

153



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

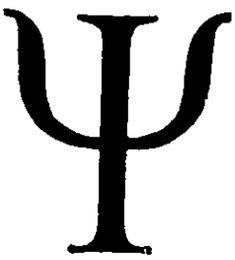
FACULTAD DE PSICOLOGIA

FACTORES DE RIESGO EN TRANSTORNOS DE LA ALIMENTACION EN UNA MUESTRA DE POBLACION ADOLESCENTE MASCULINA

34 DE DIC DE 2000

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTAN: CECILIA POBLANO ARELLANO PERLA ALICIA TRIGUEROS VEGA



DIRECTORA: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

MEXICO, D. F.

2000



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	1
<b>INTRODUCCION</b>	2
<b>CAPITULO I ADOLESCENCIA</b>	4
1.1 PUBERTAD Y ADOLESCENCIA	5
1.2 CAMBIOS FISICOS	10
1.3 DESARROLLO FISIOLÓGICO	14
1.4 CAMBIOS EN EL DESARROLLO COGNOSCITIVO	16
1.5 CAMBIOS EN EL DESARROLLO SOCIOAFECTIVO	20
1.6 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA	22
1.7 DESARROLLO MORAL	24
<b>CAPITULO II IMAGEN CORPORAL</b>	28
2.1 SOCIEDAD E IMAGEN CORPORAL	38
2.2 DISTORCION DE LA IMAGEN CORPORAL	40
2.3 SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	48
<b>CAPITULO III TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO</b>	49
3.1 ANOREXIA NERVOSA	54
3.1.1 CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS DE LA ANOREXIA	57
3.1.2 FACTORES EN LA ANOREXIA	60

3.1.2.1 FACTORES PREDISPONENTES . . . . .	60
3.1.2.2 FACTORES PRECIPITANTES . . . . .	60
3.1.2.3 FACTORES DESENCADENANTES . . . . .	60
3.1.3 PERSONALIDAD EN ANOREXICAS . . . . .	61
3.1.4 TEORIAS DE LA ANOREXIA NERVOSA . . . . .	61
3.1.4.1 TEORIA BIOLÓGICA . . . . .	61
3.1.4.2 TEORIA PSICOANALITACA . . . . .	62
3.1.4.3 TEORIA DEL APRENDIZAJE . . . . .	63
3.1.4.4 TEORIA COGNITIVO-CONDUCTUAL . . . . .	63
3.1.4.5 TEORIA SOCIAL . . . . .	63
3.1.5 MEDIOS DE COMUNICACIÓN . . . . .	65
3.2 BULIMIA NERVOSA . . . . .	66
3.2.1 CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS DE LA BULIMIA . . . . .	68
3.2.2 FACTORES DE LA BULIMIA . . . . .	71
3.2.2.1 FACTORES PRECIPITANTES . . . . .	71
3.2.2.2 FACTORES DESENCADENANTES . . . . .	71
3.2.3 LA PERSONALIDAD DE LAS BULIMICAS . . . . .	71
3.2.4 TEORIAS DE LA BULIMIA . . . . .	72
3.2.4.1 TEORIA BIOLOGICA . . . . .	72
3.2.4.2 TEORIA PSICOLOGICA Y SOCIAL . . . . .	72
3.2.4.3 TEORIA DEL APRENDIZAJE . . . . .	72
3.2.4.4 TEORIA COGNITIVO CONDUCTUAL . . . . .	73
3.3 OBESIDAD . . . . .	73
3.3.1 CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD . . . . .	75
3.3.2 FACTORES EN LA OBESIDAD . . . . .	80
3.3.2.1 FACTORES BIOLOGICOS Y FISIOLÓGICOS . . . . .	80
3.3.2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS . . . . .	81
3.3.2.3 FACTORES SOCIOCULTURALES . . . . .	82
3.3.3 PERSONALIDAD DEL OBESO . . . . .	83

<b>CAPITULO IV ANTROPOMETRIA</b>	85
4.1 CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DE LAS MEDICIONES ANTROPOMETRICAS	87
4.2 PERCEPCIONES EVALUATIVAS	89
4.3 CARACTERISTICAS Y CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS DEL DESARROLLO FÍSICO DEL ADOLESCENTE	89
<b>CAPITULO V METODOLOGÍA</b>	92
5.1 PROPOSITO DEL ESTUDIO	93
5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	93
5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES	94
5.4 HIPOTESIS DE TRABAJO	100
5.5 MÉTODO	101
5.5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	101
5.5.2 MUESTRA	101
5.5.3 INSTRUMENTO	102
5.5.3.1 FORMA DE CALIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO	103
5.5.4 PROCEDIMIENTO	104
5.5.5 ANALISIS DE DATOS	104
<b>CAPITULO VI RESULTADOS</b>	105
6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	106
6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO	110
6.3 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS FACTORES	118
6.4 PRUEBA DE HIPOTESIS ESTADISTICA	120

<b>CAPITULO VII DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	125
<b>SUGERENCIAS Y LIMITACIONES</b>	129
<b>REFERENCIAS</b>	130
<b>ANEXO</b>	137

## AGRADECIMIENTO

DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

AGRADECEMOS LA OPORTUNIDAD QUE NOS BRINDO AL  
PERTENECER A SU EQUIPO DE TRABAJO. ASI COMO LA  
COMPRENSION E INMEJORABLE AYUDA PARA LA  
REALIZACION DE ESTE PROYECTO. GRACIAS.

CECILIA Y PERLA

*Papa*

Por que sin su apoyo no hubiera sido  
posible esta meta,  
gracias por su cariño y sus palabras de  
aliento, gracias a usted conocí  
la alegría de vivir en familia, gracias por  
enseñarme a luchar por lo  
que se desea, también por enseñarme a  
valorar las cosas, lo bueno  
y lo bello que la vida nos ofrece.

*Cecilia*

*Mami*

Q ti que desde el cielo me cuidas , te agradezco que me enseñaras lo importante que es ser alguien en la vida. Gracias por seguir siendo el pilar de mi vida.

*Luz*

Hermana y amiga, te agradezco cada instante de tu vida que me has dedicado, siempre apoyándome para alcanzar cada una de mis metas.

*Las amo por ser lo mas importante de mi vida.*

*Perla*

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer el comportamiento de las variables asociadas así como la conducta alimentaria de riesgo en los tres diferentes niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto) en una muestra de estudiantes hombres adolescentes.

Con el fin de determinar estas relaciones se trabajó con una muestra no probabilística de N= 468, que fue extraída de la población masculina que acudían a preparatorias públicas y privadas del distrito federal y zonas conurbadas.

Se utilizó un "Cuestionario de Alimentación y Salud" XY(P). Los datos se analizaron con estadísticas descriptivas e inferenciales, también se aplicó un análisis factorial de varianza (ANOVA), para probar las hipótesis de trabajo, para conocer la interrelación entre las variables Conducta Alimentaria de Riesgo, Satisfacción-Insatisfacción con Imagen Corporal y Alteración de la Imagen Corporal (V.D) y Nivel Socioeconómico (V.I.).

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación "Imagen corporal en preadolescentes y adolescentes: un instrumento computarizado para el autodiagnóstico de factores de riesgo en el desarrollo de los trastornos de la alimentación" CONACYT 98 2584-H. Bajo la dirección de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré"

## INTRODUCCION.

En el presente trabajo se pretendió avanzar en el estudio de la conducta alimentaria y su relación con la imagen corporal en una muestra de la población total de hombres adolescentes mexicanos, ya que la investigación se ha enfocado principalmente en población femenina, por lo que la información con la que se cuenta es muy escasa y el mayor número de investigaciones corresponden a características de poblaciones extranjeras. De esta manera se pretendió que una de las aportaciones de este trabajo fue el recopilar, integrar y generar información acerca del tema en torno estudiantes hombres adolescentes.

Otra de las razones por la cual se decidió trabajar con esta población se debió a que la adolescencia es una etapa importante del desarrollo humano en la cual se dan diversos cambios tanto físicos como psicológicos, además de estar en una constante búsqueda de identidad la cual conlleva a que los adolescentes se encuentren en un estado de vulnerabilidad y por tanto adopten conductas de riesgo que puedan afectar su salud, entre ellas se encuentran los problemas referentes a desordenes en la alimentación con el fin de obtener una imagen corporal "aceptable".

Existen a su vez, factores determinantes como el cultural que influye en las manifestaciones de desordenes en la alimentación, como la presión social que existe para estar delgado y ser atractivo y totalmente aceptado (Agras y Kirkley, 1986).

También es importante mencionar que el ser humano frecuentemente se preocupa por su estado físico; en este caso se aborda la insatisfacción de la imagen corporal como resultado de una autopercepción subjetiva distorsionada de su propio cuerpo lo cual implicó una percepción más o menos alejada de la realidad.

Por otro lado, se ha detectado al nivel socioeconómico como un factor importante de riesgo, por ejemplo, la obesidad tiende a presentarse más en el nivel bajo que en el alto, a la inversa de los casos de anorexia en los países del tercer mundo que aparecen en su mayoría en el nivel medio - alto de la población. (Moore, Stunkard y Strole 1962, citado por Sanchez y Mojica 1998).

Debido al constante aumento en la incidencia de los trastornos alimentarios en mujeres, surgió el interés en investigar y encontrar si existe alteración en la imagen corporal en hombres adolescentes, ya que es necesario contar con datos de la conducta alimentaria de riesgo para prevenir el desarrollo de dichos trastornos.

**CAPITULO I  
ADOLESCENCIA.**

## ADOLESCENCIA.

El término adolescencia se deriva del verbo Latino *adolecere*, que significa "madurar, "crecer", llegar a la maduración. El crecimiento al que alude la raíz verbal, involucra no solo los aspectos físicos sino también el desarrollo intelectual y emocional de individuo. En lo que concierne a lo somático, implica alcanzar los rasgos físicos que caracterizan como adulto a los miembros de la especie. En lo intelectual, durante el curso de la adolescencia se logran capacidades de raciocinio que serán definitivas para el individuo; alcanzando la masa encefálica, por ejemplo, el volumen y peso, es decir, su máximo desarrollo (Fuentes, 1989; Mckinney, Fitzgerald y Strommen, 1982; Watson y Clay, 1991, citado por Ampudia, 1998).

Es el periodo intermedio entre la niñez y la edad adulta, durante el cual el individuo aprende las habilidades necesarias para florecer como adulto. De esta forma la adolescencia es una fase definida culturalmente, más que biológica. Constituye una etapa difícil en el desarrollo de personas, se inicia poco antes de los 13 años y termina poco después de los 19 años. En la sociedad occidental en general la adolescencia se inicia con la entrada de la pubertad y termina más o menos cuando los adolescentes se convierten en adultos jóvenes (Darley, Glucksberg y Kinchla, 1990).

### 1.1 PUBERTAD Y ADOLESCENCIA

Es importante aclarar un aspecto que es a la vez terminológico y conceptual. Durante mucho tiempo se consideró que el fenómeno de la adolescencia se reducía únicamente al proceso de maduración sexual, es decir, a la generación de la capacidad reproductiva. Empero, hoy se observa que el periodo de la adolescencia se prolonga más allá de dicha maduración, abarcando también otros

factores. Por tanto es que se ha intentado en hacer una distinción entre adolescencia y pubertad (Fuentes, 1989).

La palabra pubertad proviene del latín *pubertas*, por lo general, se define como el momento en que el individuo es capaz de procrear. De acuerdo con Fernández (1991), la pubertad es en esencia un proceso de desarrollo hormonal de crecimiento físico y de maduración biológica, en el cual al intensificarse la producción de hormonas elaboradas por las glándulas suprarrenales, de los óvulos y de los espermatozoides se crea un puente entre el niño y el adulto.

Grinder (1995), define la pubertad como el periodo en que se desarrolla el sistema de la producción. La pubertad con referencia a los muchachos, a veces implica la consecución de toda la capacidad reproductiva como la producción de gametos o espermatozoos, la nubilidad viene a indicar la posibilidad de ovular, de quedar embarazada, llevar al feto hasta el último momento y parir en las muchachas.

Se emplea el término "pubertad", para referirse a la fase en la que se producen los principales cambios evolutivos, y el de la "adolescencia" para referirse a todo el período de la maduración sexual. En tal caso se puede dividir a la adolescencia en tres fases: 1) primera fase, o prepubertad, que comienza con los primeros signos de la maduración sexual y termina con la aparición del vello púbico; 2) fase media, o pubertad, que comienza con la aparición del vello púbico y termina cuando éste se ha desarrollado por completo. Está acompañada por el más rápido crecimiento en estatura, la menarca en las jóvenes y la primera eyaculación en los varones, así como un desarrollo gradual de los órganos sexuales primarios; última fase o postpubertad, que comienza cuando se ha completado el crecimiento del vello púbico y se caracteriza por un crecimiento menos acelerado de la estatura, la completa maduración de las características secundarias, y la fertilidad. La adolescencia está precedida por la niñez y la sucede la edad adulta, pero a menudo, se denomina pre y postadolescencia a las fases lindantes con la

adolescencia (Duché, Schonfeld y Tomkiewicz, citado por Caplan y Leovici en 1973).

En consecuencia, intentando obtener una visión integral, se hace una distinción entre adolescencia y pubertad, esta segunda es la fase de la preadolescencia y a principios de la misma, durante la cual se produce la maduración sexual. Pero que esta haya ocurrido, no equivale a que la persona madure emocionalmente o esté preparada para aceptar las responsabilidades de la vida adulta. De esta manera, la pubertad expresa un periodo de la vivencia adolescente, pero no es sinónimo de ella (Ajuriguerra, 1984).

Así la adolescencia tiene un principio biológico que es la pubertad siendo esta el componente biológico de la adolescencia, se caracteriza por importantes cambios en el organismo tendientes al pleno desarrollo biológico sexual. Una clasificación de las modificaciones corporales incluye cuatro categorías principales: a) aumento del tamaño corporal, b) cambios en las proporciones del cuerpo, c) desarrollo de las características sexuales primarias y d) desarrollo de las características sexuales secundarias (Hurlock, 1973).

De acuerdo a las etapas de Erikson (1960), la adolescencia se encuentra en la quinta etapa Identidad contra Confusión de papeles, el cual se describe como un periodo turbulento para la mayoría de las personas en nuestra cultura, este periodo puede describirse como la clara intensificación y confianza personal, adaptación a los cambios corporales, desarrollo de nuevas relaciones maduras con compañeros de la misma edad, logro de independencia emocional con respecto a los padres, selección y preparación para una ocupación, logro de valores maduros y de responsabilidad social así como una preparación para el matrimonio y la vida familiar. La formación del sentido de identidad del niño puede verse afectado en forma adversa: puede experimentar sentimientos de inferioridad, debido a que comprende que las actividades de juego son sólo juegos y que ser un adulto es una posición mucho más deseable.

Durante los años de la adolescencia el tema de logro se vuelve altamente crítico y a menudo los jóvenes sienten que no son muy hábiles en ninguna actividad, sin embargo el logro debe capacitarlos para encontrar un lugar dentro de su grupo social; deben aprender como vestir y actuar en la forma definitiva que apruebe su grupo.

En 1972, Erikson considera a la adolescencia como un periodo de transición entre la niñez y la edad adulta. Ciertamente en ocasiones es tentador definir al adolescente por el método de exclusión. Así sería un "no niño" y a la vez un "no adulto", sin embargo él es un "adolescente", siendo posible delimitar las características principales es esta edad a partir de sus propias peculiaridades.

Puede decirse que lo típico de la adolescencia gira en torno a un conflicto de identidad que debe resolver mediante la adquisición y la consolidación de una nueva identidad. El medio ambiente familiar y social, puede tener importancia relevante para todos los caracteres que pueden asumir tal conflicto, como para el modo en que resolverá. La problemática puede presentar el adolescente en gran medida depende de una gran cantidad de factores.

Por otro lado, Blos en 1971, define a la adolescencia como la suma de todos los intentos para ajustarse a la etapa de la pubertad al nuevo grupo de condiciones internas y externas-endógenas y exógenas que confronta al individuo. Para él la adolescencia esta principalmente caracterizada por cambios físicos que se reflejan en todas las facetas de la conducta, también en forma sutil y en un nivel inconsciente, el proceso de la pubertad afecta el desarrollo de sus intereses, su comportamiento social y la de su vida afectiva.

Casi es un hecho que al mismo tiempo que se da el proceso de la madurez intelectual se adquieren también niveles similares de la madurez emocional y social. Los factores emocionales son una fuente permanente de perturbaciones para la vida del adolescente. Junto con ello, puede decirse que la integración

plena a la vida social productiva es del mismo modo otro factor de conflicto, más aún cuando el adolescente encuentra dificultad para adaptarse o se le dificulta la capacitación técnica o profesional requerida (Fuentes, 1989).

Es posible decir que el adolescente se formula un conjunto de preguntas que pueden sintetizarse en las siguientes: ¿quién soy?, ¿qué soy?, ¿cómo soy?, ¿para quién soy? , ¿para que soy?, y que traducen el desconcierto que lo domina, a diferencia del niño que se siente parte del núcleo familiar, el adolescente toma distancia queriendo afirmar su voluntad y necesidad de autonomía. Pero a la vez desconocedor de sus propias alternativas, tiene temor de ambas posibilidades. Con tal ambivalencia, pasa de la omnipotencia a la impotencia y de la exaltación a la depresión, realizando un trabajo interno a la vez introspectivo y exploratorio de sí mismo y de su entorno familiar, grupal y social (Fuentes, 1989; McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

Quizá la característica más sorprendente de la adolescencia es la forma en que durante ella se da en el individuo simultáneamente tendencias contradictorias que coexisten a pesar de que en apariencia se excluyen mutuamente. Así el adolescente es a la vez apático y tumultuoso, melancólico y exuberante, agresivo y de una sensibilidad exasperada. Este fenómeno es la base de uno de los rasgos más peculiares del adolescente: su inestabilidad; ocasionada generalmente por la conjunción de múltiples factores psicológicos, físicos, escolares, sociales, entre otros (Papalia y Olds, 1997).

Podemos considerar a la adolescencia de muy diferentes maneras y perspectivas, su duración varía en cada ser humano según la cultura, la época y los medios sociales y tomando en cuenta los aspectos biológicos, físicos, psicológicos y sociales.

El paso de la niñez a la adolescencia se define por los ritos físicos de la pubertad generalmente, sin embargo, la adolescencia a la edad adulta no hay cambios físicos o ritos que marquen la transición (Morris, 1987).

La edad promedio para el comienzo de la pubescencia en niñas es de 10 años y a esto le sigue la pubertad, en cambio la edad promedio para los chicos, la pubescencia es a los 12 años y la pubertad a los 14 años.

En el periodo de la adolescencia (periodo inicial) de los 13 años a 16 años; adolescencia (periodo final) de los 17 años a los 19 o 20 años. Estas fases están indicadas de manera aproximada, ya que existen diferencias de una cultura a otra, e incluso entre individuos de una misma cultura, independientemente de la variabilidad en los ritmos de maduración de cada sexo.

Por ejemplo las niñas tienden a ser más precoces que los varones en su desarrollo, en ellas la preadolescencia habitualmente se sitúa entre los 10 y 11 años, el periodo inicial de la adolescencia entre los 12 y los 15 años y el final entre los 16 y los 19 años (Ajuriaguerra, 1984).

En la etapa de la adolescencia no solamente existen cambios físicos y fisiológicos, sino que los hay en el desarrollo intelectual, social, emocional, etc. Los principales cambios son:

## **1.2 CAMBIOS FISICOS**

Uno de los principales cambios físicos de la adolescencia temprana es un aumento rápido de estatura, que se ha dado en llamar " el arranque del crecimiento " de los adolescentes.

El punto de partida del arranque del crecimiento en los adolescentes parece variar notablemente entre los varones y las mujeres. En el caso de los varones, el

crecimiento rápido comienza en algún momento entre los 12 ½ y los 15 años, en promedio, mientras que en las chicas, dicho crecimiento empieza dos años antes (Mckinney, Fitzgerald, Strommen, 1982).

Semejante al crecimiento anterior se da el peso, el tamaño de los músculos, crece la cabeza y la cara y muy en especial los órganos reproductivos; estas transformaciones del cuerpo son de gran importancia ya que tienen repercusiones tanto psicológicas y sociales. Estas alteraciones no solo determinan lo que el joven adolescente puede hacer sino lo quiere hacer (Mckinney, Fitzgerald, Strommen, 1982).

Los cambios físicos que pasan al inicio de la adolescencia son el resultado de la secreción de varias hormonas lo que afecta virtualmente todos los aspectos de la vida del chico, el peso y la estatura aumentan rápidamente, las mujeres alrededor de los 10 años y los hombres a los 12 años, de esta forma se inicia el crecimiento inesperado que significa un aumento repentino de hasta 13 centímetros al año (Grinder, 1995).

Existe un cambio secuencial en esta etapa, los cuales son las características sexuales primarias y secundarias, los cuales son:

Durante la pubertad las características sexuales primarias son los órganos necesarios para la reproducción y durante esta etapa estos órganos crecen y maduran. El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación y en los muchachos la primera señal de la pubertad es el crecimiento de los testículos y el escroto, el principal signo de la madurez sexual es la presencia de semen en la orina.

## CARACTERÍSTICAS SEXUALES PRIMARIAS: ÓRGANOS SEXUALES

MUJERES	HOMBRES
Ovarios	Testículos
Trompas de falopio	Pene
Útero	Escroto
Vagina	Vesículas seminales
	Próstata

Por otro lado las características sexuales secundarias son signos fisiológicos de la madurez sexual que no involucran directamente a los órganos reproductores, incluyen el crecimiento de los senos en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros en los varones, el crecimiento del vello en las diferentes partes del cuerpo también es señal de madurez, la piel de hombres como de las mujeres se vuelve más gruesa y aceitosa, las voces de las chicas y chicos se hacen más profundas, en parte como respuesta al crecimiento de la laringe y en parte, en especial entre los muchachos, en respuesta a la producción de hormonas masculinas (Papalia y Olds, 1997).

## CARACTERÍSTICAS SEXUALES SECUNDARIAS

MUJERES	HOMBRES
Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Vello facial
Cambio en la voz	Cambio en la voz
Cambio en la piel	Cambio en la piel
Ensanchamiento y aumento de la profundidad de la pelvis.	Ensanchamiento de los hombros

## SECUENCIA HABITUAL DE LOS CAMBIOS FISICOS EN LA ADOLESCENCIA

CARACTERÍSTICAS FEMENINAS	EDAD DE APARICION
Crecimiento de senos	8-13
Crecimiento del vello púbico	8-14
Crecimiento del cuerpo	9.5-14.5 (promedio máximo 12)
Menarquia	10-16.5 (promedio 12.8)
Vello axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico.
Aumento de la productividad de las glándulas sudoríparas y sebáceas que pueden llevar a la aparición del acné.	Casi al mismo tiempo de la aparición del vello axilar

CARACTERÍSTICAS MASCULINAS	EDAD DE APARICIÓN
Crecimiento de los testículos y el saco el saco escrotal	10-13.5
Crecimiento del vello púbico	10-15
Crecimiento del cuerpo	10.5-16 (promedio máximo 14)
Crecimiento del pene, la próstata y las glándulas seminales	11-14.5 (promedio 12.5)
Cambio de voz	Casi al mismo tiempo del crecimiento del pene
Primera eyaculación de semen	Casi un año después del inicio del crecimiento del pene.
Vello facial y axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico.

Papalia y Olds, (1997).

Los cambios físicos en la adolescencia siguen una secuencia que es mucho más consistente que su aparición real, aunque este orden varía en cierta forma de una

persona a otra. Algunas personas pasan por la pubertad con rapidez, mientras que otras lo hacen con más lentitud. En una niña, por ejemplo, pueden crecer sus senos y el vello casi en la misma proporción, sin embargo el vello corporal de otra chica puede crecer más rápido que los senos y el patrón de su vello como adulto aparece un año antes de que se desarrolle el pecho. Los mismos tipos de apariciones aparecen entre los muchachos (Tobin-Richards, Boxer, Kavrell y Petersen, 1984).

Debe ser evidente que los cambios físicos por los que los adolescentes están pasando durante este periodo lo hacen más consciente de su propio desarrollo y los preocupan hasta cierto punto, por esta razón se convierten en un objeto de su propia consideración. Como los cambios son exclusivamente suyos, es decir, no ocurren simultáneamente con los cambios que se dan con sus amigos, estos cambios pueden también hacerlos parecer algún tanto diferentes a los demás (McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1982).

### 1.3 DESARROLLO FISIOLÓGICO

Este desarrollo está referido al aumento considerable que se da en el ritmo de crecimiento y de tamaño corporal, así como el desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de las características sexuales secundarias (Craig, 1988).

El comienzo de la adolescencia se ve anunciado por la aparición de la pubertad, estadio de rápido crecimiento fisiológico cuando maduran las funciones reproductivas y los órganos sexuales primarios a la vez que aparecen las características sexuales secundarias (Papalia y Olds, 1997).

Los principales cambios a nivel fisiológico se dan en la secreción de la pituitaria anterior y en las gónadas a causa del efecto que tienen en el desarrollo

psicosexual del niño y de la variedad de los cambios corporales que se dan durante la pubertad.

Sin embargo las hormonas son las que afectan al crecimiento, quizá empiecen a ser producidas y secretadas o bien las que antes se producían en cantidades insignificantes ahora son segregadas en cantidades abundantes. Cada hormona esta destinada a influir a cierto grupo de blancos, o receptores, pero estos no están necesariamente situados en el mismo órgano o tipo de tejido. Así la testosterona, una hormona sexual, afecta a zonas tan diversas como la piel del rostro, las áreas del cerebro, las células en los genitales y el cartílago en las articulaciones del hombro (Tanner, 1971).

Los tejidos blandos tienen la capacidad de reaccionar de manera selectiva frente a ambas hormonas sexuales: el estrógeno y progesterona. La secreción de glándulas endocrinas está estrechamente relacionada indispensable con el equilibrio muy delicado y complejo, cuya conservación es indispensable para el crecimiento y funcionamiento normales. La hipófisis, a veces llamada glándula maestra, esta citada por debajo del cerebro, produce varias hormonas, entre las más importantes se cuentan la hormona del crecimiento, somatotropina y algunas hormonas secundarias (Garrison, 1973). Estas últimas estimulan y regulan el funcionamiento de otras glándulas, como los testículos y los ovarios, que son glándulas sexuales y que cumplen dos funciones: producir gametos y segregar las hormonas sexuales indispensables para el desarrollo de los órganos sexuales. La secreción de las glándulas sexuales y de la hipófisis tiene repercusión emocional y fisiológica en el adolescente.

