a desarrollar autonomía de las figuras parentales (de manera específica de la madre), el desarrollo de una persona

social dócil y bien orquestada para evitar enfrentamientos parentales, y finalmente, el desarrollo de un *Falso Self* que elabora a expensas del *Verdadero Self*, que permanece durmiendo, subdesarrollado y vulnerable porque no se actualiza para responder a los requerimientos de la adolescencia. La anorexia entonces aparece en esta etapa porque es un momento en el que las pacientes se enfrentan a nuevas experiencias para las que sienten, no están preparadas, para enfrentar a su entorno, a sus familias y a las relaciones entre iguales. Tienen la sensación de que algo les falta y de que no reciben ni merecen el respeto de los demás. De hecho, Raich (1994) señala como una de las características de quienes padecen trastornos alimenticios una baja autoestima, porque asocian su grado de satisfacción corporal o autoestima física con su autoestima en general. Bruch (1973, citada en Rausch y Bay, 1990) explica también que el sentido autónomo de las anoréxicas es deficiente y les resulta difícil tomar decisiones. Considera que sólo son tres las principales características de la anorexia:

- * Alteración de la imagen corporal
- * Distorsiones interoceptivas que afectan las sensaciones de hambre y las afectivas
- * Sentimiento de ineficacia personal

La originalidad del trabajo de Bruch, radica en el hecho de que aún y cuando su base teórica fue el modelo psicoanalítico, incorporó la evolución cognitiva de las etapas de Piaget al desarrollo los trastornos alimenticios, explicando que las pacientes que padecen

anorexia no pasan por la etapa de operaciones abstractas, sino que mantienen un estilo de pensamiento concreto y egocéntrico. Este déficit cognitivo asociado a la imposibilidad de reconocer los estados internos, determina la vulnerabilidad para el desarrollo de la anorexia, ya que es precisamente en la adolescencia cuando las exigencias de autonomía, separación, abstracción y autocontrol se hacen patentes (Toro y Villardell, 1987; Rausch y Bay, 1990; Campo y cols., 1992). Posteriormente, en 1992 Bruch introdujo a su tratamiento bajo el modelo neo-psicodinámico algunas técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de pacientes anoréxicas, logrando que tanto sus patrones alimenticios como sus cogniciones se modificaran en un menor tiempo y con mayor consistencia que en las pacientes en las que sólo se empleó un tratamiento bajo su modelo.

El modelo explicativo de Bruch ha sido ampliamente difundido, pero de acuerdo con Toro y Villardell (op. cit.) y Rausch y Bay (op. cit.) sus conclusiones son cuestionables porque a veces expresa generalizaciones estereotipadas, además de que al hacer una exhaustiva reconstrucción retrospectiva el modelo cae en algunos errores metodológicos del psicoanálisis tradicional.

Como ejemplos de la difusión de este modelo, se pueden citar aquellas investigaciones en las que se considera concluyen que los trastornos alimenticios únicamente se presentan en pacientes de clase media alta y alta (Schütze, 1983; Flores, 1991), lo cual ha sido descartado, gracias a los resultados que han arrojado posteriores investigaciones (Raich,

1994). En cambio, lo que sí puede afirmarse es que existe un mayor número de casos de anorexia en las sociedades occidentales en donde se enfatiza la delgadez en mayor proporción.

En los estudios epidemiológicos se ha comprobado que los casos son muy raros entre la población negra de África y entre la de Asia; pero que si se analizan las prevalencias de la anorexia en la población de África o Asia que emigra a los países occidentales, éstas aumentan considerablemente (Toro y Villardell, 1987; Raich, op. cit.).

En resumen, tanto el modelo psicoanalítico como el neo-psicodinámico explican cuál es el surgimiento de la anorexia, y que aunque el segundo intentó englobar aspectos que el primero no manejaba, ambos dan explicaciones absolutas en las que la paciente no se considera como participante activa en el mantenimiento y desarrollo del trastorno y las causas se atribuyen a elementos de etapas de desarrollo tempranas y a elementos univariados.

2.2 MODELO SISTÉMICO

Para lograr explicar cómo se entiende la presencia de la anorexia bajo el modelo sistémico, es conveniente recordar algunos de los conceptos eje del mismo: se considera que la familia es un sistema, integrado por subsistemas individuales (cada uno de los miembros de la familia), que a su vez están integrados por subsistemas, que tienen características que los hacen únicos y que tienen momentos de intercambios con otros

subsistemas. Éstos se afectan mutuamente, por lo que existen momentos de estabilidad (homeostasis) y momentos de dinámica, y que conjuntamente favorecen el equilibrio del sistema. Dentro del sistema familiar existen parámetros que permiten evaluar las relaciones que existen en el mismo, a grosso modo se pueden señalar: la jerarquía (la manera en que se distribuye y ejerce la autoridad); los límites (las reglas que definen las relaciones dentro de la familia); las alianzas (la unión de los miembros de la familia para alcanzar un bien común); las coaliciones (la unión de dos o más miembros de la familia para perjudicar a un tercero); el territorio (el espacio emocional que cada uno de los miembros ocupa dentro de la familia, puede tender de la centralidad a la periferia); y la geografía (el espacio físico real que cada miembro de la familia ocupa) (Espinosa, 1990).

Dentro del modelo sistémico Minuchin (1978; citado en Toro y Villardell, 1987) fue uno de los primeros investigadores que analizó los parámetros de la familia en aquellas que contaban con miembros afectados con trastornos psicósomáticos, con el fin de establecer cuales eran las características familiares que predisponían a la presencia de los mismos.

La anorexia es uno de esos trastornos, al igual que el asma y la diabetes. Las características que identifican a los sistemas familiares con miembros que padecen estos trastornos por lo general cuentan con relaciones de proximidad extrema, existe una escasa definición de límites, sobreprotección rígida hacia los hijos, ausencia de la resolución de conflictos y evitación de los mismos, y la implicación de alguno de los hijos en los

conflictos conyugales (triangulación). Este conjunto de características se consideraron como el factor clave en el desarrollo y mantenimiento del trastorno, éste a su vez, se considera como una llamada de atención que evidencia las características de la familia.

Para lograr solucionar el trastorno, se debe atender primeramente el aspecto médico o sintomático (es decir, que la paciente recupere el peso perdido) y de manera simultánea se introduce el tratamiento psicológico. Para éste, el terapeuta debe involucrarse activamente en el sistema familiar, contribuyendo a modificar los patrones disfuncionales (mantenedores de la situación sintomática) y además trabaja de manera individual con el paciente identificado (la paciente anoréxica) para que modifique su rol dentro de la situación disfuncional. El tratamiento se dirige a la modificación de los parámetros del sistema familiar, con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus miembros (Toro y Villardell, 1987; Rausch y Bay, 1990; Vandereycken, Castro y Vanderlein, 1991).

Posteriormente bajo este modelo Weakland, Watzlawick y Fisch (1989; citado en Vandereycken, Castro y Vanderlein, op. cit.) desarrollaron en Palo Alto, California una estrategia de intervención a corto plazo. Partieron del hecho de considerar que lo que estaba provocando el trastorno en un miembro del sistema era una disfunción en la comunicación del sistema. Este modelo fue llevado a España y extendido a través de las intervenciones realizadas por autores como Crispo, Figueroa y Guelar (1994), quienes explican que para tratar la anorexia se debe partir del hecho que existe un "problema": "... una situación indeseable y persistente en el tiempo, a la que alguien intenta aplicar soluciones que no le resultan y para la que ese alguien considera necesaria la

intervención de una experto..." (Crispo, Figueroa y Guelar, 1994, p. 36). Quien define si la situación es deseable o no es el consultante, su repetición en el tiempo le da ese carácter, no importa como comenzó sino como se mantiene. El trabajo del terapeuta consiste en brindar las herramientas adecuadas a los fines para que el problema se modifique o no sea considerado más como un problema; para lo cual es indispensable que quien está haciendo algo para mantener el problema, haga algo diferente, que no se restrinja al cambio. La intervención es realizada sobre el comportamiento y sobre las ideas. En situaciones donde la paciente es anoréxica, atender únicamente a la portadora del problema, especialmente si es menor de edad y vive con sus padres es garantía de un fracaso seguro (Crispo, Figueroa y Guelar, op. cit.).

Es importante señalar la gran similitud que existe entre esta propuesta y la del marco cognitivo conductual, ya que ambas se centran en la solución de una situación que causa incomodidad en el aquí y ahora, en donde no es muy importante conocer toda la historia, sino modificar la conducta y las cogniciones que permiten que una situación problema se mantenga. Sin embargo, a pesar de sus similitudes, ambas propuestas tienen como punto de partida conceptos muy diferentes.

Autores como Vandereycken, Castro y Vanderleijn (1991), también han trabajado bajo el modelo sistémico y consideran que en un trastorno como la anorexia no se puede identificar una causa única y concreta que lo provoque, por lo que la concepción multidimensional de dicho modelo permite identificar los factores biológicos,

socioculturales, psicológicos y familiares que interactúan para desencadenar y mantener al trastorno. Los autores consideran que un problema que puede encontrarse en los estudios que preponderan el papel de la familia como causante de la anorexia, en ocasiones se basan en observaciones clínicas e impresiones subjetivas que no están respaldadas metodológicamente y que en consecuencia, no son fiables.

Algunos ejemplos de este tipo de investigaciones son: los estudios de las variables genéticas de la familia como determinantes de la anorexia, las patologías familiares, el papel de la madre, del padre o de ambos, de los hermanos y abuelos en su desarrollo, las interacciones padres e hijas ó madres e hijas y, en últimas fechas, el papel de la familia en el pronóstico y curso del trastorno. En relación a estas investigaciones, Toro y Villardell (1987) señalan que la popularización del análisis y la terapia familiar para tratar a la anorexia, se debe en gran medida a que la familia y sus características tienen un papel preponderante en el curso del trastorno, pero que los conflictos familiares prevalecen antes de que el trastorno se manifieste, por lo que conviene preponderarla como único agente causal.

2.3 MODELO CONDUCTUAL

El marco conductual o de análisis de la conducta es relativamente nuevo en las cuestiones de tratamiento o atención de los trastornos alimenticios. En un principio, se había abordado a la anorexia bajo este modelo empleando el condicionamiento operante como

una forma de que las pacientes recuperaran peso, más que la conducta alimentaria per se (Bachrach, 1965; citado en Toro y Villardell, 1967; Stunkard, 1972; citado en Rausch y Bay, 1990). Se consideraba que la conducta de rechazar el alimento se mantiene en una alta tasa de frecuencia debido a algún género de reforzamiento positivo. La recuperación de peso se logra a través del empleo del reforzamiento negativo (generalmente se emplea el reposo y/o el aislamiento) y de un refuerzo positivo contingente al aumento de peso (como una mayor actividad física o social); pero siempre se emplea un diseño personalizado de los reforzadores atendiendo a las diferencias y preferencias individuales.

Dejando de lado los fracasos y logros en el tratamiento de la anorexia bajo el modelo conductual, se puede afirmar que éste explica el trastorno como resultado de circunstancias en las que los elementos reforzadores y aversivos generan ansiedad, estructurándose y combinándose de tal forma que incrementan la conducta de rechazo a los alimentos y posteriormente, la mantienen en alta frecuencia (Toro y Villardell, op. cit.; Rausch y Bay, op. cit.). Experimental y clínicamente la efectividad de los mecanismos de reforzamiento positivo, negativo y evitación es inegable; pero para el tratamiento de un trastorno multideterminado como la anorexia, esta explicación resulta insuficiente, limitada y parcial, principalmente porque el aumento de peso no garantiza que el trastorno se solucione o desaparezca y las técnicas empleadas sólo son herramientas auxiliares que deben utilizarse éticamente.

Dado que el modelo operante es limitado para la explicación y tratamiento de la anorexia, rápidamente el modelo cognitivo conductual fue una opción que permitió abordar la multifactorialidad de dicho trastorno. Los investigadores que emplearon con mucho éxito este marco fueron Garfinkel y Garner (1982), Garner y Bemis (1982) y Fairburn (1985) (citados en Toro y Villardell, 1987).

La incorporación de los factores cognitivos al análisis conductual tiene su origen en los trabajos de Beck (1978; citado en Toro y Villardell, op. cit.) acerca de la depresión y cuyos resultados se extendieron a otros padecimientos que eran considerados como "orgánicos", pero en los que las cogniciones juegan un papel primordial para su desarrollo, mantenimiento y solución. Fue a partir de estos estudios que se acepta de forma generalizada que las relaciones entre cognición, emoción, afecto y comportamiento manifiesto pueden ser empleadas para la explicación de la génesis de los trastornos orgánicos.

El modelo cognitivo conductual resalta el papel del comportamiento y las cogniciones anoréxicas en la adquisición y mantenimiento del trastorno: las ideas y las actitudes inculcadas por el medio social, el carácter autorreforzante y autorreforzado de la disminución de peso, el autocastigo ante el incremento de peso, la interacción familiar y social de la paciente con sus predisposiciones cognitivo conductuales y los cambios que

se producen a consecuencia de dichas relaciones, son dentro de este modelo los factores que aglutinan a la totalidad de factores que intervienen para el desarrollo y mantenimiento del trastorno (Toro y Villardell, 1987; Rausch y Bay, 1990; Saldafia, 1994).

Es importante señalar que la conducta anoréxica es reforzada positivamente por la delgadez, la cual proporciona sentimientos de dominio, autocontrol y gratificación. Las cogniciones desadaptadas (como el razonamiento dicotómico y los pensamientos catastróficos) mantienen las conductas anoréxicas (Hsu, 1990; citado en Saldafia, op. cit.).

Partiendo de esta base Channon y Wardie (1991) realizaron un trabajo en el que partían del hecho que las pacientes anoréxicas son resistentes a los cambios, y que el empleo de un tratamiento que tuviera como base técnicas enfocadas al cambio (cognitivo como la terapia racional emotiva) podría ser una herramienta efectiva para el mismo. Aplicaron un tratamiento con TRE a un grupo de anoréxicas para decrementar las conductas autodestructivas, en tres fases: identificando los pensamientos disfuncionales, enfrentándoles y contrarrestándoles. Su intervención fue exitosa porque se logró que en poco tiempo se decrementaran las conductas a 0 y que las chicas comenzaran a recuperar su peso.

Otra investigación que proporcionó datos para abordar a la anorexia, fue la realizada por

Cooper y Fairburn (1992) quienes empleando autorreportes, registraron las verbalizaciones y pensamientos de un grupo de pacientes anoréxicas, de uno de bulímicas, de otro de personas que realizaban dietas de manera esporádica y de un último que no tenía restricciones ante la ingesta; ante las conductas de mirarse en el espejo, pesarse y comer un chocolate. El análisis de los autorreportes mostró que el empleo de los mismos en el tratamiento de los trastornos alimenticios es una herramienta que permite obtener información confiable y que es sensible para registrar las variaciones en los estilos de pensamiento. Además se encontró que las pacientes anoréxicas mostraban cogniciones marcadamente dicotómicas, absolutistas y catastróficas en los tres tipos de conducta que las personas que integraron los demás grupos; mientras que las pacientes bulímicas presentaban dichas condiciones con mayor frecuencia ante la conducta de pesarse.

Peterson (1995) empleó técnicas para la modificación de las cogniciones para tratar las distorsiones en la imagen corporal y las generadas alrededor de la ingesta y la biorretroalimentación para ayudar a reconocer y modular las sensaciones de hambre de un grupo de pacientes anoréxicas; obteniendo disminuciones en las tasas de respuestas a corto plazo, y concluyendo que la combinación de las técnicas cognitivo conductuales tiene un doble beneficio, ya que se obtienen resultados a corto plazo, de manera observable y cuantificable y además, se trata a la paciente en los ámbitos físico y conductual.

Con el fin de perfeccionar las técnicas y herramientas empleadas en el modelo cognitivo-conductual, numerosos investigadores han desarrollado métodos de detección y evaluación para los trastornos alimenticios entre los que se pueden citar:

* Los que valúan el peso corporal, como el Índice de Peso relativo IPR ($\text{peso ideal} - \text{peso real} / \text{peso ideal} \times 100$); el Índice de Masa Corporal IMC ($\text{Peso en kilos} / \text{Talla al cuadrado en centímetros}$) y el Índice de Brocca IB ($\text{Peso Ideal} = \text{talla en centímetros} - 100$) (Raich, 1994). Saldaña (1994) señala que las tablas estandarizadas de peso para grupos según edad y sexo no son un instrumento confiable porque están realizadas con base en muestras que no pertenecen o no son similares a las características de las poblaciones en las que se emplean.

* Los instrumentos que evalúan las conductas alimentarias, las cogniciones alrededor de la imagen corporal y del peso. Para ello se pueden emplear la observación, las entrevistas, los autoinformes, los autorreportes o los autoregistros.

Las entrevistas estructuradas para la evaluación de los trastornos alimenticios son: The Interview for Diagnosis of Eating Disorders (IDED, Williamson y cols. 1990; citado en Raich, op. cit.; Saldaña, op. cit.); Eating Disorders Examination (EDE, Fairburn y Wilson, 1993; citado en Raich, op. cit.; Saldaña, op. cit.); The Stanford Eating Disorder Clinic (SEDC, Agras, 1987; citado en Saldaña, op. cit.); y The Clinical Eating Disorder Rating

Instrument (CEDRI, Palmer y cols., 1987; citado en Saldaña, 1994). Para evaluar la imagen corporal existe la entrevista de Rosen (1993; citado en Raich, 1994), llamada BDDE o Body Dismorphic Disorder Examination.

Con los autoinformes o cuestionario se puede detectar la gravedad de la presencia de las características del trastorno y algunos aspectos que se relacionan con el mismo. Existen autoinformes que recaban información de las actitudes hacia la comida, las actitudes típicas de la anorexia y de las actitudes ante la percepción y satisfacción de la imagen corporal. El más conocido y utilizado es el Eating Attitude Test (EAT, Garner y Garfinkel, 1979; citado en Raich, op. cit. y Saldaña, op. cit.), otros son: el Anorexic Attitude Questionnaire (GASS Goldberg y cols., 1987; citado en Raich, op. cit.), el Eating Disorder Inventory (EDI Garner y Olmstead, 1984; citado en Raich, op. cit.), el BSQ o Body Shape Questionnaire (Cooper y cols., 1987; citado en Raich, op. cit.), y el Body Image Avoidance Questionnaire de Rosen y cols. (1990; citado en Raich, op. cit.).

2.3.1 La anorexia como trastorno multifactorial: Modelo Explicativo de Toro y Villardell

Este modelo parte de la consideración de que cualquier "enfermedad" no puede entenderse como una situación unideterminada, sino que en cualquier tipo de trastorno existe una multiderminariedad de factores que ejercen una función diferente en el proceso de aparición, desarrollo y mantenimiento. Toro y Villardell (1987) consideran que la

anorexia es un trastorno dinámico, que es vivido por cada paciente de una forma particular, aunque entre las pacientes que la padecen se comparten características coexistentes. Para que el trastorno se presente debe existir un grupo de factores predisponentes, de precipitantes y de factores mantenedores. El modelo explicativo de los autores se presenta en la figura número 5 del Anexo B.

Los factores predisponentes son los que anteceden a la presentación abierta y formal del trastorno, algunos de ellos son los que se consideraron dentro de los criterios diagnóstico como el que es un trastorno que se presenta en la adolescencia, con una mayor frecuencia en las mujeres y que se presenta con mayor frecuencia en familias donde ya ha existido algún miembro que ha padecido un trastorno similar (Toro y Villardell, 1987). Entre otros factores predisponentes se puede citar el hecho de que quienes padecen trastornos alimenticios tienen una respuesta emocional relativamente débil, que se asocia a la depresión, que está acompañada de una baja autoestima, de ansiedad o de trastornos obsesivo-compulsivos.

De igual forma, la obesidad o el sobrepeso es un factor predisponente de la anorexia porque una de las causas que induce al establecimiento de dietas estrictas es tener un "turbulento pasado de gordita" (Raich, 1994). Los aspectos socioculturales y los valores estéticos prevaletentes también son factores predisponentes, porque presionan y

estigmatizan a la gordura, llevando al primer escalón para padecer un trastorno alimenticio. Al respecto Raich (1994) explica que las burlas de familiares o amigos actúan como desencadenantes de los trastornos alimenticios.

Los factores precipitantes son los que permiten que el trastorno alimenticio se presente en un momento determinado y no en algún otro, es decir que son los que marcan formalmente el inicio del trastorno. Regularmente a los factores precipitantes se les denomina también acontecimientos vitales potencialmente estresantes, porque su presencia exige que el individuo tenga la capacidad de enfrentarse a ellos, de manera que emplee sus habilidades en una situación novedosa. En la adolescencia ante dichas situaciones, se espera que se actúe "maduramente", lo cual genera sentimientos de incapacidad en los adolescentes. Algunos acontecimientos vitales estresantes son: los cambios corporales y psíquicos de la etapa; intimidad, romance o contactos sexuales; las separaciones o pérdidas familiares; las relaciones difíciles con compañeros de la misma edad, con académicos o con su familia; la aparición de algún trastorno orgánico y la separación de su grupo de amigos (Toro y Villardell, 1987).

El incremento de actividad física funciona como un factor precipitante porque al entregarse a dichas actividades conlleva competir y en muchas ocasiones cuestiona la imagen y dimensiones del propio cuerpo; por lo que la actividad física tendría un doble efecto en las personas predispuestas al trastorno. De igual forma, Raich (op. cit.) explica que las burlas

de familiares o amigos actúan como desencadenantes de los trastornos alimenticios.

Los factores mantenedores son los que permiten que el trastorno permanezca como tal, el hecho de que adelgazar sea reforzado socialmente es un factor mantenedor, porque las conductas dirigidas a adelgazar se repiten con mayor frecuencia.

A la par de dichas conductas se va desarrollando un sistema de valores, creencias y cogniciones que distorsionan la información que llega al mismo, reforzándose a sí mismas y haciendo sentir a la anoréxica como una persona "fuerte", "orgullosa" y "autocontrolada" (Toro y Villardell, 1987). El comportamiento y cogniciones de la anoréxica alteran la dinámica familiar y sus relaciones sociales; ambos tipos de relación en lugar de favorecer la atención o desaparición del trastorno, son rechazadas por la anoréxica dejándola en un completo aislamiento.

Aunado a este panorama habría que agregar como factor mantenedor a la iatrogenia: "... la intervención médica o paramédica, por acción u omisión, puede constituirse... en importante factor de mantenimiento o emperoramiento de cualquier anoréxica ..." (Toro y Villardell, op. cit., p. 188). Este factor bajo el marco de la psicología de la salud cobra vital importancia, porque muchos casos de anorexia pueden ser evitados o prevenidos con el adecuado manejo y atención por parte de los médicos o psicólogos; además sería necesario considerar el énfasis en el empleo de los lineamientos legales e Instituciones

que protejan a los pacientes de un manejo médico inadecuado.

2.3.2 Modelo Explicativo de Levine y Smolack

La propuesta de Levine y Smolack (1992; citado en Raich, 1994) conceptualiza a los trastornos alimenticios como un *continuum multideterminado*, en uno de sus extremos se encuentra la dieta no patológica o ingesta de alimentos *balanceada*, seguido por los trastorno subclínicos y en el otro extremo se encuentra el trastorno alimenticio; el *continuum* está determinado por las creencias, actitudes y conductas que son similares en cuanto a topografía, pero diferentes en cuanto a su severidad. En los trastornos subclínicos existe cierta preocupación alrededor de la figura y el peso, se siguen dietas, pero aún existe interés en la familia y los amigos. Si prevalece la insatisfacción corporal, dando importancia exagerada a un cuerpo delgado como base para la autodefinición se habla entonces ya de un *trastorno alimenticio*. Si a esto se agrega el complejo de "Superwoman", que "... implica alto perfeccionismo y la necesidad de aprobación social ..." (Levine y Solack, 1992; citados en Raich, op. cit., p. 72), es seguro entonces que se presente el *trastorno alimenticio*.