Como ya se mencionó la hipófisis o glándula maestra esta situada en el cerebro, esta a la vez se divide en tres partes, lóbulo anterior, intermedio y posterior. El lóbulo anterior la que nos interesa aquí, segrega seis hormonas "ganodotrópicas" porque estimulan la actividad de las gónadas, otra hormona importante que segrega la pituitaria anterior es la hormona adrenocorticotropica o

adrenotrópica, la cual estimula la corteza o glándulas suprarrenales. La glándula pituitaria anterior segrega estas hormonas trópicas durante la pubertad.

Las hormonas gonadotrópicas que segrega la pituitaria anterior incluyen la hormona estimulante del folículo, la hormona luteinizante en las mujeres, o su correlativo en los varones, la hormona estimulante de las células inetersticiales del testículo y la hormona lutetotrópica.

Una vez estimuladas por las hormonas gonadotrópicas, las glándulas sexuales, o gónadas, empiezan a segregar sus propias hormonas. La hormona andrógena, o propia del sexo masculino, es la responsable del desarrollo del pene, de la glándula prostática y de las vesículas seminales, al igual que el desarrollo de las características secundarias. Los estrógenos hormonas gonadales femeninas más importantes para el desarrollo del útero, de la vagina, de las trompas de Falopio, de los senos y de las características sexuales secundarias (McKinney, Fitzgerald, Strommen, 1982).

Sin embargo los sexos maduran a diferente ritmo: las mujeres pasan de modo bastante uniforme por profundos cambios biológicos 2 años antes que los varones. Pero una vez iniciada la secuencia de la maduración sexual, esta progresa de un orden bastante fijo (Tanner, 1971).

#### **1.4 CAMBIOS EN EL DESARROLLO COGNOSCITIVO**

La adolescencia es la edad en la que el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos, la edad en que ya no se siente por debajo del nivel de sus mayores, sino un igual al adulto, por lo menos en cuanto a sus derechos, y muy frecuentemente por encima de él. Esta integración a la sociedad adulta tiene muchos aspectos afectivos, más menos asociados a la pubertad, pero también involucra cambios intelectuales muy profundos (Caplan y Leovici, 1973).

La madurez cognoscitiva es la capacidad para pensar de forma abstracta hecho que se alcanza durante la adolescencia según Piaget (1972), entre los 11 y los 20 años los adolescentes pueden entonces pensar no solo en función de lo que observan en una situación concreta, desde ese momento puedan imaginar una variedad infinita de posibilidades, pueden pensar en situaciones hipotéticas, considerar todos los aspectos de una situación y plantearse un problema intelectual de forma sistemática.

Las etapas de desarrollo cognoscitivo, según Piaget (1972) (son etapas de una asimilación cada vez mayor de acción. Las novedades intelectuales o cognoscitivas que caracterizan a los procesos del pensamiento del adolescente no son absolutamente novedosas, sino que en cierto modo constituyen el término o coronamiento de todo un proceso evolutivo que comienza con el nacimiento y cuyas etapas podemos observar en el curso del desarrollo infantil.

Después de la fase sensorio motora, durante el cual el niño elabora esquemas de acción en los que ya es posible observar los fundamentos de las futuras operaciones intelectuales, el niño entre 2 y 7 años pasa por una fase de pensamiento preoperacional que se caracteriza por una gradual interiorización de las acciones sensorio motoras. Alrededor de los 7 años u 8 años el niño descubre las operaciones concretas, que constituyen ya una especie lógica debido a sus estructuras de grupos, esta lógica esta limitada y se refiere solamente a objetos que puedan ser manipulados física o mentalmente.

Ahora bien, la gran novedad que caracteriza al pensamiento adolescente y que comienza a manifestarse alrededor de los 11 ó 12 años, pero que llega a su equilibrio a los 14 ó 15 años, consiste en la desvinculación lógica concreta los objetos, de manera que pueda operar con proposiciones verbales o simbólicas, sin otra base. Esta lógica se hace con un conjunto de combinaciones el cual no es nuevo y solo se limita a ampliar, en cierto sentido, las clasificaciones y serializaciones del nivel de las operaciones concretas.

La gran novedad resultante reside en la posibilidad de manipular ideas. en lugar de limitarse a manipular objetos, en una palabra, el adolescente es un individuo capaz de elaborar o comprender teorías y conceptos ideales o abstractos. Sin embargo, la novedad reside en la capacidad de razonar sobre la base de hipótesis, esto es, con proposiciones a las que no se considera verdaderas o falsas sino que se las formula experimentalmente para extraer todas las posibles consecuencias de ellas, que luego son verificadas comparándolas con los hechos, a estas nuevas operaciones podríamos llamarlas operaciones proposicionales que pertenecen a la lógica de las proposiciones y no a la mera lógica de las clases y las relaciones. La lógica de las proposiciones es la combinación de proposiciones e hipótesis independientemente de su contenido y mediante su simple mecanismo de combinaciones de lógica.

Estas operaciones proposicionales exhiben una serie de características, la primera de ellas es que consisten en un conjunto de combinaciones, una segunda característica es que constituyen sistemas que sintetizan en un solo sistema las dos formas de reversibilidad inherentes a las operaciones concretas (Piaget, 1972).

Por otro lado, McKinney, Fitzgerald, Strommen, (1982), mencionan que el razonamiento del preadolescente todavía está determinado por el contenido específico de un argumento o problema concreto, mientras que el adolescente ya puede manejar sus aspectos estructurales, esto es, ya puede razonar acerca de su propio razonamiento.

El cambio decisivo se sitúa hacia los doce años, momento en el cual comienza a darse el auge del pensamiento que se dirige a la reflexión libre y desligada de lo real, las operaciones lógicas empiezan a ser transpuestas del plano de la manipulación concreta al de las meras ideas, expresado en un lenguaje cualquiera, pero sin el apoyo de la percepción, ni de la experiencia, ni siquiera la creencia (Piaget, 1972).

Durante la adolescencia, el individuo puede tratar sus propias operaciones formales como objeto de consideración intelectual, puede someter a consideraciones no solamente las percepciones de otro sino también sus propias operaciones lógicas. Así pueden pensar sobre sí mismos como lo harían otros, es decir, considerarse a sí mismo como el objeto de las percepciones y pensamiento de los demás. Por tanto el egocentrismo de la adolescencia, equivale a la persuasión del adolescente de que él o ella es de alguna manera única y exclusiva, el foco de preocupación de otros, lo cual se extiende a su conducta al igual que su apariencia (Elkind, 1967).

De acuerdo a Stenberg, (1987) hay tres aspectos de la inteligencia:

- I. **ELEMENTO COMPONENTE:** con cuánta eficiencia las personas procesan y analizan la información. El elemento componente es el aspecto crítico de la inteligencia, el individuo le dice a las personas como abordar los problemas, buscar soluciones, controlar y evaluar los resultados.
- II. **ELEMENTO EXPERIENCIAL:** como enfocan las personas las tareas novedosas y comunes. El elemento experiencial es el aspecto perspicaz de la inteligencia, le permite a las personas comparar la información con la que ya conocen, y encontrar nuevos medios para equipar los hechos; en otras palabras pensar en formas originales.
- III. **ELEMENTO CONTEXTUAL:** como se relaciona la gente con su ambiente. El elemento contextual es el aspecto practico " del mundo real " de la inteligencia.

## 1.5 CAMBIOS EN EL DESARROLLO SOCIOAFECTIVO.

Hall (1904) fue uno de los primeros estudiosos del desarrollo durante la adolescencia, a la cual llamó la época de las tormentas y el estrés, definición que tuvo considerable influencia en investigadores posteriores. Según él los adolescentes oscilan entre estados contradictorios y extremos, durante un periodo de su desarrollo, y virtualmente no sabe qué hacer ante el otro sexo, se encuentra entre la atracción y el rechazo, la búsqueda y el desdén.

Por otro lado, la sociedad impone al adolescente un importante espectro de exigencias (comportarse de tal manera; tener determinado rendimiento escolar; adoptar escalas de valores que se le presentan más o menos autoritariamente, etc.), pero a la vez, en general no lo provee de un plan cuidadosamente trazado que le ayude a satisfacer sus exigencias. Esto es, la sociedad parece proponerle al adolescente una especie que debe ser a partir de lo cual se valora positiva o negativamente, pero no le proporciona indicaciones que considere válidas en torno a "como llegar a ser" (Fuentes, 1989).

Desde el punto de vista de la interpretación social, las transformaciones psicológicas que tienen que durante la adolescencia no tienen su origen en una determinación interna (la pubertad y las modificaciones en el plan pulsional) sino en una determinación externa correspondiente con las modificaciones a nivel de las interacciones sociales. En 1986, Lahalle, afirma que los adolescentes tienen que enfrentarse a situaciones sociales en las que la posición y los roles son ambiguos y mal definidos, a menudo las situaciones son contradictorias; unas veces se considera al adolescente como un adulto que tiene que dar pruebas de responsabilidad, otras se limitara su dependencia o se le considerará incapaz de tomar decisiones.

Esto es de gran importancia, ya que en este periodo se da un deseo de independencia y el adolescente toma distancia en relación a sus padres e incluso

no quiere recurrir a ellos, pues siente esto como una especie de capitulación en la lucha por su conquista de autonomía personal (Fuentes, 1989).

Así, ante hábitos, tradiciones o valores que él no ha contribuido a elaborar y que por lo mismo le parecen propuestos autoritariamente, el adolescente desconoce los modos de llegar a ser socialmente valorado en forma positiva. Es frecuente que muchos adolescentes den temporalmente espaldas a la sociedad constituida y se lancen a la elaboración de una escala de valores que consideran suya, por lo menos así lo creen. Esto llega, en ocasiones, hasta forjar formas idiomáticas totalmente anómalas y propias solamente de los grupos de adolescentes que de tal manera creen rechazar determinados aspectos de la vida social o protegerse de ella (Ampudia, 1998).

Sin embargo, en la época en que se tienen lugar las transformaciones mencionadas, el joven tiene que afrontar los numerosos cambios que se producen en las actitudes de las personas que lo rodean, en su posición respecto a su grupo social y el rol que se le ofrece, se le dice que esta "creciendo" y que se espera de él nuevos tipos de comportamiento, se le otorgan ciertos derechos y facilidades, además de que se imponen nuevas demandas y responsabilidades, y pierde algunos privilegios anteriores.

Evadiéndose de un presente que le pesa, debido a sus estudios o a las numerosas restricciones a las que todavía debe someterse, el adolescente ya se ve como una persona madura, famosa, importante, con una vida plena de aventuras y de honores, o favorecida por el otro sexo. La muchacha sueña con el amor y el joven con toda clase de proezas.

Otro elemento importante es la búsqueda y la afirmación de la personalidad no tiene lugar solamente en el contexto de una oposición y una identificación con el adulto, igualmente importante es ahora el grupo de pares, ya que entre sus pares tienen sus mismas preocupaciones, el joven halla al mismo tiempo seguridad y

una rivalidad que lo estabiliza, tropieza también con problemas de tipo social, como son las manías, el modo de vestirse, amaneramientos y maneras de expresarse que toma enteramente de sus pares. Al mismo tiempo entre sus contemporáneos, por medio de bravatas, proezas, excentricidades y opiniones perentorias, trata de destacarse y de distinguirse de las mismas personas con las que se confunde en tantos aspectos (Debesse, 1961).

Dentro del grupo, el adolescente encuentra a menudo a su contraparte quien es también un espejo: el amigo preferido, siguiendo pautas que difieren según el sexo y que tal vez aparecen antes en las jóvenes, comienza a desarrollarse un intenso apego a un contemporáneo del mismo sexo. A través de experiencias y aventuras comunes, de conversaciones interminables, los dos compañeros inseparables se prestan mutuamente un servicio ayudándose a conocerse; esto quiere decir, que el adolescente ha encontrado finalmente en el amigo a una persona que lo toma realmente en serio, a alguien por quien se siente comprendido y a quien cree comprender (Debesse, 1961).

## **1.6 SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA**

Aunque está presente durante la adolescencia la sexualidad todavía no constituye el interés principal de los jóvenes adolescentes sino que de niveles de intereses generalmente por debajo de trabajo del futuro de la comprensión de otras personas e incluso del deporte. Cuando el sexo se convierte en el principal interés generalmente lo es en el contexto de una relación determinada por la búsqueda de identidad al revés de otra persona que por la obtención de la satisfacción física. Además de su interés por el sexo los adolescentes tienen otros temas que les preocupan más como las amistades, escuela, deportes, lucha por ser independientes de sus padres cuando aún necesitan de un guía y naturalmente los temas de identidad e intimidad (Papalia y Olds, 1997).

Sin embargo, Stefanko en 1984, dice que las preocupaciones sexuales son mayores dentro de esta etapa ya que están más activos sexualmente y están más orientados hacia los problemas sexuales que los problemas del pasado, así mismo la incidencia de las caricias como de las relaciones sexuales es mayor y se presenta en edad más temprana (citado en Papalia y Olds, 1997).

Para el adolescente, el medio ambiente que él mismo considera como propicio es el grupo de amistades del propio sexo, que luego irá dando lugar al comienzo de las amistades y vinculaciones con el otro sexo. Pero para el adolescente su grupo de iguales (en edad, preferencias, actitudes, etc.), es, indudablemente, uno de los elementos socializadores por excelencia. Antes o juntamente con ello debe efectuarse una adecuación a los nuevos aspectos del desarrollo físico para que el adolescente pueda adaptarse modo satisfactorio a las relaciones con las personas del sexo opuesto (Fuentes, 1989).

El interés por la sexualidad se encuentra latente hasta que se llega a la pubertad y adolescencia, todos los cambios biológicos de la maduración física suscitan un nuevo interés por la sexualidad y agravan el problema de integrar esos impulsos con los otros aspectos de la personalidad. A este proceso algunas veces se le da el nombre de Socialización sexual y que consta de cinco componentes: 1) elegir una preferencia por el objeto sexual; 2) asumir una identidad sexual; 3) aprender los papeles propios del sexo; 4) entender la conducta sexual; 5) adquirir las destrezas y el conocimiento sexuales. La socialización sexual normalmente culmina con sentimientos positivos respecto a la propia sexualidad a la capacidad de traducirlos en una conducta correcta y eficaz (Spanier, 1977, citado por Craig, 1988).

Generalmente se supone que las altas concentraciones de hormonas hacen a los adolescentes más sensibles a la excitación genital que a las adolescentes, la masturbación, más que la fantasía romántica, constituye su principal actividad sexual; aunque es muy positiva y satisfactoria, puede generar en una capacidad

de realizar actos sexuales sin afecto (Craig, 1988). Las nuevas normas de los valores y comportamiento sexuales vienen a dificultar aún más las decisiones del adolescente, estas nuevas reglas, o la liberación de las antiguas, han recibido el nombre de revolución sexual, el efecto principal que ésta ha tenido es un cambio en las actitudes sociales, que tienen que aceptar ahora mayor prevalencia y diversidad de actividad erótica.

La adolescencia es un fenómeno cultural que es modelado por los siguientes factores: segregación por edad, dependencia prolongada, una sociedad dominada por los medios de comunicación y las crisis globales. Sin embargo, la tarea de las familias de los adolescentes es realizar ajustes ante la creciente independencia de estos a medida que se preparan para "abandonar el hogar", sin embargo las relaciones con los compañeros sirven para ofrecerles el apoyo emocional que necesitan para afrontar los múltiples cambios de su vida y para reducir la dependencia respecto a sus padres.

## **1.7 DESARROLLO MORAL**

Se ha encontrado en estudios previos que el adolescente piensa en temas morales, el razonamiento moral continua en desarrollo hasta que los adolescentes adquieren la capacidad para pensar en términos abstractos y comprender principios morales universales. (Papalia y Olds, 1997.)

Según Kohlberg (1981), el desarrollo cognoscitivo avanzado no garantiza este desarrollo moral pero debe de existir para lograrlo. Así mismo, identificó tres niveles de razonamiento moral, cada uno de los cuales dividido en dos etapas, como aparece en la siguiente tabla:

NIVELES	ETAPAS DEL RAZONAMIENTO
<p>NIVEL I: preconvencional (4 a 10 años). El énfasis en este nivel se halla en el de los demás y se cumplen para evitar un castigo u obtener un premio.</p>	<p>ETAPA 1: orientación hacia el castigo y la obediencia. Los niños obedecen las reglas de otras personas para evitar castigos. Desconocen los motivos de una acción y se centran en la forma física (como el tamaño de una mentira) o sus consecuencias (la cantidad del daño físico).</p> <p>ETAPA 2: propósito instrumental e intercambio. Los niños aceptan las reglas de acuerdo a sus intereses y considerando lo que los demás pueden hacerles a cambio. Considerando un acto en términos de las necesidades humanas que satisface y diferencian este valor de la forma física de la acción y de sus consecuencias.</p>
<p>NIVEL II moralidad de conformidad con un rol convencional (10 a 13 años).</p>	<p>Etapa 3: la regla de oro es mantener relaciones mutuas recibir la aprobación de los demás. Los niños quieren agradar y ayudar a los demás pueden juzgar las intenciones de otros y tener sus propias ideas de lo que es una buena persona. Evalúan un acto de acuerdo con el motivo que subyace en él o de la persona que realiza y toman en cuenta las circunstancias.</p> <p>Etapa 4: interés social conciencia. Las personas se preocupan por cumplir con sus obligaciones demuestran respeto por la autoridad y por mantener el orden social. Siempre considera malo un acto si viola una norma o lastima a otros sin pensar en el motivo o a las circunstancias.</p>

<p>NIVEL III: moralidad de principios morales autónomos (a los 13 años en la edad adulta temprana o nunca).</p>	<p>Etapa 5: moralidad de contrato de derechos individuales y de la ley democráticamente aceptada. La gente piensa en términos racionales, valora la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad. Por lo general considera que estos valores tienen mas respaldo si se ajustan a la ley. Aunque reconocen que en ocasiones la necesidad humana y la ley se ven en conflicto consideran que a largo plazo es mejor para la sociedad obedecer la ley.</p> <p>ETAPA 6: moralidad de principios éticos universales. La gente hace lo que considera las restricciones legales ni la opinión de los demás. Actúan de acuerdo con estándares interiores, sabiendo que se condenaran a sí mismo si no lo hacen.</p>
---	---

( Kohlberg, 1981).

El pensamiento de los niños acerca de la moralidad generalmente se ajusta en las dos primeras etapas de Kohlberg ambas en el nivel I, en el cual consideran la moralidad en términos de obediencia para evitar el castigo o actúan de acuerdo con su propio interés. Algunos adolescentes y adultos también se encuentran en nivel I. Piensan en términos de satisfacer sus propias necesidades. Sin embargo la mayoría de los adolescentes como la mayoría de los adultos parece estar en el nivel II incluye las etapas 3 y 4. Solamente un pequeño numero de personas parece lograr el nivel III. En el que se puede alcanzar en la adolescencia o en la edad adulta, las personas pueden observar dos estándares socialmente aceptados y elegir el que les parece correcto. Sin embargo incluso las personas que han llegado a un nivel mas elevado en su desarrollo cognoscitivo no siempre obtienen un nivel de desarrollo moral con el mismo alcance. Esto se debe a otros factores además del conocimiento, que afectan el razonamiento moral. Así un

cierto nivel de desarrollo cognoscitivo es necesario pero no suficiente nivel comparable de desarrollo moral.

Kohlberg (1981), sostiene que el pensamiento moral es universal y trasciende Las fronteras culturales. No obstante otras investigaciones sugieren que el contexto ecológico ejerce una influencia mayor sobre el razonamiento moral.

El desarrollo moral se lleva a cabo en tres partes diferentes que se sobreponen, 1) la inhibición basada en la ansiedad: que es una conducta socialmente aceptable provocada por el castigo que impone las autoridades; 2) el interés por los demás paso por la empatía: es una combinación de la capacidad humana de compartir sentimientos y de la creciente capacidad cognoscitiva de alterar el estado interno de los demás; 3) los adolescentes pasan por el desarrollo moral al ejercitar su propio pensamiento: aquí se encuentran las operaciones formales, al probar hipótesis, al re evaluar información y al re formular conceptos. Estos tres tipos de moral no son etapas cronológicas ni excluyentes, durante la adolescencia su importancia puede variar (Hofman 1980, citado por Craig, 1988).

**CAPITULO II**  
**IMAGEN CORPORAL.**

## IMAGEN CORPORAL

Desde que se iniciaron los estudios sobre imagen corporal, se propusieron varios nombres: somatopsique, somatognosia, senestesopatía, imagen o modelo postural, imagen espacial, consciencia del cuerpo, representación corporal, imagen corporal y esquema corporal. Retornado por Schilder (1989), este termino posee la ventaja de indicar que la vivencia del propio cuerpo no es una representación solo física, sino una especie de marco de referencia amplio dentro del cual se ordenan diversas experiencias particulares, funciona de modo autónomo donde los estados de conciencia no dirigen la situación. Las investigaciones sobre imagen corporal partieron de la neuropatología y de la psiquiatría, se observaban impresiones del cuerpo fragmentado invalido u omnipotente, en diversos cuadros psicóticos en la histeria y en la neurosis.

La imagen del cuerpo humano ha sido estudiada por diferentes autores cada uno con un singular punto de vista entre los que cabe destacar a Schilder quien es considerado como uno de los psiquiatras más brillantes dentro de la neuropsiquiatría mundial. En su libro clásico imagen y apariencia del cuerpo humano define a la imagen del cuerpo humano como aquella representación que nos formamos mentalmente de nuestro propio cuerpo es decir, la forma en que éste se nos aparece, disponiendo de ciertas sensaciones, viendo algunas partes de la superficie corporal, teniendo impresiones táctiles, térmicas, de dolor, etc. Así, para Schilder experimentamos nuestra imagen corporal y la de los cuerpos de los otros en un íntimo entrelazamiento; así como nuestras emociones y acciones son inseparables de la imagen corporal de la misma manera, las emociones y acciones de los demás son inseparables de sus cuerpos.

Dolto (1986), psicoanalista, habla del esquema corporal y de la imagen corporal, para él, el esquema corporal es el mismo para todos los individuos de la especie humana y por el contrario, la imagen del cuerpo es propia a cada uno: esta ligada al sujeto y a su historia; la imagen del cuerpo es la síntesis viva de nuestras

experiencias emocionales, y agrega que, gracias a nuestra imagen del cuerpo portada y entrecruzada con nuestro esquema corporal podemos entrar en comunicación con el otro.

Especialmente los trabajos psicológicos muestran que la adquisición progresiva de una imagen del propio cuerpo se apoya sobre unas adquisiciones múltiples, no sólo visuales o cinésticas (lo que explica mas bien la noción de esquema corporal), sino también cognoscitivas, afectivas y sociales (descubrimiento de los otros y de las fronteras entre él yo y los demás). El resultado final del desarrollo de la imagen corporal del cuerpo consiste en percibir el cuerpo como único, diferente de los otros y como propio (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Todos nosotros tenemos una imagen mental de nuestra propia apariencia que es algo más que una imagen en un espejo, y que puede o no aproximarse mucho a nuestra apariencia real.

En realidad, aunque se trata de un fenómeno enteramente psicológico, la Imagen Corporal abarca la visión que tenemos de nosotros mismos no sólo físicamente, sino también fisiológica, sociológica y psicológicamente.

Las definiciones de imagen corporal no son uniformes por tratarse de un fenómeno complejo, aunque los autores coinciden en varios puntos. Una de estas coincidencias es la admisión de que ha habido modificaciones en el concepto y que no se le considera en la actualidad como una suma de sensaciones, sino como lo observaron años atrás, una configuración o gestalt que incluye tensiones, inclinaciones e impulsos; esta gestalt es entendida como una dinámica (Schilder, 1989).

Otra coincidencia es el hecho de que la imagen corporal resulta correlacionada con la estructura del ambiente y del yo corpóreo, por lo cual manifiesta a la vez rasgos de la personalidad individual y de la comunidad cultural a la que el sujeto pertenece, y en que no es una adquisición sino producto de una evolución en la

que intervienen a la vez factores madurativos y la influencia de la experiencia (Aisenson, 1981).

Finalmente, la imagen del cuerpo es un polisémico, es decir, parte de definiciones clínicas, psicoanalíticas, psiquiátricas, psicosociales y psicogenéticas. Este término parece apropiado para describir aspectos subjetivos de la experiencia corpórea esto es, cómo percibe y relata el individuo su cuerpo provisto de propiedades físicas (estatura, peso, volumen) y un cuerpo sujeto provisto de afectos.

Se ha mencionado que todas las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: primero la impresión que una persona les causa a los demás, y segundo, el modo en que su cuerpo se le aparece a ella misma, o sea la Imagen Corporal (Kolb, 1959).

Kolb, en 1959, define a la Imagen corporal como la imagen que formamos mentalmente de nuestro cuerpo, el modo en que lo vemos; y ha dividido a esta en dos componentes: la percepción del cuerpo y el concepto del cuerpo. La primera está integrada por las múltiples percepciones vinculadas con el cuerpo, mientras que el segundo depende de procesos psicológicos internalizados y de sensaciones internas

La definición de Imagen Corporal De Cash y Pruzinsky (citado por Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 1999), definen a la Imagen Corporal de muy diversas maneras entre ellas se encuentra aquella en las que se considera como una actitud hacia el propio cuerpo y de manera muy particular hacia la propia apariencia.

Rocheblave-Spenié, en 1985, definen a la Imagen Corporal como la representación que cada uno hace de su cuerpo y que sirve de punto de

referencia en el espacio, fundada en datos sensoriales múltiples propioceptivos y exteroceptivos.

Por otro lado, Bruchon-Schweitzer (1992), define la Imagen Corporal como la representación de cada individuo se forma de su propio cuerpo, cara, ojos, cabello, es decir, de la estructura somática global.

Es el conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias; la imagen del cuerpo casi siempre es una representación social y evaluativa. Estas percepciones evaluativas pueden ser favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo y son agrupadas generalmente bajo el nombre de satisfacción - insatisfacción corporal. Rosenbaum (1979), citado por Gómez Pérez-Mitré, (1997).

El término Imagen Corporal parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relatada por el individuo no sólo a propósito de un cuerpo objeto provisto de propiedades físicas (estatura, peso, volumen, orientación...), sino también a propósito de un cuerpo sujeto lleno de afectos complejos, más o menos conscientes, y a menudo de la naturaleza autoevaluativa.

Para los autores Schlundt y Bell (1993), la Imagen Corporal es una red multicomponente de cogniciones y percepciones almacenadas en la memoria a largo plazo usadas para procesar información en situaciones en las cuales el tamaño, la forma y la apariencia corporal es pertinente.

Rosenbaum (1979), define Imagen Corporal como una sensación del cuerpo que comienza en la niñez temprana y es continuamente modificada a través de la vida por la enfermedad, dolor, placer, y atención (citado por Gómez Pérez-Mitré, 1997). El desarrollo estable y positivo de la imagen corporal es aceptar los cambios

anatómicos tomando en cuenta que es también un fenómeno cultural! (Stenberg y Blinn, 1993).