2.3.3 Modelo explicativo de Raich

La autora explica que la presión sociocultural a la esbeltez y la estigmatización de la obesidad juegan un factor evidente y necesario para que se desarrollen los trastornos alimenticios.

Ejemplos simples de la presión sociocultural hacia la esbeltez son: los ideales de belleza femenina que se valoran en las culturas occidentales y que se propagan a través de los concursos de belleza, el ideal de ser una mujer profesionalista, autocontrolada y con valores de libertad sexual vs. los valores tradicionales; el ser señalada de pequeña por ser una niña "gordita", y el hecho de que entre los varones el estereotipo de mujer atractiva y delgada, despierta gran atención (Raich, 1994).

Si a este grupo de presiones socioculturales se agrega una baja autoestima, falta de capacidades de afrontamiento y de resolución de problemas y cogniciones centradas en perfeccionismo y la búsqueda de aprobación social, se tiene como resultado un filtro que produce estrés y como respuesta a éste, comienza la manifestación del trastorno alimenticio. Una vez que una paciente se engancha a un trastorno de este tipo se produce un círculo vicioso porque la insatisfacción corporal aumenta llevando a cabo dietas más estrictas, que a su vez generan mayor estrés y depresión que actúa como motor mantenedor de la insatisfacción corporal (Raich, op. cit.). La representación gráfica de este modelo se presenta en la figura número 6 del Anexo B.

2.3.4 Propuesta de Modelo Explicativo

El objeto de presentar un modelo explicativo es englobar las variables que han sido consideradas por separado por otros modelos e incluir algunas que son de importancia pero no han sido mencionadas. Esta propuesta parte del marco cognitivo conductual y se

Inserta en el área de la Psicología de la Salud:

La anorexia es un trastorno multicausal de tipo cognitivo-conductual y de autopercepción que se caracteriza por una pérdida o autoinhibición del apetito, el seguimiento de dietas restrictivas, uso de laxantes y/o diuréticos, autoinducción del vómito, una pérdida de peso de más del 20% de peso correspondiente a la talla y edad promedio, y que de manera fundamental, va acompañado de cogniciones que sobrestiman el peso y la figura, aún y cuando se está delgado en extremo. Esta pérdida de peso no está determinada por algún trastorno fisiológico, ni asociada a ningún trastorno clínico o psiquiátrico. La anorexia se presenta en la pubertad, la adolescencia o la adultez temprana (entre los 12 y 24 años de edad) y se presenta con mayor frecuencia en pacientes de sexo femenino.

Por ser un trastorno multicausal únicamente aparece si se conjunta una variedad de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores; pero cuya conducta anoréxica mantenedora más relevante es la realización de dietas para perder peso que no son supervisadas por personal médico y cuyos resultados son reforzados por el contexto sociocultural en el que se desenvuelven las pacientes, por la información que obtienen de los diferentes medios de comunicación y por el contexto familiar, y que tienen también efectos sobre los mecanismos de autorregulación cognitiva y conductual de las pacientes, lo cual genera un círculo vicioso de:

COGNICION ANOREXICA = CONDUCTA ANOREXICA ...
SE REFUERZA LA COGNICION ANOREXICA

La representación gráfica del modelo propuesto se presenta en la figura número 7 del Anexo B.

Los mecanismos de regulación fueron explicados por Bandura (1986), quien considera que la conducta está regulada por las consecuencias Internas y externas y por la elaboración cognitiva que se realiza a partir de la propia experiencia, es decir, a partir de la autoevaluación y autorreforzamiento que el individuo se provee al realizar alguna conducta. El proceso de autorregulación está Integrado por tres funciones: la autoobservación, los procesos de juicio y la autorreacción.

Aún y cuando se tenga la intención de cambiar los patrones de una determinada conducta o se reciba influencia externa, si la información no pasa por la secuencia de las tres funciones ningún proceso de autorregulación se lleva a cabo. Sin embargo, Bandura (1986) también señala que el proceso se realiza de manera tan mecánica que resulta imperceptible para el individuo el paso por las tres fases.

La función de observación es cuando a partir del análisis de la propia conducta se obtiene información acerca de la ejecución de una conducta (calidad, cantidad, originalidad o

efectividad), de su regularidad y de su duración. El proceso de juicio es cuando una vez que se ha analizado u obtenido la información de la propia conducta se evalúa si corresponde con los estándares personales, con las creencias y valores y a quien se le atribuye: si al locus de control externo o al locus de control interno. El primero es cuando las cogniciones o conductas de un individuo dependen o son manejadas por los estímulos del medio ambiente; y el locus de control interno es cuando la conducta y las cogniciones son manejadas por la autodeterminación del individuo. Finalmente, el proceso de autorreacción es cuando el individuo se proporciona un reforzador positivo o negativo, dependiendo de cómo ha evaluado su conducta o bien se ignora la conducta ejecutada.

El proceso de autorregulación de la anoréxicas es el siguiente: se han hecho estudios en donde el locus de control de las anoréxicas se ha denominado como externo (Flores, 1991); esto es, que no atienden a sus señales internas de hambre y de necesidad de alimentos, y si las llegan a considerar es cuando alguien (generalmente los miembros de su familia), literalmente las sienta a la mesa. Dado que el camino de desarrollo de la anorexia comienza con los factores precipitantes o con la realización de una dieta, en la función de autoobservación la paciente comienza a "medir" su ingesta, la frecuencia de dicha conducta, el tipo de alimentos ingeridos, y el tiempo que invierte en comer.

En el proceso de juicio, la anoréxica comienza a enfrentar su autopercepción, sus cogniciones y conductas alrededor de la ingesta de alimentos y del deseo de adelgazar

contra las creencias y valores que ha asimilado del contexto familiar y cultural. También, se comienza a ignorar con mayor frecuencia a las señales internas de hambre o de necesidad de alimento, se disminuye la ingesta y se aumenta la actividad física, reforzándose las cogniciones y conductas, teniendo de forma automática una autorreacción para continuar con las mismas conductas y cogniciones porque se están logrando los objetivos planteados.

La consideración del proceso de autorregulación en tres funciones resulta muy útil para explicar la interacción conducta-cognición en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia, porque aún y cuando se sabía que existía dicha unión no se había subrayado la importancia que la autoobservación y la autoevaluación tienen en el trastorno.

Por otra parte, el hecho de considerar a la información obtenida de los medios de comunicación como una variable determinante en el desarrollo y curso de este trastorno, se debe a que a través de ellos se atrae la atención de la población hacia el consumo de ciertos bienes o la utilización de ciertos servicios y productos. En 1987, Toro y Villardell realizaron un análisis de la publicidad "pro esbeltez" incluida en las 10 revistas con más de 10 mil ejemplares editados en España, encontrando que 4 de cada 10 anuncios invitaba directa o indirectamente a perder peso, a hacer deseable un peso más bajo o a preocuparse por el peso. En México no existen estudios tan precisos como el realizado por dichos autores, pero se puede señalar con gran certeza que es uno de los países que

más métodos de mercadotecnia ha empleado y/o perfeccionado; al respecto Bernal (1993) dice: " Es indiscutible el poder que poseen los medios de comunicación sobre la sociedad, la cual es manipulada a fin de que ... sus miembros ... estén orientados hacia un sólo objetivo: consumir ..." (p.68). " En la moderna "sociedad de consumo", la mujer juega un rol importante a través de (...) el propio consumo de artículos suntuarios e inútiles - cuando no dañinos-; (...) en los últimos años, la publicidad ha traído como resultado la convergencia de dos ideales: la bella y la mujer a la moda ..." (p.60).

Como datos adicionales, se puede mencionar que más de la 70% de las radiodifusoras de México están controladas por 9 grupos; que existe un monopolio que agrupa 4 de los 8 canales de televisión normal; que las revistas que pertenecen a dicho monopolio tienen un tiraje mensual promedio de 600 mil ejemplares y que en México existe uno de los promedios más altos de horas-hombre frente a la televisión (Bernal, op. cit.).

En resumen, el propósito de este modelo es englobar algunas de las variables que son básicas para la comprensión de la anorexia como trastorno multideterminado. Con base en este modelo, elementos como la familia, el contexto social, cultural y los procesos psicológicos, de manera primordial la autorregulación, se consideran desencadenantes y controladores activos de la anorexia en adolescentes mexicanas.

El análisis de los datos obtenidos en la presente investigación se analizarán bajo el modelo

propuesto y dado que en México no existen estudios en los que se analicen los factores que intervienen en el desarrollo y mantenimiento de la anorexia, porque se considera que es un país poco industrializado, que no tiende a la presencia de casos de anorexia, la presente investigación tuvo el siguiente objetivo general:

Analizar el papel que variables como la familia, el contexto social, cultural y los procesos psicológicos juegan en la precipitación y mantenimiento de la anorexia o en algunas de las conductas características de la misma en una muestra de adolescentes mexicanas.

Y como objetivo específico:

Analizar la participación que la familia y los medios masivos de comunicación tienen en el establecimiento de cogniciones y valores acerca de la figura y el peso en una muestra de adolescentes mexicanas.

Esto es, que se considera que si una adolescente ve, lee, escucha con gran fidelidad lo presentado en los medios masivos de comunicación y cuenta con una familia o ambiente en los que constantemente se refuerza la delgadez o los modelos estéticos prevaletentes, su locus de control se manejará externamente, y entonces, sus cogniciones y conductas estarán determinadas únicamente por la información que obtiene de fuera y constantemente se verá reforzada en sus cogniciones y conductas, formando un círculo vicioso.

CAPITULO III

Método

SUJETOS

Participaron 311 adolescentes, de sexo femenino, mexicanas; cuyas edades oscilaban entre los 12 y medio años y los 17 años de edad. Las adolescentes cursaban en promedio la educación media básica. De las 311 adolescentes, 60 integraron la muestra para el estudio piloto de la presente investigación, las 251 restantes, participaron en la aplicación final del instrumento. De las 251, 41 cursaban sus estudios en instituciones de nivel medio superior: Colegio de Ciencias y Humanidades, modalidades pública y privada, y al Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos Número 1 del I.P.N. Las otras 210 adolescentes cursaban sus estudios en las Secundarias Públicas números 14 (51 adolescentes); 301 (61 adolescentes) y a la número 6 (98 adolescentes).

*** Criterio de inclusión**

Como criterios de inclusión se consideraron: la edad de las adolescentes, que tuvieran entre 12 y 17 años, y para seleccionar las instituciones educativas, separtió de un criterio geográfico. Se seleccionó una secundaria de la zonas centro de la ciudad, norte y otra de la zona noroeste; esto se realizó con el fin de obtener una muestra heterogénea y de mayor diversidad. Las instituciones de nivel medio superior estaban ubicadas en las zonas noroeste y noreste.

SITUACION EXPERIMENTAL

El instrumento fue respondido de manera escrita por las adolescentes en sus salones de clase. Estos medían en promedio 8 x 8 mts., todos contaban con ventanas, iluminación artificial, pizarrones de gis o plumón, escritorio y pupitres individuales.

De manera general, en cada una de las instituciones en las que se aplicó el instrumento la autora se presentó con una carta emitida por la U.N.A.M. Campus Iztacala y los directivos de cada una la presentaban a las adolescentes. La autora se presentaba ante el grupo y les explicaba que era psicóloga y que estaba recabando la información necesaria para realizar su tesis de licenciatura. Para establecer rapport la experimentadora les explicaba a las adolescentes en que consistía el trabajo del psicólogo y respondía a las preguntas que le hacían, para posteriormente, explicarles la forma de responder el instrumento. Las instrucciones se dieron homogéneamente con el fin de evitar sesgos. En todos los grupos se enfatizó el hecho de que la información que proporcionaran iba a ser manejada confidencialmente y se les daba la opción de no responder si así lo deseaban.

INSTRUMENTO

Se construyó un instrumento con opciones de respuesta tipo Likert de 5 opciones; que estaba compuesto de tres partes: en la primera de ellas se recabó la información correspondiente a los datos demográficos y a la frecuencia y tipos de medios de comunicación con que las adolescentes estaban más en contacto. En la segunda parte,

se presentaron 45 reactivos redactados en primera persona, que permitieron obtener información acerca de las actitudes de las adolescentes frente a los procesos de autorregulación, a sus cogniciones, a los valores y creencias familiares y acerca de algunos factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la anorexia como trastorno multideterminado. Finalmente, en la tercera parte, se recabó la información realtiva a la realización de dietas y el empleo de productos para adelgazar y un área para recabar los comentarios de las adolescentes. Además, se incluyó una versión adaptada al español del Test de Desórdenes Alimenticios (citado en Raich, 1994). Los instrumentos empleados se presentan en el Anexo "A".

DISEÑO EXPERIMENTAL

La presente investigación es un estudio exploratorio de tipo correlacional *expost-facto* y se empleó un diseño no experimental comparativo entre sujetos, no aleatorizado, ni balanceado, clásico y multivalente.

PROCEDIMIENTO

La investigación constó de dos fases: el piloteo y la aplicación final del instrumento. Para el piloteo se construyó una escala de 65 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, que fue aplicada a 60 adolescentes, las cuales fueron elegidas de manera intencional con el fin de heterogeneizar a la muestra, 15 de ellas eran chicas obesas y 45

eran delgadas.

Las edades de estas adolescentes oscilaban entre los 15 y 17 años y fueron encuestadas en el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco. Con los datos obtenidos se realizó un análisis estadístico y se eliminaron los reactivos que arrojaron correlaciones reactivo-total por debajo de $P=0.19$ y mayores a $P=0.05$ en una R de Pearson.

Posteriormente, se reestructuró el instrumento y se obtuvo el instrumento de 45 reactivos (Cuestionario de hábitos y actitudes alimenticias) descrito en los apartados anteriores y cuya Alpha de Cronbach fue de 0.8555 con una $P=0.05$.

Cuando se visitaron a los grupos en las diferentes Instituciones, se les explicó a las adolescentes que los datos que proporcionarían serían manejados confidencialmente y que para cualquier duda llamaran a la experimentadora y ella acudiría a su lugar. El tiempo promedio que emplearon las chicas para responder el instrumento fue de 40'.

CAPITULO IV

Resultados

Los datos obtenidos se trataron en un Procesador Estadístico SPSS Versión 5 para Windows, y se obtuvieron las frecuencias, las medidas de tendencia central y de dispersión y correlaciones para determinar relaciones entre las diferentes variables de ambos instrumentos.

Dentro de este capítulo, se presentarán en primer término los resultados correspondientes a la información demográfica de las sujetos y posteriormente, la relativa a las puntuaciones de cada uno de los instrumentos y finalmente, la relativa a las correlaciones entre las diferentes variables que integraron ambos instrumentos.

De las 251 adolescentes que integraron la muestra de la investigación, el 83.7% (210 adolescentes) cursaban la educación media básica (Secundaria) y el 16.3% (41 adolescentes) restante, asistía a instituciones de educación media superior (Figura número 8, Anexo B).

Las edades de las adolescentes encuestadas se presentan en la gráfica número 2 del anexo B. La media de edad de las encuestadas fue de 14 años con 5 meses y la moda fue de 13 años. El límite inferior de edad de la muestra fue de 12 años 11 meses y el límite superior fue de 17 años y 9 meses (ver tabla número 1 y figura número 9, del Anexo B).

De las 251 adolescentes encuestadas, el 78.5% vive en una vivienda propia; el 19.5% en un lugar rentado y el 2% restante vive en un lugar prestado (tabla no. 2, Anexo B).

El 59.8% de las entrevistadas vive en la zona norte del Distrito Federal; el 2.4% vive en el sur de la ciudad; el 32.7% vive en la zona centro del D.F. y el 2.0% y el 3.1% viven en la zona oriente y occidente de la ciudad, respectivamente (tabla número 3 y figura 10, del Anexo B).

El promedio de personas que viven con las adolescentes es de 5.056 personas y la moda es de 4 personas. El 40.22% de las adolescentes viven en familias de 2 a 4 integrantes; el 58.78% viven con 5 a 7 personas; el 4% vive con entre 8 y 10 personas; y el 2% vive con 11 a 13 personas.

De las entrevistadas, el 70.1% pertenece a familias nucleares. El 7.2% vive en familias extensas, y un 14.7% vive con uno sólo de sus progenitores. Un 0.8% no contaban con ninguno de sus progenitores y viven con otros familiares. El 7.2% restante, pertenece a familias nucleares que albergan a un miembro más, como un(a) abuelo(a) o un(a) tío(a) (ver tabla número 4 y figura número 11, Anexo B).

El 38.6% de las adolescentes son hijas primogénitas, el 6.4% son hijas segundas; el 11.2% son hijas nacidas en medio (hijas "sandwich") y el 4.8% son hijas penúltimas. El 29.1% de las encuestadas son las hijas menores de su familia y el 9.9% son hijas únicas

(ver tabla número 5, Anexo B).

El nivel promedio de estudios tanto de los padres como de las madres de las adolescentes es el nivel medio básico (Secundaria); entre las madres es más frecuente que hayan realizado estudios comerciales (15 madres, 6%) que entre los padres (1, 0.39%). Sin embargo, es más frecuente que los padres hayan obtenido una licenciatura (37, 14.74%) que las madres (23, 9.2%) (ver tabla no. 6 y figuras 12 y 13, Anexo B).

En el 39.4% de las familias de las adolescentes la manutención de la misma corre a cargo del padre y la madre se hace cargo de la misma en el 13.9% de las familias. Ambos progenitores mantienen a su familia en el 33.9% de las familias y todos los miembros de la familia aportan para el mantenimiento el 9.2% de los casos. Los hermanos de las adolescentes se hacen cargo de los gastos familiares en un 0.8% y en las 7 familias restantes alguna otra persona se encarga de la manutención (2.8%) (Tabla número 7).

Sólo el 25.5% de las 251 adolescentes realizan alguna actividad extra escolar, mientras que el 74.5% restante no llevan a cabo ninguna actividad de este tipo. Las actividades practicadas por el 25.5% de las chicas, considerándolo como un 100% son: ejercicio físico (70.31%); labor social (1.56%), actividades académicas (20.31%) y trabajar (7.82%) (Ver tabla número 8 y figura número 14, Anexo B).

En cuanto al hecho de leer revistas, el 23.1% de las chicas encuestadas no leen ninguna, mientras que el 76.9% restante lee alguna revista periódicamente. La distribución de las frecuencias de las lectoras de revistas se presentan en la tabla número 9 y en la figura número 15 del Anexo B, en donde las que obtuvieron mayor porcentaje fueron las revistas de corte juvenil (77.72%), mientras que las de tipo informativo y científico pocas veces son leídas por las adolescentes.

Acerca de ver la televisión, el 15.5% de las encuestadas reportaron que era una actividad que no realizaban, mientras que para el 84.5% restante que veía televisión diariamente, las telenovelas resultaron ser los programas más vistos (30.66%) y los menos vistos los programas de corte cultural (1.41%). Los porcentajes para cada uno de los tipos de programas se muestran en la tabla número 10 del Anexo B.

El 95.2% de las chicas escucha radio periódicamente y el restante 4.8% no lo escucha. Las estaciones más escuchadas son las de corte juvenil tanto en inglés como en español (87.87%), los datos relativos a esta pregunta se presentan en la tabla no. 11.

**Cuestionario de Hábitos Alimenticios y Actitudes Relacionadas con la Anorexia
(Instrumento de 45 Reactivos)**

Con los reactivos que integraron este instrumento se realizaron correlaciones con R de Pearson con el fin de obtener las relaciones entre reactivos y el coeficiente de confiabilidad del instrumento con Alpha de Cronbach con una $P=0.05$.

El coeficiente de confiabilidad para el **Cuestionario de Hábitos Alimenticios**, es de 0.8555 con una $P=0.05$. Sin embargo, dentro de este instrumento, los reactivos menos consistentes son el 4, el 11, el 12, el 23, el 36 y el 45, ya que todos ellos puntuaron por debajo del 0.20 (ver tabla número 12, Anexo B) en la correlación reactivo-total. Por lo tanto dichos reactivos se analizaron con reserva dada su importancia para el objetivo de la investigación y algunos, se descartaron.

Los porcentajes de respuestas de las adolescentes en cada una de las opciones de cada uno de los reactivos que integran este instrumento se presentan en la tabla número 13 del anexo B.

El 42.3% de las adolescentes consideró que su peso no es adecuado en relación a su estatura y compleción (pregunta no. 1).

Al 19.9% de las adolescentes les gustaría ser extremadamente delgadas (reactivo 2).

Un 33.9% de las encuestadas reportó comer menos de lo que tienen ganas de comer

(reactivo 5).

El 65.7% de las chicas afirmaron que cuando ven un cuerpo que socialmente es considerado como atractivo y como un ideal de belleza, les gustaría que su cuerpo fuese así (reactivo 7).

Un 29.9% de las adolescentes reportaron que invierten gran parte de su tiempo en buscar nuevas formas para disminuir su peso (reactivo 8).

El 36.2% de las adolescentes reportaron que en sus familias se considera más adecuado ser delgado (reactivo 9).

Un 42.6% de las adolescentes consideró que realizaban tres comidas balanceadas al día (reactivo 11).

Un 66.6% de las adolescentes considera que el comer carbohidratos de forma regular hace subir mucho de peso (reactivo número 13).

El 6.8% de las chicas encuestadas reportó que de manera regular cuentan el número de calorías que han ingerido a lo largo del día (reactivo 15).

En el 29.5% de las familias de las adolescentes, se hacen burlas acerca de las personas obesas (pregunta 16).

El 27.1% de las chicas reportó que en sus familias se burlan ante el hecho de pedir una ración más de alimentos (pregunta 36).

En el 49.8% de las familias de las chicas llama mucho la atención que alguno de sus miembros baje de peso (reactivo 27).

El 36.2% de las chicas reportaron que sus amigas y conocidos se preocupan cuando ven

que están perdiendo peso (reactivo 38).

Un 26.3% de las adolescentes reportaron que cuando son ellas las que están perdiendo peso, sus padres reaccionan preocupados (reactivo 45).

El 26.3% de las adolescentes encuestadas han recibido críticas por parte de su familia cuando están excedidas de peso (reactivo 43).

En el 25.1% de las familias de las chicas encuestadas una figura estética es altamente valorada (reactivo 44).

Un 29.9% de las chicas reportó estar insatisfecha con la talla de ropa que usa (reactivo 17). El 44.2% de las adolescentes reportó que no soportaría el ser "gorditas" (reactivo 18).

Un 39.4% de las adolescentes considera que un cuerpo delgado puede ser una herramienta para conseguir éxito (reactivo 19).

Un 55.8% de las adolescentes encuestadas considera que ser delgada puede ser una carta de presentación importante (reactivo 22).

El 67.4% de las adolescentes reporta que una figura delgada puede ayudarles para ser admiradas y/o consideradas como atractivas por los adolescentes (reactivo 20).

El 26.7% de las chicas reportó que en sus casas, se considera que se puede tener un "buen" novio si se es delgada y físicamente atractiva (reactivo 37).

Un 47.4% de las adolescentes reportaron estar insatisfechas con la forma de su cuerpo (reactivo 28).

El 22.4% de las chicas encuestadas reportó que se han rehusado a asistir a reuniones

sociales porque consideran que la gente ahí presente juzgará su figura (reactivo 42).