No cabe duda que autoimagen es una palabra casi cotidiana en nuestro vocabulario y que pocas veces se toma en consideración para describir la realidad biológica, psicológica y social de nuestros jóvenes, la autoimagen normalmente lleva asociada un juicio de valor negativo o positivo (como por ejemplo agradable, desagradable, bonito, feo, etc.) y está íntimamente relacionada a la imagen corporal y autoconcepto; de tal manera que se le puede considerar sinónimos. El desarrollo de esta imagen y de la noción del propio cuerpo va unido a un desarrollo biológico del individuo, ya que empieza a formarse desde los primeros años de vida, esta representación o imagen interiorizada del cuerpo está también íntimamente ligada a los lazos afectivos que tiene el sujeto y con la imagen de su propio cuerpo, le devuelven los demás, esto es más evidente durante la etapa de la adolescencia.

Por todo esto, la imagen que un individuo tiene de sí mismo, es de gran influencia en su comportamiento y está directamente relacionada con su personalidad y más implícitamente con su estado mental.

La adolescencia como sabemos, es una etapa del desarrollo de cualquier ser humano que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y sociales; tanto para los hombres como para las mujeres. 1) Físicos porque el cuerpo empieza a desarrollarse y aparecen los caracteres sexuales secundarios, los cuales se refieren a la madurez física reproductiva; 2) Sociales porque los jóvenes aprenden una nueva forma de relacionarse con los demás, con la base a lo que han aprendido en sus primeros años de la familia y; 3) Psicológicos ya que las principales consecuencias psicológicas de estos cambios físicos y sociales se dan en la autoimagen corporal, en la reevaluación de uno mismo y en la búsqueda de la individuación. (Tercero, 1998).

Grinder, en 1995, señala que en ciencias sociales se considera que la Imagen Corporal surge de la interacción social, parece que la imagen corporal que posee

el adolescente es producto de experiencias reales y fantasioso que provienen en parte de su propio desarrollo físico, del resalte de que los compañeros dan a los atributos físicos y a las presiones culturales.

El cuerpo percibido tiene como normas referentes de belleza y del rol por lo que la imagen corporal es casi siempre una representación evaluativa. Dentro de la construcción de la imagen corporal se presenta el contexto socioeconómico y el entorno cultural y en tanto que esta puede diferir según la edad, género, clase social, entre otras variables (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 1999).

Los adolescentes se sienten fascinados con su cuerpo y, con frecuencia, muestran ante él una actitud crítica. Desde el punto de vista sociológico los adolescentes pueden ser considerados un grupo marginal tanto en las culturas como en el margen de una conducta dominante por tal razón, el adolescente puede ser extremadamente intolerante ante la desviación tanto en la constitución corporal (por ejemplo, una excesiva obesidad) como en la sincronización (por ejemplo en el caso de una maduración tardía).

Los medios de comunicación manipulan esa tendencia al presentar en los anuncios imágenes estereotipadas de adolescentes atractivas y exuberantes que pasan por esta etapa de la vida sin barros ni espinillas ni proporciones desgarradas (Craig, 1988).

De acuerdo con Carretero y León (1990), la estructura de la Imagen Corporal está determinada por los siguientes factores:

1) *La percepción subjetiva del aspecto físico y la capacidad funcional.* Ordinariamente, la imagen corporal cambia lentamente durante la niñez y la preadolescencia, al venir la adolescencia el ritmo del cambio se acelera enormemente. Curran y Frosh (1970), llaman la atención sobre la necesidad de una reconstrucción radical de la imagen corporal durante la adolescencia normal

debido a los cambios que tienen lugar en la pubescencia en cuanto al tamaño y las proporciones y las características sexuales primarias secundarias. En la adolescencia el cuerpo adquiere un nuevo valor, de manera que las anomalías que ya estaban presentes en la niñez asumen una nueva significancia. Los adolescentes piensan que ser diferentes equivale a ser inferiores. Un desarrollo sexual inapropiado durante la adolescencia suscita perturbaciones en la imagen corporal, no obstante, no todos los adolescentes que tienen deficiencias reales de maduración tienen perturbaciones en su imagen corporal.

2) *Factores psicológicos internalizados.* Los adolescentes que crecieron de una relativa estabilidad cuando niños como resultados de perturbaciones de la relación con sus padres, y tuvieron problemas en el desarrollo de la personalidad, con frecuencia no logran elaborar un sano marco de referencia para el concepto del yo y tienen dificultades para afrontar las exigencias sociales, escolares, etc., cuanto más ineficaces fueron sus inadaptaciones en la primera fase de la niñez, peores serán sus adaptaciones a los cambios físicos normales de la adolescencia, y con mayor razón aún, a las desviaciones reales o imaginarias en la maduración o la configuración corporal. Se dice que las experiencias afectivas anteriores influyen sobre las observaciones y las interpretaciones que hace el sujeto, pues la Imagen Corporal es una representación condensada de las experiencias presentes y pasadas del individuo con su propio cuerpo, reales o imaginarias.

3) *Factores sociológicos.* En el curso de su desarrollo el individuo se ve sometido a una gran variedad de presiones por parte de su ambiente y aprende a adaptarse a ellos. Tanto las presiones como la adaptación tiene lugar en un medio social, de manera que la persona es objeto a la vez de las reacciones de los demás y de sus evaluaciones sobre cuya base puede alterar su conducta o reafirmarla.

Los adolescentes aceptados por sus familias habitualmente no sobre estiman ni subestiman sus cuerpos. En cambio, cuando el adolescente siente que su cuerpo

no satisface las expectativas de quienes los rodean con frecuencia llegan a menospreciarse. A su vez, las familias que tienden a enfatizar la significación del aspecto y el funcionamiento físico les inculcan a menudo una sobre valoración de la seguridad que ofrece la belleza física.

A menudo los padres suscitan la ansiedad inicial del adolescente a raíz de su aspecto y adecuación sexual con una mirada, una frase o un persistente interés por desarrollo genital o la estatura del hijo, o por la demora en la menarca o el peso excesivo de la hija.

Los adolescentes se muestran extraordinariamente sensibles a propósito de su concepto del yo. Reaccionan instantáneamente ante lo que piensan de sí mismo y lo que los demás piensan de ellos. Dado que su imagen de la propia persona se halla en constante fluidez, son especialmente vulnerables ante los juicios de los demás. La aprobación o la desaprobación de los demás. Durante la adolescencia cuando depende del grupo de pares en lo que toca su prestigio social tiende a aceptar como verdadero el valor que el grupo le atribuye.

4) *Imagen corporal ideal.* El adolescente formula una imagen corporal ideal a partir de sus experiencias, percepciones, comparaciones e identificaciones con otras personas tanto reales como imaginarias. Los medios de comunicación de masas contribuyen a esto con un énfasis excesivo en normas poco realistas, glorificando el cuerpo ideal y descalificando el que se aparta de él. Durante este periodo en el que el ideal del yo es tan inestable, el adolescente puede sentirse muy ansiosa, volviéndose hacia el grupo de sus pares. La pandilla o grupo es uno de los muchos ejemplos del esfuerzo que realizan los adolescentes por hallar una imagen satisfactoria de sí mismo a través del intercambio con otros que luchan por conseguir el mismo objetivo.

Thompson (1990, citado por Raich, 1998) señala tres componentes básicos de la imagen corporal:

A) COMPONENTE PERCEPTUAL. Hace referencia a la precisión con que la persona percibe o estima algunas partes de su cuerpo o la totalidad de él. La sobrestimación y subestimación corporal son resultado de la distorsión de este componente.

B) COMPONENTE SUBJETIVO. También denominado cognitivo-afectivo dado que incluye las actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que provoca la percepción del cuerpo, aquí e incluye la insatisfacción, preocupación, ansiedad, etc.

C) COMPONENTE CONDUCTUAL. Son las conductas que provocan la percepción del cuerpo y sentimientos relacionados con él mismo (el uso de ropas holgadas para esconder algunas partes del cuerpo, la exhibición de algunas otras, etc.).

Rosenbaum, (1979 citado por Stenberg Blinn, 1993) experiencias que producen modificaciones en la imagen corporal:

1. Las originadas por cambios biológicos, tales como el desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias durante la pubertad.
2. Las relacionadas con los cambios psicológicos, como el desarrollo cognoscitivo, la adquisición del pensamiento formal que hace a la persona más analítica hacia su propio cuerpo, lo cual ocurre durante la adolescencia.
3. Las debidas al contexto social y el entorno cultural (la adquisición de la imagen corporal difiere de acuerdo con la edad, género, clase social, etc.).

## 2.1 SOCIEDAD E IMAGEN CORPORAL.

En 1973 Caplan y Lebovici, señalan que las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: primero, la impresión que uno les causa a los demás y segundo el modo, en que el adolescente percibe a su cuerpo o sea a su imagen corporal. Por otro lado también menciona que están afectadas por el tamaño del cuerpo, la fuerza física y las nuevas sensaciones sexuales ahora son positivas en los adolescentes que son debido a los cambios puberales de la adolescencia, que hacen que el adolescente se encuentre preocupado y afectado por su físico y por la apariencia de su figura corporal.

La belleza humana no ha podido ser definida por propiedades mensurables, aún se ignora la relativa generalidad o especificidad de los propios criterios de cada cultura. En los trabajos experimentales es considerado como bello o como feo aquel que es juzgado como tal por los otros individuos. Bruchon-Schweitzer (1992), opina que la cara sería más determinante que otras partes o características del cuerpo en cuanto al atractivo global de un sujeto. La mayor parte de los trabajos que estudian el atractivo muestran que las mujeres, por término medio, son percibidas como más atractivas que los hombres.

Según la morfología personal (Peso, estatura, relación de la estatura con la raíz cubica del peso que indica la forma del cuerpo), la adhesión a los modelos comunes varía sensiblemente. Las mujeres más conformistas son esbeltas, altas, y de tendencia ectomorfa, mientras que las más discrepantes son las de estructura endomorfa.

Muchos estudios después de Barocas y Caroly (1972), han demostrado que los sujetos son más atractivos experimentan relaciones sociales gratificantes. Un individuo atractivo es pues, globalmente más gratificado, cuando necesita un apoyo, que un sujeto poco atractivo (Benson, Karabenick y Lerner, 1976; Wilson,

1978). Esto se acentúa particularmente cuando el demandante es una joven hermosa (Citado por Bruchon-Schweitzer, 1992).

La belleza facilita las interacciones sociales cuantitativas y cualitativas. La belleza es considerada como un valor social, hemos visto con anterioridad que una persona atractiva suscita curiosidad e interés y puede ser más conveniente que una poco atractiva.

Osterrieth (1984), señala que el hecho de tener un cuerpo que cambia, de ser un cuerpo de proceso de cambio atraerá inevitablemente la atención del sujeto hacia ese cuerpo que cambia por lo tanto hacia él yo, este encuentro del adolescente consigo mismo esta expresado en la imagen de los adolescentes que se estudian ante un espejo y tratan de determinar quién y qué es él o ella (citado por Carretero y León 1990).

De acuerdo con Agras y Kirkley, 1986, citados por Gómez Pérez Mitre (1997), los factores que contribuyen a la gestación y desarrollo de la insatisfacción con el propio cuerpo ocupa un lugar importante la imposición ideológica de un modelo femenino que a adquirido la capacidad de ejercer presión social. Por medio de esto se expone como modelo ideal una figura femenina que a partir de 1950 a sido cada vez más delgada hasta llegar a ser extremadamente estilizada.

Son muchas las variables que contribuyen a la aparición de los trastornos de alimentación pero se hace evidente que los factores socioculturales cobran una especial relevancia. La presión hacia la delgadez han influido hasta ahora en mayor medida sobre la mujer, pero durante los últimos años esta presión se esta generalizando al sexo masculino. Como consecuencia de ello, los hombres también se ven envueltos en el culto al cuerpo delgado musculoso que fomentan los diferentes medios de comunicación y que son el resultado de muchas restricciones dietéticas y muchas horas de gimnasio. Este hecho podría hacer que

los próximos años disminuyera la diferencia entre las proporciones de casos entre los hombres y mujeres (Mateos y Solano, 1997).

En el caso de la mujer la presión es, sin duda alguna, mucho mayor. La sociedad exige la delgadez para triunfar, pero es una delgadez caracterizada por un cuerpo asexual, rectilíneo, más propio de un cuerpo de una niña que de una mujer, una moda absurda que es imposible seguir ya que está en contra de toda naturaleza y lógica. Estas variables se encuentran internalizadas en la sociedad actual, e influye principalmente sobre mujeres jóvenes. En esta misma línea, Baluch, Furnham, Huszcza, 1997, citado por Mateos y Solano, 1997), han mostrado que las anoréxicas y adolescentes valoraban a la mujer delgada como más atractiva, saludable, segura de sí misma y popular que las mujeres adultas. Tampoco podemos olvidar que de bajo de esta moda se encuentra toda una "industria de adelgazamiento" que se mueve por intereses económicos, sin importarles las terribles consecuencias que de ello se puedan derivar. Así nos bombardean con anuncios de publicidad que proponen dietas milagrosas, productos "light", etc... fomentando la idea de que el secreto de la felicidad se encuentra en conseguir un cuerpo femenino delgado y un cuerpo musculoso y atlético en varones.

## **2.2 DISTORSIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL**

La distorsión perceptual es la inhabilidad para percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y es usualmente medida usando tareas visuales de estimación del tamaño tales como distorsión del video o de rayos luz (Murrieta, 1997).

Casper, Davis, Ecker, Halmi y Goldberg, (1979) muestran que las diferencias en percepción no se atribuyen a factores sensoriales, sino que son respuestas alteradas e influidas por variables actitudinales, motivacionales y de personalidad. Encontraron que los sujetos además de evaluar el tamaño de su cuerpo o parte del mismo, también evalúan objetos y que con relación a eso no se presentaba

distorsión. Sin embargo, proponen que el problema de distorsión de la imagen corporal se limita a regiones del cuerpo y que no abarca objetos físicos, concluyendo que, la distorsión es un desorden perceptual general.

Sin embargo, otras investigaciones han demostrado que los desórdenes y problemas asociados a la distorsión de la imagen corporal son producto de condiciones socioambientales y culturales (Furnham y Baguma, 1994, citado por Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Garner y Garfinkel, (1981, citados por Schlundt y Bell, 1993), sugirieron que la imagen corporal es una estructura multidimensional. Recientemente, investigadores han argumentado que la imagen corporal tiene dos dimensiones básicas, distorsión perceptual e insatisfacción corporal (Cash y Brown, 1987; Thomson, 1990, citados por Schlundt y Bell, 1993). Para estos autores la distorsión perceptual es la inhabilidad para percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y es usualmente medida usando tareas visuales de estimación del tamaño tales como distorsión de vídeo o rayos de luz. La insatisfacción corporal es el grado con el cual a la gente le gusta-disgusta el tamaño y la forma de sus cuerpos, y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación.

Al parecer desde la adolescencia, la estatura es una fuente de insatisfacción corporal: las jóvenes mas altas y los jóvenes más bajos son los más insatisfechos de su cuerpo y de si mismos (Kurtz, 1966, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992). Según diversos estudios, el sobrepeso es un buen predictor de la insatisfacción de la satisfacción no sólo en las mujeres sino, desde los años setenta, en los hombres. Un punto interesante es que esta característica indeseable (principalmente cuando es autoevaluada) parece incorporar otras (dientes, pecho, forma de las piernas, estructura del cuerpo, posturas), como si el hecho de ser demasiado gorda - objetiva o subjetiva- produjera una insatisfacción, no específica, sino difusa. (Gray, 1977; Prytula y Hiland, 1975; Young y Reeves, 1980; Young, Reeves y Elliot, 1978, citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Los primeros estudios sobre esta línea de investigación señalaban que la distorsión perpetua de la imagen corporal únicamente se presenta en anoréxicas, sin embargo, esta también se manifiesta en personas con defectos físicos, bailarinas, obesos y adolescentes ( León, 1983, Damlouji. 1985; citados por Toro y Vilardell, 1987).

Se ha establecido que una imagen corporal negativa se relaciona con los trastornos de la alimentación, por lo que se puede dar una satisfacción-insatisfacción, así como una distorsión de la imagen corporal, presentando características comunes.

Las alteraciones de la imagen corporal constituyen una variable cognitiva a tener en cuenta y se encuentran implicadas en el hecho de que estas personas aun estando extremadamente delgadas, nieguen su delgadez así como niegan su enfermedad. De esta manera, a medida que el cuadro progresa va haciéndose cada vez mayor el miedo a engordar, buscando la delgadez como forma de vida, no dándose cuenta, o no sintiendo, que ellas ya no están delgadas sino desnutridas. En este caso aún se sienten gordas, lo que les lleva a restringir su ingesta alimentaria, convirtiéndose en un círculo vicioso del que les resulta difícil salir (Raich, 1994; Toro y Vilardell, 1987; Hsu, 1990<sup>a</sup>; citado por Mateos y Solano, 1997).

Slade (1985), tras realizar una revisión de diferentes estudios sobre imagen corporal llega a la conclusión de que la sobrestimación del tamaño, sobre todo a lo ancho, es una característica de la anorexia nervosa aunque esta tendencia no es exclusiva de dicho trastorno, sino que también está presente en otros grupos.

Taylor y Cooper (1992), relacionan el estado de ánimo con la imagen corporal, de tal manera que, según estos autores, si inducimos un estado de ánimo negativo a sujetos con preocupación por la figura corporal, tienden a sobreestimar su tamaño mostrando en dicho estado de ánimo una mayor tendencia a la insatisfacción en relación con su tamaño corporal.

A partir de los diferentes estudios sobre imagen corporal y trastornos de la alimentación se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- A) La tendencia a la sobreestimación del tamaño corporal no es debida a los fallos perceptivos, sino que la insatisfacción corporal es la causa principal de la percepción alterada (Raich, 1994; Gardner y Bokenkamp, 1996, citados por Mateos y Solano, 1997).
- B) Esta misma tendencia conlleva a una mayor gravedad del cuadro y peor pronóstico (Slade, 1985; Toro y Vilardell, 1987).
- C) La sobreestimación del tamaño corporal no es propia únicamente de los trastornos alimentarios, sino que también aparece en otros colectivos como en personas obesas y en adolescentes (León, 1983) mujeres de la población general (Caspers, Halmi, Goldberg, Eckert y Davis, 1979) y en accidentados con desfiguraciones físicas (Damlouji y Ferguson, 1985), entre otros grupos. No obstante, lo que diferencia a estos grupos de las personas con trastornos alimentarios son las intensas reacciones emocionales y la evaluación negativa que hacen sobre su imagen corporal (Toro, 1990), (citado por Mateos y Solano, 1997).

Por otro lado algunos investigadores han argumentado que la imagen corporal tiene dos dimensiones básicas:

- a) Distorsión perceptual siendo esta inhabilidad de percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y se expresa ya sea sobre estimándolo o subestimándolo. Por otro lado la distorsión de la imagen corporal se entiende como el mayor alejamiento, específico concreto, del peso real, esto es, a la diferencia entre el peso real y peso imaginario, se le conoce como distorsión de la Imagen Corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

b) Satisfacción e insatisfacción corporal es el grado con el cual a la persona le gusta o disgusta y en consecuencia acepta o rechaza el tamaño y forma de su propio cuerpo (Cash y Brown, 1987; Thompson, 1990, citados por Schlund y Bell, 1993). Así como el nivel o grado de satisfacción-insatisfacción es una de las dos dimensiones de la imagen corporal más estudiadas y mejor documentadas como factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación. Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Gómez Pérez-Mitré (1995), señala que la insatisfacción corporal es el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad. Define distorsión de la imagen corporal como al mayor o menor alejamiento entre el peso real y el peso imaginario. Siendo el peso imaginario un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicios autovalorativos, que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo.

La insatisfacción puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción de tamaño y la forma corporal actual difiere del tamaño y forma ideal percibida por el individuo y es a menudo medida por cuestionarios y escalas de clasificación. Según diversos estudios el sobrepeso es un buen predictor de la insatisfacción no sólo de las mujeres sino desde los setentas en los hombres (Williamson, Davies, Bennett, Goreczny y Graves, 1989).

La alteración del componente perceptual de la imagen corporal y la insatisfacción con la misma, son resultado de varios factores (Gómez Pérez-Mitré, 1997):

- a) Condiciones sociales. Como la presión que ejercen algunos agentes socializadores, entre ellos los medios de comunicación, quienes promueven símbolos y estereotipos de belleza, amor, roles de género, valores, etc.
- b) Variables individuales más objetivas, como peso y la forma real del cuerpo.

- c) Variables psicosociales subjetivas como autopercepción y percepción de los otros sobre el peso y tamaño corporal, figura ideal, autoatribución, autoconcepto y autoestima entre otras.
- d) Comportamientos alimentarios, grupos de pertenencia y clase social.

Las investigaciones sobre imagen corporal partieron de la neuropatología y de la psiquiatría, se observaban impresiones del cuerpo fragmentado invalido u omnipotente, en diversos cuadros psicóticos en la histeria y en la neurosis. Kretschmer, es el primero en hacer corresponder tipo físico y enfermedad mental, mediante la observación de enfermos percibe algunas regularidades y describe tres tipos físicos fundamentales:

**Pícnico:** personas bajas y gruesas con personalidad extrovertida con predisposición a la psicosis maniaco depresivo.

**Asténicos o Leptosomáticos:** personas altas y delgadas que tienden a la introversión y por tanto, predisuestas a la esquizofrenia.

**Atlético:** Dotado de medidas intermedias entre las de los pícnicos y la de los leptosomáticos.

**Displásticos o Mixtos:** en el que las diferentes partes del cuerpo no guardan proporción.

Sheldon y Stevens ,1942 (citado en Tyler 1975), creían que existía una relación entre constitución física y temperamento para el cual inventaron una técnica que consiste en valorar estrictamente en que grado presenta cada individuo cada uno de los tres principales componente físicos y cada uno de los tres principales componentes temperamentales. Los componentes físicos se determinaron después de un estudio de 4000 fotografías de hombres desnudos, tomadas bajo

condiciones estrictamente controladas. Los componentes del temperamento se determinaron mediante un análisis de correlaciones de distintos rasgos hechas a partir de un conjunto de 20 entrevistas con cada individuo. De este modo se dedujo que al parecer eran tres los conjuntos de estos rasgos fundamentales. Los tres componentes físicos y sus correspondientes temperamentales fueron los siguientes:

Físicos	Temperamentales
Endomorfismo: predominio de una suave redondez en el cuerpo.	Viscerotonía: predominio de la laxitud y la benevolencia, rasgos de complacencia amorosa.
Mesomorfismo: predominio de los músculos los huesos y el tejido conjuntivo.	Somatotonía: predominio del vigor la actividad física, la temeridad y el deseo de dominar
Ectomorfismo: predominio de la delgadez y la fragilidad.	Cerebrotonía: predominio de tendencias intelectuales e introvertidas.

Sheldon y Stevens (1942) (citado en Tyler, 1975).

A partir del reanálisis de las medidas de Sheldon y Stevens (1942) investigaciones Inglesas encontraron que la diversidad de morfologías individuales puede ser descrita en un espacio de dos factores de igual manera, la validación factorial de las medidas propuestas por Kretschmer, efectuadas en Alemania llega aun sistema de dos factores los cuales son:

1. Crecimiento general del cuerpo (huesos, músculos y otros tejidos).
2. Crecimiento en longitud opuesto a crecimiento en anchura. (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Por otro lado Barker en 1953 propuso una nueva denominación para el estudio de estas complejas relaciones: somatopsicología. La talla de una persona, su forma, su apariencia y su fuerza nos ayuda a determinar la situación psicológica en que esa persona se encuentra. Estos rasgos establecen los límites dentro de los cuales el sujeto puede actuar y sirven como estímulos para el mismo y para los demás

Brodie, Bagley y Slade, (1994), compararon las características de la imagen corporal en mujeres pre y post adolescentes utilizando las técnicas del espejo distorsionante y la selección de siluetas. Esta última consistía en la aplicación de 12 siluetas femeninas desnudas (en un grupo mayor de edad) y de 10 siluetas con leotardo negro para el grupo más joven. Las instrucciones consistían en escoger la figura que más se pareciera a ella (imagen ideal). Encontraron que existía una diferencia significativa entre la imagen percibida y la ideal. Los sujetos mostraron una ligera tendencia a percibirse más gordas de cómo realmente eran y un marcado deseo de ser más delgadas. Las postadolescentes mostraron las diferencias más marcadas entre imagen percibida e ideal con las dos técnicas.

Con relación a la percepción de la imagen corporal deseable, los hombres están más satisfechos con lo que perciben, en comparación con las mujeres. Por lo general una mayoría importante de las mujeres desean ser más delgadas de cómo se perciben y más delgadas de lo que a los hombres realmente les gustan, esto es más mujeres que hombres sobrestiman su peso cuando realmente pequeños porcentajes de hombres y mujeres son obesos o tiene sobrepeso de acuerdo con sus índices de masa corporal (Tienboon, Rutishauser, Wahlquist, 1994; Phelps, Johnston, Jiménez, Wilczenki, 1993; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993b).

### 2.3 SATISFACCION-INSATISFACCION CORPORAL.

La satisfacción corporal parece depender de la distancia entre la realidad e ideal. Los individuos aprecian su cuerpo en función a las diferencias con un concepto ideal (Bruchon-Schweitzer, 1992).

De acuerdo con Tucker, (1984) una de las formas de estimar la variable satisfacción/insatisfacción corporal es a través de la distancia que existe entre la realidad e idealidad. Por lo tanto, la satisfacción e insatisfacción se manifiesta en relación al grado de discrepancia que existe entre la figura real del sujeto y la figura que constituye su ideal corporal. Es importante agregar que el grado de satisfacción corporal depende de la autopercepción; así, una persona que se considera que tiende a estar satisfecha con su figura resultado más importante considerarse atractivo que serlo verdaderamente (Gómez Pérez-Mitré, 1998).

Para Bruchon-Schweizer (1992), la satisfacción corporal influye de manera importante en la adaptación individual y social, y esta íntimamente ligada con autoestima favorable así como el equilibrio emocional

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennett, Goreczny y Gleaves, 1989).

**CAPITULO III**  
**TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO**

## TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Los trastornos de la alimentación constituyen actualmente un foco de gran interés para la investigación clínica y básica. Dicho interés surge como necesidad de dar respuesta a la problemática que presenta actualmente un gran sector de la población caracterizado básicamente por ser mujeres adolescentes y pertenecer o haberse desarrollado en una cultura de tipo occidental.

Los trastornos de la alimentación se caracterizan básicamente por el temor fóbico a engordar, las distorsiones de la imagen corporal, y por todo el amplio arsenal de conductas que despliegan con el único objetivo de intentar adelgazar y, así conseguir estar más a gusto consigo mismo. Su valoración como personas, su éxito social, así como cualquier otro objetivo o logro personal que se propongan penden de un finísimo hilo: la delgadez como forma de vida. Sin embargo, una vez que se ha iniciado un trastorno de la conducta alimentaria y a medida que se va avanzando estas personas consiguen justo lo contrario de lo que se proponían en un principio; su autoestima que ya era baja, se va deteriorando cada vez con el tiempo, crece su aislamiento social, y lo que es peor aún, lejos de conseguir ser felices cuando consigan la tan deseada delgadez, cada vez se encuentran más tristes, solo y angustiados (Mateos y Solano, 1997).

La alimentación del ser humano se ve afectada por valores tales como los sociales, culturales, psicológicos y biológicos, es decir, que el hombre necesita de nutrientes para sobrevivir y la ingesta de alimentos es una necesidad que satisface el gusto y el placer de comer algo agradable. En una sociedad que valora la esbeltez y juzga a las personas por su apariencia física, el sobrepeso puede convertirse en un problema psicológico grave, lo que puede generar desórdenes del comer. (Papalia y Olds, 1997).

Por otra parte la alimentación en parte es una actividad instintiva, que integra una conducta compleja, condicionada psicológica, cultural y socialmente. La conducta alimentaria es una respuesta motora, glandular y psicológica que organiza al individuo en relación con la influencia del medio. La forma como las personas se comportan al comer puede contribuir a una buena nutrición, al desarrollo y al crecimiento, pero cuando se presentan anomalías en la forma de conducirse al ingerir alimento se puede llegar a presentar severos daños a la salud (Sánchez y Mojica, 1998).

La conducta alimentaria es una conducta psicosocial por excelencia. En la familia se aprenden gustos y aversiones a través de la socialización temprana, representada en sus inicios por una interacción madre-hijo. La conducta alimentaria puede verse influida posteriormente por los padres por los valores de la sociedad y por los medios de comunicación que reflejan esos valores (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

La conducta alimentaria como objeto de estudio, tiene por sí misma gran relevancia ya que representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo, empero la alimentación del ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden; esto es, psicológicos, sociales y culturales, así como los aspectos emocionales y de placer, entre otros, que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de desórdenes del comer. (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

La conducta alimentaria implica la necesidad de nutrimentos con el objeto de mantener el equilibrio del balance energético y de aportar los principios plásticos indispensables (Braguinsky, 1989).

Así la conducta alimentaria esta constituida por tres elementos: 1) La detección de la necesidad de nutrimentos, 2) La integración de esta información, y 3) La

formulación de una respuesta adecuada para la búsqueda de comida y alimentación.

Sin embargo, los trastornos alimentarios son perturbaciones o desviaciones en los hábitos alimentarios y se clasifican de acuerdo con las conductas y con las consecuencias que éstas producen en la esfera física, emocional y social, así como el resultado final una "adaptación o muerte" (Palma, 1997).

Es probable que tanto los factores sociales como los psicológicos sean importantes en el comienzo de los trastornos alimentarios. Yager, Landsverk y Edelstein (1987) creen que los trastornos de la conducta alimentaria resultan de la demanda sociocultural de esbeltez en las mujeres, la cual produce una preocupación por el peso.

Las conductas alimentarias pueden tornarse conductas de riesgo (seguimiento de dietas restrictivas ayunos, saltarse comidas, entre otras) directamente relacionadas con el estado de salud/enfermedad de un sujeto individual o colectivo (Gómez Pérez-Mitré, Saucedo y Unikel, 1999). Los desordenes alimentarios se caracterizan por severas alteraciones en la conducta alimentaria. La incidencia de los mismos se ha ido incrementando dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil; estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental, sobre todo en las grandes ciudades (Shisslak y Crago, 1990).

La preocupación por la esbeltez parece desarrollarse al comienzo de la adolescencia. Un estudio de 288 muchachas con edades entre 10 y 15 años encontró que ellas deseaban cuerpos más delgados que aquellos que pensaban que los muchachos consideraban atractivos (Cohn, Adler, Irwin, Millstein, Kegeles y Stone, 1987).

Los problemas alimentarios se están volviendo más frecuentes en especial entre los jóvenes. Se estima que el 35% de las mujeres en E.U.A. llevan a cabo

ingestas voraces de comida, el 8% intenta controlar su peso por medio de vómito autoinducido y cerca del 6% abusa de los laxantes (Kendler, Neale, Kessler, Heath y Eaves, 1991, Sue, Sue y Sue, 1994).

Los problemas alimentarios pueden ser resultado tanto de la disponibilidad de muchos alimentos atractivos altos en calorías como de la preocupación persistente por la esbeltez. La preocupación por el peso y las dimensiones corporales puede volverse tan extrema que llegue a desarrollarse uno de los trastornos alimentarios: anorexia nervosa o bulimia (Sue, Sue y Sue, 1994).

Los desórdenes del comer constituyen una variable compleja en donde los patrones de consumo de alimento se ven distorsionados severamente, bajo este rubro se incluyen la anorexia nervosa, la bulimia nervosa, el comer compulsivamente y los desórdenes del comer no especificados que están definidos como una categoría diagnóstica propuesta para calificar los desórdenes que no cumplen los criterios específicos de la anorexia y bulimia nervosa (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Estos trastornos se caracterizan por disturbios en la conducta del comer que pueden iniciarse con la práctica de dietas y la realización del ejercicio excesivo, hasta desarrollar conductas cada vez más riesgosas como el uso de laxantes, ayuno y vómito inducido que puede llegar a ocasionar la muerte. También las actitudes y comportamiento de los otros amigos y familiares, la influencia de los medios de comunicación y el entorno sociocultural entre otras causas, favorecen la aparición de los trastornos alimentarios.

Dentro de la literatura existen diversas clasificaciones de los desordenes de la alimentación los cuales se mencionaran a continuación.

Para Braguinsky (1989), existen tres tipos de conducta alimentaria anormal.

a) **Bulímicos:** Son las personas que comen cantidades normales o grandes de comida, presentando accesos bulímicos que pueden derivar en obesidad.

**Comedores nocturnos:** Son aquellos que padecen insomnio y recurren al alimento durante la noche.

b) **"Pellizcadores":** Se considera que son las personas que suelen comer durante todo el día de manera desordenada y sin respetar horarios.

c) **Dietantes:** La característica principal es que se alimentan de manera estricta a base de una dieta baja en calorías, estableciendo un control rígido sobre el alimento.

Los desórdenes del comer se caracterizan por las alteraciones graves de la conducta alimentaria, así mismo, los trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria que se diagnostican con más frecuencia son anorexia nervosa, bulimia nervosa y obesidad. Ahora bien, la obesidad simple está incluida en la clasificación internacional de enfermedad como una enfermedad médica, en el DSM IV no aparece como tal, ya que no se ha establecido su asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales. Sin embargo definiremos anorexia, bulimia y obesidad como trastornos de la conducta alimentaria.

### **3.1 ANOREXIA NERVOSA**

La anorexia nervosa era un trastorno conocido en épocas antiguas, en la Edad Media en la vida de algunas santas como Liduina de Shiedam, una santa del siglo XIV, o la santa Wilgefortis, hija del rey de Portugal, que ayunó y rezo a Dios rogándole a Dios le arrebatara su belleza para así ahuyentar la atención de los hombres, siendo adoptada en algunos países de Europa como una Santa patrona por aquellas mujeres que deseaban verse libradas de la atención masculina. En 1964, Morton describió la "consunción nerviosa", considerándose ésta la primera

descripción clínica de dicho trastorno. Pero fue Gull quien utilizó por primera vez la expresión anorexia nerviosa en una conferencia pronunciada en Oxford. En la misma época, y de modo casi simultáneo, se produce la descripción de la enfermedad a cargo de Laségue en 1873, calificándola de inanición histérica y considerándola, al igual que Gull, una enfermedad psicógena.

A finales del siglo XIX, en el año de 1893 Freud describe un caso de anorexia tratado con hipnosis, un año más tarde describe dicha enfermedad como una psiconeurosis de defensa o neurosis de la alimentación con melancolía. A principios del siglo XX, la anorexia nerviosa empieza a tratarse desde un punto de vista endocrinológico, así en 1914 Simonds patólogo alemán, describe una paciente caquéctica a quien al hacerle la autopsia se le encontró una destrucción pituitaria y durante los siguientes 30 años reinó la confusión entre insuficiencia pituitaria (enfermedad de Simonds) y anorexia nerviosa. A partir de los 30. La anorexia nerviosa pasa a estudiarse principalmente desde el punto de vista psicológico, quedando en el olvido las antiguas discusiones acerca del origen endocrino o psicológico del trastorno (citados por Mateos y Solano, 1997).

El término anorexia significa inapetencia. Sin embargo, la anorexia nerviosa es un trastorno psicológico en el cual la persona tiene un temor intenso de volverse gorda y de manera literal se mata de hambre, aun cuando tiene una apariencia esquelética, estos pacientes niegan la gravedad de su condición física (Sue, Sue y Sue, 1994).

Así mismo, la anorexia nerviosa es un trastorno caracterizado por la presencia de un pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo (CIE 10, 1992), se trata de una iniciación voluntaria en donde se pierde del 15% en adelante del peso total del cuerpo, lo que en algunos casos puede llevar a la muerte.

Por otra parte Gómez Pérez-Mitré (1993) menciona que la anorexia usualmente se inicia al igual que la bulimia, en la adolescencia, aunque que puede aparecer en la

niñez y vida adulta. Saldaña (1994) señala que se trata de un trastorno que afecta básicamente a las mujeres sobre todo jóvenes adolescentes, de nivel sociocultural medio alto, aunque también se da en una pequeña proporción entre chicos aproximadamente un varón por cada 11 mujeres, en fase prepuberal. Un porcentaje elevado de los sujetos tanto chicas como chicos, han tenido sobrepeso o eran obesos en el periodo anterior al desarrollo del trastorno, siendo además la edad de mayor riesgo entre los 12 y los 24 años. Los datos epidemiológicos de otros países indican que la anorexia se da en una de cada 250 a 300 jóvenes de las edades anteriormente citadas (Hsu, 1990; Toro y Vilardell, 1987; citados por Saldaña, 1994)

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

- 1.- Pérdida significativa de peso (índice de masa corporal de menos de 17.5). Los enfermos prepuberes pueden no experimentar la ganancia de peso propio del periodo de crecimiento.
- 2.- La pérdida de peso esta originada por el propio enfermo a través de: a) evitación de consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes; vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.
- 3.- Distorsión de la imagen corporal que se caracteriza, con el carácter de la idea sobrevalorada intrusa, de pavor ante la gordura o la flacidez de las formas

corporales, de modo que el enfermo se impone así mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de su peso corporal.

4.- Trastorno endocrino generalizado manifestándose en la mujer como una amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual (una excepción aparente la constituye la persistencia de sangrado vaginal en las mujeres anoréxicas que sigue una terapia hormonal de sustitución, por lo general con píldoras contraceptivas).

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

### ***3.1.1 CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS DE LA ANOREXIA.***

Estas consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren de amenorrea, en las niñas prepuberales la anorexia puede retrasar la aparición la menarquia. Por otro lado también se siguen métodos como son las dietas restringidas, el uso de diversos diuréticos, y ejercicio excesivo. Estas pacientes generalmente no tienen consciencia de enfermedad, también existe una alteración en la autoimagen de estas personas, ya que perciben su peso y su silueta más grande de lo que es.

Los criterios diagnósticos para la anorexia nervosa según el DSM IV son los siguientes:

- A) Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla.
- B) Miedo intenso a ganar peso o a convertirse obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C) Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que se comporta al bajo peso corporal.
- D) En las mujeres, presencia de amenorrea.

En el DSM IV, se presentan los siguientes subtipos de anorexia nervosa:

- **RESTRICTIVO:** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, realizando ejercicio intenso, los individuos no recurren a atracones ni a purgas.
- **COMPULSIVO O PURGATIVO:** Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas o ambos. La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva.

Existen algunos casos incluidos en este tipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de alimentos.

- **ANOREXIA NERVOSA PRIMARIA:** En este padecimiento no coexiste ninguna otra enfermedad más que el miedo intenso a subir de peso.

- **ANOREXIA NERVOSA SECUNDARIA:** Es en consecuencia de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión. (DSM-IV, 1995).

La anorexia nervosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que el estar delgado se relaciona estrechamente con el atractivo. Este trastorno es más frecuente en Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica.

La edad promedio de la anorexia es de 17 años y el comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante, el curso y desenlace del trastorno son muy variables. Es más frecuente encontrar este trastorno en mujeres adolescente que en varones adolescentes (DSM-IV,1995).

Sin embargo, la causa de la anorexia se desconoce. Muchos observadores la consideran a una extrema presión social para ser delgado: una respuesta a una estándar cultural de belleza que es más delgado para las mujeres que para los hombres y el más delgado desde la década de los años, la época de la última epidemia de desordenes similares en la alimentación (Silverstein, Peterson y Perdue, 1986).

El apoyo de este punto de vista proviene del hecho de que es más común entre mujeres deportistas que figuran en gimnasia y patinaje, las cuales cuentan con un puntaje subjetivo que puede verse afectado por la apariencia de otra competidora (American College of Sports Medicine, 1992, citado por Papalia y Olds,1998).

Por otro lado, la anorexia se asocia y la ven como una perturbación psicológica que se relaciona con el miedo a crecer, temor a la sexualidad o un mal funcionamiento familiar. A menudo las familias parecen ser armoniosas por fuera pero sus miembros en realidad son sobredependientes y se involucran demasiado en la vida de los demás y tienen dificultades para resolver sus conflictos, algunas

personas con anorexia parecen sentir que controlar su peso es la única forma de controlar una parte de su vida (Toner, Garfinkel y Garner, 1986).

Sánchez y Mojica, (1998), clasifican a los factores que intervienen en la gestación de la anorexia nervosa como son los siguientes:

### **3.1.2 FACTORES EN LA ANOREXIA**

#### **3.1.2.1 FACTORES PREDISPONENTES**

Situaciones de estrés, antecedentes en hermanas, raza, nivel socioeconómico, sexo, dependencia de los otros, ciertas profesiones, antecedentes de obesidad, preocupación por la familia en relación con el peso, estados afectivos, trastornos de la autopercepción del tamaño corporal, así como un déficit del yo, lo cual se refiere a la capacidad de autonomía y dominio del propio cuerpo.

#### **3.1.2.2 FACTORES PRECIPITANTES**

En la literatura no se refiere que exista algún evento o factor único que precipite esta enfermedad, lo que se ha encontrado se refiere a que la mayoría de los individuos perciben el dolor como una amenaza de pérdida de autocontrol y como una amenaza a la pérdida de autoestima.

#### **3.1.2.3 FACTORES DESENCADENANTES**

Acontecimientos estresantes como pueden ser: la primera experiencia sexual, el romper con la pareja, un embarazo no deseado, exámenes, matrimonio, presiones para que el joven destaque, la separación de los padres y el seguimiento de dietas, entre otros.

### **3.1.3 PERSONALIDAD EN ANOREXICAS**

Las personas que padecen esta enfermedad generalmente son adolescentes o púberes y mujeres jóvenes que tienen una inteligencia término medio o superior, con deseos de agradar a los demás, retraídas, introvertidas, tímidas, ansiosas, muestran rechazo a la menstruación, no les interesa tener pareja ni relaciones sexuales, con temor a separarse de sus padres y una completa obediencia hacia estas figuras, con rasgos perfeccionistas y obsesivos, perseverantes, inseguras ante los demás y pueden mostrar negación ante sensaciones como el hambre y el cansancio, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, con expectativas personales altas. (Sánchez, Mójica, 1998).

### **3.1.4 TEORIAS DE LA ANOREXIA NERVOSA**

#### **3.1.4.1 TEORÍAS BIOLÓGICAS**

Algunos estudios que se han realizado con animales han demostrado que las hembras resisten más la inanición que los machos lo que parece ser justificado biológicamente, ya que cuando hay escasez de alimento esto hace que no se pierda la reproducción de las especies a través de una mayor sobrevivencia de las hembras (Gordon, 1990).

Se ha considerado que cuando hay una pérdida de peso por la restricción del alimento, bajaba la respuesta de prolactina al L-triptofano en las mujeres pero en los hombres no siendo este un precursor de la serotonina, lo que parece inferir que las mujeres son sensibles a cambios en la función serotoninérgica en el cerebro cuando hay disminución en la alimentación (Goodwin, Fairburn, Cowen, 1987).

Crisp, Hsu, Harding y Hartshorn, 1980, vinculan su teoría con aspectos biológicos y psicológicos quienes relacionaban la evitación de carbohidratos y la inevitable

pérdida de peso con la amenorrea, lo que significaba una forma de regresión que elude los conflictos de crecimiento, de independencia y la sexualidad.

### **3.1.4.2 TEORÍA PSICÓANALÍTICA.**

Sigmund Freud en 1893, consideraba que uno de los síntomas más frecuentes de la histeria era la anorexia y el vómito. En otros casos el asco a la comida se podía referir al hecho de que la persona con exactitud obligada por la institución de la mesa compartida comía gente a quién aborrecía, es decir, el asco se transfería de la persona a la comida; posteriormente en 1895, explicaba que la anorexia mental en los adolescentes aparecía como una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad estaba inconclusa, el enfermo afirmaba no querer comer ya que no tenía hambre, por lo tanto, habían una pérdida de apetito y en el terreno sexual pérdida de la libido.

Ana Freud, en 1936, pensaba que el Yo, por temor ha ser devorado por las pulsiones, bloqueaba toda realización pulsional incluyendo a las necesidades fisiológicas vitales como son: la nutrición, el sueño y el bienestar del cuerpo. Esto se debe a que el Yo, al sentir que puede ser dominado por las fuerzas del Ello que responde luchando contra cualquier necesidad de placer.

Bruch en 1973, publicó que las anoréxicas enfrentan una lucha por su independencia, además menciona acerca del valor simbólico y las fantasías que tiene a nivel inconsciente el alimento, siendo también una forma de adquirir una identidad que se respete y un medio de establecer control sobre sus propias vidas.

Lehalle (1986), menciona que la anorexia nervosa de la mujer es "un medio de escapar a la angustia de convertirse en adulta y ser la rival de la madre en el plano edípico".

### **3.1.4.3 TEORÍA DEL APRENDIZAJE.**

La conducta de la ingesta alimentaria es seguida a corto plazo de refuerzos positivos que son: la disminución del hambre y el placer o la satisfacción por el consumo de alimentos, solo a largo plazo se observan consecuencias negativas como es el incremento de peso y la aparición de problemas de salud relacionadas con el sobrepeso y el rechazo social.

En el caso de la anorexia se piensa que el individuo al hacerse cada vez más consciente de su peso corporal, aprende que puede controlar la ganancia de peso por medio de ciertos métodos.

### **3.1.4.4 TEORÍA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

De acuerdo con este enfoque la anorexia sería una conducta aprendida que se mantiene por un reforzamiento positivo, el individuo al hacer dietas y lograr una figura delgada es reforzado por la aceptación que tiene los demás hacia él, en el caso contrario el sentirse rechazado por la sociedad se convierte en un reforzador negativo.

Esta teoría también considera que el enfermo se justifica con su propia lógica para bajar de peso y piensa que cualquier cambio en su manera de conducirse al comer es desastroso.

### **3.1.4.5 TEORÍA SOCIAL.**

Gómez Pérez-Mitré en 1993, señala que la figura femenina ha sufrido cambios a lo largo de este siglo, de una figura llena en los 20 a una cada vez más delgada a partir de los 50, esto ha hecho que las demandas culturales exijan que las mujeres

sean delgadas lo que ha hecho que se incremente los trastornos de la alimentación.

El acto de comer resulta condicionado por el rol, las mujeres deben comportarse ordenadamente al comer en público además de no comer mucho ya que esto, es mal visto, a diferencia del caso de los hombres en donde el mensaje ha sido más en función del poder y la fuerza, sin embargo, aunque en menor grado algunos llegan a desarrollar algunos de los trastornos mencionados.

Pate, Pumariega, Hester, y Gamer en 1992, plantean que los cambios de actitudes y valores a nivel cultural juegan un papel importante en el incremento del desarrollo incidencia y prevalencia de los desórdenes alimenticios, esto como resultado de la adopción del ideal de que la esbeltez simboliza a la cultura occidental; una idea que simboliza: autodisciplina, liberación sexual, competencia, control y un acercamiento con las clases sociales más elevadas.

De acuerdo con el modelo sociocultural de Schwartz y Johnson (1982; citado por Rivera 1997), menciona que los trastornos alimentarios podrían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgado, es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

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

El modelo cultural señala que la preferencia por un cuerpo delgado, impera en las grandes sociedades. Así mismo el DSM IV en 1995, indica que este trastorno es

más frecuente en EUA. Canadá, Austria, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. En otras culturas los ideales del peso y la belleza femenina son diferentes. Se sabe que los chinos asocian una figura gruesa con la prosperidad y la longevidad (Nasser, 1988, citado por Rivera en 1997).

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

### **3.1.5 MEDIOS DE COMUNICACIÓN.**

La mujer recibe constantemente anuncios de que será rechazada si tiene la piel reseca, mal aliento, mal olor, o un cuerpo robusto, lo que en los hombres provocará desilusión conforme van descubriendo que la mujer mexicana no es como los modelos que muestran en los medios, en la mujer esto genera sentimientos de no ser querida, deseada o aceptada y por tanto buscan estereotipos de belleza. En los hombres la prevalencia es de 10 a 15 veces menos que en las mujeres, encontrándose principalmente la presencia de actividad física y obsesión por la comida.

El aumento de la publicidad de los artículos para bajar de peso y la difusión de dietas ha provocado cambios en los valores y actitudes de las sociedades actuales, además de las presiones para sobresalir, tener popularidad, control y éxito; los anuncios de ropa, cosméticos, los libros y algunos juguetes como la Barbie muestran el estereotipo que se debe seguir para verse bien que sumado a la actitud que se tiene a la obesidad como sinónimo de fealdad, fracaso y falta de control, constituye el desarrollo de enfermedades de este tipo.

### **3.2 BULIMIA NERVOSA**

De acuerdo con Chinchilla (1994), Galeno describió ya los "Kyno orexia" o hambre canina como sinónimo de bulimia, considerándola como consecuencia de un estado de ánimo anormal y posteriormente, apareció reflejada en los diccionarios médicos de los XVII y XIX como curiosidad médica. A finales de los años 70s fue descrita y traducida como el síndrome de purga y atracones o bulimarexia, y en 1979 fue acuñada por Russell. Aparece por primera vez en el DSM-III con la denominación de bulimia y, finalmente se adopta el término de bulimia nervosa en el DSM-III-R (Citado en Mateos y Solano, 1997).

La Bulimia es un trastorno alimentario caracterizado por episodios recurrentes de ingesta voraz (el consumo rápido de grandes cantidades de alimentos en un período discreto de tiempo), al menos dos episodios de voracidad a la semana por lo menos durante tres meses, el paciente siente una pérdida de control sobre la ingestión de alimentos y usa medios inapropiados para controlar el peso tales como vomitar, tomar laxantes y diuréticos y hacer ejercicio en exceso. Los episodios de comida pueden ser detenidos cuando aparece el dolor abdominal o por vómito autoinducido (Sue, Sue y Sue, 1994).

La bulimia nervosa es un síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control de peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de la comida (CIE 10, 1992).

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

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

De acuerdo a Pryor (1995), para poder hacer un diagnóstico de bulimia nervosa deben estar presentes las siguientes alteraciones; dentro de cada pauta pueden aceptarse algunas variaciones, como se indica a continuación:

- a) Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ello, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consumen grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- b) El enfermo intenta contrarrestar el aumento de peso así producido mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, periodos intervalares de ayuno, consumo de fármacos tales como supresores de apetito, extractos tiroideos o diuréticos.
- c) La psicopatología consiste en un miedo morboso a engordar, y el enfermo se fija en forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad, o al del peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre, existen antecedentes previos de anorexia nervosa con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.

### **3.2.1 CARACTERISTICAS DIAGNOSTICAS.**

Las características principales de la bulimia consisten en atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso, además la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. (DSM-IV, 1995).

Los criterios diagnósticos para la bulimia nervosa según el DSM IV son los siguientes:

- A) Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar y en las mismas circunstancias sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento.
  
- B) Conductas compensatorias inapropiadas, de manera rápida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.
  
- C) Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
  
- D) La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporal.
  
- E) La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa.

En el DSM IV, se presentan los siguientes subtipos de bulimia nervosa:

Algunos de los datos clínicos de las pacientes bulímicas son: su edad media es de 24 años, con una edad de inicio promedio de 16 a 18 años; sin embargo, la bulimia nervosa puede afectar a niñas mucho más jóvenes hasta de 11 años según Pyle, Mitchetll y Eckert (1981; citado por Saldaña, 1994) y hasta mujeres de 40 años. Otro aspecto interesante es que muchas bulímicas nunca llegan a buscar ayuda terapéutica, otras pueden tardar hasta 25 años, aunque la media parece estar en torno a los 5 años y medio ( citado en Saldaña, 1994).

Los trastornos de la alimentación o conductas alimentarias de riesgo han sido tema de gran interés para diversos autores, los cuales han realizado innumerables investigaciones que han llevado a sin números de hallazgos. En las última décadas la incidencia de los trastornos de la conducta alimentaria se ha incrementado dramáticamente en la población adolescente e infantil. Estos parecen haber alcanzado proporciones epidémicas en la sociedad occidental, sobre todo en las grandes ciudades. (Shisslak, Pazda y Crago,1990).

Garner (1978), ha sugerido que las variables culturales, al interactuar con fuerzas psicológicas juegan un papel importante en la producción de síntomas característicos de los trastornos de la conducta alimentaria. A partir de los resultados de sus investigaciones ha propuesto que las personas que desarrollan trastornos de la conducta alimentaria gravitan alrededor de áreas de la cultura en donde existe una focalización exagerada hacia el tamaño del cuerpo así como grandes expectativas de logro

Encontrar que la población adolescente presenta altos riesgos en cuanto se refiere a la probabilidad de mostrar alteraciones de la conducta alimentaria se ha explicado en algunas ocasiones como resultado de la adaptación a los cambios físicos que ocurren en esa etapa.

### **3.2.2 FACTORES EN LA BULIMIA**

#### **3.2.2.1 FACTORES PRECIPITANTES**

En la literatura se ha encontrado el surgimiento de esta enfermedad, existen algunos elementos como son: las presiones del entorno hacia la mujer para estar delgada, la necesidad de adquirir una figura esbelta y bella para compensar una baja autoestima, tener una actitud negativa que lleve a estados depresivos, estados de soledad, tensión, aburrimiento; y la presencia de conductas como la cleptomanía y otras enfermedades relacionadas con la falta de control de impulsos. (Mojica y Sánchez, 1998).