Un 35.4% de las chicas afirmaron haber comparado su cuerpo con el de otras chicas y considerar que el de ellas era más gordo (reactivo 41).

El 29.9% de las adolescentes expresó su acuerdo ante el hecho de que al observar por t.v., en revistas o escuchar en el radio acerca de alguna comida, se les antoja (pregunta 23).

Un 32.3% de las chicas reportó que ponen especial atención ante los remedios o métodos de adelgazar que aparecen en los medios de comunicación (reactivo 24).

El 35.8% de las adolescentes reportó que comen menos si están solas, que si están acompañadas (pregunta 25).

Para el 30.3% de las adolescentes resulta difícil darse cuenta si tienen hambre o no (reactivo 31).

Al 37.4% de las adolescentes les interesa realizar sus actividades con estándares por arriba del promedio (reactivo 29).

El 46.6% de las encuestadas se consideran perfeccionistas (reactivo 34).

Un 36.6% de las chicas encuestadas considera que sus metas son más altas que las de sus amigas (reactivo 35).

El 45.8% de las adolescentes encuestadas considera que en sus familias sólo se valoran los resultados y logros por arriba del estándar (reactivo 30).

Un 71.7% de las chicas reportó que sus padres esperan que realicen cosas excelentes o que ellas sean excelentes (reactivo 32).

De las 251 adolescentes, el 47.8% perciben su cuerpo como normal, el 8.8% como flaquísimo, el 37.8% como flenito y el 5.6% como exageradamente gordo (ver tabla número 14 y figura número 16). Cabe mencionar que para este ítem la moda en cuanto a como las adolescentes perciben la constitución de su cuerpo fue la opción de "normal".

De las 251 adolescentes, el 75.7% reportó no haber realizado alguna dieta durante los últimos 3 meses, el 24.3% restante, sí ha realizado algún tipo de dieta. Considerando a las 61 adolescentes que sí han realizado dieta como un 100%, el 27.9% la obtuvo de alguna revista y el 26.2% de los consejos que les dio alguna otra persona; otras formas de enterarse de una dieta y llevarla a cabo son: la propia decisión y autorregulación de la ingesta, por prescripción médica, por lo visto en T.V. o escuchado en radio y de las clínicas cuida kilos (ver tabla número 15 y figura número 17 en el Anexo B). Las situaciones que llevaron a las adolescentes a tomar la decisión de seguir una dieta son múltiples, pero la más frecuente fue por sentirse excedida de peso (45.9%) (ver tabla no. 16 y figura no. 18 del Anexo B).

El 86.1% de las adolescentes encuestadas no ha empleado algún tipo de producto para adelgazar, mientras que el 13.9% restante lo ha hecho o lo está usando. El que se utiliza con mayor frecuencia son las pastillas (51.4%), seguido por los tés para adelgazar (34.3%) y por una combinación de productos light y pastillas para adelgazar (14.3%) (ver tabla número 17 y figura número 19 del Anexo B).

En 29.88% de las familias de las adolescentes nadie nota que las chicas están ganando peso o engordando, mientras que en el 70.12% de familias restante la ganancia de peso es notada y se la hacen saber a las chicas de múltiples formas: con bromas y burlas (54.53%), limitando a las chicas en su ingesta de alimentos (28.98%), sirviéndoles porciones más pequeñas (11.94%) y regañando a las chicas (4.55%) (ver tabla número 18 y figura 20, en el Anexo B). La gran mayoría de adolescentes prefiere comer en su casa, con su familia (63.7%), que en su casa, solas (11.2%). Además, el comer con las amigas o con el novio no es tan popular (4.0% y 2.0%, respectivamente), como lo es comer en casa (ver tabla número 19).

Las correlaciones al nivel del 0.05 entre reactivos significativas fueron las siguientes, cabe señalar que su interpretación se presentará más adelante:

*El reactivo 3 (A veces me preocupo por querer adelgazar) con el 5 (Como menos de lo que tengo ganas de comer), ($r= 0.4487$).

*El reactivo 3 (A veces me preocupo por querer adelgazar) con el 4 (No me gustaría subir de peso), ($r= 0.246$).

*El reactivo 5 (Como menos de lo que tengo ganas de comer) con el reactivo 7 (Cuando veo una modelo atractiva en la T.V., o en alguna revista pienso que me gustaría tener un cuerpo así), ($r= 0.0278$).

*El reactivo 4 (No me gustaría subir de peso) con el 9 (Mi familia cree que es mejor, o conveniente, ser delgado) ($r= 0.410$).

*El reactivo 1 (Considero que mi peso es adecuado en relación a mi estatura y complexión) con el 14 (Frecuentemente dejo de hacer alguna comida para no engordar) ($r= 0.452$).

*El reactivo 1 (Considero que mi peso es adecuado en relación a mi estatura y complexión) con el 18 (Ser gordita sería que no soportaría) ($r= 0.2690$).

*El reactivo 3 (A veces me preocupo por querer adelgazar) con el 18 (Ser gordita sería que no soportaría) ($r= 0.113$).

*El reactivo 7 (Cuando veo una modelo atractiva en la T.V., o en alguna revista pienso que me gustaría tener un cuerpo así) con el 18 (Ser gordita sería que no soportaría) ($r= 0.379$).

*El reactivo 8 (Ocupo parte de mi tiempo en buscar nuevas formas de adelgazar o mantenerme delgada) con el reactivo 18 (Ser gordita sería que no soportaría) ($r=0.3573$).

*El reactivo 3 (A veces me preocupo por querer adelgazar) con el 19 (Puedo llegar a ser una persona de éxito si tengo una buena figura) ($r= 0.1338$).

*El reactivo 5 (Como menos de lo que tengo ganas de comer) con el 20 (A mis amigos les llaman la atención las muchachas delgadas) ($r= 0.1190$).

*El reactivo 1 (Considero que mi peso es adecuado en relación a mi estatura y complexión) con el 22 (Considero que el físico es una carta de presentación muy importante en cualquier parte) ($r= 0.3515$).

*El reactivo 3 (A veces me preocupo por querer adelgazar) con el 22 (Considero que el físico es una carta de presentación muy importante en cualquier parte) ($r= 0.1564$).

*El reactivo 4 (No me gustaría subir de peso) con el 22 (Considero que el físico es una carta de presentación muy importante en cualquier parte) ($r= 0.1185$).

*El reactivo 2 (Me gustaría ser extremadamente delgada) con el 26 (Independientemente del cuerpo que tenga, puedo ser igual de atractiva) ($r= 0.3541$).

*El 5 (Como menos de lo que tengo ganas de comer) con el 26 (Independientemente del cuerpo que tenga, puedo ser igual de atractiva) ($r= 0.1183$).

*El reactivo 4 (No me gustaría subir de peso) con el 27 (En casa, llama mucho la atención cuando alguien baja de peso) ($r= 0.2275$).

*El reactivo 5 (Como menos de lo que tengo ganas de comer) con el 27 (En casa, llama mucho la atención cuando alguien baja de peso) ($r= 0.3620$).

*El reactivo 4 (No me gustaría subir de peso) con el 28 (Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo) ($r= 0.2134$).

*El reactivo 4 (No me gustaría subir de peso) con el 41 (Siento que mi cuerpo es más gordo que el de otras muchachas cuando lo comparo) ($r= 0.1223$).

*El reactivo 9 (Mi familia cree que es mejor, o conveniente, ser delgado) con el 22 (Considero que el físico es una carta de presentación muy importante) ($r= 0.5114$).

*El reactivo 10 (Me da hambre, pero me aguanto o me limito porque quiero adelgazar) con el 28 (Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo) ($r= 0.3394$).

*El reactivo 12 (cuento las calorías o la cantidad de comida que como por recomendación médica) con el 17 (Estoy a gusto con la talla de ropa que uso) ($r= 0.2494$).

*El reactivo 15 (Me la paso contando cuantas calorías como al día) con el 17 (Estoy a

gusto con la talla de ropa que uso) ($r= 0.3373$).

*El reactivo 14 (Frecuentemente dejo de hacer alguna comida para no engordar) con el 28 (Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo) ($r= 0.3220$)

*El reactivo 14 (Frecuentemente dejo de hacer alguna comida para no engordar) con el 37 (En casa creen que es más fácil conseguir un buen novio si se es delgada) ($r= 0.5564$).

*El reactivo 13 (Comer chocolates, dulces, grasas o harinas de forma regular es muy dañino, te hace subir muchísimo de peso) con el 44 (En mi familia se valora mucho una figura estética) ($r= 0.3076$).

*El reactivo 18 (Ser gordita sería algo que no soportaría) con el 20 (A mis amigos les llaman la atención las muchachas delgadas) ($r=0.5677$).

*El reactivo 18 (Ser gordita sería algo que no soportaría) con el 22 (Considero que el físico es una carta de presentación muy importante en cualquier parte) ($r= 0.1040$).

*El reactivo 18 (Ser gordita sería algo que no soportaría) con el 23 (Se me antojan cosas de comer cuando veo sus anuncios en la T.V. o en revistas) ($r= 0.4449$).

*El reactivo 18 (Ser gordita sería algo que no soportaría) con el 24 (Me gusta poner atención a los remedios o consejos que dan en la t.v., radio o revistas para adelgazar) ($r=0.2122$).

*El reactivo 19 (Puedo llegar a ser una persona de éxito si tengo una buena figura) con el 24 (Me gusta poner atención a los remedios o consejos que dan en la t.v., radio o revistas para adelgazar) ($r= 0.5189$).

*El reactivo 21 (Cuando se es delgada, la gente te felicita o te elogia frecuentemente por lo

bien que te ves) con el 28 (Me siento satisfecha con la forma de mi cuerpo) ($r= 0.1512$).

*El reactivo 21 (Cuando se es delgada, la gente te felicita o te elogia frecuentemente por lo bien que te ves) con el 43 (He tenido críticas o burlas en mi familia cuando subo de peso) ($r= 0.549$).

*El reactivo 22 (Considero que el físico es una carta de presentación muy importante en cualquier parte) con el 43 (He tenido críticas o burlas en mi familia cuando subo de peso) ($r= 0.5766$).

Las correlaciones significativas entre los reactivos del Cuestionario de Hábitos Alimenticios y los datos demográficos fueron las siguientes:

*Con una R de Pearson=0.1598, se correlacionaron el hecho de que la adolescente pertenezca a una familia nuclear y que este de acuerdo con el reactivo 37 (En casa creen que es más fácil conseguir un buen novio si se es delgada).

*Se correlacionó el hecho de que la adolescente encuestada sea la primogénita o la menor, con el hecho de que reportara estar de acuerdo o completamente de acuerdo con el reactivo de que en sus familias noten que está subiendo de peso ($r=0.4299$).

*El hecho de que la adolescente prefiera comer en sus casas acompañada de su familia, se correlaciona con que reportara estar de acuerdo o completamente de acuerdo en el reactivo 16 (En la casa se hacen bromas acerca de las personas obesas) ($r=0.2325$).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

*Cuando una adolescente considera que la gente la felicita o la admira por ser delgada (reactivo 21), se correlaciona con el hecho de que en su familia noten cuando engorda ($r=0.4706$).

*El hecho de que las familias de las adolescentes noten que éstas incrementan su peso, se correlacionó con el hecho de que reportaran estar de acuerdo o completamente de acuerdo con el hecho de que en sus familias les hacen bromas o burlas (reactivo 43) ($r=0.3027$).

*El que las chicas hayan reportado que prefieren comer en sus casas con su familia, se relaciona con el hecho de que les agrade la idea de ser extremadamente delgadas (reactivo 2) ($r=0.5240$).

*Se correlaciona el que las adolescentes hayan reportado que prefieren comer en sus casas con sus familias con el hecho de que no les guste la idea de subir de peso (reactivo 4) ($r=0.1564$).

*El que las chicas hayan reportado que prefieren comer en sus casas con su familia, se relaciona con que en sus familias consideren más conveniente el ser delgado (reactivo 9) ($r=0.1925$).

*Se correlacionó que las adolescentes reportaran que prefieren comer en sus casas con sus familias con el hecho de que estén a gusto con la talla de ropa que usan (reactivo 17) ($r=0.2325$).

*El hecho de que las adolescentes no soporten la idea de ser gorditas (reactivo 18) se correlacionó con que reportaran que prefieren comer en sus casas con sus familias

($r=0.2601$).

*Se correlacionó ($r=0.3097$) el hecho que las adolescentes estuvieran completamente de acuerdo o solo de acuerdo con el reactivo 21 con el hecho de que prefirieran comer en sus casas, con sus familias.

*El que las chicas hayan reportado que prefieren comer en sus casas con sus familias se correlacionó con el hecho de que en su familia se valore el contar con una figura estética (reactivo 44) ($r=0.1104$).

*El hecho de que la adolescente considere que está pasada de peso se correlaciona con el hecho de que haya tomado en los últimos tres meses la decisión de realizar una dieta para reducir su peso ($r=0.3585$).

*Se correlacionó que la adolescente considere que está pasada de peso con el hecho de que utilice de manera frecuente un producto para adelgazar ($r=0.2150$); y de manera específica, se correlacionó con el hecho de que este empleando pastillas para adelgazar ($r=0.1587$).

Las correlaciones entre los datos demográficos y el Cuestionario de Desórdenes alimenticios se presentarán posteriormente.

Cuestionario de Desórdenes Alimenticios

Con los reactivos que integran este instrumento se realizaron correlaciones con R de Pearson para obtener relaciones entre reactivos y el coeficiente de confiabilidad del instrumento con Alpha de Cronbach con una $P=0.05$.

El coeficiente de confiabilidad para el Cuestionario de Desórdenes Alimenticios, es de 0.6995 con una $P=0.05$. Los reactivos menos consistentes de este instrumento fueron el 1, el 5, el 6, el 11, el 12, el 13, el 15, el 16, y el 27 (ver tabla 20 en el Anexo B) porque todos ellos puntuaron por debajo del 0.20 en la correlación reactivo-total; por lo que dichos reactivos se analizaron con reserva dada su importancia para el objetivo de la investigación y algunos, se descartaron.

Los porcentajes de respuestas de las adolescentes encuestadas por reactivo de este instrumento se muestran en la tabla número 21 y entre los más relevantes podemos citar los siguientes: al 42.6% de las adolescentes les gusta comer con otras personas algunas veces, mientras que al 15.5% de ellas manifiesta que no les gusta comer con otras personas (reactivo 1).

El 21.1% de las entrevistadas suele preparar frecuentemente comida pero ellas no la comen (reactivo 2).

El 88.0% de las chicas nunca se ponen nerviosas cuando se acerca la hora de comer (reactivo 3).

A un 27.5% de las adolescentes algunas veces les da miedo llegar a pesar demasiado (reactivo 4).

El 1.6% de las chicas manifestó que vomitan después de ingerir sus alimentos (reactivo 7).

El 2.4% de las adolescentes reportó que tienen ganas de vomitar cuando han terminado de ingerir sus alimentos (reactivo 28).

El 3.6% de las chicas reportó que se sienten culpables después de haber comido siempre que ingieren algo de comer (reactivo 8).

El 34.7% de las chicas entrevistadas realiza ejercicio con el fin de quemar calorías (pregunta 9).

Un 28.7% de las adolescentes reportó que se pesan varias veces al día (reactivo 10).

El 12% de las encuestadas expresó que come diferentes alimentos todos los días (reactivo 11).

El 33% de las adolescentes reportó tener ciclos menstruales regulares (reactivo 12).

Un 19.1% de las chicas encuestadas reportó que tienen de manera constante estreñimiento (reactivo 23).

El 12.0% de las chicas expresó que las demás personas (familiares o amigos cercanos) consideran que están demasiado delgadas (reactivo 13).

El 18.3% de las adolescentes reportó que siempre disfruta el comer en un restaurante.

El 11.2% de las encuestadas reportó que siempre disfruta el comer nuevos platillos (reactivo 27).

Al 23.5% de las chicas siempre les preocupa tener grasa en exceso en el cuerpo (reactivo 14).

El 16.8% de las adolescentes encuestadas toma laxantes o diuréticos (reactivo 17).

El 21.9% de las encuestadas reportó que siempre procuran comer alimentos sin azúcar (reactivo 18).

Un 18.4% de las chicas reportó que come de manera frecuente alimentos dietéticos

(pregunta 19).

Un 8.0% de las adolescentes reportó que consideran que los alimentos están controlando sus vidas (reactivo 20).

El 10.8% de las encuestadas expresó que notan que los demás las presionan para que incrementen su ingesta de alimentos (pregunta 21).

El 3.2% de las chicas reportó que siempre se preocupan por la cantidad ingesta de alimentos que realizan (reactivo 22).

El 10.4% de las adolescentes siempre se comprometen a realizar dietas para disminuir su peso (reactivo 25).

Las correlaciones significativas al nivel del 0.05 entre reactivos fueron las siguientes:

*Se correlacionó el reactivo 2 (Preparo comidas para otros pero yo no las como) con el 3 (Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas) ($r= 0.2448$).

*El reactivo 21 (Noto que los demás me presionan para que coma) se correlacionó con el 2 (Preparo comidas para otros pero yo no las como) ($r= 0.3012$).

*El reactivo 22 (Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de las comidas) se correlacionó con el reactivo 2 (Preparo comidas para otros pero yo no las como) ($r=0.534$).

*Se correlacionó el reactivo 11 (Cada día como los mismos alimentos) con el 4 (Me da mucho miedo pesar demasiado) ($r= 0.419$).

*El reactivo 14 (Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo) con el reactivo 3 (Me

pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas) ($r=0.1414$).

*El reactivo 3 (Me pongo nerviosa cuando se acerca la hora de las comidas) se correlacionó con el 19 (Como alimentos dietéticos) ($r=0.1355$).

*El hecho de que una adolescente reporte que toma laxantes y purgantes, se correlaciona con el hecho de que vomite después de haber ingerido sus alimentos (reactivos 17 y 7, $r=0.4070$).

*Se correlacionó el reactivo 10 (Me peso varias veces al día) con el reactivo 20 (Siento que los alimentos controlan mi vida) ($r=0.5476$).

*El reactivo 11 (Cada día como los mismos alimentos) se correlacionó con el reactivo 14 (Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo) ($r=0.1251$).

Por otra parte, las correlaciones encontradas entre algunos de los reactivos del Cuestionario de Desórdenes Alimenticios y los datos demográficos, fueron las siguientes:

*Se correlacionó el hecho de que las adolescentes consideren su peso como inadecuado con que respondieran que siempre o frecuentemente en el reactivo 8 (Me siento muy culpable después de comer) ($r=0.6057$).

*Se correlacionó el que las adolescentes reporte que su cuerpo era exageradamente gordo con que respondieran siempre o frecuentemente en el reactivo 9 (Hago mucho ejercicio con el fin de quemar calorías) ($r=0.4119$).

*El hecho que las adolescentes reportaran que prefieren comer en su casa con su familia, se correlacionó con el hecho que respondieran siempre o frecuentemente en el reactivo

10 (Me peso varias veces al día) ($r=0.4202$).

*Se correlacionó que las chicas reportaran que les gusta comer en su casa con su familia, con que respondieran siempre o frecuentemente en el reactivo 17 (Tomo laxantes o purgantes) ($r=0.4613$).

*El hecho que las adolescentes respondieran siempre o frecuentemente en el reactivo 19 (Como alimentos dietéticos) se correlacionó con que reportaran preferir comer en sus casas con sus familias ($r=0.1236$).

Finalmente, entre los resultados cualitativos más importantes cabe destacar que de las 251 adolescentes, 61 (el 24.3%) escribieron o agregaron algo más en el espacio asignado para ello.

La gran mayoría de ellas escribían que les había gustado la introducción dada por la experimentadora, que la presentación y preguntas de los instrumentos eran claros y se comprendían fácilmente, que les llamaba la atención las preguntas de los instrumentos porque se referían a acciones o pensamientos que ellas tenían constantemente, o bien que se les preguntaban cosas que ellas realizaban de común y no habían notado que tal vez no eran tan obvias para los demás.

Es importante mencionar que los comentarios de 24 chicas que expresaron a la

experimentadora que deseaban adelgazar, que llevaban años realizando dietas para reducir su peso, o bien que estaban tristes, desesperadas y enojadas por estar pasadas de peso y en consecuencia, no ser tan populares como las chicas más delgadas, proporcionan gran información acerca de sus cogniciones e importancia que tiene para ellas el contar con una figura delgada. También dentro de estos comentarios estaban aquellos en donde las chicas pedían consejos para adelgazar o los datos de algún psicólogo que pudiera ayudarles a bajar de peso.

De manera particular, en dos grupos de dos de las secundarias (Secundaria 6 y 301), se atendieron a dos adolescentes que buscaban de manera desesperada orientación para solucionar lo relativo a conductas de tipo bulímico y de tipo anoréxico restrictivo que han estado presentando a lo largo de los últimos 6 meses. La orientadora escolar de una de las adolescentes también buscaba algún sitio en donde se pudiera canalizar a la chica y la otra quería que se le brindara atención porque aún y cuando pesaba 40 kgs. y medía 1.60 mts. quería adelgazar más para ser aceptada en un concurso de belleza para adolescentes.

CAPITULO V

Discusión

Aún y cuando los datos obtenidos en la presente investigación pueden brindar mucha información acerca de algunos de los factores psicosociales que pueden intervenir en el desarrollo de conductas de tipo anoréxico o bien, de anorexia en adolescentes mexicanas; es pertinente mencionar que los factores analizados en la presente investigación pueden ser materia de posteriores trabajos en los que se realice un análisis de cada uno de ellos de manera extensa, o bien pueden ser materia de un estudio posterior en el que se valide el instrumento de Hábitos Alimenticios, ya que éste es únicamente un estudio exploratorio.

Con base en los datos obtenidos a través de la prueba de Alpha de Cronbach, podemos concluir que el **Cuestionario de Hábitos y Actitudes relacionadas con la Anorexia**, tiene una confiabilidad suficiente (0.8555 con una $p=0.05$) como para ser empleado como instrumento auxiliar en la detección de algunas actitudes asociadas a conductas de tipo anoréxico o bien que permita la detección de actitudes propias del cuadro de conductas típico de la anorexia y para hacer réplicas de la presente investigación. Las puntuaciones que se obtienen al emplear este instrumento deberán ser interpretadas considerando que las más altas indican una presencia más establecida y continua de las conductas y cogniciones anoréxicas y que las puntuaciones más bajas indican una predisposición casi nula o poco probable a la presencia y el desarrollo de dichas conductas.

Con respecto al **Cuestionario de Desórdenes Alimenticios**, es preferible dosificar su uso, porque su confiabilidad dista bastante del mínimo requerido (0.6965 con una $p=0.05$), y los datos que arroja no pueden ser considerados como confiables; por lo que convendría realizar una investigación dirigida únicamente a adaptarlo para el uso con la población mexicana y validarlo.

Ahora bien, respecto a los resultados obtenidos con las 251 adolescentes mexicanas y su relación con el modelo predictivo planteado podemos concluir que:

Las edades en las cuales se pueden obtener mayores datos acerca de los trastornos alimenticios es entre los 13 y los 17 años de edad, además de que es relevante el grado de estudios que cursa la adolescente de la cual se pretende obtener información acerca de sus actitudes. Esto es, que para una chica que cursa el primer o segundo año de Secundaria, aún no es tan relevante todo lo relacionado a su figura o a su tipo de cuerpo y sus hábitos alimenticios, como lo es para una chica en el último grado de secundaria o para una que cursa un nivel medio superior de educación.