#### **3.2.2.2 FACTORES DESENCADENANTES**

Fracasos en situaciones emocionales y/o sexuales, pérdidas familiares o separaciones, críticas acerca de su cuerpo, malestar ante su propia imagen, el seguimiento de dietas, la imitación de la moda de la delgadez, enfermedades previas, traumatismos corporales después de algún accidente y abuso sexual (Mojica y Sánchez, 1998).

#### **3.2.3 LA PERSONALIDAD EN BULIMICAS**

Las personas con este trastorno son muy solas y muy lastimadas, aparentemente amistosas y competentes, impulsivas, consumen con frecuencias fármacos y alcohol, con dificultades para adaptarse socialmente no muestran sus sentimientos, presentan problemas de identificación, con una gran tendencia a la promiscuidad y piensan que solo estando delgadas serán aceptadas por los otros, por lo que su autoestima es muy baja. Se dice que la mayoría de los casos hombres que presentan una conducta alimentaria de riesgo están asociados con tendencias homosexuales.

### **3.2.4 TEORIAS DE LA BULIMIA**

#### **3.2.4.1 TEORIAS BIOLÓGICAS**

La bulimia se sugiere un desorden alimentario primario en el hipotálamo, ya que esta estructura regula el acto de comer y la saciedad; también se ha encontrado que la serotonina está relacionada con estos mecanismos, así como la regulación de conductas impulsivas, ansiedad, cambios de humor y otras características de la personalidad.

#### **3.2.4.2 TEORIA PSICOLÓGICA Y SOCIAL**

Se dice que estas pacientes tienen una imagen negativa de sí mismas y de no ser deseadas, al no cumplir con los requisitos que impone la sociedad, como es, el de ser delgadas y por tanto bellas, lo que hace que la gordura sea vista como un fracaso por lo que la comida sería un sustituto del afecto, se dice que el vómito y la purga son debido a que sienten culpa y su cuerpo se encuentra sucio por comer demasiado, siendo esto una forma de sentirse limpias.

#### **3.2.4.3 TEORIA DEL APRENDIZAJE**

Muchos jóvenes aprenden que pueden comer mucho y seguir delgados vomitando, lo cual permite sentir la satisfacción de comer y evitar sufrir las consecuencias e subir de peso, con el tiempo esto lo vive como único recurso para no estar gordo.

#### **3.2.4.4 TEORIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

De acuerdo Rosen y Leitemberg, en 1982, el purgarse y vomitar disminuye la ansiedad. Para Wilson (1989), los factores sociales están relacionados e incluye actitudes disfuncionales y cogniciones erróneas acerca del peso y la figura, como pensar que estando delgadas serán más felices, aceptadas, nunca estarán solas y serán amadas entre otros (modelo de aprendizaje cognitivo-social) (citados por Szmukler, Dare y Treasure, 1995).

### **3.3 OBESIDAD.**

La historia de la obesidad data de la edad de piedra, aunque la interpretación que se ha dado a este síndrome ha variado de una época a otra: El primero en identificar a la obesidad como un riesgo para la salud fue Hipócrates, quien afirmó que la muerte súbita era más frecuente en el obeso que en el delgado, y recomendó algunas medidas terapéuticas. Actualmente se le considera la obesidad como un grupo de enfermedades heterogéneas con un origen multifactorial y que constituye un serio problema de salud pública, con tendencia al incremento, entre otras cosas por una dieta deficiente y hábitos sedentarios (<http://www2.com.mx/~rosell/nutricion/nutricion.htm>).

Craig en 1988 define a la obesidad cuando se tiene un peso mayor al 20% del peso apropiado para nuestra constitución corporal. En el caso de los adultos existe el riesgo de sufrir algunos padecimientos; por ejemplo, cardiopatía, hipertensión, enfermedad, renal etc.

Los trastornos alimentarios han estado presentes desde el origen del ser humano y la obesidad se ha considerado como uno de ellos. La obesidad se define teórica y operacionalmente como un exceso de grasa o de tejido adiposo determinado por un en un Índice de Masa corporal (IMC) > 27 en las mujeres: > 28 en los hombres y obesidad masiva > 31 en hombres y mujeres. A esta definición debe

agregarse que existe consenso con respecto a que el exceso de grasa corporal es el resultado de un balance calórico positivo prolongado, es decir, de periodos largos en los que la ingesta alimentaria es mayor que el gasto calórico. (Gómez Pérez-Mitré, 1995). En el hombre el contenido de grasa varía del 15 al 18% del peso corporal y la mujer un mayor porcentaje de grasa, acerca del 20 al 25%.

Es también considerado como un síndrome clínico que aparece cuando existe un exceso de tejido adiposo en el conjunto del peso corporal (Miller, 1995).

La obesidad puede ser originada por diversas causas, en los seres humanos no se ha podido demostrar la transmisión genética pero si se conoce la incidencia familiar en la obesidad. El 95% de los obesos tienen antecedentes familiares de obesidad, pero es difícil deslindar la influencia genética propiamente dicha de los condicionamientos ambientales que originan la convivencia con un progenitor obeso (Withers, 1964, citado en Miller, 1995).

En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endocrina, como sucede en el hipotiroidismo y en el síndrome de Cushing. Así mismo también puede estar asociada a lesiones hipotalámicas. Sin embargo la obesidad raramente se debe a causas endocrinas, hipotalámicas o genéticas. La mayor parte de los pacientes obesos presentan la llamada obesidad de origen metabólico, que aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es producido bien por un exceso de ingesta alimentaria, bien por un descenso en el gasto energético, o por ambas situaciones a la vez. Por tanto la cantidad de grasa almacenada dependerá del equilibrio que se establezca entre el aporte de sustratos y el gasto energético que se realice. Siempre que el aporte supere el gasto se producirá almacenamiento y si no existen periodos en que el gasto sea superior al aporte, al almacenamiento de grasas se incrementará incesantemente. A favor de la teoría de la ingesta excesiva está el argumento de que en situaciones o épocas de hambre no existen obesos.

En términos científicos la obesidad se presenta cuando la ingestión calorífica de una persona excede a la cantidad de energía que esta gasta. Sin embargo existen personas que pueden comer con exceso manteniendo un peso constante, mientras que otras que se exceden algo en sus comidas engordan fácilmente, existen diversas explicaciones conforme a lo antes expuesto una de ellas es que la alta eficiencia supone que el obeso tendría un organismo de alta eficiencia, que con menos energía cubrirla todas las necesidades vitales y acumularía el sobrante como grasa. Otra de las explicaciones es el tipo hormonal, la tiroides segrega una hormona llamada T4, precursora de la que luego será la hormona activa T3, en los obesos es posible que la T4 produzca menos T3 y más rT3, que es una sustancia inactiva. La T3 determina, en parte, la forma en que el cuerpo quema su combustible. Otra explicación es la de la alteración de las células de grasa adipocitos, que son células especiales cuya función normal es transformar en grasa los elementos que extraen del torrente, almacenándolos y liberándolos en forma de ácidos grasos cuando el organismo requiere energía. Cuando una persona aumenta de peso, automáticamente se produce aumento en el número y en el tamaño de los adipocitos, al bajar de peso, los adipocitos disminuyen de tamaño, pero no disminuyen en cantidad. (Cornillot, 1988).

### **3.3.1 CLASIFICACION DE LA OBESIDAD.**

Stunkard (1984), clasificó la obesidad en tres categorías: 1) *leve* la cual corresponde del 120% al 140% de sobrepeso; 2) *moderada* la que va del 141 al 100% de sobrepeso; y 3) *severa* cuando el sobrepeso excede al 200%. Según sus criterios el 35% de la población general puede considerarse obeso, indicando que un 25.5% de mujeres estarían en la categoría de leve, en 9% en la categoría de moderada y el .5% en la de severa o grave, no existiendo datos comparables para la población masculina.

Frente a las dificultades inherentes a clasificar una entidad tan heterogénea como lo es la obesidad, Braguinsky (1989) señala los siguientes criterios de clasificación:

1. Anatómico

- Androide.
- Ginoide.

2. Histológico.

- Hipertrofica
- Hiperplástica

3. Etiológico.

- Causa desconocida
- Endocrina
- Hipotalámica
- Genética

4. Cronológico

- Infanto-juvenil
- Del adulto

5. Cuantitativo.

- Sobrepeso.
- Obesidad.
- Obesidad extrema o mórbida.

Desde el punto de vista clínico-anatómico, algunos autores describen dos tipos distintos de obesidad según la distribución corporal de la grasa: la obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana, y la

obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior, o tipo pera. El primer tipo es más característico de los hombres obesidad androide. Algunas de las alteraciones metabólicas y hormonales (diabetes, hipertensión, etc.) que acompañan a la obesidad serian mas frecuentes en la obesidad de tipo androide (Vague, 1980).

Cuando se utilizan las características morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad, se distinguen dos tipos diferentes:

- a) La obesidad hipertrofica: se caracteriza por el aumento de contenido lipidico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas. Es más común en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta.
- b) La obesidad hiperplastica: se caracteriza por un aumento del numero de las células adiposas que pueden acompañarse o no de un mayor contenido lipidico. Es mas frecuente en la obesidad que aparece en la infancia (Hirsch, 1976).

De acuerdo con Bruchon-Scheitzer (1992), etiológicamente, la obesidad se clasifica en:

- 1. Enfermedades endócrinas-secundaria a:
  - Hipotiroidismo.
  - Hiperadrenocorticismismo (síndrome de Cushing).
  - Hipogonadismo primario
  - Síndrome del ovario poliquístico.
  
- 2. Lesiones hipotalámicas-secundarias a:
  - Tumores
  - Histiocitosis X
  - Traumáticas o quirúrgicas.
  - Inflamatorias.

3. Síndrome genético- asociado a:

Laurence Moon Bielede

- Hiperostosis Fontalis interna
- Alstrom
- Pruder Willi
- Pseudo hipoparatiroidismo.

4. Posible origen genético:

- Síndrome de Down.
  - Obesidad familiar
- a) obesidad masiva
  - b) asociada a diabetes
  - c) asociada a hiperlipidemia

6. Obesidad de origen metabólico:

a) secundaria a ingesta excesiva:

- espontanea
- experimental

b) Secundaria a un desequilibrio energético:

- Mayor aporte que gasto energético.
- Alteraciones en la termogénesis.

Diversas causas pueden originar la obesidad, probablemente la causa más frecuente es la ingesta excesiva de alimentos. Sin embargo, a favor de la teoría de la ingesta excesiva está el argumento de que en situaciones o épocas de hambre no existen obesos, aunque es evidente que exista un acumulo de reservas energéticas los substratos energéticos deben llegar al organismo mediante alimentos, tal vez esta utilización de estos substratos es diferente en individuos obesos y los normales.

La forma más económica de y cómoda de almacenar substratos energéticos es la grasa. La mayoría de los pacientes obesos presentan la llamada obesidad de origen metabólico, que aparece de un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Empero, incluso así, existen individuos obesos que ingieren poco alimento, se supone que en estos individuos las necesidades energéticas están por debajo de las que tiene la mayoría de la población, probablemente esta característica es algo que viene genéticamente determinado (Mayer, 1975.)

Así, la causa más frecuente de obesidad en los humanos es la ingesta excesiva, considerada como tal de manera absoluta, o en relación a las necesidades energéticas del individuo.

En algunos casos la obesidad es secundaria a una enfermedad endocrina, como sucede en el hipotiroidismo y el síndrome de Cushing. Las menos frecuentes aún son las obesidades secundarias a un hipogonadismo primario o las asociadas al síndrome de ovario poliquístico. Finalmente cabe considerar también la posibilidad de que existan lesiones hipotalámicas (tumores, quirúrgicas o inflamatorias) que hayan desencadenado la obesidad o que ésta se halle asociada a algunos síndromes genéticos. (Saldaña y Rosell, 1988).

Por otro lado McLaren, 1981; Gomez Pérez-Mitré, 1995; <http://www2.tamnet.com.mx/~rosell/nutricion/nutricion.htm>), mencionan que hoy en día, la valoración y clasificación práctica más popular de la adiposidad es por el uso del índice de masa corporal (IMC) que se calcula dividiendo el peso en kilos, por la talla en metros elevada al cuadrado:  $IMC = \text{peso (kilogramos)} / \text{talla (metros)}^2$ , el siguiente cuadro muestra un sistema de clasificación, sin embargo este método pasa por alto las diferencias en la composición corporal y en el tamaño de la estructura.

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

## CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD POR PESO P (Kilos y tallasT)

	P/T
<b>Grado III o móbida</b>	>40
<b>Grado II</b>	31 a 40
<b>Grado I</b>	26 a 30
<b>Sobrepeso</b>	23 25

McLaren, (1981).

De acuerdo a un criterio cuantitativo se debe de mencionar que se distinguen tres formas denominadas: sobrepeso, obesidad y obesidad extrema o mórbida, y para determinarlas por lo general se utiliza el IMC (Índice de Masa Corporal).

### 3.3.2 FACTORES EN LA OBESIDAD.

#### 3.3.2.1 FACTORES BIOLÓGICOS y FISIOLÓGICOS.

En el hipotálamo existen dos áreas que regulan la ingesta de macronutrientes: 1) El núcleo ventrolateral, en donde se encuentra el centro del apetito, que puede ser estimulado por influencias externas como sabor y olor del alimento influencias socioculturales, hábitos, etc. En la obesidad se presenta una disminución del tono simpático responsable de estimular los sistemas termógenos corporales aumentando la ingesta de alimentos con la acción permisiva de glucocorticoides. 2) El núcleo de la saciedad, que se encuentra en el núcleo de la saciedad, que se encuentra en el núcleo ventromedial, el cual se regula por una variedad de factores, como señales gastrointestinales, concentraciones de glucosa e insulina, influencias adrenérgicas, neurotransmisores como noradrenalina, opioides, catecolaminas con actividad beta, serotonina, etc. La serotonina es el neurotransmisor más estudiado. Se considera que tiene un papel muy importante en la saciedad, inhibiendo selectivamente el consumo compulsivo de carbohidratos (<http://www2.tamnet.com.mx/~rosell/nutricion/nutricion.htm>).

La obesidad tiende a presentarse en familias sugiriendo que esta puede tener una causa genética. Sin embargo, los miembros de una familia comparten no solo genes sino también una dieta y hábitos alimenticios que pueden contribuir a la obesidad. Sin embargo existen estudios que han aportado evidencia de que la herencia es un factor que puede jugar un papel determinante en la obesidad. Empero se han encontrado pocos casos en que los factores determinan la obesidad ya que presentan obesidad pueden modificar el curso de esta y eliminarla con un cambio en el aspecto psicológico o emocional en sus hábitos alimenticios y en su consumo energético en relación con el gasto energético que presentan.

### **3.3.2.2 FACTORES PSICOLÓGICOS.**

El obeso reacciona en forma diferente a los estímulos externos o internos relacionados con el alimento si se le compara con la manera en que lo hace la persona no obesa. Las circunstancias parecen tener un efecto profundo en la conducta del obeso, en relación a la comida, pero no a la del sujeto normal, cuando el alimento es insípido y el ambiente no es interesante, el obeso come muy poco, en tanto que la conducta de la persona normal se relaciona directamente con su estado físico, sin importar si tiene hambre, y lo afectan poco las circunstancias externas.

Estos se encuentran estrechamente vinculados con los hábitos alimentarios. Muchas personas que comen en exceso o en otros casos se privan de alimento, en respuesta a emociones negativas como el aburrimiento, la tristeza, el enojo y la ansiedad. Kaplan en 1957 proponen que la sobreingesta es una conducta aprendida, utiliza al sujeto obeso como mecanismo para reducir ansiedad.

La autoestima baja es un factor que puede conducir a la obesidad. Una persona solo puede cuidar realmente aquello que quiere o que valora. En consecuencia si

no se quiere así misma es probable que pueda desarrollar sobrepeso u obesidad. Así mismo si su autoconcepto esta devaluado es probable que desarrolle obesidad o que incurra en otros trastornos conductuales.

En los adolescentes los trastornos alimentarios pueden deberse a una carencia afectiva por parte de los familiares o de gente que rodea al individuo. La obesidad puede usarse como recurso para demandar atención o bien como rebeldía ante la insatisfacción que el adolescente siente con respecto al trato que le brindan sus padres. Cabe mencionar que este proceso inconsciente y que el adolescente no recurre a un trastorno similar deliberadamente para dañarse o para castigar a sus padres. Sin embargo es importante mencionar que hay casos en los que esta agresión contra los padres o contra la sociedad si se presenta de forma consciente.

### **3.3.2.3 FACTORES SOCIOCULTURALES.**

El ambiente juega un papel significativo en muchos casos de obesidad, esto es debido a que el medio ambiente en el que la persona se desenvuelve influyen en sus hábitos de su vida, tales como cuanto come y que tanta actividad desarrolla. Las personas no pueden cambiar su estatura, el color de sus ojos, etc., pero pueden cambiar lo que comen y la actividad que desarrollen. La obesidad puede ser consecuencia del aprendizaje y de los hábitos de vida desarrollados desde la infancia. Se ha observado que los hijos de padres obesos tienen una probabilidad mucho mayor de ser obesos que los hijos de padres que no tienen problemas con el peso. La obesidad puede entonces ser consecuencia del estilo de vida de un individuo.

Rodin (1989) sostiene que la psicopatología que puede estar asociada a la obesidad surge de la reacción que la sociedad tiene contra la gordura y el

consecuente rechazo que experimenta el individuo obeso, y no necesariamente de alteraciones psicológicas encontradas en el individuo.

El nivel socioeconómico también afecta el consumo de alimentos, Bruch (1973), han encontrado que las personas con un nivel socioeconómico bajo presentan un mayor índice de obesidad que las personas con un nivel alto. Esto se debe a que las personas con recursos bajos: a) tienen una alimentación más barata, hipercalorífica y con predominio de hidratos de carbono, b) no cuentan con una buena educación alimentaria y por lo tanto es común que sus hábitos no sean los recomendados. c) se ven forzadas a trabajar largas jornadas y por ello casi no tiene tiempo para practicar deportes, d) por lo general no tienen estándares de belleza tan rígidos como los que tienen las personas con altos recursos.

### **3.3.3 PERSONALIDAD DEL OBESO.**

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

Debemos hablar también del porque el obeso come y que tanto afecta a su personalidad. Se han hecho estudios como por ejemplo el de Hamburger, 1951, citado por Saldaña y Rosell, 1988). Quien trata de observar el papel que juegan las variables psicológicas en la sobrealimentación y en donde apunto cuatro factores causales a saber:

Ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas.

1. Sobre alimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables.
2. Ingesta como síntoma de enfermedad subyacente.
3. Adicción a la comida aunque no ha sido probada ampliamente.

El obeso no sufre por su condición de obeso, sino que sufre por la culpabilidad que la sociedad le asigna y la discriminación que padece.

**CAPITULO IV**  
**ANTROPOMETRIA**

## ANTROPOMETRIA

La palabra antropometría se deriva del griego *anthropos* que significa hombre y *metron* que significa medida, y se define como el tratado de las proporciones medidas del cuerpo humano (Gómez Pérez –Mitré y Saucedo, 1997).

La antropometría es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo humano en diferentes edades y con diversos grados de nutrición. Entre el número casi ilimitado de mediciones corporales que pueden hacerse se deben elegir aquellas que, además de ser sencillas, rápidas baratas y reproducibles brinden la mayor cantidad posible de información.

De con esas premisas, las mediciones más recomendables son las que tienen por objeto determinar la masa corporal (expresada como peso), las dimensiones lineales (especialmente la estatura) y la composición corporal en lo que se refiere a la evaluación indirecta de la reserva de energía (grasa subcutánea) y de proteína (masa muscular), (Kaufer y Casanueva, 1986).

Los parámetros antropométricos que con más frecuencia se obtienen para la evaluación del estado nutricional son el peso, la talla, y la circunferencia de pierna ocupan un segundo lugar en importancia y los pliegues cutáneos se encuentran situados en un nivel intermedio, principalmente como auxiliares en la antropometría de brazo y pierna (González, 1982).

Las mediciones antropométricas relacionadas con la nutrición son medidas lineales (longitudes, perímetros y calibres) y de masa (peso), a partir de las cuales se pueden construir índices que estiman las características corporales de los individuos (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

#### 4.1 CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS DE LAS MEDICIONES ANTRPOMÉTRICAS.

- a) Accesible costo, de difícil deterioro y fácil transportación.
- b) No necesita de habilidad extraordinaria para la obtención de mediciones con exactitud y precisión.
- c) Correlacionarse con el estado de nutrición.
- d) Correlacionables con el conjunto de datos del sujeto, para que no resulten redundantes o insuficientes.

La gran importancia de las medidas antropométricas es por la cual permite medir al ser humano durante las etapas cruciales de crecimiento y desarrollo así como diagnosticar las desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad, con el propósito de integrar al individuo a la sociedad en condiciones óptimas (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

Existen métodos y técnicas objetivas para medir el peso y la talla y obtener un Índice de Masa Corporal (IMC)  $\text{real peso} / \text{talla}^2$  ( $P/T^2$ ) este se utiliza como indicador de desnutrición aguda o emaciación, para evaluar el impacto de los programas de intervención de asistencia de ayuda alimentaria, y también cuando se desconoce la edad de la persona, es así como el peso corporal real es el resultado de la medición con una báscula y estadímetro.

El peso y la talla, las cuales referidas a la edad y el sexo permiten establecer las adecuaciones a la respecto de la norma de peso para la talla (nutrición actual); talla para la edad (nutrición histórica); índice de masa corporal o segmento antropométricos ( $\text{peso en kg. y talla en cm}^2$ ).

El índice de masa corporal es un indicador de la composición corporal, ya que se ha observado que está relacionado con la masa corporal grasa y la masa libre de grasas, que son los dos componentes principales del organismo además del

hueso y el agua. Las variaciones entre individuos y en estos del IMC se deben por lo tanto a diferencias o cambios en la masa corporal grasa y en la masa libre de grasas, por ello, se ha propugnado que un valor bajo de IMC representa un estado de deficiencia energética crónica. Se ha observado también sistemáticamente que el IMC está mucho menos relacionado con la proporción de grasa, por lo que resulta un indicador válido tanto para las mujeres como para los hombres (FAO,1996).

Partiendo de los indicadores anteriores, se han establecido algunos índices y se han construido una serie de gráficas que permiten evaluar la situación nutritiva del individuo con el conocimiento de la talla, peso y edad. Los más utilizados en el área de la salud:

1. Peso relativo, se basa en la comparación de la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, talla y sexo del sujeto.
2. Índice Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC), este índice al ser relacionado con la edad del sujeto nos da una dimensión de mayor dinamismo al incorporar simultáneamente el peso; la talla y la edad, como variables de función de las cuales se establece el crecimiento somático, se calcula dividiendo el peso (kg.) entre la talla (m) elevada a 1 cuadrado, siendo esta su fórmula (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

$$\text{IMC} = \frac{\text{peso en kg.}}{(\text{Talla en cm})^2}$$

IMC EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES MEXICANOS	
BAJO PESO	15-18.9
NORMAL	19-22.9
SOBREPESO	23-27
OBESIDAD	MAYOR A 27

## **4.2 PERCEPCIONES EVALUATIVAS**

Por otra parte, el peso imaginario se define como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicio autoevaluativo que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo. Usualmente funciona en la dirección de una sobrestimación del tamaño del cuerpo que conduce también a una sobrestimación del peso corporal, acompañada de respuesta de rechazo o de insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez Mitré, 1995).

Existen dos aspectos adicionales relacionados con problemas de imagen corporal los cuales son: motivación para la delgadez e insatisfacción corporal, el drive para la delgadez puede considerarse como una motivación, extrema para lograr un bajo peso corporal y un muy delgado tamaño corporal. La insatisfacción con el peso corporal se puede conceptualizar como el grado con el cual el percepto del tamaño y la forma del ideal percibida por el individuo (Williamson, Davies, Bennett, Gorenczny y Glaves, 1989 citado en Aguilar y Rodríguez, 1987).

## **4.3 CARACTERÍSTICAS Y CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS DEL DESARROLLO FÍSICO DEL ADOLESCENTE**

No cabe duda que el desarrollo físico es consecuente de la pubertad, siendo que éste complejo ya que recibe influjos de factores hereditarios y sociales. La herencia ha de ser tomada en cuenta cuando se trata de estatura, el peso, el estrión, las proporciones somáticas, el sistema reproductor, y el desarrollo fisiológico y endocrino, así también se han de considerar la nutrición, el ambiente y la influencia de la clase social cuando se trata de ese mismo desarrollo físico (Aguilar y Rodríguez, 1997).

El aumento de estatura y peso, se cree que la manera de comprobar el crecimiento físico es con la longitud del pie (Meredith, 1969) y la comprobación del

peso mediante una escala determinada. Las curvas de estatura y peso, que se emplean se extraen de promedios de edad entre un gran número de jóvenes que se observan a través de un estudio longitudinal. El crecimiento físico durante la infancia y la adolescencia parece mostrar tres ciclos claros:

- 1) corresponde un mes después de la fertilización hasta los dos años después del nacimiento,
- 2) Va de los dos años de edad a los siete la tasa de crecimiento tiene su cima por los dos años y medio.
- 3) Empieza gradualmente a los siete u ocho años de edad, entre los nueve y quince años, todo muchacho crece rápidamente en casi todas las dimensiones corporales, a lo que se le da el nombre de estrión (Tanner, 1962, citado por Grinder, 1995).

Las relaciones entre las curvas de rapidez en la estatura y peso ordinario están más relacionadas con las muchachas que con los muchachos (Bayer y Bayley, 1959). La muchacha que alcanza la madurez de estatura relativamente temprano en estatura adquiere un incremento en peso por debajo del promedio.

Es más probable que sean más significativas las desviaciones respecto a la estatura que las desviaciones referente al aumento de peso. Sino se crece en estatura puede ser indicador que el sujeto esta fuera de su trayectoria y probablemente indique la falta de suplementos hormonales o que se refiere a una forma de intervención terapéutica (Tanner, 1961). La desviación en el peso suele indicar que existe la necesidad de mejorar la nutrición y el ejercicio (Kogman, 1970, Tanner, 1961 citado en Grinder 1995).

Para representar más claro el patrón de crecimiento se ha aportado índices suplementarios de talla y de peso de grasa subcutánea, medición que se puede lograr punzando juntas una doble capa de tejido subcutáneo y midiendo el grosor del pliegue dérmico, esta medición indica el porcentaje del peso somático que es grasa.