Los datos obtenidos acerca de este hecho en la presente investigación concuerdan con lo planteado por diversos autores como Toro y Villardell, (1987); Flores, (1991); Raich, (1994); y Gamer, (1997) sobre el hecho que es a partir de los 12 años y medio que se puede presentar la anorexia, puesto que coincide con la entrada total a la etapa adolescente; y con el hecho de que la anorexia suele presentarse en mujeres que cuentan

con estudios por arriba del promedio registrado en su país (Raich, 1994). En este caso en particular, las chicas que cursan el segundo año de Secundaria y de manera muy especial, el Bachillerato o la educación media superior están por arriba del promedio de estudios calculado para nuestro país (en el que generalmente, se considera como promedio de educación el 2o. o 3er. año de Educación Media Básica) y fue en los niveles más elevados en los que se encontraron las puntuaciones más altas (entre 195 y 175 puntos, con 27 casos) en el Cuestionario de Hábitos Alimenticios .

De acuerdo con los datos obtenidos en la investigación y con el tamaño de la muestra empleada en la misma, se puede concluir que la presencia y desarrollo de un trastorno alimenticio, no tiene una relación directa con el estatus socioeconómico de la familia de la adolescente, ni con el número de miembros que la componen. Esto es, que contrariamente a lo planteado por Schütze (1983) y Flores (1991), los datos obtenidos indican que la presencia de los trastornos alimenticios no es exclusiva de familias de estatus socioeconómico alto, ya que a últimas fechas se han generalizado también a los estatus socioeconómicos medio bajo y medio medio (que fueron los estatus a los que pertenecieron las 251 adolescentes encuestadas) y que de igual forma, como lo ha planteado Raich (1994) se han generalizado a países subdesarrollados que mantienen una relación de intercambio económico, social y cultural constante con países de occidente altamente desarrollados, como sería los intercambios que México mantiene en diversos rubros con el extranjero (de manera específica con E.U.A).

Por otra parte, los resultados obtenidos muestran, como ya lo habían planteado Vandereycken, Castro y Vanderfein (1991), que la presencia de la anorexia y de otros trastornos alimenticios no tienen una relación directa con el número de miembros que integran a una familia, ni con el tipo de estructura familiar con que cuentan o con el lugar dentro de la estructura fraterna que ocupa la encuestada o la persona que padece el trastorno alimenticio. Tal vez dentro de la presente investigación, pudiera parecer que las hijas primogénitas y las hijas menores son las adolescentes que pueden puntuar más alto en el Instrumento (entre 195 y 180 puntos) y en consecuencia, desarrollar un trastorno alimenticio; pero lo que sucedió en este estudio fue que un gran porcentaje de las adolescentes encuestadas eran hijas primogénitas y menores (57.7%) y su suma es superior a la suma de los demás porcentajes del lugar ocupado por las demás adolescentes dentro de la estructura fraterna (ver tabla no. 5). De hecho, la correlación entre ambas variables fue muy bajo ($r=0.01187$ con $P=0.05$) y por ello no se puede considerar que el lugar dentro de la estructura fraterna sea un determinante para la presencia o desarrollo de un trastorno alimenticio.

Es necesario mencionar como un dato relevante, el hecho de que dadas las condiciones socioeconómicas y culturales del país, la manutención ya no está únicamente a cargo del padre de familia, sino que de manera más frecuente las madres también participan en ella (13.9% de las madres de las adolescentes se encargan de la misma), al igual que los hermanos de las adolescentes (0.8%). Lo cual habla implícitamente de un cambio en los

roles y estereotipos genéricos y en las percepciones y cogniciones que los miembros de la familia tienen alrededor de los mismos y de cuál debería ser su propio rol a desempeñar. Estos cambios, pueden en gran medida, tal y como lo ha mencionado Raich (1994), tener relación con una presencia más frecuente del complejo de "superwoman", porque las chicas se exigen a sí mismas un gran cúmulo de éxitos y de perfección hacia lo que realizan, al igual que el medio se los exige, y en consecuencia, esta situación actúa como un factor predisponente a un trastorno alimenticio.

Autores como Toro y Villardell (1987) o Raich (1994) han mencionado que el hecho de las adolescentes mantengan un alto grado de involucramiento en actividades tanto de tipo físico como extra escolares o recreativas, es una de las características definitorias de la anorexia y le han denominado "hiperactividad", con la cual las adolescentes contarían con una de las formas más efectivas para incrementar el gasto calórico. Bajo esta consideración, se esperaría que, dado que en la presente investigación sólo una mínima parte de las chicas encuestadas lleva a cabo actividades extraescolares (64 de las 251 adolescentes), el porcentaje o la tendencia de adolescentes que puntuaron alto en el Cuestionario de Hábitos Alimenticios hubiese sido mínima y por lo tanto no se podrían haber detectado casos en los que es evidente que se está desarrollando o se presenta un trastorno alimenticio.

Pero por el contrario, sólo un 25.5% de las chicas reportó estar involucrada en alguna

actividad de ese tipo, y comparativamente, 114 de las 251 adolescentes obtuvieron puntuaciones altas en el instrumento (entre 195 y 180 puntos). Es por ello que se considera que para al menos la muestra empleada en la investigación las afirmaciones de dichos autores no resultan válidas.

Esto puede deberse al hecho que la muestra de la investigación no es comparativamente tan grande como las muestras de los estudios realizados por Toro y Villardell (1987) o Raich (1994) en España, y a que las características socioculturales de las muestras juegan papeles muy importantes, ya que en nuestra sociedad la realización de ejercicio físico como una práctica cotidiana para mantener la salud y una buena figura no se lleva a cabo de manera muy extendida y a que el involucrarse en actividades recreativas es una práctica que en el país está dirigida a las clases media alta y alta, clases a las cuales no pertenecieron las adolescentes que integraron la muestra de la investigación.

En cambio, se pudo encontrar que el incremento del peso se controla y disminuye en las adolescentes encuestadas de maneras muy diferentes tales como: evitar los carbohidratos (66.6% de las adolescentes), realizar dietas (24.3% de las adolescentes encuestadas) y emplear productos para adelgazar (13.9% de las adolescentes) o laxantes y diuréticos (16.8%). De igual forma, el hecho de que una adolescente coma menos de los que tiene ganas de comer se relaciona con el que se preocupe por querer adelgazar (reactivos 3 y 5, $r=0.4487$ $P=0.05$), porque una forma eficaz de no salir de control al comer es comiendo

menos y en consecuencia la preocupación por adelgazar puede ser más o menos controlada.

La información y publicidad transmitidas a través de los medios masivos de comunicación ejercen una gran influencia y determinan en gran medida a nuestra conducta, creencias y cogniciones (Bernal, 1993). Si consideramos que de las adolescentes encuestadas más del 85% leen revistas de forma cotidiana, y escuchan y ven televisión diariamente, se puede establecer que la percepción corporal de las adolescentes (ver tabla 14 del Anexo B) y sus cogniciones, creencias y valores alrededor de su figura se han establecido y que continúan desarrollándose con base en los parámetros y modas dictados por dichos medios. Como ejemplos pueden citarse los siguientes:

- Revisando una revista para adolescentes (Quince a Veinte, edición del mes de Marzo de 1997), dentro de sus artículos principales 5 de los 15 que componen la edición, se dedican a rubros relacionados con tener éxito, tanto con los chicos como entre las amigas, si se siguen ciertas actitudes, se emplean ciertos estilos de vestir y contando con una figura corporal esbelta y sana.

Existe una sección fija de preguntas y respuestas acerca de nutrición y dietas, y dado que se trata de un número previo a las vacaciones existe un artículo relativo a una dieta para *"limpiar y mejorar la figura, sin necesidad de morir de hambre"* (sic.). Los anuncios que promueven artículos para adelgazar son mínimos (3), pero los que promueven artículos de

belleza, ropa o accesorios empleando mujeres esbeltas dan un total de 18. Si consideramos que este es sólo una de las múltiples revistas que circulan diariamente, el sólo mencionar algunos de los títulos de algunos artículos de otras revistas citados en portada pueden brindar una idea de la cantidad de información relativa a modificar la constitución corporal que recibe quien lee revistas de manera frecuente:

- . "Guapísima de pies a cabeza, atrévete a cambiar" (Tú)
- . "Ovídote de las dietas, un método para no subir de peso" (Tú)
- . "Come todo lo que quieras , sin subir de peso" (Vanidades)
- . "Los secretos de belleza de Pamela Lee, todo para estar guapísima y en forma" (Cosmopolitan)
- . "Baja de peso ya! La dieta que te permite comer de todo y mejorar tu figura" (Vanidades)
- . "Quitate peso de encima, tips para bajar de peso" (15 a 20)

- En un horario de las 16 a las 19 horas, de lunes a viernes, se pueden escuchar en una estación elegida al azar (Alpha Radio, 91.3 F.M.) 4 cortes de comerciales cada 15 minutos en promedio. Dicho corte incluye 5 anuncios en promedio, lo cual da un total de 72 comerciales en tres horas y 360 comerciales a la semana, escuchando sólo por tres horas diariamente el radio. Los anuncios que más frecuentemente se escuchan son los relativos a escuelas de Inglés o computación como opciones para superarse, los de la elección de línea telefónica, los de las ofertas en los supermercados, los relativos a la elección de AFORES y los de revistas juveniles y conciertos de artistas.

- En la televisión, en el horario de 19 a 21 horas los anuncios que pasan con mayor frecuencia son: los de un producto para adelgazar (pastillas), los de un aparato para ejercitar abdomen y perder peso, los relativos a productos de belleza (shampoo, desodorante, maquillajes, tintes, jabones y cremas), los que anuncian tiendas de ropa y los que presentan la programación de el canal que está transmitiendo. En ese período de 2 horas, el anuncio de pastillas, pasa un promedio de 9 veces, en tres formatos diferentes, pero en todos se muestran las bondades de las pastillas para reducir el peso o la talla. Estos anuncios, tienden a confundir de sobremanera a quienes lo ven, porque el reducir el peso, no significa estrictamente que se reduce la talla de ropa que se usa y en viceversa, el reducir de talla no implica reducir al mismo tiempo el peso.

Esto tiene como consecuencia que las percepciones y cogniciones de las adolescentes se vean influidas y hasta cierto punto distorsionadas porque no cuentan con la figura que es la más solicitada. Basta con mencionar que de las 251 adolescentes encuestadas, el 65.7% afirmó que les gustaría contar con una figura similar a la de las artistas de t.v. o al de las modelos de revistas. Como resultado de dicha influencia, también el 47.7% de las chicas están insatisfechas con la forma de su cuerpo o no soportarían ser gorditas ($r=0.379$ $P=0.05$). Esto es, que se correlaciona el hecho de que las adolescentes deseen contar con una figura atractiva, con considerar que contar con un cuerpo que no coincide con los modelos es algo insostenible (magnificación de estímulos) y con los medios de comunicación con lo que está en constante contacto.

Como se ha mencionado, Bandura (1986), considera que el proceso de autorregulación se lleva a cabo de manera tan automática que a veces es imperceptible para la propia persona. Por ello, es poco común que se tenga conocimiento de cuando cierta información se integra a nuestras cogniciones. En el caso de la información que las adolescentes obtienen respecto a las figuras socialmente aceptadas y a los remedios que pueden ayudarlas a conseguir dichas figuras de medios como las revistas, de la televisión y en menor medida, de la radio; es aún menos perceptible dicha asimilación. Esto es porque la repetición de dicha información es continua y, la regularidad es, de acuerdo con Bandura (1986) una de las principales condiciones que facilitan el proceso de juicio: cuanto más escuchamos, vemos o repetimos cierta información más fácilmente puede formar parte de los estándares o creencias propias. Una adolescente que ve dos horas diarias a la semana la televisión está recibiendo 14 horas de información, que siendo procesada tomándola como parámetro de lo que es o está bien aceptado socialmente, da como resultado que se modifiquen las creencias o valores para que correspondan con los estímulos del medio.

En consecuencia, cuando dicha información ya puede considerarse como una parte del Locus de Control Externo, viene la autorreacción que es el autoreforzamiento a las creencias y valores o bien, a las conductas dirigidas a que el propio cuerpo se mantenga en cierto peso o lo disminuya.

En relación a este rubro, en un estudio reciente Garner (1997), interrogó acerca de su percepción corporal a 4000 personas (3452 mujeres y 548 hombres) a través de un cuestionario que apareció en la revista Psychology Today, encontrando que el impacto que ejercen los medios de comunicación sobre las personas afecta de manera más profunda a aquellas que están a disgusto con su cuerpo y a quienes son más pesadas o llenitas que el ideal presentado en dichos medios: el 67% de las mujeres explicaron sentirse inseguras acerca de su cuerpo cuando en dichos medios veían a mujeres que contaban con cuerpos musculosos o bien formados o ante mujeres delgadas; 7% consideró que el ver a dichas mujeres hacía que ellas quisieran bajar de peso y otro 45% explicó que les hacían sentirse enojadas o resentidas porque ellas no podían contar con un cuerpo similar y la parte de su cuerpo que más ponían a juicio porque no correspondía con los modelos mostrados en los medios de comunicación era el abdomen, el cual funcionaba como un parámetro para establecer que tan lejos del cuerpo ideal estaban. Estos datos, coinciden con el hecho de que en la presente investigación, muchas chicas comen menos de lo que tienen ganas de comer con el fin de parecerse a las modelos de revistas y t.v. (reactivos 5 y 7 $r=0.2078$ $P=0.05$) pero dicha disminución de ingesta representa uno de los pasos principales para llegar a un trastorno alimenticio; ya que algunas personas son por naturaleza de constitución corporal más grande que otras y aún y cuando se empleen un sinnúmero de tratamientos para adelgazar no se puede ir en contra de la fisonomía, y en la sociedad actual se sobrestima el valor de la imagen, sin considerar que no todo el mundo puede acceder a esa imagen ideal.

De acuerdo con los datos obtenidos, se observó que para las adolescentes, el ser gordita resulta algo insoportable porque atenta, precisamente, contra la imagen que los medios y la sociedad han dictado como la imagen que debe tener una adolescente (ver figura número 21, Anexo B); y por lo tanto este hecho puede actuar como un factor precipitante (crítica constante al cuerpo e influencia sociocultural) para un trastorno alimenticio, o de manera específica para la presencia de la anorexia.

Las chicas invierten gran parte de su tiempo en buscar nuevas formas para adelgazar porque ser gordita es algo insoportable (reactivos 8 y 18, $r=0.3573$ $P=0.05$) o bien poniendo atención en los consejos que brindan los medios de comunicación para adelgazar (reactivos 18 y 24, $r=0.4449$ $P=0.05$); ya que una forma para no subir de peso, es precisamente, contar con las herramientas (consejos y remedios) que permitan controlar el peso. Es decir, que las chicas que están más o menos satisfechas con su peso recurren a todo lo que está a su alcance para mantenerse o bajar. Estos datos únicamente sirven para confirmar lo expresado por Raich (1994), quien explica que los trastornos alimenticios se presentan con mayor frecuencia en aquellas mujeres que tuvieron un "turbulento pasado de gordita" o que bien tienen tendencia a elevar su peso.

El hecho de que se correlacionen reactivos como el 3 (Me preocupo por querer adelgazar) con el 22 (Considero que el físico es una carta de presentación muy importante) ($r=0.1564$ $P=0.05$) se explica porque si una adolescente no cuenta con la figura ideal, puede ver

coartadas las expectativas de logros tanto a nivel profesional, como personal; ya que ellas están conscientes que sus amigos y en futuro, los novíos se inclinan a preferir a las chicas delgadas o con una figura no "gordita", y para ello comienzan a llevar cabo diferentes tácticas que les permitan controlar su peso. Estas cogniciones son producto de la información obtenida a lo largo del tiempo y en los medios de comunicación, en los que se enfatiza que quienes han alcanzado el éxito tanto a nivel profesional como personal son figuras que cuentan con una buena apariencia física, dejándose de lado aspectos de mayor relevancia como lo son el ser profesional, el contar con una sólida preparación y el trabajar constantemente en lo que se desea; ya que existen figuras exitosas que no son promovidas en dichos medios y que no necesariamente cuentan con figuras estéticas (Raich, 1994).

Para lograr el objetivo de conservar, alcanzar o minimizar el peso corporal y en consecuencia la figura, las adolescentes emplean diversos métodos, muchos de ellos que son dafinos para el bienestar físico como lo son el hecho de no realizar alguna o algunas comidas en el día, el comer menos de lo que tienen ganas de comer o en el peor de los casos consideren a los carbohidratos y grasas como elementos sumamente dafinos para la salud, todos estos aspectos se ven correlacionados en diversos grados con los hechos de que las adolescentes se preocupen por querer adelgazar ($r=0.246$ $P=0.05$); con que les desagrade la idea de ser "gorditas" ($r=0.379$ $P=0.05$); o que deseen ser extremadamente delgadas ($r=0.1183$ $P=0.05$). Por lo que estas pueden ser consideradas

como sólo algunas de las cogniciones que explicarían la presencia de ciertas conductas anoréxicas en las adolescentes; si bien estas acciones al considerarse aisladamente podrían calificarse como acciones sin consecuencias para la salud, insertándolas en el modelo predictivo de la anorexia, a la larga pueden actuar como factores precipitantes del trastorno alimenticio, ya que de manera gradual se van influyendo en la disminución de la ingesta de alimentos y se inhibe el apetito.

Por otra parte, la realización de dietas y el tomar medicamentos para bajar el peso son prácticas comunes entre las adolescentes que integraron la muestra, 61 de las 251 están siguiendo dieta, mientras que 35 toman medicamentos o algún tipo de producto para adelgazar. Es necesario recordar que la realización de dietas es uno de los factores predisponentes para un trastorno alimenticio y que son únicamente la primera escalada hacia dicho trastorno (Raich, 1994). De acuerdo con los datos obtenidos, el que una adolescente considere que está pasada de peso es un factor que determina que realice una dieta ($r=0.3585$ $P=0.05$) o bien que ingiera algún producto para adelgazar ($r=0.2150$ $P=0.05$), pero el hecho de sentirse pasada de peso a estar realmente pasada de peso es muy diferente y el tomar la decisión de realizar una dieta es una decisión sencilla en cierta medida, pero los criterios bajo los cuales se establece o se lleva dicha dieta no es algo que se pueda decidir sin contar con los conocimientos necesarios para evitar dañar la salud. Dado que las adolescentes encuestadas son muy jóvenes (en promedio 14 años y 5 meses), es necesario pensar en qué medida su salud va ser afectada a largo plazo si

continúan empleando dichos métodos para controlar su peso; ya que además de los daños a nivel fisiológico, sus cogniciones y percepción corporal se ven dañadas en gran medida. Si dichas consecuencias no son atendidas, pueden afectar gravemente su salud como adultas y si se atienden pero no adecuadamente las consecuencias pueden ser igualmente graves, porque un mal manejo médico puede desarrollar o mantener un trastorno alimenticio.

Mención aparte merece lo relacionado con la iatrogenia como un factor mantenedor de la anorexia, que es una consecuencia del inadecuado manejo médico. En México aún no existen estudios que analicen profundamente que tipo de tratamiento proporciona el médico a los trastornos alimenticios.

Únicamente se puede mencionar que dentro del Instituto Nacional de Nutrición, se intenta dar un manejo multi e interdisciplinario, pero estadísticamente son pocos los casos que pueden ser atendidos ahí (Flores, 1991).

Sin embargo, es un hecho innegable, que para muchos médicos, el desconocimiento de las principales manifestaciones de un trastorno como la anorexia o la falta de un manejo terapéutico adecuado, provoca que el daño fisiológico se atribuya a otro tipo de padecimientos, se ignore el daño físico o se trabaje únicamente en hacer ganar peso a la adolescente, sin modificar o trabajar sobre las cogniciones o problemas psicológicos que

están generando o manteniendo el problema.

Finalmente, otro de los factores del modelo predictivo sobre el cual se encontraron datos interesantes dentro de la investigación, es la familia. Es necesario recordar, que la familia es considerada como la estructura fundamental sobre la cual se desarrolla el individuo y sobre la cual se establece una sociedad (Espinosa, 1990). Es en ella donde se recrean las creencias, los valores, las necesidades y distorsiones culturales, y los modelos de relación entre las personas. De igual forma, la familia es el modelador del individuo, es dentro de ella, donde se construyen las cogniciones alrededor de la persona misma y acerca de sus capacidades y limitaciones.

Actualmente, las familias que componen la sociedad son de estructuras muy variadas, y como ya se ha mencionado anteriormente, éstas o el número de integrantes de la familia no son determinantes para la aparición y desarrollo de un trastorno alimenticio. Sin embargo, el elemento de mayor importancia en este rubro, es el tipo de relaciones, mensajes e interacciones que las adolescentes establecen con la gente con quienes viven, ya sea su familia sanguínea o no, y el cómo son valoradas dentro de la familia la información que se recibe y las mismas actitudes y comportamientos de cada uno de sus miembros.

De acuerdo con los resultados obtenidos, en muy común que dentro de las familias de las

adolescentes se hagan burlas alrededor de las personas pasadas de peso (en el 29.5% de las familias de las adolescentes) o bien se les critique o se burien de ellas si están pasadas de peso (26.3%, ver figura número 22 en el anexo B), lo cual tendría una doble implicación: además de estigmatizar a las personas con mayor peso, se está transmitiendo un mensaje a las adolescentes de que si engordan ellas pueden ser también blanco de burlas, bromas y críticas más fuertes.

Se correlacionó el hecho de que en las familias se considere más adecuado ser delgado o se valora en exceso una figura estéticamente agradable, con el hecho de que las adolescentes consideren que el físico es una carta de presentación muy importante ($r=0.5114$ $P=0.05$) porque como se ha mencionado es en la familia donde construyen las creencias valores y cogniciones, y si una adolescente está recibiendo el mensaje de que es mejor ser delgado, se establece la asociación de que la gente puede ser valuada por el físico y en consecuencia es la carta primordial de presentación más que las creencias, valores o sentimientos. De igual forma, se correlacionó el hecho de que la adolescente considere que su peso es exagerado con que se sienta culpable después de comer ($r=0.6057$ con $P=0.05$), lo cual se explica porque cognitivamente el sentirse gorda, hace que al ejecutar cualquier conducta se lleve a cabo una operación de autorreferencia, sintiéndose en consecuencia culpable porque al comer se puede incrementar el peso. En consecuencia, las adolescentes no quieren subir de peso y ponen en acción estrategias para no subir de peso o dirigen sus metas en relación a su imagen, más que enfocarse a sus capacidades para lograrlas.

El hecho de que se correlacione que las chicas que prefieren comer en sus casas con sus familias con que coman productos dietéticos ($r=0.1236$ con $P=0.05$) o empleen laxantes o diuréticos ($r=0.4613$ con $P=0.05$), se explica porque es en la intimidad familiar donde muchas de las actitudes, creencias, valores y acciones pueden ser salvaguardadas del exterior. Es mucho más cómodo para una adolescente comer en su casa y emplear sus productos dietéticos o laxantes, con la seguridad que nadie externo va a estarle preguntando porque los emplea o señalándole que pueden ser dañinos para su salud.

Por otra parte, el hecho que las hijas primogénitas o menores reportaran que en ellas notan en sus casas que están subiendo de peso y que se correlacionara con que prefirieran comer en sus casas ($r=0.4299$ con $P=0.05$), tiene nuevamente, que ver con que la gran mayoría de las adolescentes ocupaban dichos lugares en la estructura fraterna (57.7%) y que generalmente en la gran mayoría de las familias, los miembros centrales con los primogénitos y los menores y son los miembros de los cuales la familia está más pendiente, contrariamente a lo que sucede con las hijas de en medio ("sandwich") o con las hijas penúltimas.