La mayoría de las estructuras esqueléticas y musculares siguen el patrón general del estrión de los adolescentes, son notables excepciones el cerebro y el cráneo.

## **4.2 PERCEPCIONES EVALUATIVAS**

Por otra parte, el peso imaginario se define como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicio autoevaluativo que se ponen en acción cuando el objeto de observación y/o de estimación es el propio cuerpo. Usualmente funciona en la dirección de una sobrestimación del tamaño del cuerpo que conduce también a una sobrestimación del peso corporal, acompañada de respuesta de rechazo o de insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez Mitré, 1995).

Existen dos aspectos adicionales relacionados con problemas de imagen corporal los cuales son: motivación para la delgadez e insatisfacción corporal, el drive para la delgadez puede considerarse como una motivación, extrema para lograr un bajo peso corporal y un muy delgado tamaño corporal. La insatisfacción con el peso corporal se puede conceptualizar como el grado con el cual el percepto del tamaño y la forma del ideal percibida por el individuo (Williamson, Davies, Bennett, Gorenczny y Glaves, 1989 citado en Aguilar y Rodríguez, 1987).

## **4.3 CARACTERÍSTICAS Y CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS DEL DESARROLLO FÍSICO DEL ADOLESCENTE**

No cabe duda que el desarrollo físico es consecuente de la pubertad, siendo que éste complejo ya que recibe influjos de factores hereditarios y sociales. La herencia ha de ser tomada en cuenta cuando se trata de estatura, el peso, el estrión, las proporciones somáticas, el sistema reproductor, y el desarrollo fisiológico y endocrino, así también se han de considerar la nutrición, el ambiente y la influencia de la clase social cuando se trata de ese mismo desarrollo físico (Aguilar y Rodríguez, 1997).

El aumento de estatura y peso, se cree que la manera de comprobar el crecimiento físico es con la longitud del pie (Meredith, 1969) y la comprobación del

peso mediante una escala determinada. Las curvas de estatura y peso, que se emplean se extraen de promedios de edad entre un gran número de jóvenes que se observan a través de un estudio longitudinal. El crecimiento físico durante la infancia y la adolescencia parece mostrar tres ciclos claros:

- 1) corresponde un mes después de la fertilización hasta los dos años después del nacimiento,
- 2) Va de los dos años de edad a los siete la tasa de crecimiento tiene su cima por los dos años y medio.
- 3) Empieza gradualmente a los siete u ocho años de edad, entre los nueve y quince años, todo muchacho crece rápidamente en casi todas las dimensiones corporales, a lo que se le da el nombre de estrión (Tanner, 1962, citado por Grinder, 1995).

Las relaciones entre las curvas de rapidez en la estatura y peso ordinario están más relacionadas con las muchachas que con los muchachos (Bayer y Bayley, 1959). La muchacha que alcanza la madurez de estatura relativamente temprano en estatura adquiere un incremento en peso por debajo del promedio.

Es más probable que sean más significativas las desviaciones respecto a la estatura que las desviaciones referente al aumento de peso. Sino se crece en estatura puede ser indicador que el sujeto esta fuera de su trayectoria y probablemente indique la falta de suplementos hormonales o que se refiere a una forma de intervención terapéutica (Tanner, 1961). La desviación en el peso suele indicar que existe la necesidad de mejorar la nutrición y el ejercicio (Kogman, 1970, Tanner, 1961 citado en Grinder 1995).

Para representar más claro el patrón de crecimiento se ha aportado índices suplementarios de talla y de peso de grasa subcutánea, medición que se puede lograr punzando juntas una doble capa de tejido subcutáneo y midiendo el grosor del pliegue dérmico, esta medición indica el porcentaje del peso somático que es grasa.

La mayoría de las estructuras esqueléticas y musculares siguen el patrón general del estrión de los adolescentes, son notables excepciones el cerebro y el cráneo.

En el esquema de Bayer y Balen (1959), hay ocho dimensiones somáticas: 1) la modelación de la superficie (músculos, grasa subcutánea, protuberancias óseas, venas y tendones); 2) cintura escapular; 3) talla, 4) vuelo de las caderas; 5) glúteos; 6) forma del muslo; 7) espacio intercrural, (entre las piernas) y 8) pantorrillas.

Así sumando el valor total de las escalas se obtienen el total de la puntuación andrógina, mediante esta escala, los autores presentan perfiles masculinos y femeninos relativamente ideales ( citado en Grinder, 1995).

Tanner (1962), indica que la proporción de hemoglobina respecto del peso somático y el efecto correspondiente de glóbulos rojos sobre el volumen de sangre se puede atribuir a la razón del crecimiento muscular.

Grinder (1995), opina que la nutrición es un factor que influye en el crecimiento físico y en cambio la sobrenutrición, parece retardar el estrión al estimular el anabolismo proteíco acelera el crecimiento de la talla.

**CAPITULO V**  
**METODOLOGÍA**

## **METODOLOGÍA**

### **5.1 PROPOSITO DEL ESTUDIO**

El presente estudio tuvo como propósito conocer el comportamiento de las variables asociadas con imagen corporal, y su relación con conducta alimentaria de riesgo, en una muestra de estudiantes hombres adolescentes tomando en cuenta el nivel socioeconómico.

### **5.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **PROBLEMA GENERAL:**

Existe relación entre imagen corporal, conducta alimentaria de riesgo y nivel socioeconómico en una muestra de estudiantes adolescentes.

#### **PROBLEMAS ESPECÍFICOS**

1. Existen diferencias entre los niveles socioeconómico bajo, medio y alto con respecto a satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal.
2. Existen diferencias entre los niveles socioeconómico bajo, medio y alto con respecto a sobrestimación-subestimación con la imagen corporal.
3. La conducta alimentaria de riesgo se relaciona con el nivel socioeconómico.
4. La conducta alimentaria de riesgo se relaciona con la imagen corporal (satisfacción-insatisfacción).
5. La conducta alimentaria de riesgo se relaciona con la imagen corporal (subestimación-sobrestimación).

### 5.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES: Conducta alimentaria de riesgo

Satisfacción - insatisfacción con imagen corporal

Alteración de la imagen corporal (sobrestimación

- subestimación).

VARIABLE INDEPENDIENTE: Nivel socioeconómico bajo, medio y alto.

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

Alteración de la imagen corporal. La Alteración de la imagen corporal es el nombre que se ha dado a lo que se puede considerarse como el factor central y común de los desordenes alimentarios y que agrupa, entre otras las siguientes variables: autopercepción del peso corporal y/o tamaño del cuerpo; deseo de tener un peso menor, "peso ideal" por lo general inalcanzable y siempre por debajo de lo normal y aceptación o rechazo del propio cuerpo, o imagen corporal, variables todas de estas, a las que subyace un temor, con diferentes grados de intensidad, de subir de peso y una preocupación, también con diferentes grados de profundidad por el cuerpo su forma y tamaño- y por la comida (Gómez Perez-Mitré, 1995).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL.

Alteración de la imagen corporal. Es la diferencia que puede encontrarse entre la estimación subjetiva (autoclasificación del peso corporal como resultado de autopercepciones), que el sujeto hace de su cuerpo y la medición real u

objetiva del peso corporal, que puede obtenerse a través del Índice de Masa Corporal (peso/talla).

- No alteración. Cuando la diferencia entre autopercepción de la Imagen Corporal e IMC real es igual a cero.
- Sobrestimación. Se considera cuando la diferencia es positiva.
- Subestimación. Se considera cuando la diferencia es negativa.

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

Índice de Masa Corporal (IMC). El IMC fue ideado por el antropólogo belga Quetelet en 1836 y lo calculó dividiendo el peso (kg.) entre la talla (m) elevado al cuadrado ( $p / t^2$ ).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC).

Índice de masa corporal (IMC). El IMC se obtiene a través del peso y estatura medidos directamente, mientras que IMC estimado se obtiene con un peso y estatura reportados por los sujetos. Operacionalmente los criterios o puntos de corte para la clasificación de peso responden a los que expone la tabla 1 en la que aparece una escala de criterios combinados derivada del primer estudio de validación de diagnóstico para adolescentes mexicanos.

Tabla 1. Puntos de corte del IMC para adolescentes mexicanos.

IMC*		IMC**
< 15	Emaciación	
15 –18.9	Bajo peso	
	Peso normal	19-22.9
	Sobrepeso	23-27
	Obesidad	> 27

\*criterios utilizados por Vargas y Casillas (1993).

\*\* criterios utilizados por Gómez Perez-Mitré (1993).

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Satisfacción / Insatisfacción con la imagen Corporal. Percepciones Evaluativas globalmente favorables o desfavorables con respecto al propio cuerpo (Bruchon-Schweitzer, 1992).

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE SATISFACCIÓN/INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

Satisfacción / Insatisfacción con la Imagen Corporal. Es la diferencia que se encuentra entre la elección de la figura ideal-figura actual.

Entre más grande sea la diferencia existe una mayor insatisfacción, las diferencias positivas o negativas indican insatisfacción. Si la diferencia es igual a cero existe satisfacción. Para los estudiantes de bachillerato se utilizaron dos escalas visuales de la figura humana de adolescentes del sexo masculino. Cada escala visual se compone de una serie de siluetas que cubren un continuo de peso corporal con intervalos que va desde una silueta muy delgada = 1, hasta muy gruesa u obesa = 9. Las escalas de siluetas aparecen en el cuestionario al azar y en lugares separados:

Figura 1 (Actual). Se pidió al sujeto que eligiera la figura que más se pareciera a su cuerpo: "observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal..."

Figura 2 (Ideal). Se pidió al sujeto que eligiera la figura que más le gustaría tener: "observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener...".

La forma de calificación fue: las respuestas dadas a los reactivos se calificaron con un puntaje del 1 al 9; de tal manera que si la diferencia entre la figura actual-figura ideal es positiva o negativa existirá insatisfacción, si no se encuentran diferencias (igual a cero) entre las figuras será un índice de satisfacción. A mayor distorsión de la imagen corporal será la insatisfacción.

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.

Conducta Alimentaria de Riesgo (Factor de riesgo). Son aquellas formas, hábitos, costumbres que pueden llevar al desarrollo de trastornos de la alimentación que no constituyen trastornos de la alimentación propiamente dichos (anorexia y bulimia). Estos se presentan pero no con la frecuencia con la que ocurre en los casos clínicos.

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO.

Conducta Alimentaria de Riesgo (Factor de Riesgo). Fue el puntaje obtenido por las respuestas dadas a una escala EFRATA que exploró conductas alimentarias normales y anómalas y que se calificaron dando el puntaje más alto a la respuesta que calificó mayor problema. Escalas con reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta.

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDICE DEL NIVEL SOCIOECONOMICO.

Nivel Socioeconómico. Para los sociólogos Hans Gerth y C. Wright Mills (1963 citados por Salazar, Montero, Muñoz, Sánchez, San Toro y Villegas en 1992). Existen dimensiones o claves de la estratificación socioeconómica, estas dimensiones suministran sus elementos necesarios para calificar a la gente de acuerdo con la oportunidad específica que tiene cada persona de obtener un determinado valor y son la ocupación, la situación de clase definida de manera objetiva con el nivel y fuente de ingreso.

La clase social es igualada a una forma de escalafón socioeconómico determinado por un número limitado de indicadores que sumados la definen. A sí la ocupación, el nivel de estudios, el nivel de ingresos, el tipo de vivienda y área donde se habita son considerados como la mejor aproximación, la más objetiva, a una definición de la clase a la que pertenece un individuo. La clase social es identificada como el nivel socioeconómico (Salazar et al, 1992).

## DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE ÍNDICE DEL NIVEL SOCIOECONOMICO.

Nivel Socioeconómico. En el presente estudio el nivel socioeconómico se determino de acuerdo a la suma de 5 variables de la escala A de el instrumento: La primera es aquella que se refiere al ingreso mensual familiar, para ese reactivo se asignan los siguientes valores:

Menos de \$ 2000.00 = 1

\$ 2001.00 a \$ 4000.00 =2

\$ 4001 a \$ 6000 = 3

\$ 6001 a \$ 8000 = 4

\$ 8001 a \$ 10000 = 5

\$ 10001 o más =6

La siguiente pregunta se refiere a los años de estudio del padre y se califica:

Menos de 6 años = 1

De 6 a 8 años = 2

De 9 a 11 años = 3

De 12 a 14 años =4

De 15 a 17 años =5

De 18 o más años = 6

Años de estudio de la madre y se califica:

Menos de 6 años = 1

De 6 a 8 años = 2

De 9 a 11 años = 3

De 12 a 14 años =4

De 15 a 17 años =5

De 18 o más años = 6

Ocupación del padre:

Obrero = 1

Empleado = 2

Comerciante = 3

Profesionista = 4

Empresario = 5

Ocupación del padre:

Obrero = 1

Empleado = 2

Comerciante = 3

Profesionista = 4

Al final de los puntos obtenidos se suman y se interpretan según la siguiente tabla:

Nivel socioeconómico	Puntos de corte (puntajes)
Bajo	4 a 11
Alto	12 a 19
Medio	20 a 27

#### 5.4 HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico bajo, medio y alto con imagen corporal (satisfacción/insatisfacción).
2. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico bajo, medio y alto con imagen corporal (sobrestimación/subestimación).
3. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre conducta alimentaria de riesgo con nivel socioeconómico (bajo, medio, alto).
4. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre conducta alimentaria de riesgo con imagen corporal.
5. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas entre conducta alimentaria de riesgo e imagen corporal (sobrestimación/subestimación).

## **5.5 MÉTODO**

### **5.5.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

La presente investigación se clasificó como un estudio comparativo exposfacto, no experimental, transversal, comparativo exposfacto de tres grupos con observaciones independientes.

### **5.5.2 MUESTRA**

Se utilizó una muestra no probabilística, intencionada por cuota. Fue no probabilística ya que no existió forma de estimar la probabilidad que tiene cada elemento de la población de ser incluido en la muestra, fue intencionada por cuota ya que los sujetos participantes debieron cumplir ciertos requisitos en cuanto a edad, sexo, nivel escolar y nivel socioeconómico y se seleccionaron hasta alcanzar el número de sujetos determinados. Los sujetos de la muestra se extrajeron de la población adolescente del nivel escolaridad medio superior de instituciones públicas y privadas del D.F. y zona conurbadas.

El tamaño total de la muestra fue de  $N= 468$  sujetos dividida de la siguiente manera:

$N_1= 131$  del nivel socioeconómico bajo

$N_2= 241$  del nivel socioeconómico medio

$N_3= 89$  del nivel socioeconómico alto

Características de los sujetos de las muestras:

Adolescentes del sexo masculino que sean estudiantes de bachillerato de escuelas públicas y privadas.

Criterios de inclusión:

1. Que no tuvieran defectos físicos notables
2. Que no tuvieran relaciones laborales
3. Que no estuvieran casados

### 5.5.3 INSTRUMENTO.

1. Se aplicó el instrumento de alimentación y salud (Gómez Pérez-Mitre 1993, 1993b y 1995 que se ha venido aplicando y sometiendo a prueba desde 1993, con formato XY, del cual se tomaron los reactivos que exploraron las variables involucradas en la solución del problema de investigación.

Este instrumento se ajustó a un cuestionario de formato mixto (constituido por preguntas abiertas/cerradas, dicotómicas y con respuestas en escala Likert). El que exploró las siguientes áreas:

- 1) Sociodemográfica. Compuesto por 13 reactivos (ver anexo).
  - 2) Imagen Corporal. Compuesto por 15 reactivos y dos escalas visuales compuestas cada una con 9 siluetas y 5 opciones de respuesta (ver anexo).
  - 3) Conducta Alimentaria de Riesgo. Compuesta por 5 reactivos (ver anexo)
2. También se aplicó la Escala de Factores de Riesgo Asociada con el Test de la Alimentación (EFRATA). (Gómez Pérez-Mitre, 1996., Gómez Pérez-Mitre y Avila Angulo E., En prensa), compuesta por 11 factores y consistencia interna (Alpha= .8660).

Factor 1 con 9 reactivos y Alpha =.8602 (ver anexo).

Factor 2 con 8 reactivos y Alpha =.8076 (ver anexo).

Factor 3 con 6 reactivos y Alpha =.8121 (ver anexo).

Factor 4 con 5 reactivos y Alpha =.8052(ver anexo).

Factor 5 con 5 reactivos y Alpha =. (ver anexo).  
Factor 6 con 4 reactivos y Alpha =.6529 (ver anexo).  
Factor 7 con 6 reactivos y Alpha =.7823 (ver anexo).  
Factor 8 con 4 reactivos y Alpha =.7617 (ver anexo).  
Factor 9 con 3 reactivos y Alpha =.6114 (ver anexo).  
Factor 10 con 4 reactivos y Alpha =.6307 (ver anexo).  
Factor 13 con 3 reactivos y Alpha =.6410 (ver anexo).

#### **5.5.3.1 FORMA DE CALIFICACIÓN**

Se le asignó a cada reactivo de las escalas, cinco opciones de respuesta (nunca, a veces, frecuentemente, muy frecuentemente y siempre). A esta escala se le dio un valor numérico del 1 al 5, de esta forma los puntajes más altos indicaron mayor presencia de problemas alimentarios.

#### **5.5.4 PROCEDIMIENTO.**

Se acudió a las escuelas y se solicitó la cooperación con autoridades de escuelas públicas y privadas para la realización e investigación, una vez obtenida la autorización se procedió a la selección de la muestra permitiendo participar a los sujetos que desearon hacerlo de forma voluntaria y que cumplieron los requisitos antes mencionados, hasta alcanzar el número de participantes determinado.

Se llevo a cabo la aplicación de los cuestionarios de alimentación y salud (ver anexo), así mismo la escala de Factores de Riesgo Asociado con el Test de Alimentación (EFRATA) de manera colectiva. Se dieron las siguientes instrucciones "La Facultad de Psicología de la UNAM esta llevando a cabo una investigación cuyo propósito es de conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral (Física y Psicológica) de la comunidad estudiantil para contribuir al mantenimiento y mejoramiento de la calidad de vida. El logro de nuestros propósitos dependerá de ti, de tu cooperación al contestar en cuestionario y lo hagas de manera verídica. Gracias "

#### **5.5.5 ANALISIS DE DATOS.**

Se hizo uso de estadísticas descriptivas e inferenciales, se aplicó el análisis estadístico paramétrico como el ANOVA, CROSSTABS, para analizar las diferencias entre las variables de estudio y probar así las hipótesis estadísticas correspondientes a las hipótesis de trabajo.

## **CAPITULO VI**

### **RESULTADOS**

## RESULTADOS

Con el fin de analizar la relación de las variables relacionadas con conducta alimentaria de riesgo e imagen corporal en hombres adolescentes se realizaron análisis estadísticos, cuyos resultados se describen a continuación.

### 6.1 DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

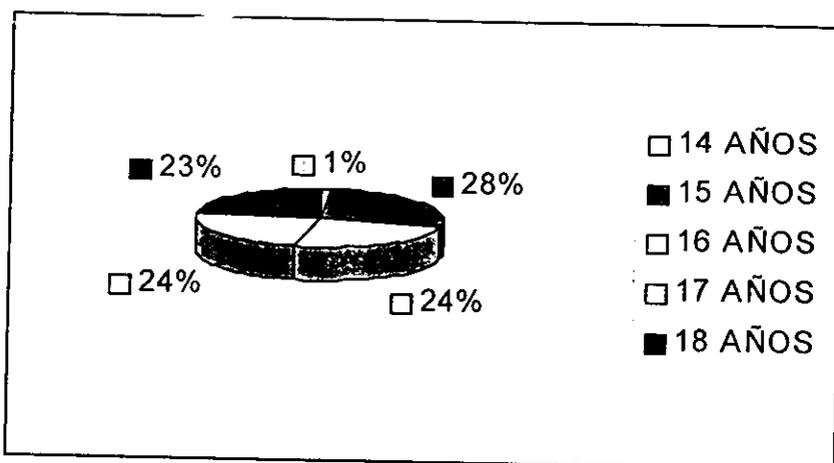
#### EDAD.

Se seleccionó una muestra total (N= 468) de adolescentes estudiantes, del sexo masculino, que contaban con edades entre los 14 y 18 años, con un promedio de edad de  $X=16$  años y  $DE=1.1$  (Ver Tabla y Gráfica 1).

Tabla 1. Distribución en porcentajes, de la variable edad para la muestra total.

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
14	6	1
15	129	28
16	114	24
17	111	24
18	108	23
<b>TOTAL</b>	<b>468</b>	<b>100%</b>

	N	MEDIA	DE
EDAD	468	16.3974	1.1542



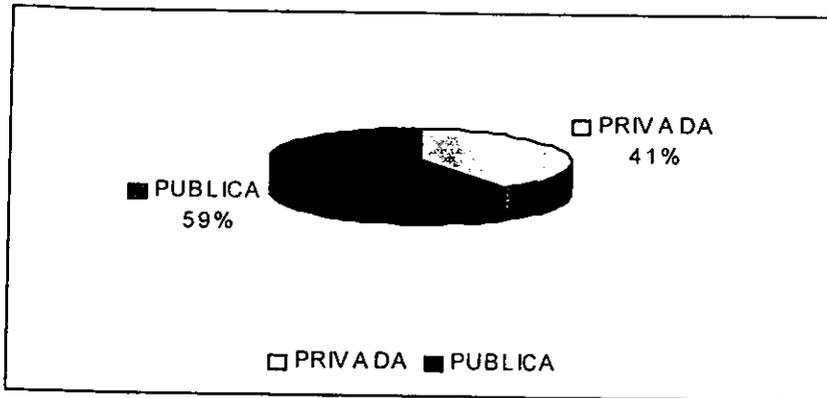
Gráfica 1. Distribución porcentual de la variable edad.

#### TIPO DE ESCUELA.

El 41% de la muestra total fueron estudiantes de escuelas privadas mientras que el 59% de escuelas públicas (Ver Tabla y Gráfica 2).

Tabla 2. Distribución en porcentajes de la variable tipo de escuela para la muestra total.

TIPO DE ESCUELA	FRECUENCIA	PORCENTAJE %.
PRIVADA	190	41
PUBLICA	278	59
TOTAL	468	100 %



Gráfica 2. Distribución en porcentajes de la variable tipo de escuela de la muestra total.

Para obtener el índice de nivel socioeconómico se sumaron los puntajes de aquellas variables que se relacionaban con el nivel socioeconómico, cuyos valores obtenidos se encontraban en las siguientes variables.

1. Ingreso mensual familiar
2. Año de estudio del padre.
3. Año de estudio de la madre
4. Ocupación del padre
5. Ocupación de la madre

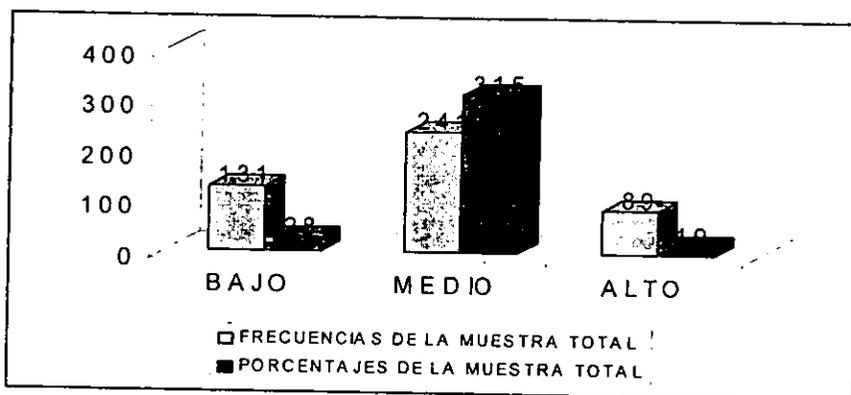
Una vez obtenido la sumatoria total de las variables, a esta se le asignan los siguientes puntos de corte:

TABLA 3 NIVEL SOCIOECONOMICO

Nivel socioeconómico	Puntos de corte (puntajes)
Bajo	4 a 11
Alto	12 a 19
Medio	20 a 27

De acuerdo con la variable Nivel Socioeconómico, se procedió a dividir la muestra total en tres subgrupos, que estuvieron conformados de la siguiente manera:

1. El primer subgrupo estuvo compuesto (n=131), por adolescentes estudiantes de nivel socioeconómico bajo obteniendo una Media de edad (X)= 16.4733 y una Desviación estándar (DE)=1.1591.
2. El segundo subgrupo estuvo formado (n=241), por adolescentes estudiantes de nivel socioeconómico medio obteniendo una Media de edad (X)= 16.3402 y una Desviación Estándar (DE)=1.1621.
3. El tercer subgrupo estuvo conformado (n=89), por adolescentes estudiantes de nivel socioeconómico alto, el cual obtuvo una Media de edad (X)= 16.4494 y una Desviación Estándar (DE)=1.1181.



Gráfica 3. Distribución de la variable nivel socioeconómico en Frecuencias y porcentajes.

## 6.2 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

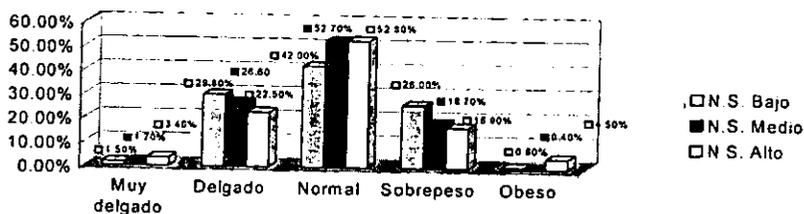
### AUTOPERCEPCION DEL PESO CORPORAL.

Para el análisis de las distribuciones en porcentajes de las variables de estudio se aplicaron CROSSTABS. Con respecto a la variable Autopercepción del Peso Corporal, se encontraron: los porcentajes más altos (del 42% al 53%) en Autopercepción de peso normal en los tres niveles socioeconómicos, mientras que los porcentajes más bajos fueron para la autopercepción de las categorías "Muy delgado" y "Obeso" (Ver Gráfica 4 y Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de la variable Autopercepción del Peso Corporal por nivel socioeconómico.

<b>Autopercepción</b>	<b>N.S. Bajo</b>	<b>N.S. Medio</b>	<b>N.S. Alto</b>
<b>Muy delgado</b>	1.5%	1.7%	3.4%
<b>Delgado</b>	29.8%	26.6%	22.5%
<b>Normal</b>	42.%	53%	53%
<b>Sobrepeso</b>	26.0%	18.7%	16.9%
<b>Obeso</b>	.8%	.4%	4.5%
<b>Total</b>	100%	100%	100%
<b>X</b>	2.94	2.89	2.96
<b>DE</b>	.80	.72	.84

Puede verse en la Tabla 4 que los porcentajes más altos (del 42% al 53%) correspondieron a la autopercepción de "Peso Normal" mientras que los porcentajes más bajos fueron para las categorías "Muy delgado" y "Obeso" (Ver Gráfica 4).



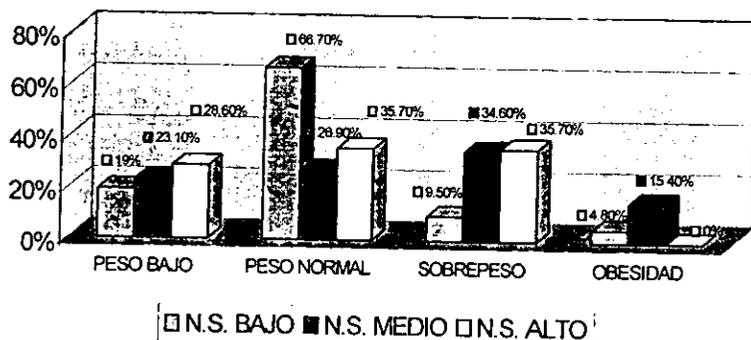
GRAFICA 4. Distribución en porcentajes de la variable Autopercepción del Peso Corporal por subgrupos de nivel socioeconómico.

### INDICE DE MASA CORPORAL (IMC= peso/talla<sup>2</sup>).

Como puede verse en la Tabla 5 y Gráfica 5 el porcentaje más alto (67%) se encontró en la categoría de "Peso Normal" en el grupo de nivel socioeconómico bajo, mientras que en el nivel socioeconómico medio fue del 27% y del 36% en el nivel socioeconómico alto. Debe hacerse notar que en el nivel socioeconómico alto los porcentajes de peso normal y sobrepeso se distribuyen de manera uniforme 36% en ambas categorías. 28% presentó bajo peso y ningún porcentaje manifestó obesidad, en comparación con los otros dos grupos donde si se presentó esta categoría de peso (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de porcentajes de la variable IMC real en los tres niveles socioeconómicos.

IMC REAL	N.S. BAJO	N.S. MEDIO	N.S. ALTO
PESO BAJO	19%	23.1%	28.6%
PESO NORMAL	67%	28%	36%
SOBREPESO	9.5%	34.6%	35.7%
OBESIDAD	4.8%	15.4%	0%
TOTAL	100%	100%	100%
X	21.33	21.54	21.51
DE	3.16	3.36	2.71



GRAFICA 5. Distribución en porcentajes del IMC real de acuerdo con los tres subgrupos de nivel socioeconómico.

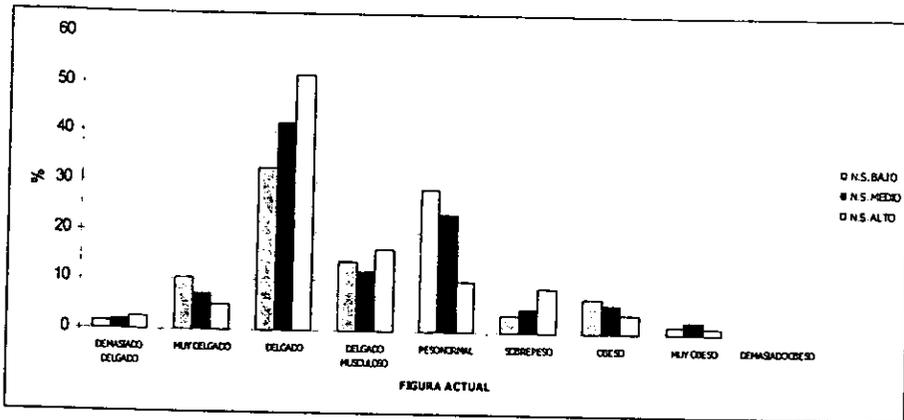
### FIGURA ACTUAL.

En relación con la variable figura actual se encontró, que la categoría "Delgado", en los tres nivel fue mayor el porcentaje, obteniendo en el nivel socioeconómico alto el 52%, mientras que en el nivel socioeconómico medio el 42% y en el nivel socioeconómico bajo el 33%, (Ver Tabla 6). Debe hacerse notar que los

estudiantes, en su gran mayoría se identificaron con las figuras más delgadas (en las categorías de bajo peso) hasta en un 76% del nivel socioeconómico alto, un 63% del nivel socioeconómico medio y un 59% del nivel socioeconómico bajo, sin embargo comparándolo con la figura ideal podemos observar que los adolescentes si buscan un cuerpo más corpulento.

Tabla 6. Distribución de porcentajes de la variable figura Actual en los tres niveles socioeconómicos.

FIGURA ACTUAL	N.S. BAJO	N.S. MEDIO	N.S. ALTO	TOTAL
DEMASIADO DELGADO	1.7%	1.9%	2.5%	2%
MUY DELGADO	10.4%	7.2%	5.1%	7.7%
DELGADO	33.0%	42.0%	51.9%	41.4%
DELGADO MUSCULOSO	13.9%	12.1%	16.5%	13.5%
<b>Subtotal</b>	<b>59%</b>	<b>63%</b>	<b>76%</b>	
PESO NORMAL	28.7%	23.7%	10.1%	22.4%
SOBREPESO	3.5%	4.8%	8.9%	5.2%
OBESO	7.0%	5.8%	3.8%	5.7%
MUY OBESO	1.7%	2.4%	1.3%	2%
DEMASIADO OBESO	0%	0%	0%	0%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>X</b>	<b>4.04</b>	<b>3.98</b>	<b>3.74</b>	
<b>DE</b>	<b>1.50</b>	<b>1.49</b>	<b>1.38</b>	



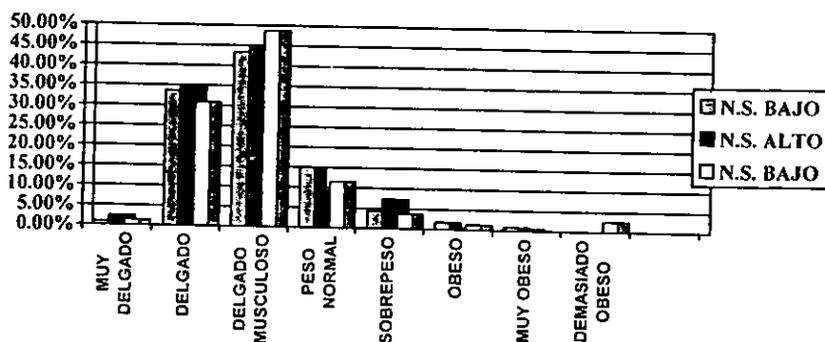
GRAFICA 6. Distribución en porcentajes de la Figura Actual por subgrupos de nivel socioeconómico.

#### FIGURA IDEAL.

Así mismo debe destacarse que los más altos porcentajes (45%) de los sujetos en cada subgrupo de nivel socioeconómico, eligieron como figura ideal la silueta numero 4 que corresponde a una figura delgada musculosa, el porcentaje restante se distribuyó en la categoría de "sobre peso" (nivel socioeconómico bajo 4%, nivel socioeconómico medio 7% y nivel socioeconómico alto 4%). Mientras que los porcentajes más pequeños (del 0% al 2%) se encontraron en la categoría "Obesidad", (Ver tabla 7 y gráfica 7). Comparando las Gráficas 6 y 7 puede verse como los porcentajes de la figura ideal crecen y se agrupan más claramente en la parte derecha de las coordenadas lo que sucede con la Gráfica de la figura actual.

Tabla 7. Distribución de porcentajes de la variable Figura Ideal en los tres niveles socioeconómicos.

FIGURA IDEAL	N.S. BAJO	N.S. MEDIO	N.S. ALTO	TOTAL
DEMASIADO DELGADO	0%	0%	0%	0%
MUY DELGADO	0.9%	2.4%	1.3%	1.8%
DELGADO	33.6%	35.1%	30.8%	33.8%
MUSCULOSO DELGADA	43.4%	44.9%	48.7%	45.2%
PESO NORMAL	15.0%	9.3%	11.5%	11.4%
<b>SUBTOTAL</b>	<b>92.9%</b>	<b>91.7%</b>	<b>92.3%</b>	
SOBREPESO	4.4%	7.3%	3.8%	5.8%
OBESO	1.8%	0.5%	1.3%	1%
MUY OBESO	0.9%	0.5%	0%	.5%
DEMASIADO OBESO	0%	0%	2.6%	.5%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>
<b>X</b>	<b>3.97</b>	<b>3.87</b>	<b>4.02</b>	
<b>DE</b>	<b>1</b>	<b>.97</b>	<b>1.18</b>	



GRAFICA 7. Distribución en porcentajes de la Figura Ideal de acuerdo con los tres subgrupos de nivel socioeconómico.

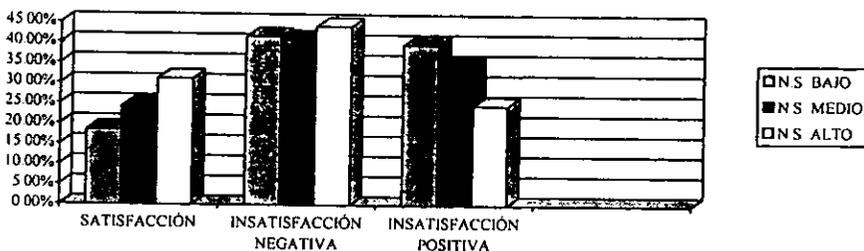
## SATISFACCION/INSATISFACCION.

Es importante destacar que los porcentajes más bajos se encontraron en los subgrupos de nivel socioeconómico bajo (19%) y nivel socioeconómico medio (24%), correspondientes a Satisfacción con la Imagen Corporal.

Consecuentemente resultaron para estos mismos subgrupos más altos los porcentajes de insatisfacción negativa y positiva (del 76% al 81%). En cambio el porcentaje más bajo de insatisfacción (negativa y positiva) 69% se encontró en el grupo de nivel socioeconómico alto.

Tabla 8. Distribución de porcentajes de la variable Satisfacción/Insatisfacción en los tres niveles socioeconómicos.

<b>SATISFACCION/INSATISFACCION</b>	<b>N.S. BAJO</b>	<b>N.S. MEDIO</b>	<b>N.S. ALTO</b>
<b>SATISFACCIÓN</b>	19%	24%	32%
<b>INSATISFACCIÓN NEGATIVA</b>	41.6%	41.0%	44.2%
<b>INSATISFACCIÓN POSITIVA</b>	39.8%	34.6%	24.7%
<b><i>SUBTOTAL</i></b>	<b>81%</b>	<b>76%</b>	<b>69%</b>
<b>TOTAL</b>	100%	100%	100%
<b>X</b>	2.22	2.10	1.93
<b>DE</b>	.73	.76	.74



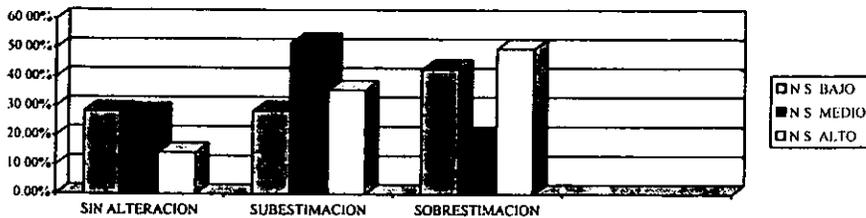
GRAFICA 8. Distribución en porcentajes de la variable Satisfacción/Insatisfacción para los tres subgrupos de nivel socioeconómico.

### ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL.

En relación con la variable alteración de la imagen corporal se encontró que el (29%) correspondió a "no alteración" en el nivel socioeconómico bajo, mientras que en el nivel socioeconómico medio se encontró la mayor "subestimación" de imagen corporal (52%), en tanto que en el nivel socioeconómico alto se observó una mayor sobreestimación comparado con los otros niveles socioeconómicos (50%), (Ver tabla y Gráfica 9).

Tabla 9. Distribución de porcentajes de la variable Alteración de la Imagen Corporal en los tres niveles socioeconómicos.

ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	N.S. BAJO	N.S. MEDIO	N.S. ALTO
NO ALTERACIÓN	29%	28%	14%
SUBESTIMACIÓN	28.6%	52.0%	35.7%
SOBREESTIMACIÓN	42.9%	20.0%	50.0%
TOTAL	100%	100%	100%
X	1.14	.92	1.35
DE	.85	.70	.74



GRAFICA 9. Distribución en porcentajes de la Alteración de la Imagen Corporal de acuerdo con los tres subgrupos de nivel socioeconómico.

### 6.3 ANALISIS ESTADISTICO DE LOS FACTORES (VARIABLE CONDUCTA ALIMENTARIA)

Se aplico un ANOVA simple ONEWAY a cada uno de los factores con el nivel socioeconómico para probar si se producen diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes niveles socioeconómicos y variables seleccionadas con Conducta Alimentaria que se observan en la siguiente Tabla 1.

TABLA 10. Resultados del ANOVA SIMPLE.

Factores	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Significativa
Factor 1 Conducta alimentaria compulsiva	1.795	2	.898	2.62	.073
Entre grupos	147.908	433	.342	8	
Dentro de grupos	149.704	435			
Total					
Factor 2 Preocupación por peso y comida	1.013	2	.507	1.31	.270
Entre grupos	163.556	424	.386	3	
Dentro de grupos	164.569	426			
Total					

Factor 3 Conducta Alimentaria normal	1.014	2	.507	.733	.481
Entre grupos	289.231	418	.692		
Dentro de grupos	290.245	420			
Total					
Factor 4 Dieta crónica y restrictiva	5.209	2	2.604	.062	.940
Entre grupos	179.412	429	.418		
Dentro de grupos	179.464	431			
Total					
Factor 5 Atribución de control alimentario externo	2.493	2	1.247	1.40	.247
Entre grupos	374.659	422	.888	4	
Dentro de grupos	377.152	424			
Total					
Factor 6	1.149	2	.575	1.65	.192
Entre grupos	150.738	434	.347	4	
Dentro de grupos	151.887	436			
Total					
Factor 7	2.276	2	1.138	1.33	.264
Entre grupos	353.979	416	1.851	8	
Dentro de grupos	356.256	418			
Total					
Factor 8	.395	2	.197	.442	.643
Entre grupos	191.946	430	.446		
Dentro de grupos	192.341	432			
Total					
Factor 9	6.918	2	3.459	6.47	.002
Entre grupos	231.342	433	.534	4	
Dentro de grupos	238.260	435			
Total					
Factor 10	1.401	2	.700	1.31	.269
Entre grupos	225.196	423	.532	5	
Dentro de grupos	226.596	425			
Total					
Factor 13	5.124	2	2.562	1.88	.154
Entre grupos	577.650	424	1.362	0	
Dentro de grupos	582.774	426			
Total					

Como se puede observar en la Tabla 1, solamente en el Factor 9 se encontraron diferencias estadísticamente significativas, cuando se comparo por el nivel socioeconómico se obtuvieron los siguientes valores: ( $F(2,433)=6.474, P=0.002$ ).

#### 6.4 PRUEBA DE HIPOTESIS ESTADISTICA.

A partir de la revisión literaria del presente trabajo de investigación se plantearon 3 hipótesis de trabajo de acuerdo con el nivel socioeconómico y 2 relacionadas con Imagen corporal y Alteración de la Imagen Corporal. Con el propósito de probar las hipótesis estadísticas correspondientes se aplicó un Análisis de Varianza (ANOVA ONE WAY).

#### HIPOTESIS I

H0 no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción-insatisfacción según el nivel socioeconómico.

H1 se encontraran diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción-insatisfacción según el nivel socioeconómico.

Como puede verse en la tabla 11 no se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico bajo, medio y alto con la variable satisfacción/insatisfacción con  $(F(2,392)=2.210, P=.111)$

TABLA 11. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL ANOVA (ONE WAY)					
Satisfacción-Insatisfacción/Nivel Socioeconómico.					
Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Sig.	
Entre grupos	9.568	2	4.784	2.210	.111
Dentro de grupos	848.701	392	2.165		
Total	858.268	394			
Medias de Satisfaccion-Insatisfaccion/Nivel Socioeconómico					
Nivel socioeconómico bajo	Nivel socioeconómico medio		Nivel socioeconómico alto		
X1=.1062, S=.1.4477	X2=.1268 S=1.5060		X3=-.2727 S=1.4108		
H0 = X1 ≠ X2 ≠ X3 ≠ 0					
H1 = X1 = X2 = X3 = 0					
No se confirma hipótesis de trabajo					

## HIPOTESIS 2

H0 no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en la variable sobrestimación-subestimación según el nivel socioeconómico.

H1 se encontraran diferencias estadísticamente significativas en la variable sobrestimación-subestimación según el nivel socioeconómico

Podemos observar en la tabla 12 que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico bajo, medio y alto con alteración de la imagen corporal ( $F(2,57)=1.599, P=.211$ ).

TABLA 12. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL ANOVA (ONE WAY)					
Sobrestimación-Subestimación/Nivel Socioeconómico					
Suma de cuadrados		Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad
Entre grupos	7.929	2	3.965	1.599	.211
Dentro de grupos	141.321	57	2.479		
Total	149.250	59			
Medias de Sobrestimación-Subestimación / Nivel Socioeconómico					
Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio		Nivel socioeconómico alto	
X1=4.762, S=1.4310		X2=-.6800, S=1.5470		X3=7.14, S=1.8172	
H0 = X1 $\neq$ X2 $\neq$ X3 $\neq$ 0					
H1 = X1 = X2 = X3 = 0					
No se confirma hipótesis de trabajo					

HIPOTESIS 3.

H0 no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en conducta alimentaria de riesgo de acuerdo al nivel socioeconómico.

H1 se encontraran diferencias estadísticamente significativas en conducta alimentaria de riesgo de acuerdo al nivel socioeconómico

En la tabla 13 observamos que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la conducta alimentaria de riesgo y el nivel socioeconómico ( $F(2,429) = .062, P = .940$ )

TABLA 13. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL ANOVA (ONE WAY)					
Conducta Alimentaria de Riesgo/Nivel Socioeconómico					
Suma de cuadrados		Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad
Entre grupos	5.209	2	2.604	.062	.940
Dentro de grupos	179.402	429	.418		
Total	179.464	431			
Medias de Conducta Alimentaria/Nivel Socioeconómico					
Nivel socioeconómico bajo		Nivel socioeconómico medio		Nivel socioeconómico alto	
X1=1.4161 S=.6044		X2=1.4411 S=.6654		X3=1.4262 S=.6562	
H0 = X1 ≠ X2 ≠ X3 ≠ 0					
H1 = X1 = X2 = X3 = 0					
No se confirma hipótesis de trabajo					

HIPOTESIS 4.

H0 no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en conducta alimentaria de riesgo de acuerdo a la variable satisfacción-insatisfacción.

H1 se encontraran diferencias estadísticamente significativas en conducta alimentaria de riesgo de acuerdo la variable satisfacción-insatisfacción.

Así podemos observar en la tabla 14, que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas con la variable conducta alimentaria de riesgo y la variable satisfacción-insatisfacción ( $F(2,371)=1.894$ ,  $P=.152$ )

TABLA 14. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL ANOVA (ONE WAY)				
Conducta Alimentaria de Riesgo/Satisfacción-insatisfacción.				
Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad
Entre grupos	1.676	2	.838	1.894
Dentro de grupos	164.152	371	.442	
Total	165.828	373		
Medias Conducta Alimentaria de Riesgo/Satisfacción-insatisfaccion				
Satisfacción	Insatisfacción negativa		Insatisfacción positiva	
X1=1.3862 S=.6152	X2=1.4478 S=.6692		X3=1.5578 S=.6922	
H0 = X1 $\neq$ X2 $\neq$ X3 $\neq$ 0				
H1 = X1 = X2 = X3 = 0				
No se confirma hipótesis de trabajo				

**HIPOTESIS 5.**

H0 no se encontraran diferencias estadísticamente significativas en conducta alimentaria de riesgo de acuerdo a la variable sobrestimación-subestimación.

H1 se encontraran diferencias estadísticamente significativas en conducta alimentaria de riesgo de acuerdo a la variable sobrestimación-subestimación.

En la Tabla 15 vemos que si se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria de riesgo según la variable sobreestimación-subestimación de la Imagen corporal ( $F(2,61)=3.780, P=.028$ )

TABLA 15. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL ANOVA (ONE WAY)					
Conducta Alimentaria de Riesgo/Sobrestimación-Subestimación.					
Suma de cuadrados		Grados de libertad	Media cuadrada	F	Probabilidad
Entre grupos	2.539	2	1.270	3.780	.028
Dentro de grupos	20.491	61	.336		
Total	23.030	63			
Medias de Conducta Alimentaria de Riesgo/Alteración de la Imagen Corporal					
Sin alteración		Subestimación		Sobrestimación	
X1=1.3789 S=.4516		X2=1.8667 S=.5888		X3=1.6857 S=.6650	
H0 = X1 = X2 = X3 = 0					
H1 = X1 ≠ X2 ≠ X3 ≠ 0					
Se Confirma hipótesis de trabajo					

DIFERENCIA DE MEDIAS	
SIN ALTERACION	1.3789
SUBESTIMACION	1.8667
SOBRESTIMACION	1.6857
TOTAL	1.6625

De acuerdo a las medias obtenidas en el factor 4 se encontró que los adolescentes que presentaron mayor problema de seguimiento de dieta crónica y restrictiva fueron aquellos que presentaron alteración de su imagen corporal (sobrestimación,  $X=1.7$  y subestimación,  $X= 1.9$ ).

## **CAPITULO VII**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre imagen Corporal y Nivel Socioeconómico en hombres adolescentes.

La muestra estuvo formada por adolescentes del sexo masculino pertenecientes a tres diferentes niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto). El rango de edad abarcó de los 14 hasta los 18 años, siendo la edad promedio del total de la muestra de 16 años con una desviación estándar de 1 año un mes.

Entre los resultados más importantes encontramos que entre los hombres la autopercepción del peso corporal es independiente del nivel socioeconómico.

De acuerdo con el Índice de Masa Corporal en el nivel socioeconómico bajo se encontró que más del 50 % de la población estudiada se ubicó en la categoría de "peso normal", en el caso del nivel socioeconómico medio el mayor porcentaje correspondió a la categoría de "sobrepeso", de la misma manera se encontró en el nivel socioeconómico alto, debe hacerse notar que en este nivel no se encontró "obesidad", aunque en el nivel medio y bajo existió esta categoría sólo con un porcentaje mínimo. Estos resultados coinciden con los estudios que señalan que existen una relación inversa entre obesidad y nivel socioeconómico, es decir la presencia de este trastorno es menor entre más alto nivel socioeconómico.

Con respecto a la Figura actual seleccionada por los adolescentes, se encontró que se identificaron en su gran mayoría en las figuras más delgadas. Así mismo se pudo corroborar cuando seleccionaron su figura ideal y que casi la totalidad de la muestra quería una figura delgada, pero más gruesa y musculosa, lo que coincide con estudios previos en los que se ha demostrado que los hombres quieren una figura mas gruesa a diferencia de las mujeres que quieren una figura más delgada, por lo que podemos inferir que los adolescentes hombres si buscan una figura más gruesa a la que tienen, lo que es congruente con la teoría de que los hombres quieren una figura mesomorfa con músculos, sin que esto implique

tener grasa, así como los resultados previamente reportados (Aguilar Cervantes y Rodríguez Caballero, 1997; Murrieta Contreras, 1997; Bolaños Miranda, 1998 y Gómez Pérez Mitre, Granados, Jauregui, Tafoya y Unikel 1998).

Es importante señalar, por otro parte, que entre los adolescentes de nuestro estudio no se encontró esa obsesión femenina socioculturalmente determinada y que se refiere a la introyección de la figura ideal delgada y siempre más delgada que la figura actual, aquella con la que en su momento tenían y lo que resultó congruente con los niveles de insatisfacción negativa encontrados: 41.6% N.S.B, 41% N.S.M. y 44.2% N.S.A.

Debe recordarse que la teoría señala que la insatisfacción con la propia imagen corporal constituye un elemento de inadaptación social en general por lo que se presenta un factor de riesgo en el campo específico de los trastornos de la alimentación que pueden conducir entre otras cosas a desarrollar conductas alimentarias de riesgo (Cash y Deagle, 1995; Cash y Bruzinsky, 1990; Thompson, 1990; Polivyn y Herman, 1985). En otros términos estar insatisfechos con el peso y figura corporal puede llevar a conductas peligrosas para la salud (dietas restrictivas, ejercicio excesivo, vómito inducido, etc.) que de otra manera no se tenían.

Otro hallazgo que debe investigarse más por tener implicaciones relacionadas con los trastornos de la alimentación se refiere a la alteración de la imagen corporal. Al respecto se encontró que sí existen diferencias representativas según el nivel socioeconómico, ya que en el nivel bajo no se encontró alteración mientras que en el nivel socioeconómico medio fue mayor la subestimación y en el nivel socioeconómico alto la mitad de los adolescentes se sobrestimaban; llama la atención que este efecto de sobreestimación no apareció en los niveles medio y bajo, probablemente los adolescentes de estos niveles socioeconómicos se

encontraban menos preocupados por el peso corporal que los adolescentes del otro nivel.

Se ha demostrado que los desórdenes y problemas asociados con distorsión de la imagen corporal son producto de condiciones socioambientales y culturales (Furnham y Baguma, 1994; citado por Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Ahora bien respecto con la Conducta Alimentaria de Riesgo, es importante señalar que el análisis de la relación entre variables de Imagen Corporal (satisfacción-insatisfacción) y los factores de Conducta Alimentaria de Riesgo solo el factor de dieta crónica restrictiva se relacionó con Alteración de la Imagen Corporal, contrario a los resultados obtenidos en el estudio de Sánchez y Mojica (1998), en el cual se encuentran diferencias estadísticamente significativas de acuerdo al sexo y nivel socioeconómico, en donde solo las mujeres presentan esta alteración. Sin embargo, estos hallazgos si coinciden con la literatura nacional e internacional que indica que existe mayor seguimiento de dieta entre quienes presentan alteración de la Imagen Corporal.

Por último con base en los resultados obtenidos concluimos en este estudio que:

1. El nivel socioeconómico resultó independiente de las variables relacionadas con la imagen corporal.
2. Se detectaron factores de riesgo relacionados con trastornos de la alimentación como: insatisfacción con la figura actual, imagen corporal y alteración de la misma.
3. En Índice de Masa Corporal no existe obesidad significativa.
4. Se encontró que los adolescentes que presentan mayor problema de seguimiento de dieta crónica restrictiva fueron aquellos que tenían alteración de su Imagen Corporal.