Sin embargo, dado que en la presente investigación se han presentado dos correlaciones similares que involucran la variable del lugar que la adolescente encuestada ocupa en el subsistema fraterno, sería conveniente realizar un estudio en el que se empleen grupos con una cantidad de sujetos similar de hijas primogénitas, de en medio y menores, con el

fin de discriminar con exactitud si el lugar en la estructura fraterna tiene una relación directa con la presencia y desarrollo de un trastorno alimenticio.

La correlación existente entre el hecho de que las adolescentes que reportaron que prefieren comer en sus casas hayan respondido estar de acuerdo o completamente de acuerdo con el hecho de que les guste ser extremadamente delgadas ($r=0.5240$ con $P=0.05$), se relaciona porque, nuevamente es la familia quien llega a marcar cual es la figura más apreciada y como cuando una adolescente sube de peso, es quien con múltiples tácticas se los hacen saber (burlándose, criticándolas y limitando su ingesta) y hasta llegando a proporcionarle el remedio o método exacto para que "adelgacen", la familia se vuelve como una "instrumento de objetividad" que marcará con total exactitud y sin el afán de hacer sentir mal a la adolescente que su figura no está concordando con lo que debería de ser. Es importante resaltar que también gran parte de la información acerca de dietas y productos para adelgazar que consumen y/o realizan las chicas fue obtenida por las adolescentes que integraron la muestra de su familia y fue confirmada por lo que se menciona en los medios de comunicación. Las dos condiciones mencionadas, también tienen como consecuencia que al menor incremento de peso las adolescentes consideren el ser gordita como insoportable. Resulta entonces, que la familia es la principal fuente de críticas y parámetros para evaluar el físico y el cuerpo, y las adolescentes las toman como parámetros propios para calificarse a sí mismas y a los demás. Esto, implica que la información que las chicas reciben de sus familias, por ser

repetida constantemente, llega a formar parte sus cogniciones y posteriormente de su proceso de autorregulación de manera rápida, y al ser constantemente reforzada y autorreforzada se busque alcanzar los parámetros corporales más apreciados dentro de la sociedad. Además la repetición frecuente de dicha información está alterando gravemente la autoestima de las adolescentes, lo cual puede ser otro factor predisponente o precipitante para un trastorno alimenticio y a la larga puede ocasionar que la adolescente *dude de sus capacidades para llevar a cabo sus metas.*

Por otra parte, resulta necesario mencionar que también es la familia, la que proporciona a la adolescente información acerca de que figuras o físicos son los más apreciados en la sociedad. De manera muy especial cabe señalar que es en la familia, donde se enfatiza que tipo de muchacha es la que agrada más a los adolescentes (ver figura no. 23 del Anexo B) (correlación de familia nuclear con reactivo 37, $r=0.1598$ con $P=0.05$), lo cual implica que además de mantener cierto físico o estructura corporal, por ser estética; se busque alcanzarla para poder establecer relaciones amistosas o más profundas con el sexo opuesto y a la larga, que sea dicho parámetro el que determine si la adolescente cuenta con el "envase" y características necesarias para establecer una relación; dejando de lado, todo lo relativo a las cogniciones, valores y carácter de la adolescente como factores esenciales sobre los cuales se construye una relación.

El hecho de que sea en las familias nucleares donde se presenta esta característica, tiene

que ver con el hecho de que en las familias nucleares la atención entre y para cada uno de los miembros que la integran es menos difusa que la atención que se proporcionaría en una familia extensa o con un solo progenitor, y una vez que las hijas alcanzan la edad adolescente se hace mayor énfasis en las cuestiones de la búsqueda de pareja y en conseguirla de acuerdo a lo es más demandado en la sociedad.

Es necesario mencionar que las conclusiones presentadas están únicamente considerando los factores que intervienen en el camino para que se desarrolle o presente un trastorno alimenticio en adolescentes mexicanas, bajo el modelo predictivo propuesto en la presente investigación; y que el papel de la Psicología de la Salud en el rubro de los trastornos alimenticios además de ser de vital importancia, permitiría un manejo multidisciplinario del mismo.

Primeramente, la investigación alrededor de los mismos es muy amplia, no sólo en relación a la presencia del trastorno per se, sino a los estilos de vida que tienen relación con su presencia y a los factores que favorecen su desarrollo y su curso. Además, el trabajo de prevención y promoción que se puede realizar por medio de la misma, podría reducir en gran medida la frecuencia y gravedad de los casos; y permitir que tanto las prácticas de atención a los pacientes con estos trastornos como los ambientes de atención, estén centrados en una atención psicológica, conjuntamente con la atención médica.

Finalmente, es importante señalar que la gran mayoría de las correlaciones que se

obtuvieron entre los reactivos de ambos cuestionarios y los datos demográficos son muy bajas (por debajo del 0.5) lo cual puede deberse a múltiples factores entre los que pueden citar:

*En cuanto a la elección de la muestra no se contó con un grupo comparativo, lo ideal hubiese sido aplicar los cuestionarios a una muestra como la empleada y a otra de adolescentes anoréxicas, con el fin de observar las diferencias y establecer patrones de comparación muy específicos y sensibles entre ambos grupos.

*Aunado a lo anterior, los casos de adolescentes que puntuaron alto en ambos instrumentos (es decir, aquellas que podían ser considerados como casos del trastorno alimenticio, entre 195 y 180 puntos) se perdieron o se minimizaron al ser analizados, porque al realizar los cálculos de las medidas de tendencia central una parte importante de la información numérica se condensa y se vuelve difícil establecer las diferencias entre datos y algunos de ellos se pierden.

*También la falta de correlación entre los reactivos puede deberse a algún sesgo de los instrumentos o a la forma en que se redactaron las preguntas, por lo que convendría realizar una investigación posterior en donde el objetivo principal sea validar el Cuestionario de Hábitos Alimenticios.

*Por otra parte, el hecho de haber obtenido correlaciones entre variables débiles puede ser producto del que la muestra de la presente investigación, aún y cuando es representativa, no se compara en tamaño con las muestras empleadas en las diferentes investigaciones acerca de los trastornos alimenticios o acerca de las estandarizaciones de

Instrumentos para detectar los trastornos.

Sin embargo, aún y cuando las correlaciones obtenidas son muy pequeñas son significativas y válidas para la muestra empleada y únicamente en un estudio posterior, se podrán corregir las deficiencias del mismo y obtener datos que permitan comparan entre grupos (anoréxico vs. no anoréxico) y obtener correlaciones de mayor cantidad, y en consecuencia contar con datos cuantitativos que aseguren las relaciones entre las variables y reactivos del instrumento.

De igual forma, a través de investigaciones posteriores se puede trabajar en la validez del instrumento y aunque los datos y correlaciones obtenidas en la presente investigación no estaban dirigidas a obtener información acerca de la orientación del Locus de Control de las adolescentes, pueden ser un antecedente para investigaciones relacionadas con el tema, las cuales sería necesario llevar a cabo, con el fin de conocer que sucede con el Locus de Control de las adolescentes anoréxicas vs. el de no anoréxicas y establecer estrategias de intervención del trastorno apartir del conocimiento del mismo.

CAPITULO VI

Conclusiones

Como parte final del presente trabajo, se presentan a continuación las conclusiones y recomendaciones derivadas del mismo:

Es entre los 13 y 17 años que para la gran mayoría de las chicas que integraron la muestra, lo relacionado con la figura, el peso y la pérdida del mismo resulta de mayor interés y preocupación, teniendo como consecuencia que se realicen dietas o que se lleven a cabo conductas "anoréxicas".

De acuerdo con los datos obtenidos en la presente investigación, para que se presente el trastorno en sí (Anorexia) o algunas de sus conductas, no es necesario que las adolescentes pertenezcan a un estatus socio económico pre-determinado. Sin embargo, se considera conveniente realizar un estudio comparativo con una muestra mayor en la que se explore de manera específica la incidencia de la anorexia en estatus socio económico alto versus medio o bajo con población mexicana, para determinar con gran fidelidad estadística que el estatus socioeconómico no es per se un determinante para la presencia de los trastornos alimenticios.

De igual forma, en la presente investigación ni el lugar que ocupa la adolescente en el subsistema fraterno, ni la estructura familiar fueron determinantes para la presencia de las conductas anoréxicas o del trastorno; y únicamente, los estudios comparativos posteriores (incidencia en hijas primogénitas versus incidencia en hijas menores ó

incidencia en familias nucleares vs. familias con un sólo progenitor) con población mexicana podrán proporcionar información que confirme lo encontrado en el presente estudio.

Sin embargo, las variables que dentro de la presente investigación tuvieron una mayor relación (correlación) con la presencia de conductas anoréxicas o con el trastorno alimenticio fueron las cogniciones acerca de llegar a alcanzar una figura estética con base en la información que las adolescentes obtienen de sus familias y de los medios de comunicación.

Como ya se ha mencionado, la familia es la estructura social en la que se recrean y asimilan las creencias, valores y necesidades, entonces, sería conveniente subrayar la necesidad de que las relaciones, comunicación e interacciones de las adolescentes con las mismas conlleven retroalimentación positiva en cuanto a lo que la familia considera una figura corporal "aceptable"; ya que en aquellas familias en donde no se cuenta con integrantes que sean médicos o nutriólogos, no se puede tener acceso a los parámetros de salud y objetividad con los que se pueda determinar si una adolescente tiene o no el peso o figura adecuada a su estatura, a su estilo de vida y conveniente a su estado de salud física; y no únicamente emitir juicios o diagnósticos con base en que si lo que se ve concuerda con los modelos presentados en los medios de comunicación.

El hecho de que dentro de la familia no se cuente con la formación e información necesaria para hacer uso y/o recomendar productos para adelgazar (desde laxantes o diuréticos hasta fármacos), constituye un arma peligrosa, porque además de dañar y poner en duda la cogniciones de la adolescente en relación a su figura, se daña su bienestar físico y su equipo biológico, muchas veces con consecuencias graves en su desarrollo. En relación con este rubro, es necesario mencionar también al empleo de productos tipo "Light", que aún y cuando son promovidos mencionando sus "bondades", en realidad muchos de ellos sólo son una inversión poco útil, porque distan bastante de contener "Cero Grasa" y en realidad no proporcionan ni los nutrientes mínimos necesarios.

Tanto estas medidas para disminuir el peso como las relacionadas con conductas de control anoréxicas, tienen consecuencias en la salud de las adolescentes a corto y largo plazo. Esto es, que el ejercicio de las mismas determinará si las adolescentes requieren de atención médica y psicológica para atender lo relativo a el trastorno; también dicho ejercicio determinará sus futuros estilos de vida y hábitos, y en ocasiones, hasta la presencia y los cursos de desarrollo que tomen los padecimientos de tipo biológico que se presenten en la edad adulta.

Ahora bien, si se considera que la muestra empleada en la presente investigación fue representativa y que únicamente entre el 5.0% y 7.0% de las adolescentes que la

Integraron no suelen tener contacto con los medios de comunicación (televisión, radio y revistas); resulta que una gran proporción de las adolescentes encuestadas son bombardeadas constantemente con la información que transmiten los mismos, lo cual a la larga sirve como una base para que estructuren sus cogniciones, para que establezcan sus valores, creencias y parámetros, y que viéndose reforzados por lo que se maneja en sus familias; se establezca un círculo vicioso de cognición-conducta anoréxica, que se refuerza constante y dependientemente; y que lleva a que tanto las conductas anoréxicas como las cogniciones se integren a y rijan su estilo de vida.

Las implicaciones de este hecho son graves, ya que con la elaboración cognitiva de la información, las chicas dan mayor importancia a su figura y aquellas conductas que les permitan alcanzarla, sin considerar siquiera que un individuo es más que un empaque atractivo, que la autoestima no sólo está formada por la apariencia exterior y lo más importante, que no se puede medir y/o establecer únicamente con base en la constitución corporal. Dado que no se puede eliminar la influencia que tienen dichos medios, es importante que a través de la Psicología de la Salud se prevenga un hábito dañino de salud, el cual a su vez es un factor mantenedor de vital importancia: la realización de dietas para reducir de peso sin vigilancia médica; con el fin de las consecuencias negativas tanto en la salud física como en el bienestar psicológico se reduzcan al máximo.

Las estrategias para prevenir la incidencia y prevalencia de los trastornos alimenticios son

múltiples, si se considera que se pueden realizar bajo el marco de la Psicología de la Salud. Obviamente no se puede modificar e ignorar la información proveniente de los medios de comunicación, ni mucho menos las creencias y valores transmitidos dentro de la familia; pero se puede promover el análisis crítico de dicha información por parte de las adolescentes, la modificación de sus estilos de vida y alimentación para alcanzar la figura que desean sin dañar su salud, el empleo de programas de salud en donde las adolescentes puedan indentificar las cogniciones que sirven como antecedente para la ejecución de las conductas anoréxicas, pero en donde aprendan principalmente a autoestimarse y a dar énfasis a sus cualidades y no únicamente a autovalorarse en relación a un ideal de peso y talla. Dado que la anorexia es un trastorno que tiene su base en las cogniciones, es precisamente ahí donde se puede comenzar a romper el círculo vicioso de cognición-conducta anoréxica-que refuerza la cognición, y esto se puede únicamente alcanzar con el contacto directo con los grupos riesgo: las adolescentes y las adultas jóvenes.

Finalmente cabe señalar que la presente investigación puede considerarse novedosa en su tipo ya que dentro de la literatura alrededor del tema, las tesis profesionales y/o de maestría no son numerosas, y las existentes exploran temas relacionados con los trastornos pero bajo diferentes marcos teóricos; o bien se centran en la validación de los instrumentos españoles o estadounidenses relacionados con los trastornos alimenticios con población mexicana.

Considero que el número de estos trabajos ha ido aumentando a lo largo de los últimos 4 años porque se ha comenzado a prestar atención a los trastornos alimenticios, como un verdadero problema de salud y no únicamente como un grupo de trastornos exclusivo de la clase alta. Además, de manera muy especial la generación de dichos trabajos ha sido dentro de las instituciones superiores de educación, en donde a través de la iniciación temprana a la investigación se han realizado trabajos alrededor de rubros novedosos para nuestro país.

La característica de "novedosidad" de la presente investigación hace aún más relevante lo relacionado a las implicaciones y dificultades encontradas en la realización de la misma. Primeramente, es necesario trabajar más en la depuración y validación del instrumento, con el fin de contar con un instrumento realmente útil en la detección de conductas anoréxicas y del trastorno mismo, y que principalmente tenga validez. Dado que fue una investigación exploratoria, es necesario que se realicen posteriores investigaciones, con el fin de incluir una muestra de tamaño mayor y en donde se pueda comparar un grupo anoréxico vs. uno no anoréxico para que los datos obtenidos puedan generalizarse a la población mexicana; y de obtener datos que permitan analizar lo relativo a las variables de estatus socioeconómico, lugar en la estructura fraterna y tipo de familia en la incidencia y prevalencia de la anorexia.

La realización de la presente investigación no representó grandes dificultades, sin

embargo fue sorprendente el hecho de que no contar con un reporte estadístico de la Secretaría de Salud o de alguna institución similar en la que se llevara el control del número (aproximado) de casos de trastornos alimenticios en México.

REFERENCIAS

BACHRACH, L.K.; Katzman, D.K.; Litt, I.F.; Guido, D.; y Marcus, R. (1991) "Recovery from osteopenia in adolescent girls with anorexia nervosa". En: Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism. 72 (3) 602-606.

BANDURA, A. (1986) Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. E.U.A. Prentice Hall. Cap. 4 y 8

BAYES, R. (1979) Psicología y Medicina. Interacción, cooperación, conflicto. España. Editorial Fontanella. p.p. 9-14, 36-43, 54-62 y 79.

BERNAL SAHAGUN, V.M. (1993) Anatomía de la Publicidad en México. México. Editorial Nuestro Tiempo. 9a. ed. Cap. I y II.

BRUCH, H. (1992) "Anorexia Nerviosa". En: Jellife, E. F. P. y Jellife, D.B. (Editores) Adverse Effects of Foods. E.U.A. Plenum Press. p.p. 467-471

BUCHMAN, A.L.; Ament, M.E.; Weiner, M.; Kodner, A.; y Mayer, E.A. (1994) "Reversal of megaduodenum and duodenal dismotility associated with improvement in nutritional status in primary anorexia nervosa". En: Digestive Diseases and Sciences. 39 (2) 433-440.

CAMPO, A.J.; Tubau, M. y Olmo, T. (1992) Enciclopedia de la Psicología. Tomo II España. Océano. p.p. 187-190

CHANNON, S. y Wardle, J. (1991) "Eating Disorders". En: Scott, J.; Williams, J.M.G. y Beck, A.T. (Editores) Cognitive Therapy in clinical practice: an illustrative case-book. Inglaterra. Roffledge. p.p. 127-153

CHIPKEVITCH, E. (1994) "Brain Tumors and anorexia Nervosa Syndrome (Review)". En: Brain Development. 16(3) 175-179.

COOPER, M.J. y Fairburn, C.G. (1992) "Thoughts about eating, weight and shape in anorexia nervosa and bulimia nervosa". En: Behaviour Research and Therapy. 30 (5) 501-511.

Counseling Center Division of Students Affairs of State University of New York at Buffalo (1996) Eating Disorders. p.p.1-6

CRISPO, R.; Figueroa, E. y Guelar, D. (1994) Trastornos del Comer. Terapia Estratégica e Intervenciones para el Cambio. España. Herder. p.p. 35-70

ESPINOSA Salcido, R. (1990) El Ciclo Vital en Familias Mexicanas: Características Socioculturales y Estructura Familiar. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas. México. p.p. 138

FLORES Cabrera, Ma. E. L. (1991) Características Generales de las Madres con Hijas que padecen Anorexia Nervosa. Tesis de Licenciatura. Universidad Anahuac. México. Cap. I y II

GARNER, D. M. (1997) "The 1997 Body Image Survey Results" En: Psychology Today. 30 (1) p.p. 30-44 y 75-80.

GOLDEN, N.H. Kretzer, P. Jacobson, M. S.; Chasalow, F. I.; Schebendach, J.; Freedman, S. M., y Shenker, I. R. (1994) "Disturbances in Growth Hormone Secretion and Action in Adolescents with Anorexia Nervosa". En: Journal of Pediatrics. 125 (4). 655-660.

GONZALEZ Carbajal, E. (1988) Diagnóstico de la Salud en México. México. Trillas. p.p. 19, 44-47, 89-91, 93-95 y 108-109.

HALMI, K. A. y Sunday, S. R. (1991) "Temporal Patterns of Hunger and Fullness Ratings and Related Cognitions in anorexia and Bulimia". En: Appetite. 16 (3). 219-237.

PETERSON, L. (1995) "Special Series: Body Dissatisfaction, Binge Eating and Dieting as Interlocking Issues in Eating Disorders Research". En: Behaviour Therapy. 26, p.p. 1-4.

Psychiatry Start Team for de American Academy of Child and Adolescent (1996) Teenagers with Eating Disorders. E.U.A. 10 (2) p.p. 1-2

RAICH, R.M. (1994) Anorexia y Bulimia: Trastornos Alimentarios. España. Ediciones Pirámide. 150 p.p.

RAUSCH H., C. y Bay, L. (1990) Anorexia Nerviosa y Bulimia: Amenazas a la Autonomía. Argentina. Paidós. p.p. 24-93

RIBES Iñesta, E. (1990) Psicología de la Salud: Un Análisis Conceptual. España. Martínez Roca. 94 p.p.

SALDAÑA García, C. (1994) Trastornos del Comportamiento Alimentario. España. Fundación Universidad-Empresa. Cap. 5

SALINAS Rodríguez, J. L. (1995) El Psicólogo en Atención a la Salud. Tesis de Maestría. UNAM Campus Iztacala. México. p.p. 20-78.

SCHÜTZE, G. (1983) Anorexia Mental. España. Herder. Cap. I y II

SIMONE, G., Scalfi, L. Golderisi, M.; Celentano, A.; Di Biase, G.; Tammara, P.; Garofalo, M.; Mureddu, G.F.; De Divinitis, O.; y Contaldo, F. (1994) "Abnormalities in Young Women with Anorexia Nervosa". En: British Health Journal. 71 (3). 287-292.

STEINER, H. Smith, C; Rosenkranz, R.T.; y Litt, I. (1991) "The early care and Feeding of Anorexics". En: Child Psychiatry and Human Development. 21 (3). 163-167.

TORO, J. y Villardell, E. (1987) Anorexia Nerviosa. España. Martínez Roca. Cap. 1, 4 y 6.

VANDEREYCKEN, W.; Castro, C. y Vandertein, J. (1991) Anorexia y Bulimia. La Familia en su Génesis y Tratamiento. España. Martínez Roca. p.p. 9-30

WOODRUFF, P. W.; Morton, J.; y Rusell, G. J. (1994) "Neuromyopathic Complications In a Patient with Anorexia Nerviosa and Vitamin C Deficiency". En: International Journal of Eating Disorders. 16 (2). 205-209.

**ANEXO A
INSTRUMENTOS**

XII.4 Cómo te sentiste durante la realización de tu dieta? _____

XII.5 Después de hacer la dieta? _____

XIII Preferir comer: XIII.1 En casa, sola XIII.2 En casa con mi familia

XIII.3 En un restaurante, con otros. XIII.4 En un restaurante sola: XIII.5 Me da igual

XIII.6 En casa de mis amigas XIII.7 Otro (especifica)

XIV.1 Has tomado algún producto para adelgazar? No Sí

XIV.2 En caso de ser positivo, especifica cuáles? (tés, cereales, alimentos, pastillas, jarabes, etc.) _____

XIV.3 De dónde obtuviste información para emplear dicho producto? _____

XV. Mi familia nota inmediatamente cuando subo de peso, aunque sea un poco. No Sí

Si lo notan me lo hacen saber: XV.2 Con bromas XV.3 Con burlas

XV.4 Con regaños XV.5 Limitándome en lo que como.