## SUGERENCIAS Y LIMITACIONES

- ✓ Para futuras investigaciones se sugiere trabajar con grupos extremos, con respecto al nivel socioeconómico, con el fin de comprobar resultados previos.
- ✓ Con base en la revisión teórica y los resultados obtenidos se sugiere estudiar una muestra probabilística para que los resultados obtenidos puedan ser aplicados y generalizados a la población normal de interés, en este caso los adolescentes hombres mexicanos.
- ✓ Realizar estudios más profundos acerca de los hábitos alimentarios de los adolescentes hombres mexicanos, utilizando entrevistas a profundidad para así poder precisar nuestro conocimiento al respecto.

Cabe asumir la limitación siguiente:

- ✓ Debido que los datos obtenidos solo son aplicables a la muestra estudiada no puede generalizarse, ya que se utilizó una muestra no probabilística.

## REFERENCIAS

## REFERENCIAS

- Aguilar, C.Y. y Rodríguez, C.A.R. (1997), Relación entre el nivel Socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel medio superior. Tesis de Licenciatura: UNAM.
- Aisenson, A. (1981). *Cuerpo y Persona*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ajuriaguerra, J., (1984). *Manual de Psicopatología del niño*. Paidós: Barcelona.
- Ampudia R.A. (1998). *Modelo diagnóstico de conductas psicopatológicas en un grupo de adolescentes*. Tesis de Doctorado. Facultad de Psicología. UNAM.
- Barker, R.G. (1953). *Adjustment to physical handicap and illness: a survey of the social psychology of the physically handicapped and disabled*. New York: Social Science Research Council.
- Benson, J.E., Elleman, Y., Theintz, G.E. y Huwald, H. (1990). Eating problems and calorie intake levels in Swiss adolescent athletes. International Journal of Sport Medicine, 11, 249-252.
- Bolaño, M., (1998). *Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM
- Blos, P (1974). *Los comienzos de la adolescencia*. Editores Buenos Aires.
- Braguinsky, J. y Mazza, C. (1989). Obesidad, patogenia, clínica y tratamiento. Buenos Aires: Promedicina.
- Brodie, D.A. Bagley, K. y Slade, P.D, (1994). Body Image perception in pre and postadolescent females. Journal of perceptual and motor skills, 78, 147-154.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders. Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Nueva York: Basic Books.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). *Psicología del Cuerpo*. Barcelona: Antropos.
- Caplan, G. y Lebovici, S. (1973). *Psicología de la adolescencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Caplan, G., Leovici, S (1973). Psicología social de la adolescencia. Desarrollo, familia, escuela, enfermedad y salud mental. Buenos Aires: Paidós.
- Carretero, M. y León, C. (1990). *Psicología Evolutiva, adolescencia, madurez y senectud III*. Madrid: Alianza
- Casper, Davis, Ecker, Halmi y Goldberg, (1979). Disturbance in body image estimation as related anorexia nervosa. Journal of psychiatry, 14, 60-66.
- CIE-10 (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Cohn, L. D., Adler, N.E., Irwin, C.E., Millstein, S.G., Kegeles, S.M. y Stone, G. (1987). Body-figure preferences in male and female adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 96, 276-279.
- Cooper, P.J. y Fairburn, C.G. (1983). Binge eating and self induced vomiting in the community. British Journal of Psychiatry, 142, 139-144

- Cormillot, A. (1988). El arte de adelgazar. México: J. Vergara
- Craig G.J. (1988). Desarrollo Psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Crish, Hsu, Harding y Hartshorn. (1980). Clinical Features of anorexia nervosa. A study of a consecutive series of 112 female patients. Journal of psychosomatics research, 24-179-191.
- Curran, F.J. y Frosch, J. (1970). The body image in adolescent boys. Journal of genetic psychology, 60(37).
- Darley, J., Gluksberg, S., y Kinhla, R. (1990). Psicología. México: Prentice Hall.
- Debesse, M. (1961). La adolescencia. Barcelona: Vergara.
- Dolto, F. (1986) La imagen inconsciente del cuerpo. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Elkind, D. (1976). Egocentrism in adolescence. Child development, 38, 1025-34
- Erikson, E. (1972). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós
- Erikson, E. H. (1960). Childhood and Society. New York: Norton
- FAO. (1996). Sexta Encuesta Alimentaria Mundial.
- Feldman, R, S. (1995). Psicología. México: Mc Graw Hill.
- Fernández, E. (1991). Psicopedagogía de la adolescencia. Madrid: Narced.
- Freud, A. (1936). El yo y los mecanismos de defensa. México: Paidós.
- Freud, S. (1893). Sobre el mecanismo psíquico de los fenómenos histéricos: Obras Completas Vol.III. Argentina: Amorrortu.
- Fuentes, G.B. (1989). Conocimiento y formación del adolescente. Editorial Continental , S.A de C.V.
- Garner D.M. (1978). Sociocultural factors. Lancet II, 674.
- Garrison, K.C. (1973). Psychological development. Boston: Allyn Bacon.
- Gómez Perez-Mitre, G. (1993). Detección de Anomalías de la Conducta Alimentaria de Riesgo en Estudiantes Universitarios: Obesidad, Bulimia y Anorexia Nervosa. Revista Mexicana de Psicología, 10(1): 17-27.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993b). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con la imagen corporal y desórdenes del comer: problemas de peso. Investigación psicológica, 3(1): 95-112.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista mexicana de psicología 12 (2), 185-197.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14(1): 31-40.
- Gómez Perez-Mitre, G., Saucedo, M.T.J. (1997). Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de prescolares y adolescentes maxicanos. Revista Mexicana de Psicología. 18 (3):103-110.

- Gómez Pérez-Mitré, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. Libro la Psicología Social en México. VII de Psicología Social. 2, 277-283. Toluca México. Artículo en memorias.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Unikel, S.C. y Saucedo, M.T. (1999). Psicología Social en el campo de la salud: Imagen Corporal en los trastornos de la alimentación. Revista de Psicología Social en México. México : Fondo de Cultura Económica.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1995). Peso real , peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. 12 (2), 185-198.
- Gómez Pérez-Mitré, G., Granados, A.M., Jáuregui, J., Tafoya, S.A., y Unikel, S.C. (2000). Trastornos de la alimentación: Factores de riesgo Asociados con Imagen Corporal y Conducta Alimentaria en Muestras de Género Masculino. Revista de Psicología Contemporánea 7(1).
- González, R.A. (1982). Estudio comparativo de diferentes índices antropométricos y sistemas de clasificación del estado nutricional. División de Nutrición Dto. De estudios experimentales, México, D.F.
- Goodwin, G.M., Fairburn, C.G. y Cowen, P.J. (1987). Dieting changes serotonergic function in women, not men: implications for the actiology of anorexia nervosa?. Psychological medicine, 17:839-842.
- Gordon, R.A. (1990). Anorexia and Bulimia: Anatomy of a social epidemic, Oxford: Blackwell
- Grinder, R. (1995). Adolescencia. Mexico: Limusa
- Hall. G.S. (1904). Adolescence. Nueva York: Apleton
- Hurlock, E.B. (1973). Psicología de la adolescencia. México: Editorial Paidós.
- Kaufer, M. y Casanueva, E. (1986). Los como, cuándo, dónde de la antropometría. Cuadernos de Nutrición. 9(2): 13-16.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: the cognitive-developmental approach to socialization. Handbook of socialization theory and research. Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1981). Essays on moral development. San Francisco: Harper y Row.
- Kolb, L.C.(1959). "Body Image in the Schizophrenia Reaction". Nueva York: Auerback.
- Lehalle, H.(1986). Psicología de los adolescentes. Barcelona: Crítica.
- Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (1995). Barcelona: Masson.
- Mateos, P.A y Solano, P.N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosa. Revista electrónica de psicología. 1(1): 1-27. [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1artic\\_4.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol1num1artic_4.htm)
- Mayer, J.(1975). Genetic, traumatic and environmental factors in the etiology of obesity. Physiological Reviews. 33, 472-408.

- McKinney, J.P., Fitzgerald, H.E. y Strommen, E.A. (1982). Psicología del desarrollo del adolescente. Edad adolescente. México: El Manual moderno.
- McLaren, D.S. (1981). La nutrición y sus trastornos. México: Manual Moderno.
- Miller, B. (1995). Tratamiento Médico de la Obesidad. Revista de Psicología Iberoamericana. 3(2): 64-64.
- Morris, C.G. (1987). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Murrieta, C.M. (1997). Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura, Facultad de Psicología. UNAM.
- Palma, M.D. (1997). Trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de nutrición 20 (5), 21-28.
- Papalia, D.E. y Olds, W.S. (1998). Psicología del Desarrollo. México: McGraw Hill.
- Papalia, D. y Olds, S.W. (1997). Psicología. México: McGraw Hill
- Pate, J., Pumariega, A., Gestel, C. y Gamer, D. (1992). Cross-Cultural Patterns in eating disorders: A Review. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 31(5):802-809.
- Piaget, J. (1972). Seis estudios de psicología. México: Ariel.
- Pryor, T. (1995). Diagnostic criteria for eating disorders: DSM IV Revisions. Psychiatric Annals. 25(1): 40-45.
- Raich, E.R. (1998). Definición, Evolución del concepto y evaluación del trastorno de la imagen corporal. Revista Psicología y Ciencia Social, 2(1): 15-26.
- Rivera, M.O. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico y la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios en mujeres de 15 a 19 años. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.
- Rocheblave-Spenlé, A. (1985). El adolescente y su mundo. Barcelona: Herder
- Saldaña, C. (1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). La obesidad. Barcelona: Biblioteca de Psicología Psiquiatría y Salud.
- Sánchez, S.G., y Mojica, M.M. (1998). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatoria públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.
- Saucedo, M.T. (1996). Factores de crianza e Interacción Familiar: predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría. Facultad de psicología. UNAM
- Schulnd, D.G. y Bell, C. (1993). Body Image Testing System: A microcomputer program for assessing body image. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 15, (3): 267-285.
- Schilder, P. (1989). Imagen y apariencia del cuerpo humano. México: Paidós.

- Shisslak, C., Pazda, Sl, y Crago, M. (1990). Body weight and bulimia as discriminators of psychological characteristics among anorexic, bulimic and abese women. Journal of Abnormal Psychology. 99(4): 380-384.
- Silverstein, B., Peterson, B. y Perdue, L. (1986). Some correlates of the thin standard of bodily attractiveness for women. International Journal of Eating Disorders, 5(5).
- Slade, P.(1985).A review of body-image studies in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Journal of Psychiatry Research, 19(273): 255-265.
- Stemberg, L. y Blinn, L. (1993). Feelings about self and body during adolescent pregnancy. The Journal of contemporary human services, 282-290.
- Stenberg, R.J. (1987). The uses and misuses of intelligence testing: Misunderstanding meaning, users over-rely on scores. Education week, 22-28.
- Stunkard, A.J. (1984). The current status of treatment for obesity in adults: En A.J. Stunkard y E. Stellar (eds.). Eating and its disorders. Nueva York: Raven Press.
- Sue, D., Sue, D., Sue, S. (1994). Comportamiento Anormal. México:Mc Graw Hill.
- Szmukler, G., Dare, C. y Treasure, J. (1995). Handbook of eating disorders: Theory, treatment and research. Inglaterra: John Wiley Sons.
- Tanner, J.M. (1971). Sequence, tempo, and individual variation in the growth and development of boys and girls aged twelve to sixteen. Daedalus, 100, 907-930.
- Taylor, M.J. y Cooper, P.J. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. Behavior Research and Therapy. 30(1): 53-58.
- Tercero, Q.G. (1998). La imagen corporal de los adolescentes anclada en lo femenino. <http://www.mipediatria.com.mx/adolescente-fem.htm>
- Tobin-Richards, M.H., Boxer, A.M., Kavrell, S.A. y Petersen, A.C. (1984). Puberty and its psychological and social significance. Experiencing adolescence: A sourcebook for parents, teachers, and teens. New York: Garland.
- -Toner, B. B., Garfinkel, P.E y Garner, D. M. (1986). Long-term follow-up anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine. 48, 520-529.
- Toro, J. y Valardell, e. (1987). Anorexia Nervosa. Barcelona: Martinez Roca.
- Tucker, L.A. (1984). Physical attractibenes, somatotype and the personality: a dynamic international perspective. Journal of clinical psychology. 40, 1226-1234.
- Tyler, L.E. (1975). Psicología de las diferencias humanas: Marova.
- Unikel, S. C, y Gomez Pérez-Mitré (1996). Trastornos de la conducta alimentaria en muestras de mujeres adolescentes: estudiantes de danza, secundaria y preparatoria. Psicopatología, 16(4), 121-126.
- Wilson, G.T. (1976). Obesity. Binge eating and behavior therapy:some observations Behavior Therapy. 7,700-701.

- Williamson, D.A., Davis, C.J., Bennet, S.M., Goreczny, A.J. y Gleaves, D.H. (1989). Development of a simple procedure for assessing body image disturbances. Behavioral assesment. 11,433-440.
- Yager, J., Landsverk, J., y Eldelstein, C.K. (1987). A 20 month follow-up of 628 women whit eating disorders, I: Course and severity. American Journal Of Psychiatry. 144,172-177.
- Agras, W. S. & Kirkley, B. G. (1986). Bulimia: Theories of estiology. En K. D. Brownell y J. P. Foreut (Eds). Handbook of Eating disorders: Phisiology, Psychology and treatment of Obesity, Anorexia and Bulimia. New York: Basic Books

## **ANEXO**

## **CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD XY (P)**

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

El logro de nuestro propósito depende de ti, de tu sentido de cooperación que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como veras no pedimos tu nombre y la información que nos proporciones es confidencial y totalmente anónima.

**GRACIAS.**

## INSTRUCCIONES GENERALES:

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuestionario. En la hoja de respuestas debes llenar completamente el círculo no solo tacharlo o subrayarlo.

Utiliza lápiz o pluma de tinta negra.

Si tiene alguna duda consúltalo con la persona que te entregó el cuestionario.

Edad: \_\_\_\_\_

Estatura aproximada: \_\_\_\_\_

Peso aproximado: \_\_\_\_\_

Tipo de escuela: \_\_\_\_\_

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

A	B	C	D	E
NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	MUY FRECUENTEMENTE	SIEMPRE

1. QUE ESTAS ESTUDIANDO?
  - a) secundaria
  - b) carrera técnica
  - c) carrera comercial
  - d) prepa, bachillerato, vocacional
  - e) posgrado

Trabajas?

- a) si
- b) no

2. Actualmente vives con:

- a) Familia nuclear (padres y hermanos).
- b) Padre o madre
- c) Hermanos
- d) Esposa o pareja
- e) Solo
- f) Amigo

3. Lugar que ocupas entre tus hermanos?

- a) soy hijo único
- b) soy el mayor
- c) ocupo un lugar intermedio
- d) soy el más chico

4. Edad de tu primera emisión nocturna

- a) menos de 9 años
- b) 9 a 11 años
- c) 12 a 14 años
- d) 15 a 17 años
- e) 18 a 20 años
- f) 21 o más

5. Tienes o has tenido vida sexual?

- a) no, pasar a la pregunta 8
- b) si, pasar a la siguiente pregunta

6. Tienes hijos?

- a) si
- b) no

7. El ingreso mensual es aproximadamente de:

- a)  $\leq 2000$  o menos
- b)  $\leq 2001$  a 4000
- c)  $\leq 4001$  a 6000
- d)  $\leq 6001$  a 8000
- e)  $\leq 8001$  a 10000
- f)  $\leq 10001$  o más

8. Quien o quienes aportan el ingreso mensual familiar?

- a) padres (uno o los dos)
- b) tú y padre y/o madre
- c) tú
- d) tú y pareja
- e) tú, hermanos y/o padres
- f) esposa o pareja

9. Años de estudio de tu padre:

- a) menos de 6 años
- b) de 6 a 8 años
- c) de 9 a 11 años
- d) de 12 a 14 años
- e) de 18 o más

10. Cual es la ocupación de tu padre?

- a) obrero
- b) comerciante
- c) empleado
- d) profesionista
- e) empresario

11. Cual es la ocupación de tu madre?

- a) ama de casa
- b) empleada doméstica
- c) obrera
- d) comerciante
- e) profesionista

1. Tienes o has tenido problemas con tu peso corporal?

- a) no, pasa a la pregunta 14.
- b) Si, pasa a la siguiente pregunta

2. Tu problema es o era?

- a) sobrepeso
- b) falta de peso

3. Que peso te gustaría tener?

- a) mucho menor del que actualmente tengo
- b) menor del que actualmente tengo
- c) el mismo que tengo
- d) más alto del que actualmente tengo
- e) mucho más alto del que actualmente tengo

4. Como te sientes con tu figura?

- a) muy satisfecho
- b) satisfecho
- c) indiferente
- d) insatisfecho
- e) muy insatisfecho

5. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- a) muy por debajo de el
- b) por debajo de él
- c) estas en tu peso ideal
- d) por arriba de el
- e) muy por arriba de el

¿Qué tan importante crees que sea la propia figura para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

Muy importante	Importante	Importancia regular	Poco importante	Muy poco importante
----------------	------------	---------------------	-----------------	---------------------

- |                           |     |     |     |     |     |
|---------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 6. con el sexo opuesto    | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 7. entre amigos (as)      | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 8. para encontrar pareja  | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 9. para encontrar trabajo | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 10. en las fiestas        | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 11. en los estudios       | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 12. en el trabajo         | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 13. con la familia        | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |
| 14. con uno mismo         | (a) | (b) | (c) | (d) | (e) |

15. De acuerdo con las siguientes escalas, tú te consideras:

- |                                     |                     |
|-------------------------------------|---------------------|
| a) Obeso                            | Muy gordo           |
| b) Con sobrepeso                    | Gordo               |
| c) Con peso normal                  | Ni gordo ni delgado |
| d) Peso por debajo de lo normal     | Delgado             |
| e) Peso muy por debajo de lo normal | Muy delgado         |

1. Algunas o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?

- a) No (pasa a la pregunta 4)
- b) Si (pasa a la siguiente pregunta)

2. Que edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

- a) Menos de 9 años
- b) 9 a 11 años
- c) 12 a 14 años
- d) 15 a 17 años
- e) 18 a 20 años
- f) 21 años o más

3. En los últimos 6 meses has hecho dieta?

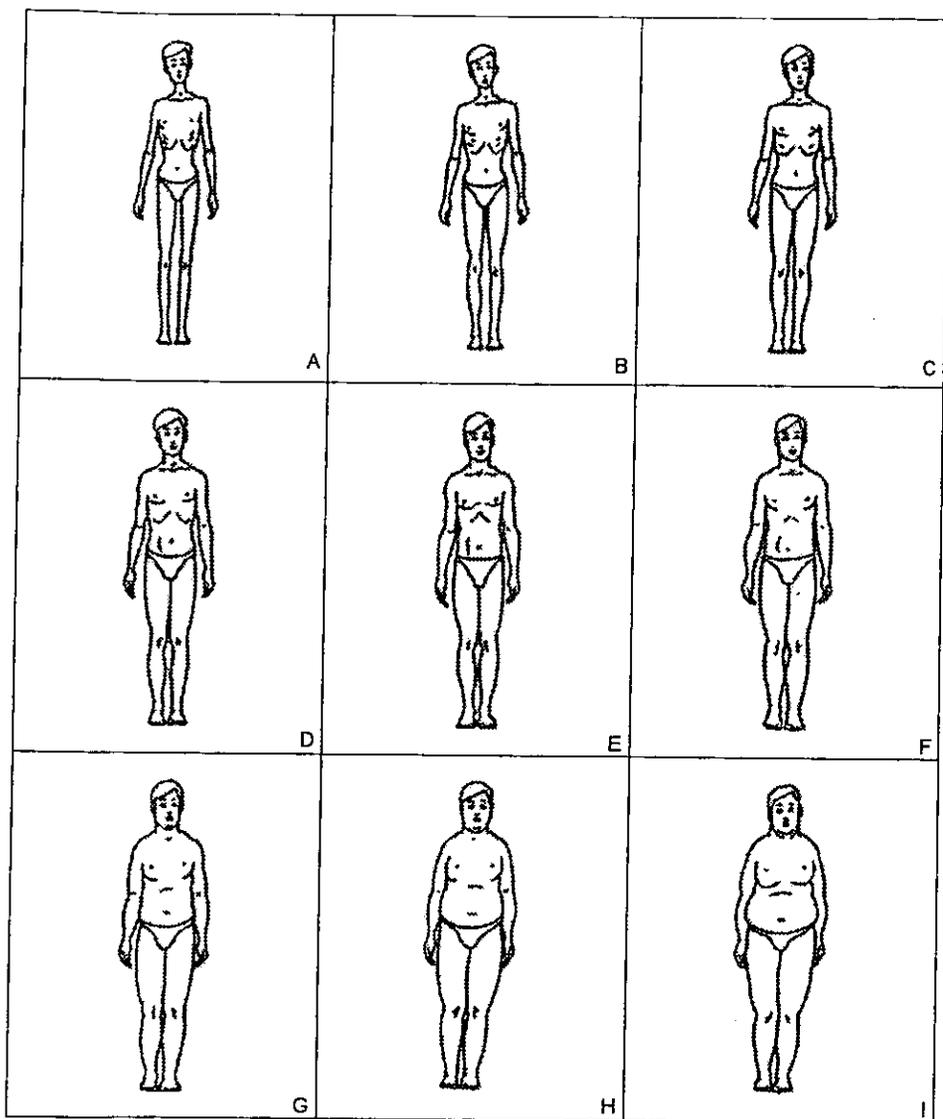
- a) Si
- b) No

4. Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?

- a) No
- b) Si

5. El problema consiste en que:

- a) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- b) Comes tan poco que a veces te sientes cansado y débil
- c) Comes hasta que te duele el estomago
- d) Comes y sigues comiendo hasta que sientes nauseas
- e) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas.



1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que mas se parezca o mas se aproxime a tu figura corporal.
2. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener

## FACTORIAL HOMBRES ADOLESCENTES.

Se aplicó un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas a un total de 1494 sujetos hombres adolescentes. Se usó una rotación VARIMAX que convergió en 15 interacciones para extraer 16 factores que aplican el 55.9% de la varianza. Se descartaron 5 factores al no cumplir los criterios. El modelo final con 11 factores que explica el 48.5% de la varianza. La escala total obtuvo un  $\alpha$  de .8660.

Los factores quedaron integrados de la siguiente manera:

### CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA.

FACTOR 1		
E31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenía hambre	.41342
F1	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo a comer nadie me detiene.	.64982
F2	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.74363
F3	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.70806
F4	No soy consciente de cuanto como.	.66876
F5	Siento que no puedo parar de comer.	.71884
F6	Como sin medida.	.72548
F7	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.50121
F20	Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come.	.41833

EIGEN VALUE= 11.23. VARIANZA EXPLICADA=15%. ALPHA =.8602.

### PREOCUPACION POR PESO Y COMIDA

FACTOR 2		
E11	Comer me provoca sentimientos de culpa	.49715
E13	Ingiero bebidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	.62974
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos (engordadores)	.64006
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68759
E24	Con tal de no subir mastico mis alimentos pero no los trago (los escupo)	.45554
E25	Como despacio y/o mastico mas tiempo mis alimentos como medida de control de peso	.51079
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado	.70754
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa	.51449

EIGEN VALUE= 4.20 VARIANZA EXPLICADA=5.6% ALPHA=.8121

### CONDUCTA ALIMENTARIA NORMAL

FACTOR 3		
E5	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.72204
E15	Como lo que es bueno para mí	.73430
E17	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.70004
E20	Procuró mejorar mis hábitos alimentarios	.70341
E28	Procuró comer verduras	.69631
E29	Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61762

EIGEN VALUE= 4.20 VARIANZA EXPLICADA= 5.6% ALPHA=.8121

### DIETA CRONICA Y RESTRICTIVA

FACTOR 4		
F9	Disfruto, me gusta tener el estómago vacío	.71723
F11	Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	.70527
F12	Siempre estoy a dieta	.54768
F15	Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	.61613
F16	"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso de saltan comidas	.64157

EIGEN VALUE= 3.4 VARIANZA EXPLICADA= 4.6% ALPHA= .8052

### ATRIBUCION DE CONTROL ALIMENTARIO EXTERNO

FACTOR 5		
F32	Creo que las personas con problemas de control de peso sobre su forma de comer no deberían preocuparse, ya que "genio y figura hasta la sepultura"	.70840
F33	Es muy difícil mantener el control sobre ingesta alimentaria ya que todo lo que nos rodea nos incita a comer	.56051
F34	Creo que querer mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo	.66027
F35	No sé por que se preocupa la gente por su peso, ya que "el que nace barrigón aunque lo fajen"	.76786
F36	Creo que "comer y rascar el trabajo es comenzar"	.70802

EIGEN VALUE=2.91 VARIANZA EXPLICADA= 3.9% ALPHA=

FACTOR 6		
E6	Siento que la comida me tranquiliza	.60707
E8	Creo que la comida es buen remedio para la tristeza o la depresión	.69850
E12	Si me despierto tengo que comer para conciliar el sueño	.57886
E18	Me sorprendo pensando en comida	.53705
E9	Como tan rápidamente	.46731

EIGEN VALUE= 2.18 VARIANZA EXPLICADA= 2.9% ALPHA=.6529

FACTOR 7		
F27	Las personas que comen con mesura son dignas de respeto	.70499
F28	Quien mantiene el control sobre su ingesta alimentaria controla también otros aspectos de su vida	.72644
F29	Una persona que puede cometer excesos con la comida también puede excederse en otras cosas	.69874
F30	Admiro a las personas que pueden comer con medida	.68367
F31	Las personas que pierden el control con la comida se guían por el lema " todo con exceso nada con medida"	.49774
F39	Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito	.45912

EIGEN VALUE= 1.76 VARIANZA EXPLICADA= 2.3% ALPHA=.7823

FACTOR 8		
F18	Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.40549
F21	Me avergüenza comer tanto	.66423
F22	Me deprimó cuando como demás	.65592
F23	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	.52309

EIGEN VALUE= 1.5 VARIANZA EXPLICADA=2.1% ALPHA=.7617

FACTOR 9		
E2	Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento	.69662
E9	Como tan rápido que los alimentos se me atragantan	.40482
F24	Siento que como más rápido que la mayoría de la gente	.66835

EIGEN VALUE= 1.37 VARIANZA EXPLICADA= 1.8% ALPHA= .6114

FACTOR 10		
E34	Como hasta sentirme inconfortablemente lleno	.46434
F13	No tengo horario fijo para las comidas, como cuando puedo	.62862
F14	Soy de los que se hartan se llenan de comida	.54027
F17	Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.55864

EIGEN VALUE= 1.29 VARIANZA EXPLICADA= 1.17% ALPHA= .6307

FACTOR 13		
F37	No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor	.73451
F38	Solo de debe competir para ganar	.83902
F40	Se deben vencer las tentaciones para fortalecer el carácter	.52565

EIGEN VALUE=1.18 VARIANZA EXPLICADA= 1.16% ALPHA= .6410