XV.6 Dándome porciones más pequeñas de comida



Desees añadir algunos comentarios sobre el cuestionario o acerca de tí? _____

ANEXO B
FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

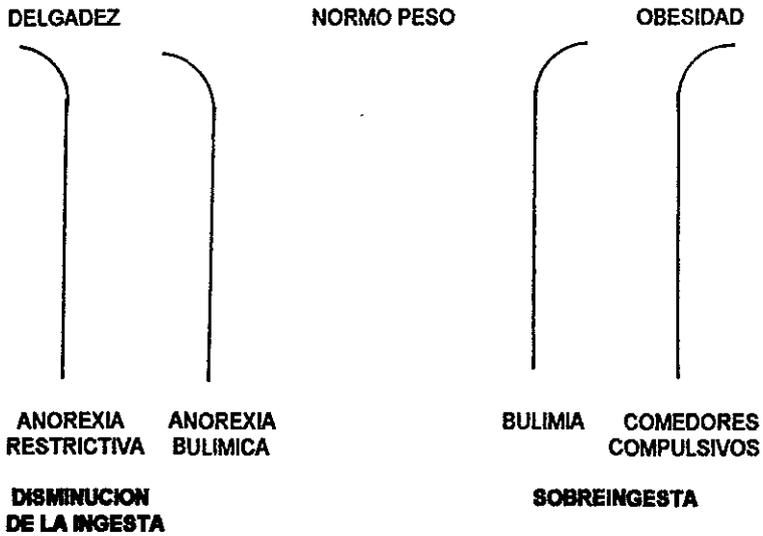


Figura número 1: Los trastornos alimenticios con base en la conducta de ingesta alimenticia. Tomado de Raich, 1994, p. 32

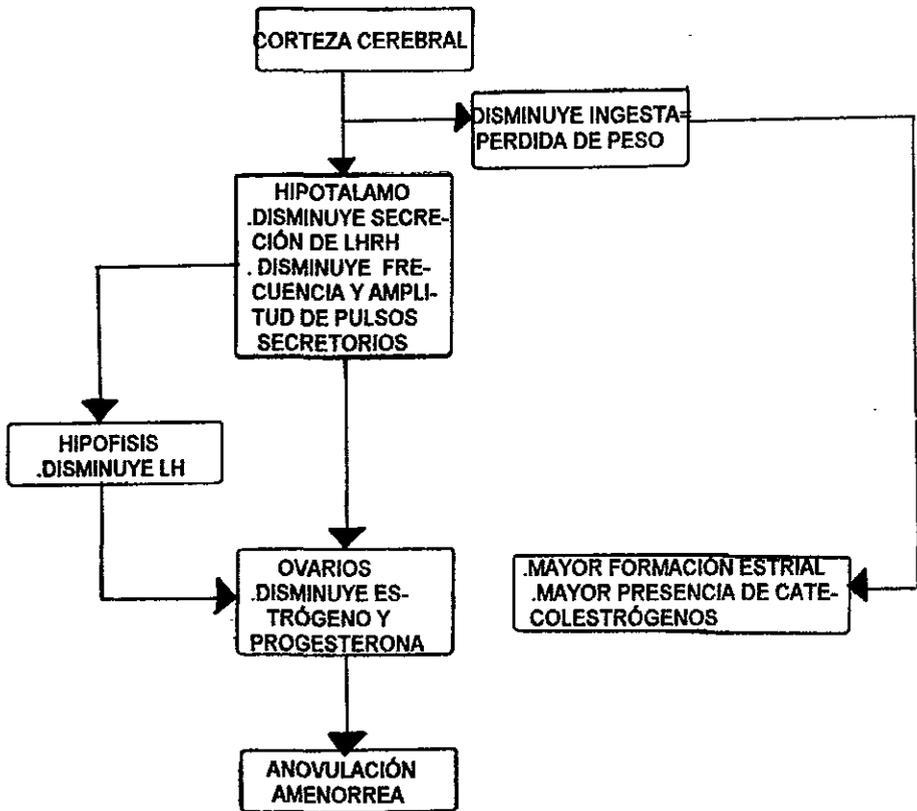


Figura número 2: Alteraciones del eje Hipotálamo-hipofiso-gonadal. Tomado de Toro y Villardell, 1987, p. 98.

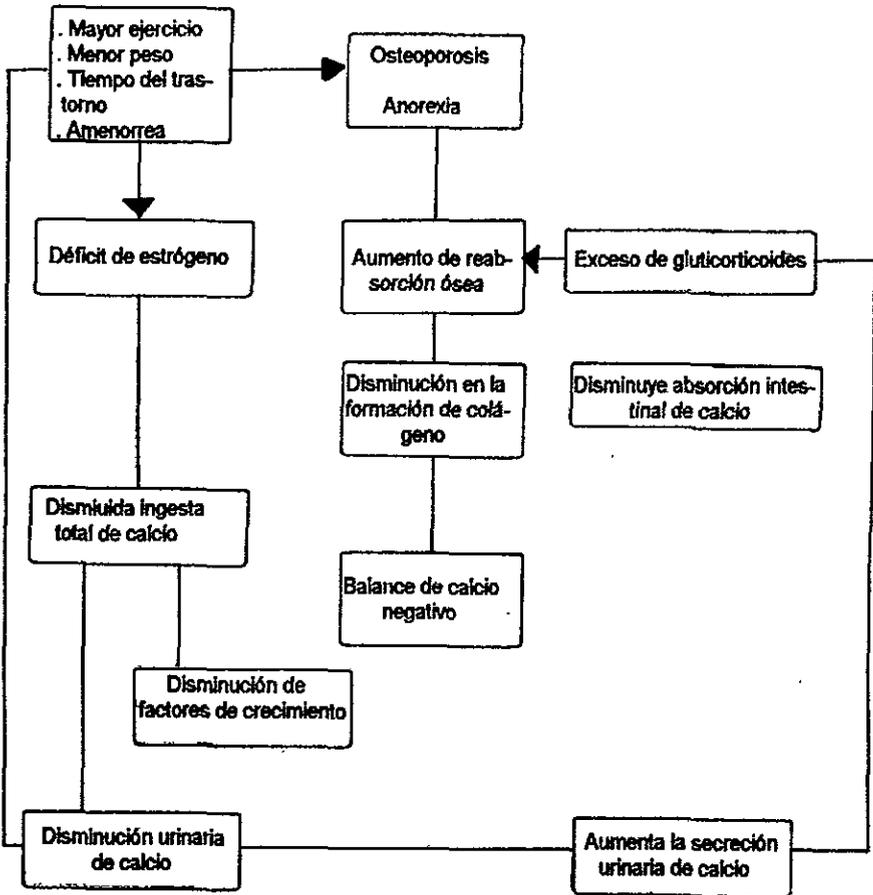


Figura número 3: Representación gráfica de los desbalances de calcio. Tomado de Toro y Vilardell, 1987, p. 88.

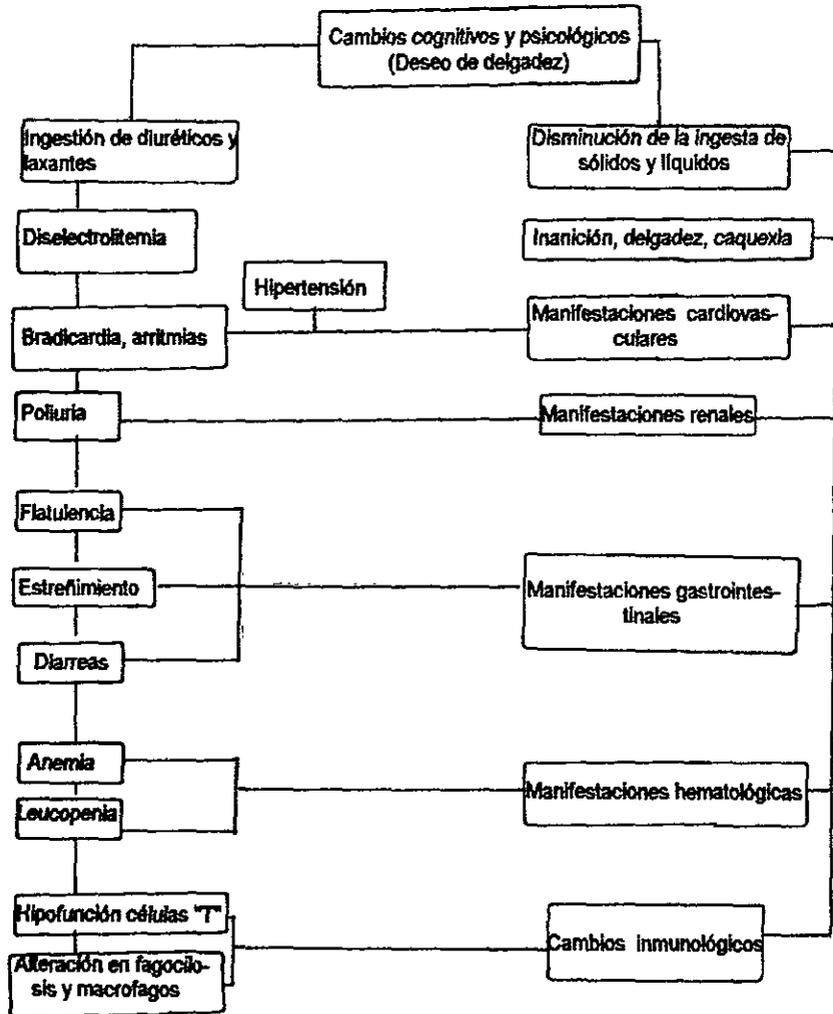


Figura 4: Trastornos fisiobiológicos causados por la anorexia. Tomado de Toro y Villardell, 1987, p. 74.

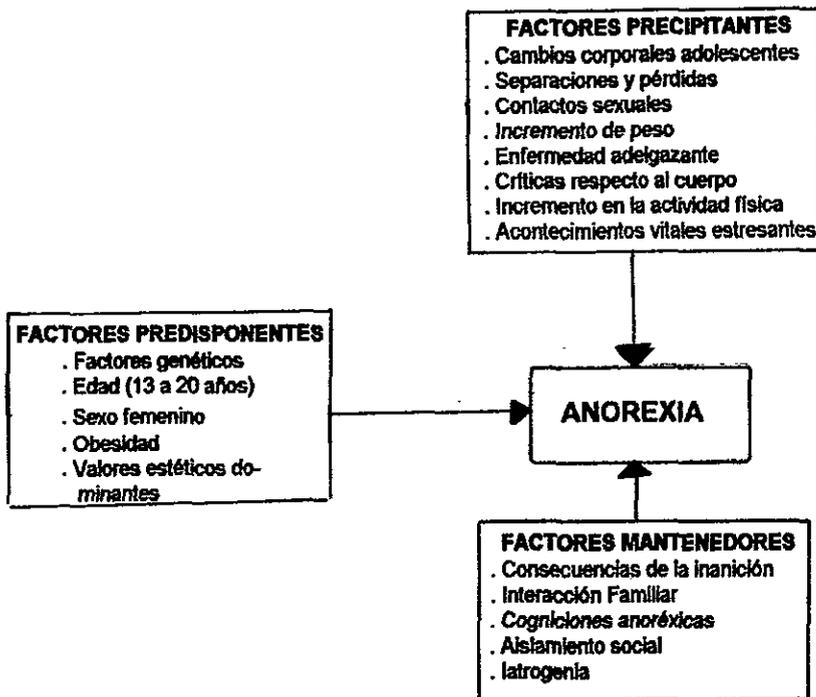


Figura número 5: Modelo explicativo de la anorexia de Toro y Villardell. Tomado de Toro y Villardell, 1987, p. 190.

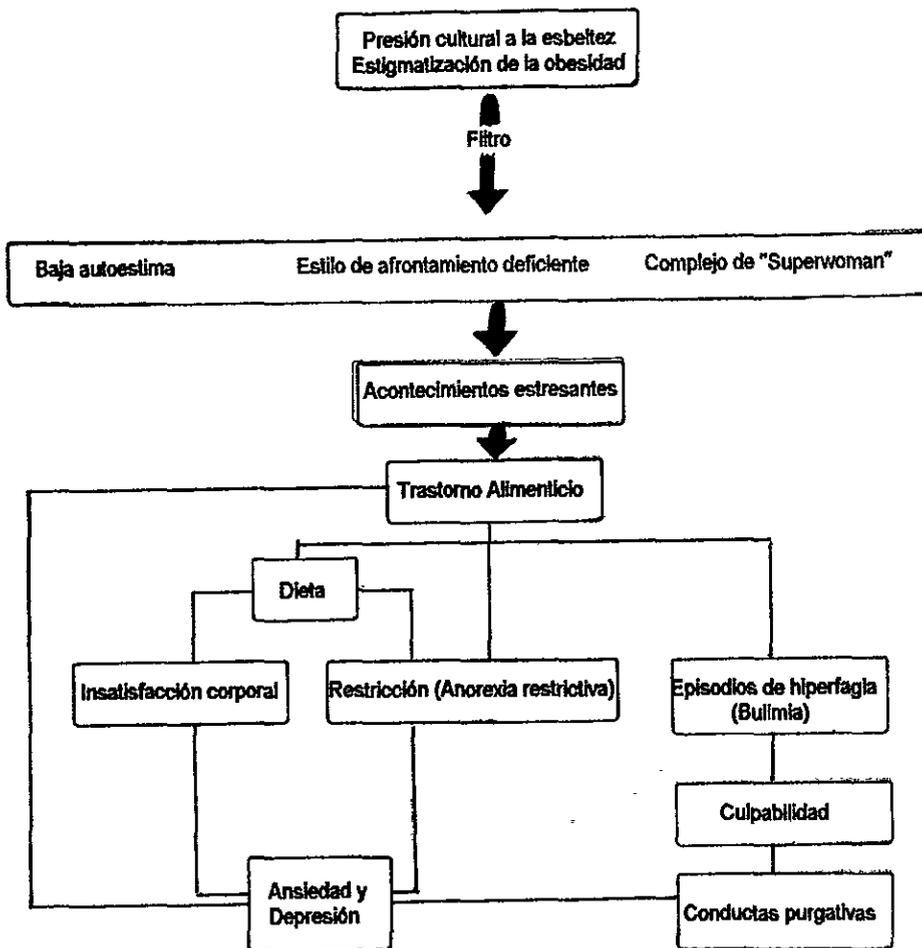


Figura número 6: Modelo explicativo de Raich. Tomado de Raich, 1994, p. 73.

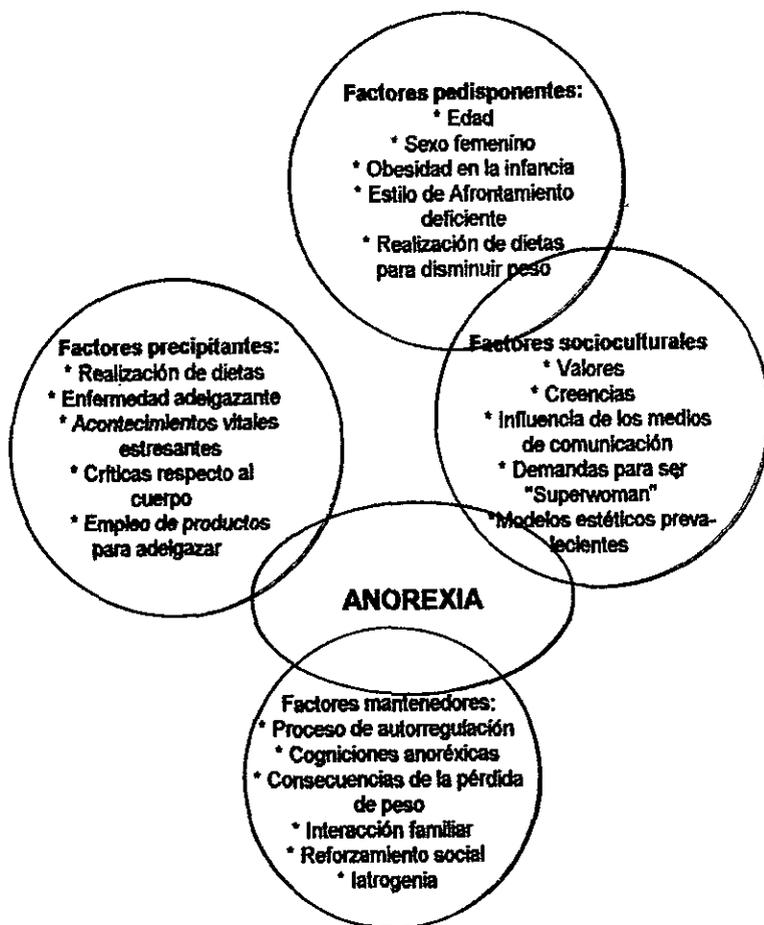


Figura número 7: Propuesta de modelo explicativo.

Distribución Porcentual del Grado de Estudios de las Adolescentes que integraron la Muestra

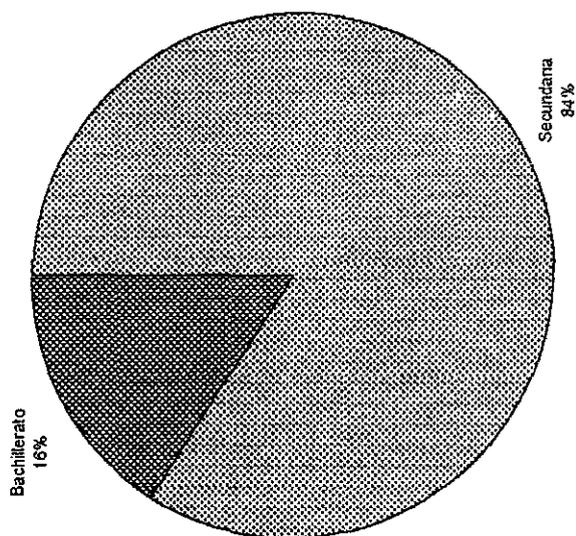


Figura 8. Escolaridad de las adolescentes que integraron la muestra.

Distribución Porcentual de las Edades de las Adolescentes Encuestadas

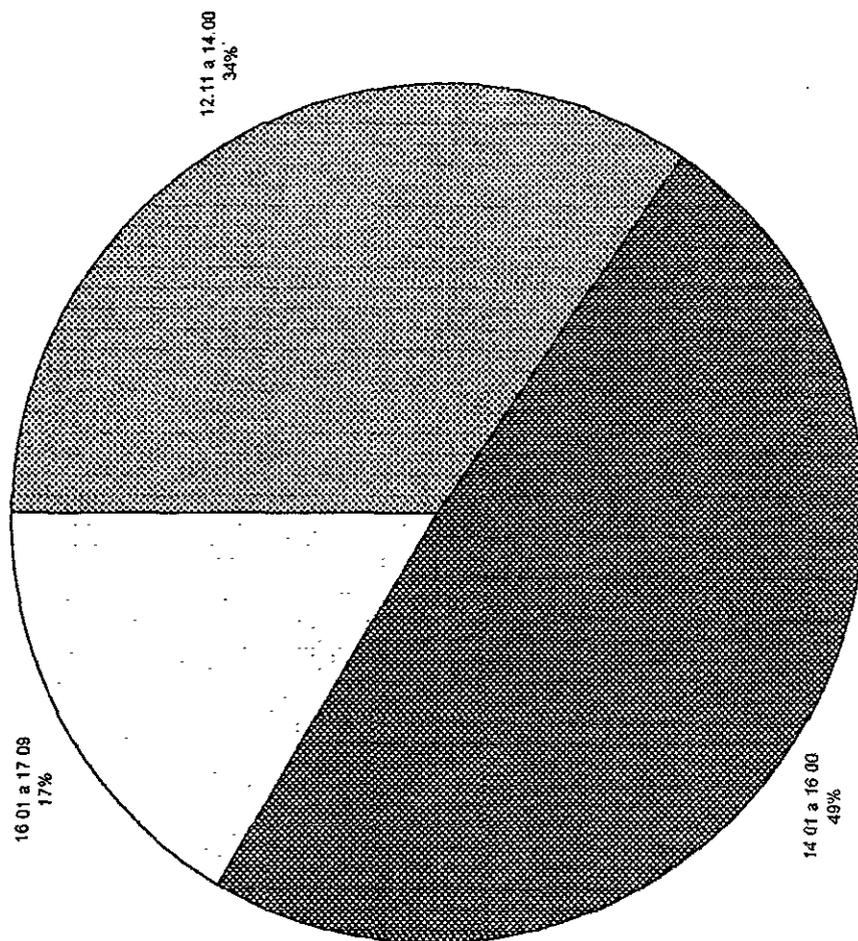


Figura 9. Edades de las adolescentes encuestadas.

Distribución Porcentual de las Zonas en que viven las Adolescentes Encuestadas

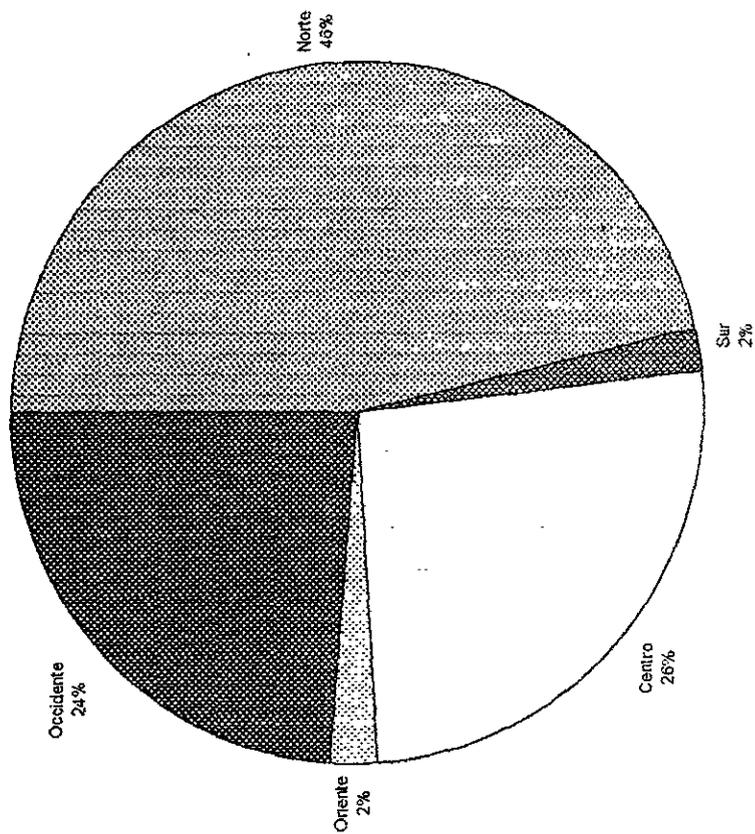


Figura 10. Zonas donde habitan las adolescentes de la muestra.

Tipo de Familia de las Encuestadas

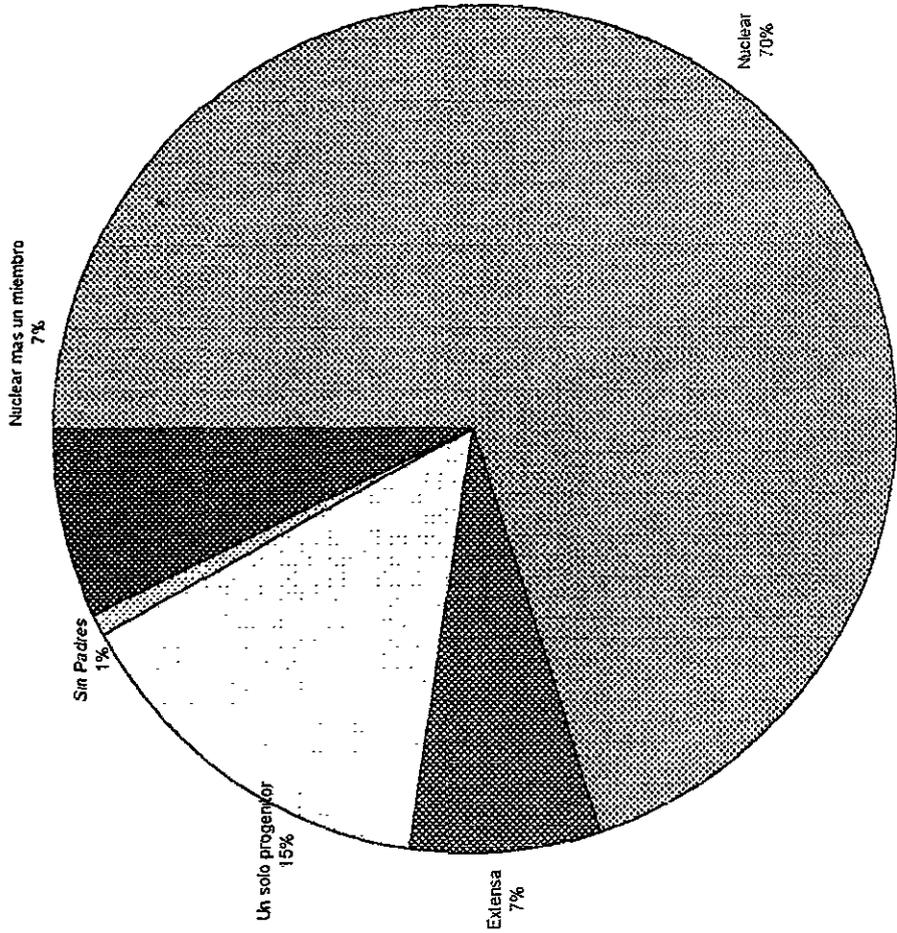


Figura 11. Estructuras familiares a la que pertenecen las encuestadas.

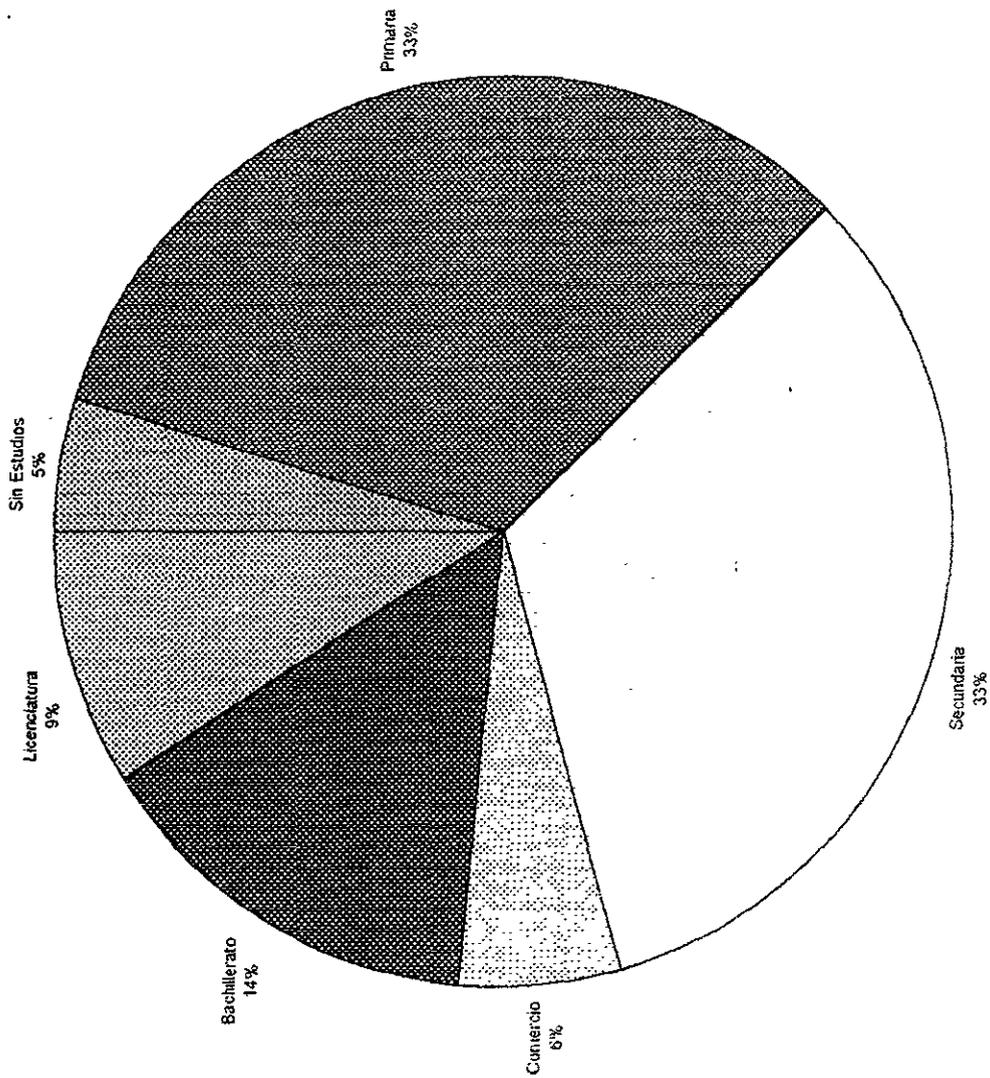


Figura 12. Grado de estudios de las madres de las adolescentes.

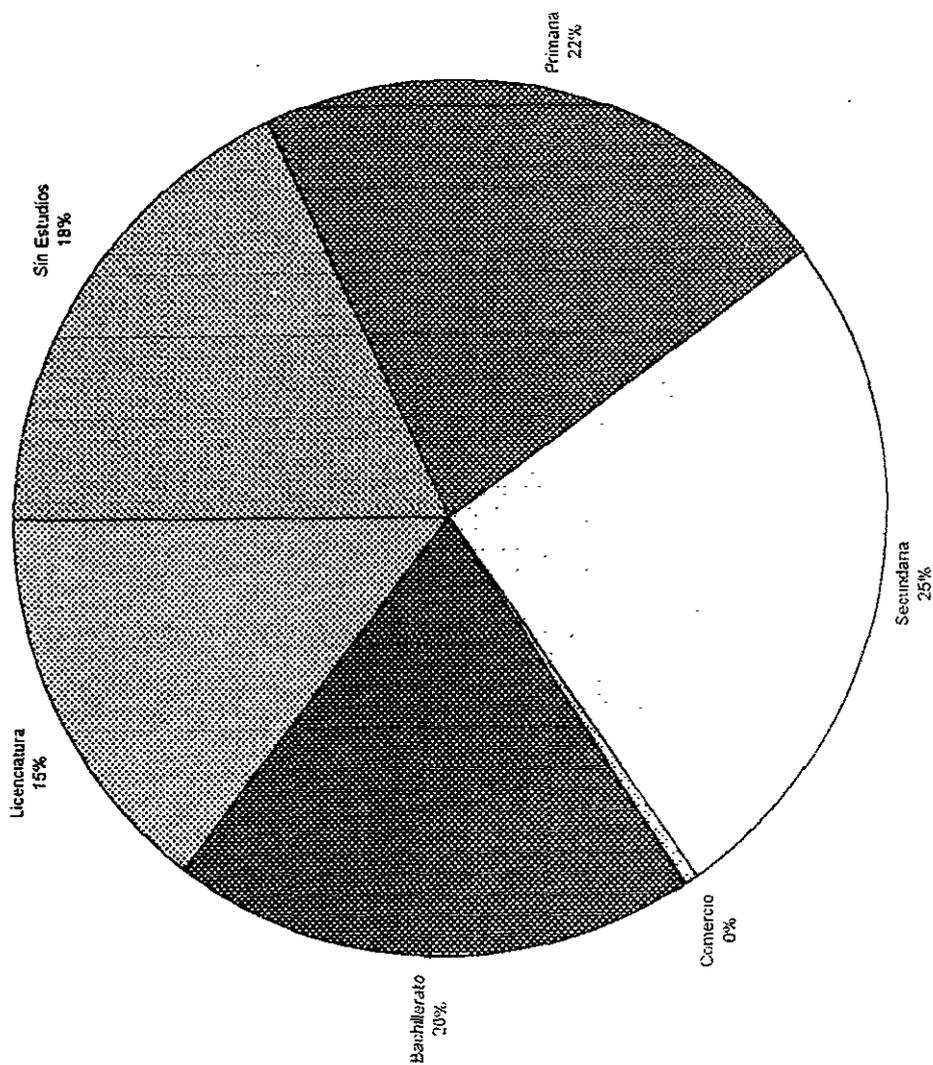


Figura 13. Grado de estudios de los padres de las adolescentes.

Distribución Porcentual de las Actividades Extraescolares que realizan las Adolescentes

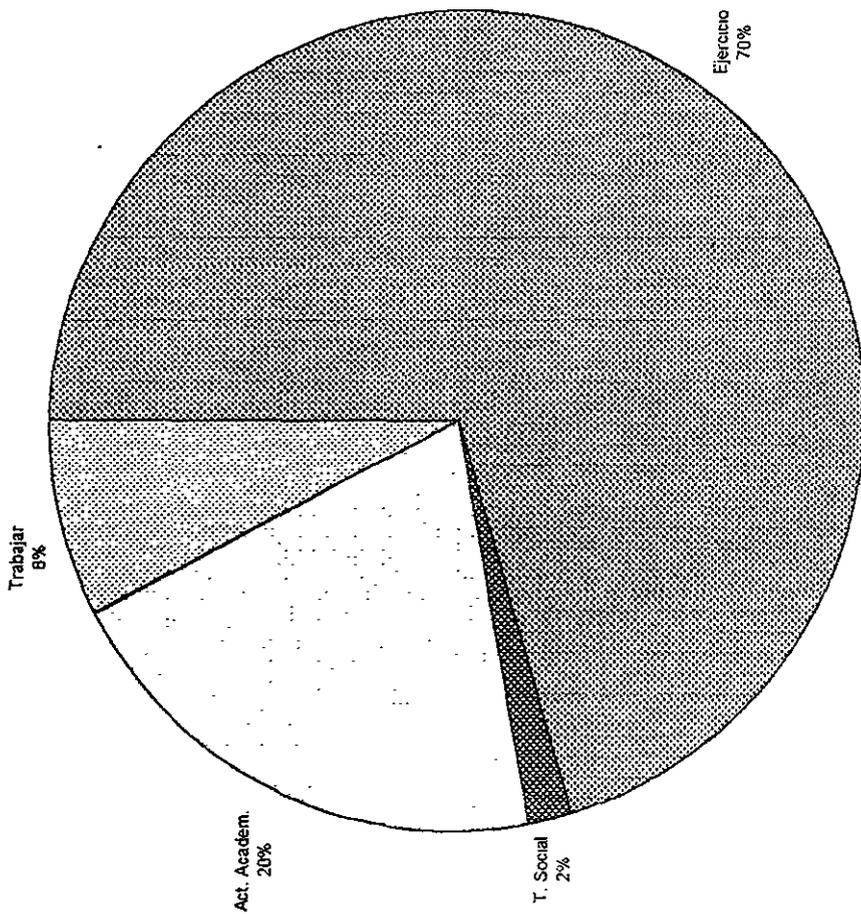


Figura 14. Actividades extra-escolares realizadas por las adolescentes.

Tipo de Revistas Leídas por las Adolescentes

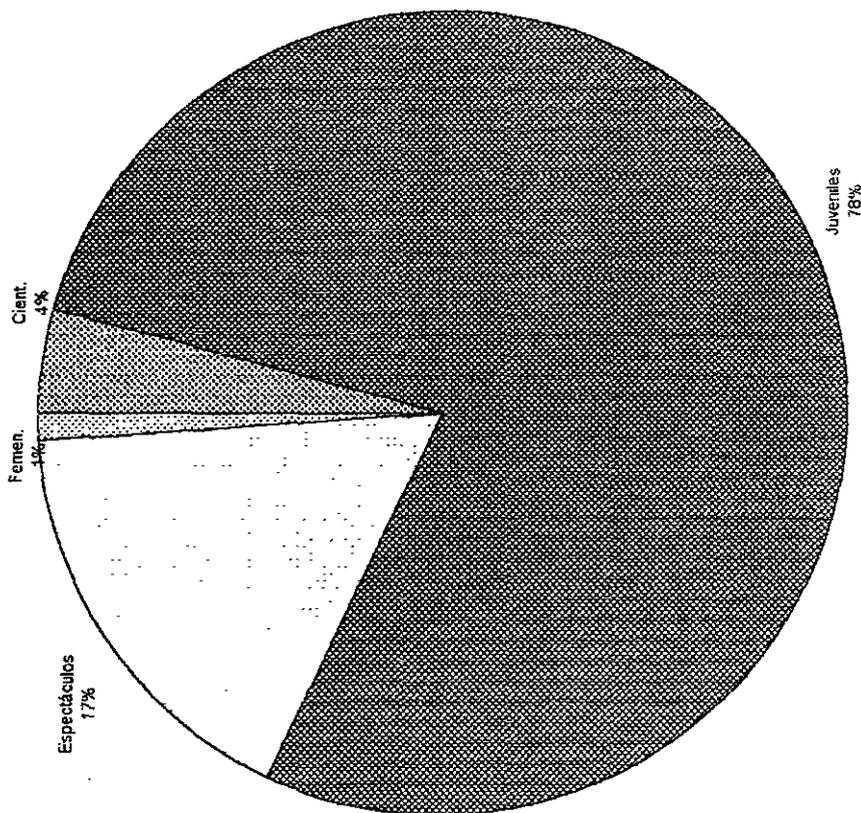


Figura 15. Tipos de revistas que leen las adolescentes encuestadas.

Distribución Porcentual de la Auto percepción de las Adolescentes

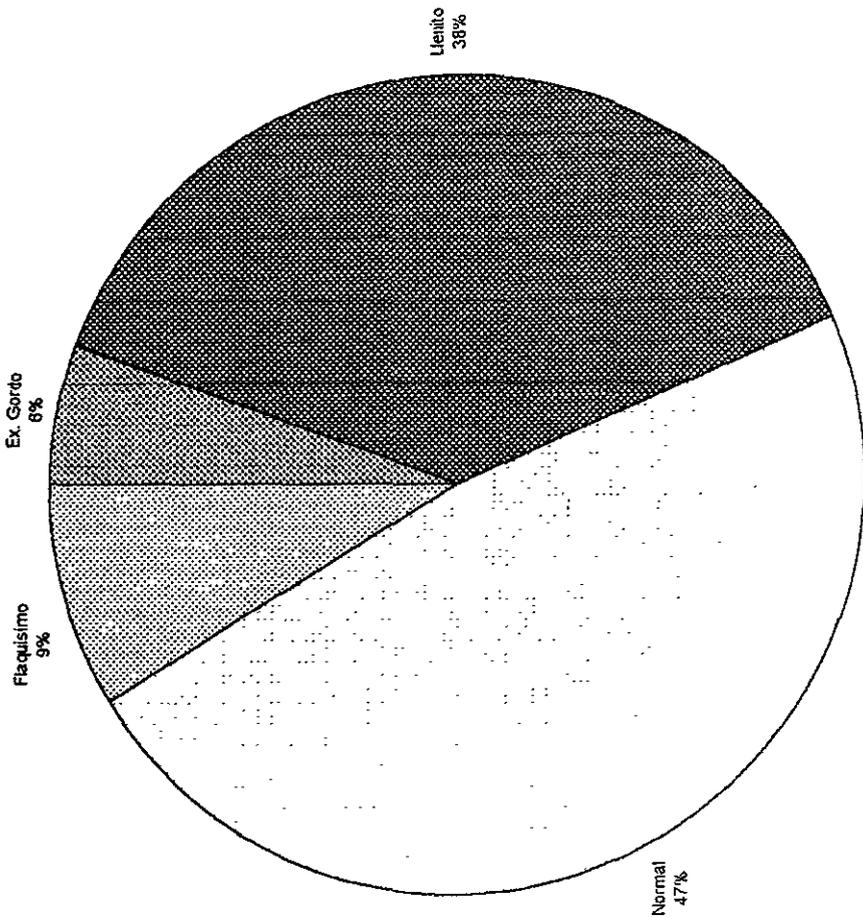


Figura 16. Auto percepción del cuerpo de las adolescentes.

Medios de donde obtuvieron dietas las adolescentes entrevistadas

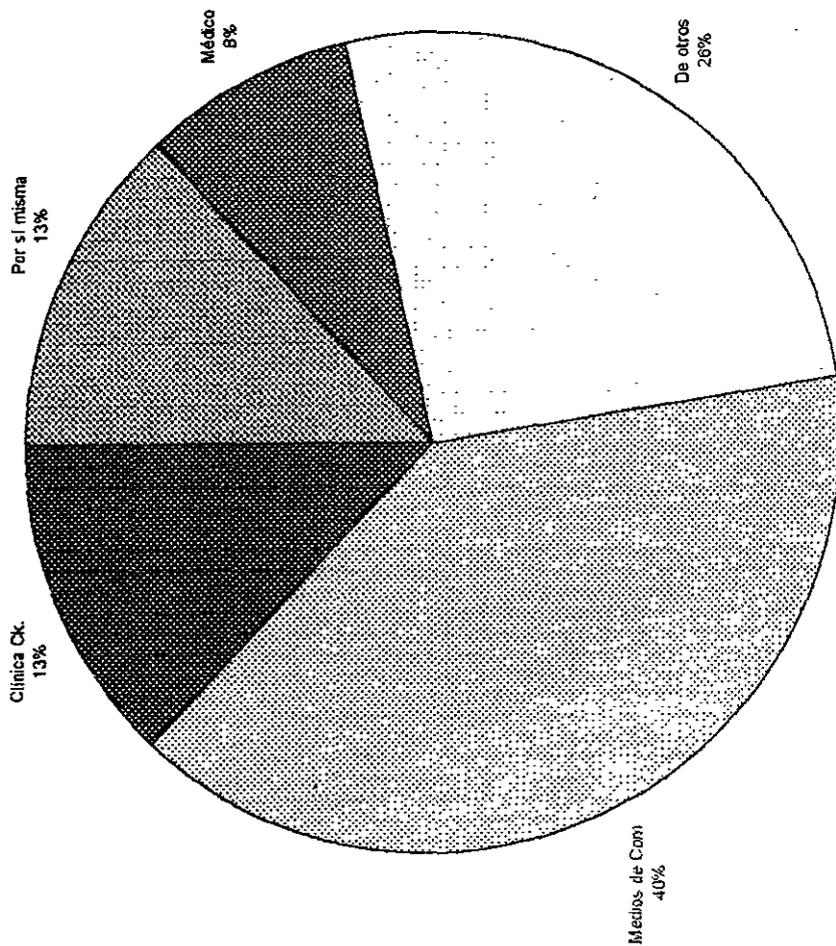


Figura 17. Medios a través de los cuales las adolescentes obtuvieron las dietas que llevan a cabo.

Factores que determinaron que realizaran dieta

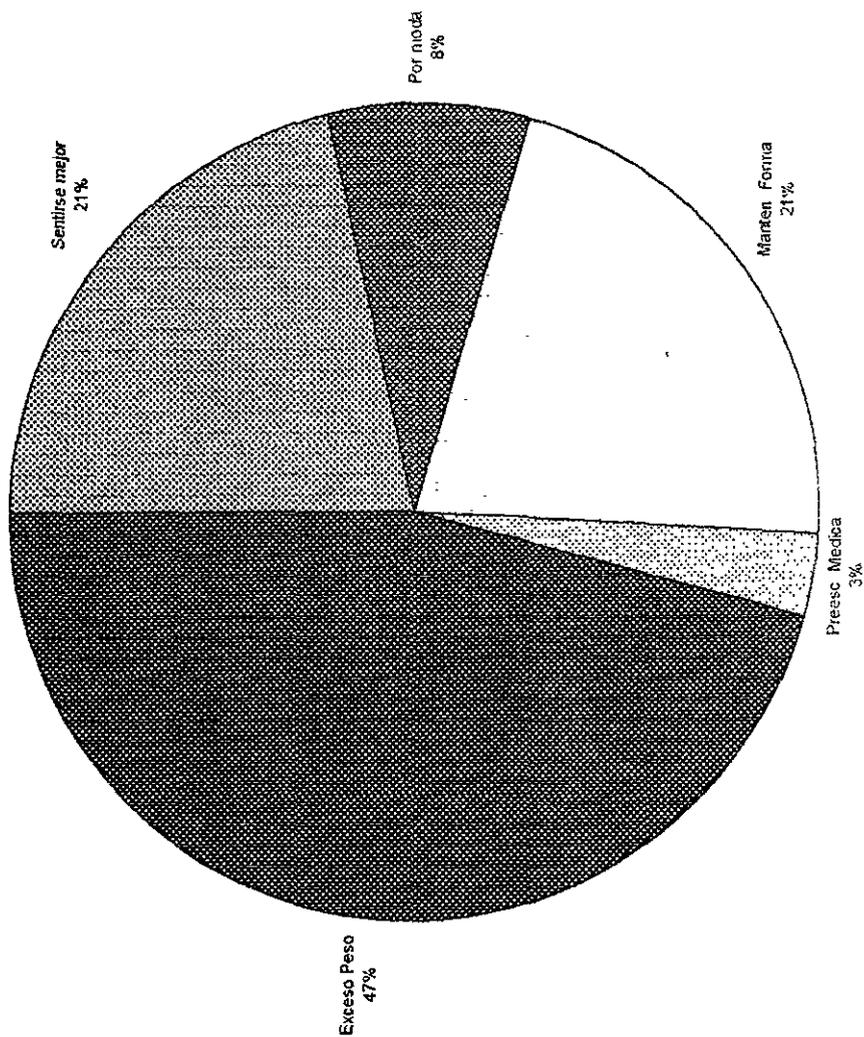


Figura 18. Factores que determinaron que las adolescentes llevaran a cabo una dieta para reducir de peso.

Productos empleados por las adolescentes para adelgazar

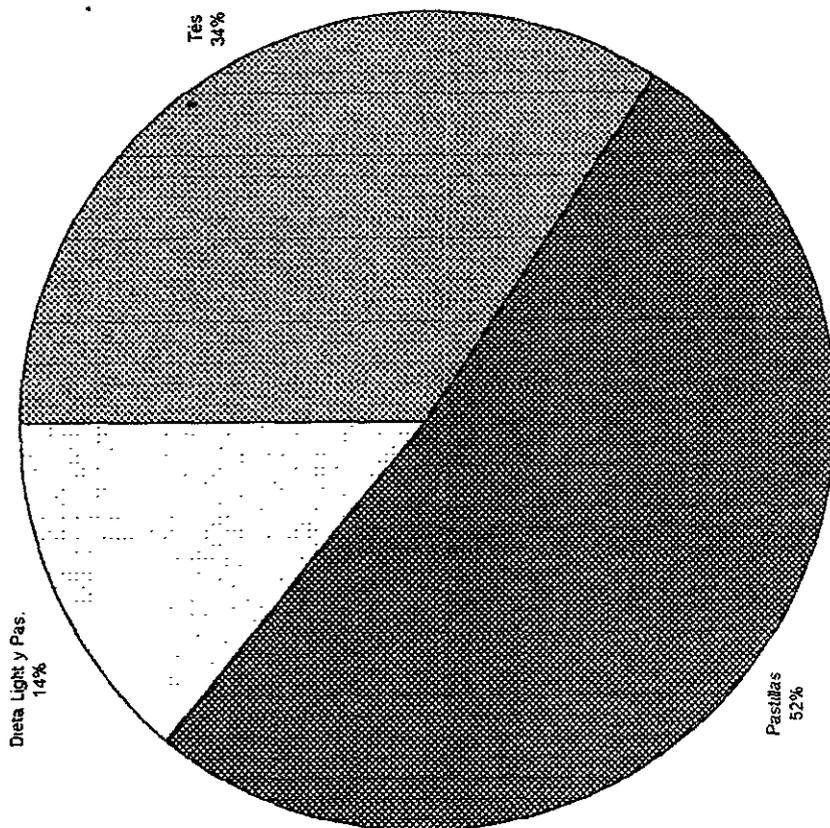


Figura 19. Productos que emplean las adolescentes para reducir su peso.

Formas en que las familias de las adolescentes les hacen saber que están subiendo de peso

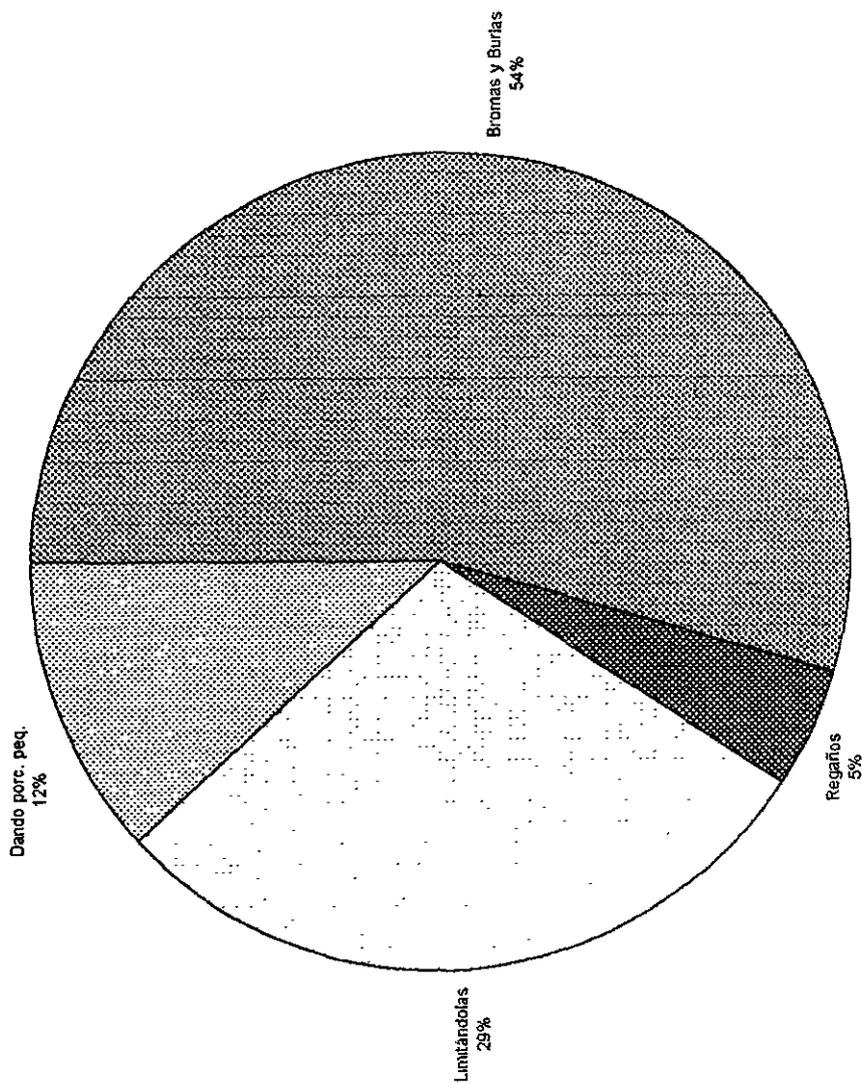


Figura 20. Formas en que las familias de las adolescentes les hacen saber que están subiendo de peso.

Distribución Porcentual de Respuestas al Reactivo 18

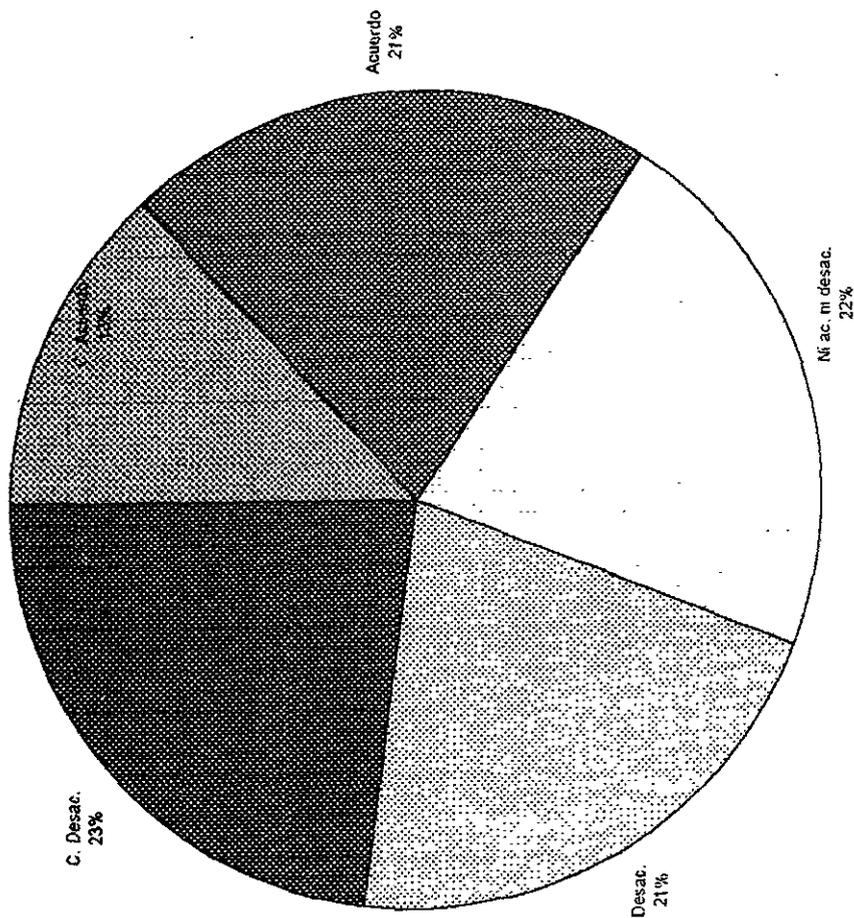


Figura 21. Distribución porcentual de respuestas por opción al reactivo 18 (Ser gordita sería algo que no soportaría).

Distribución Porcentual de Respuestas al Reactivo 43

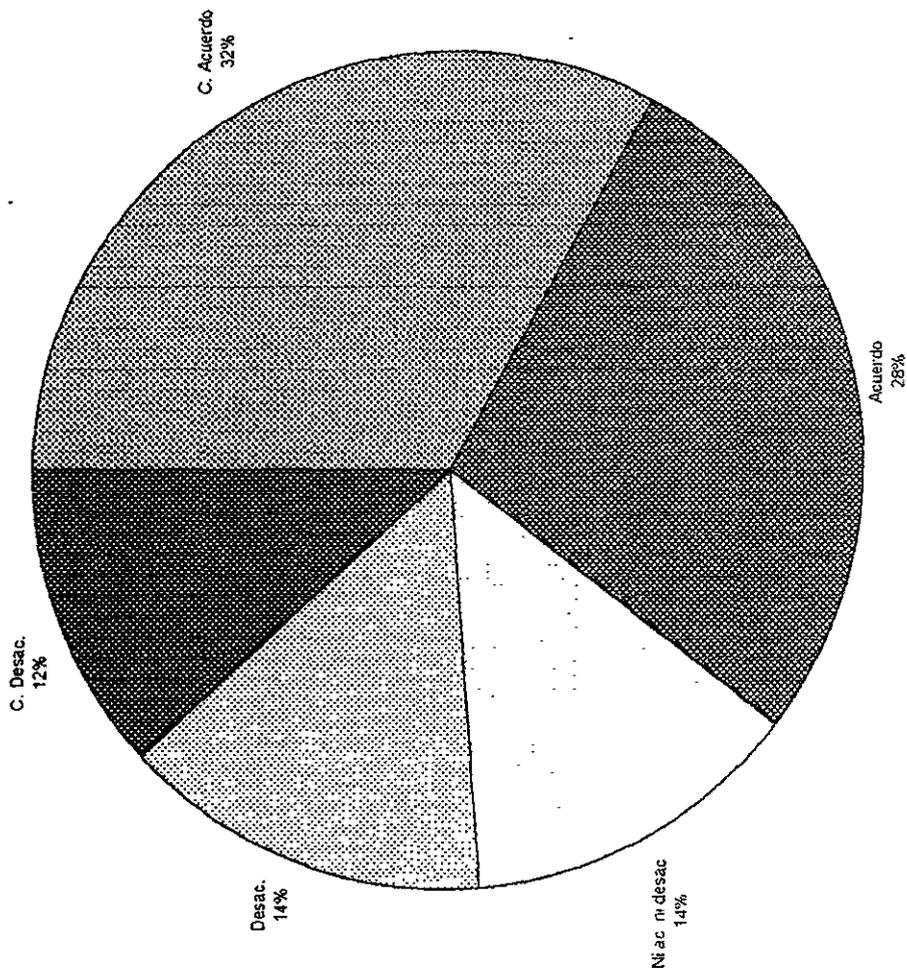


Figura 22. Distribución porcentual de respuestas por opción al reactivo 43 (He tenido críticas o burlas en mi familia cuando subo de peso).

Distribución Porcentual de Respuestas por Opción al Reactivo 37

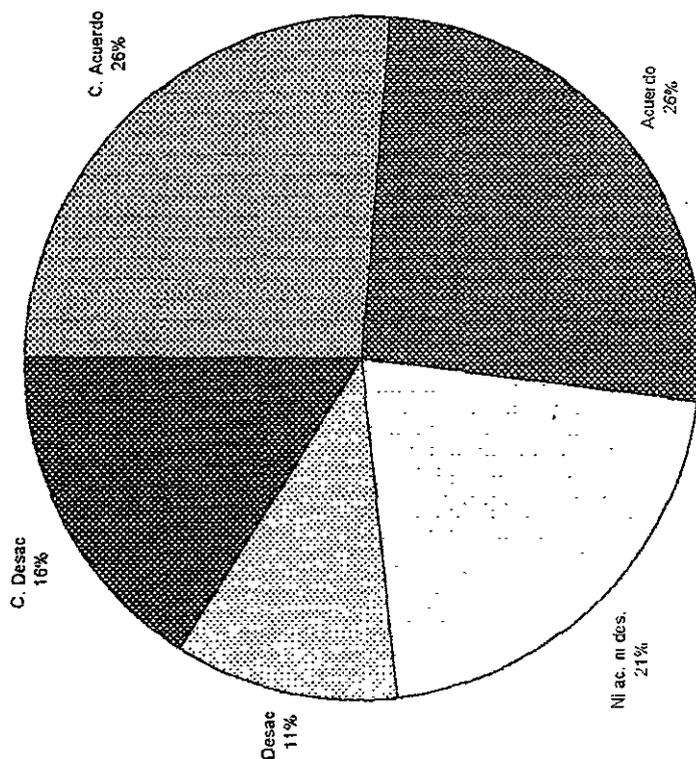


Figura 23. Distribución porcentual de respuestas por opción al reactivo 37 (En casa creen que es más fácil conseguir un buen novio siendo delgada).

TABLAS

TABLAS DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS DATOS DEMOGRÁFICOS DE LAS ADOLESCENTES ENCUESTADAS

Edades (en años y meses)	Porcentaje
12.11 a 14.00	34.44%
14.01 a 16.00	48.86%
16.01 a 17.09	16.70%

n=251

Tabla número 1: Distribución de las edades de las adolescentes

Tipo de vivienda	Porcentaje
Propia	78.5%
Rentada	19.5%
Prestada	2.0%

n=251

Tabla número 2: Tipo de vivienda en la que habita la entrevistada y su familia

Zona de la ciudad	Porcentaje
Norte	59.8%
Sur	2.4%
Centro	32.7%
Oriente	2.0%
Occidente	3.1%

n=251

Tabla número 3: Distribución por zonas de las adolescentes entrevistadas

Tipo de familia	Porcentaje
Nuclear	70.1%
Extensa	7.2%
Un solo progenitor	14.7%
Sin padres	0.8%
Nuclear más un miembro	7.2%

n=251

Tabla número 4: Tipo de familia a la que pertenecen las entrevistadas

Lugar dentro de la estructura familiar	Porcentaje
Primogénita	38.6%
Hija segunda	6.4%
Hija sandwich	11.2%
Hija penúltima	4.8%
Hija menor	29.1%
Hija única	9.9%

n=251

Tabla número 5: Lugar que la adolescente encuestada ocupa dentro de la estructura familiar

Nivel de estudios de la Madre	Porcentaje	Nivel de estudios del padre	Porcentaje
Sin estudios	4.7%	Sin estudios	17.92%
Primaria	32.7%	Primaria	21.91%
Secundaria	33.1%	Secundaria	25.49%
Comercio	6.0%	Comercio	0.39%
Bachillerato	14.3%	Bachillerato	19.55%
Licenciatura	9.2%	Licenciatura	14.74%

n=251

Tabla número 6: Niveles de estudio de los padres y madres de las adolescentes

Miembro encargado de la manutención	Porcentaje
Padre	39.4%
Madre	13.9%
Ambos	33.9%
Hermanos	0.8%
Todos los miembros	9.2%
Otros	2.8%

n=251

Tabla número 7: Miembros encargados de la manutención de las familias de las adolescentes

TABLAS DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS ACTIVIDADES EXTRA-ESCOLARES REALIZADAS POR LAS ADOLESCENTES

Actividades	Porcentaje
Ejercicio físico	70.31%
Labor social	1.56%
Actividades académicas	20.31%
Trabajar	7.82%

n=251

Tabla número 8: Distribución porcentual de las actividades extra-escolares realizadas por las adolescentes

Tipo de revista	Porcentaje
Científicas	4.16%
Juveniles	77.72%
Espectáculos	17.09%
Femeninas	1.03%

n=251

Tabla número 9: Distribución de las revistas leídas entre las adolescentes entrevistadas

Tipo de programas	Porcentaje
Telenovelas	30.66%
Concursos, Variedades y Cómicos	17.0%
Juveniles	40.09%
Acción y terror	3.30%
Caricaturas	6.13%
Películas	1.41%
Culturales	1.41%

n=251

Tabla número 10: Tipos de programas vistos por las adolescentes

Tipo de estación	Porcentaje
Juvenil (en español, inglés y mbda)	87.87%
Rock	1.67%
Grupera y tropical	10.46%

n=251

Tabla número 11: Distribución porcentual de las estaciones de radio escuchadas por las adolescentes

**TABLA DE CONFIABILIDAD REACTIVO-TOTAL PARA EL
CUESTIONARIO DE HÁBITOS Y ACTITUDES ALIMENTICIAS**

REACTIVO NUMERO	CORRELACION REACTIVO- TOTAL EN ALPHA	REACTIVO NUMERO	CORRELACION REACTIVO- TOTAL EN ALPHA
1	0.2839	24	0.4168
2	0.4386	25	0.2552
3	0.4568	26	0.2433
4	0.1052	27	0.2789
5	0.2146	28	0.3493
6	0.2281	29	0.2145
7	0.3136	30	0.3673
8	0.5386	31	0.3515
9	0.2672	32	0.2505
10	0.4069	33	0.3231
11	0.0803	34	0.2371
12	-0.1587	35	0.2008
13	0.2900	36	0.1863
14	0.5264	37	0.3929
15	0.4724	38	0.1958
16	0.3829	39	0.5178
17	0.3677	40	0.6603
18	0.2087	41	0.4995
19	0.3039	42	0.4469
20	0.3514	43	0.4475
21	0.3135	44	0.4140
22	0.2692	45	0.1483
23	0.1533		

n=251

Coefficiente de confiabilidad entre los 45 reactivos, Alpha=0.8555
(Reliability coefficients 45 items, Alpha=0.8555)

Tabla número 12: Coeficientes para cada uno de los reactivos del instrumento y coeficiente de confiabilidad para el instrumento.

**TABLA DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
DE RESPUESTAS A LOS REACTIVOS DEL
CUESTIONARIO DE HÁBITOS Y ACTITUDES ALIMENTICIAS**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Completamen- te desacuerdo	9.2%	27.1	13.5	11.2	15.5	9.2%	8.8%	20.3	14.3	25.9	14.3	8.4%
Desacuerdo	33.1	31.9	18.3	14.7	33.1	21.9	9.6%	35.5	20.7	33.9	23.1	12.4
Ni acuerdo ni desacuerdo	18.3	21.1	9.6%	11.6	17.5	17.5	15.9	14.3	28.7	13.5	19.9	15.9
De acuerdo	25.9	13.1	34.3	24.3	22.3	29.5	41.4	18.3	21.9	14.7	27.5	34.3
Completamen- te de acuerdo	13.5	6.8%	24.3	38.2	11.6	21.9	24.3	11.6	14.3	12%	15.1	29.1

	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Completamen- te desacuerdo	5.2%	16.3	34.7	27.5	20.7	13.1	16.7	2.4%	6.4%	8.8%	11.2	17.5
Desacuerdo	15.1	36.3	46.2	28.7	29.9	21.1	21.5	7.2%	8.4%	16.7	21.1	27.5
Ni acuerdo ni desacuerdo	13.1	13.1	12.4	14.3	14.7	21.5	22.3	23.1	20.3	18.7	18.7	22.7
De acuerdo	35.9	22.3	2.8%	19.9	16.7	21.1	17.1	37.5	38.2	29.9	29.9	20.3
Completamen- te de acuerdo	30.7	12%	1.0%	9.6%	17.9	23.1	22.3	29.9	26.7	19.1	19.1	12.0

n=251

Tabla No. 13: Porcentajes de respuestas a cada uno de los reactivos del instrumento (Primera parte)

	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Completamente desacuerdo	12.7	21.1	11.6	21.5	15.6	11.6	23.9	5.2%	14.7	10.0	9.6%	25.5
Desacuerdo	22.7	32.7	15.5	25.9	23.5	19.5	29.9	12.4	25.1	16.3	23.1	31.5
Ni acuerdo ni desacuerdo	28.7	17.9	23.1	15.9	23.5	23.1	15.9	10.8	25.5	27.1	30.7	15.9
De acuerdo	18.7	16.7	29.9	19.1	18.7	24.3	18.7	32.7	18.7	25.9	18.3	12.0
Completamente de acuerdo	17.1	11.6	19.9	17.5	18.7	21.5	11.6	39.0	15.9	20.7	18.3	15.1

	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Completamente desacuerdo	25.5	14.3	18.3	17.5	22.7	31.1	32.7	24.3	10.0
Desacuerdo	26.7	24.7	27.1	21.5	23.9	32.3	27.5	25.9	16.7
Ni acuerdo ni desacuerdo	21.1	24.7	15.5	21.1	17.9	14.3	13.5	24.7	25.5
De acuerdo	11.2	22.3	17.5	21.1	19.1	11.2	14.3	13.5	26.3
Completamente de acuerdo	15.5	13.9	21.5	18.7	16.3	11.2	12.0	11.6	21.5

n=251

Tabla No. 13: Porcentajes de respuestas a cada uno de los reactivos del instrumento (continuación)

**TABLAS DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
A LOS REACTIVOS ABIERTOS DEL
CUESTIONARIO DE HÁBITOS Y ACTITUDES ALIMENTICIAS**

Como ve a su cuerpo	Porcentaje
Exageradamente gordo	5.6%
Llenito	37.8
Normal (ni muy flaco, ni llenito)	47.8%
Flaquísimo	8.8%

n=251

Tabla No. 14: Distribución de frecuencias acerca de como ven las adolescentes a su propio cuerpo

Medio del cual la adolescente tomó la dieta que sigue	Porcentaje
Es una creación propia	13.1%
De un médico	8.2%
De los consejos de otros	26.2%
De la televisión	4.9%
Del radio	6.6%
De revistas	27.9%
De una clínica cuida-kilos	13.1%

n=251

Tabla número 15: Medios de los cuales las adolescentes toman las dietas que llevan a cabo

Factor que determinó el hecho de hacer dieta	Porcentaje
Para sentirse y/o verse mejor	21.3%
Por moda	8.2%
Para mantenerse en forma	21.3%
Por prescripción médica	3.3%
Porque se sentía excedida de peso	45.9%

n=251

Tabla número 16: Factores que llevaron a las adolescentes a decidir realizar una dieta

Tipo de producto	Porcentaje
Tés	34.3%
Medicamento (pastillas)	51.4%
Dieta Light y Pastillas	14.3%

n=251

Tabla número 17: Distribución de frecuencia de los productos empleados por las adolescentes para adelgazar

Como les hace saber su familia que están subiendo de peso	Porcentaje
Con bromas y burlas	54.53%
Regaños	4.55%
Limitando lo que comen	28.98%
Dandóles porciones más pequeñas	11.91%

n=251

Tabla No. 18: Formas en que las familias de las adolescentes les hacen ver que están subiendo de peso

Prefiere comer...	Porcentaje
En su casa, sola	11.2%
En su casa, con otros	63.7%
En un restaurante	6.8%
Es indiferente	12.3%
En la casa de sus amigas	4.0%
En compañía de su novio	2.0%

n=251

Tabla número 19: Formas en las que las adolescentes entrevistadas prefieren comer

**TABLA DE CONFIABILIDAD REACTIVO-TOTAL PARA EL
CUESTIONARIO DE DESÓRDENES ALIMENTICIOS**

REACTIVO NUMERO	CORRELACION REACTIVO- TOTAL EN ALPHA	REACTIVO NUMERO	CORRELACION REACTIVO- TOTAL EN ALPHA
1	0.1203	15	0.1557
2	0.2374	16	0.0295
3	0.2926	17	0.3066
4	0.3950	18	0.2674
5	0.1428	19	0.3049
6	-0.0212	20	0.3466
7	0.3849	21	0.2130
8	0.4335	22	0.2814
9	0.2574	23	0.2717
10	0.2742	24	0.3662
11	0.1029	25	0.4028
12	-0.0599	26	0.3307
13	0.0764	27	0.1678
14	0.3824	28	0.5077

n=251

Coefficiente de confiabilidad entre los 28 reactivos, Alpha=0.6965
(Reliability coefficients 28 items, Alpha=0.6965)

Tabla número 20: Coeficiente para cada uno de los reactivos del Cuestionario de Desórdenes Alimenticios y coeficiente de confiabilidad Alpha para el mismo.

**TABLA DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL
DE RESPUESTAS A LOS REACTIVOS DEL
CUESTIONARIO DE DESÓRDENES ALIMENTICIOS**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nunca	15.5%	48.6%	88.0%	33.0%	24.3%	35.6%	82.4%	77.7%	39.8%	71.3%
Rara vez	11.6%	30.3%	6.8%	18.3%	27.1%	12.7%	10.8%	9.6%	25.5%	16.7%
Algunas veces	42.6%	14.7%	3.6%	21.1%	27.5%	21.5%	4.4%	6.8%	21.9%	8.4%
Frecuente	22.7%	3.2%	0.4%	10.0%	8.4%	15.1%	0.8%	2.3%	5.2%	2.0%
Siempre	7.6%	3.2%	1.2%	16.7%	12.7%	15.1%	1.6%	3.6%	7.6%	1.6%

	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nunca	45.0%	35.5%	43.4%	23.9%	25.5%	32.7%	83.2%	46.2%	67.3%	57.7%
Rara vez	25.9%	14.4%	14.3%	21.5%	27.9%	12.3%	8.4%	20.3%	14.3%	12.0%
Algunas veces	17.1%	17.1%	20.7%	21.5%	24.3%	24.3%	4.0%	21.9%	10.8%	19.1%
Frecuente	6.0%	16.7%	9.6%	9.6%	8.0%	12.4%	2.8%	5.6%	2.8%	3.2%
Siempre	6.0%	16.3%	12.0%	23.5%	14.3%	18.3%	1.6%	6.0%	4.8%	8.0%

n=251

Tabla número 21: Distribución porcentual de respuestas por reactivo del Cuestionario de Desórdenes Alimenticios (Primera parte).

	21	22	23	24	25	26	27	28
Nunca	52.2%	63.3%	59.8%	50.2%	56.6%	57.8%	39.0%	78.0%
Rara vez	16.7%	21.9%	21.1%	22.3%	13.1%	16.3%	15.9%	10.4%
Algunas veces	15.5%	8.8%	12.7%	17.9%	15.5%	16.3%	25.1%	7.2%
Frecuente	4.8%	2.8%	3.2%	4.4%	4.4%	2.4%	8.8%	2.0%
Siempre	10.8%	3.2%	3.2%	5.2%	10.4%	7.2%	11.2%	2.4%

n=251

Tabla número 21: Distribución porcentual de respuestas por reactivo del Cuestionario de Desórdenes Alimenticios (continuación).