

04



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION: PERCEPCION DE
LA RELACION MATERNA Y LA IMAGEN CORPORAL EN
ADOLESCENTES MEXICANOS”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A:

ARACELI HERNANDEZ SANCHEZ



DIRECTORA DE TESIS:

DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.



MEXICO. D. F.

2000

EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.

207103



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

MIS ESFUERZOS Y MIS LOGROS NO TENDRIAN
SENTIDO, SI NO TUVIERA EL MAS BELLO DE
LOS REGALOS QUE DIOS ME OTORGA, MI
FAMILIA, A QUIEN DEDICO
ESTA TESIS CON TODO MI AMOR.

MUCHAS VECES ME SENTI DESFALLECER,
PERO LA SIMPLE PRESENCIA DE MIS PADRES Y MI
HERMANO, HACIAN QUE ME LEVANTARA Y
CONTINUARA HASTA LOGRAR LA META QUE AHORA
FINALIZO.

ME SIENTO MUY FELIZ POR QUE CULMINO MI TRABAJO,
PERO AL MISMO TIEMPO SIENTO NOSTALGIA PORQUE
ESTO SIGNIFICA QUE DEJARE MI ALMA MÀTER, LA UNIVERSIDAD,
A QUIEN TANTO AMO, ADMIRO Y AGRADEZCO.

A TI PAPITO

Por enseñarme a no desfallecer, por enseñarme que la única forma de crecer es a través del esfuerzo, por tus consejos y por tu apoyo, por tu cariño y tus enojos.

A TI MAMACITA

Por tu cariño, por tu amor incondicional, por tu apoyo, por tu paciencia, porque desde pequeña me diste tu vida entera, Gracias mamá.

A TI HERMANITO

Por ser como eres, por ser mi confidente, mi amigo, mi hermano a quien tanto amo y admiro, gracias por estar aquí, gracias por ser mi hermano.

A TI NANETTE

Por tu lealtad, tu presencia y tu cariño.

A MIS ABUELOS Y TIOS

Por el recuerdo que dejaron en mí esas bellas vivencias de la infancia, por su cariño en aquel entonces y por darle la vida a mis Padres.

A MIS AMIGAS

Por los gratos recuerdos que compartimos en esta Facultad, por sus palabras alicientes, por otorgarme su amistad.

A LA DOCTORA GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE, POR SUS
ENSEÑANZAS Y EL APOYO QUE ME BRINDO EN LA DIRECCION
DE ESTE TRABAJO.

A LA UNAM, POR SER LA CASA DE ESTUDIOS QUE ME ABRIÓ
SUS PUERTAS PARA QUE ME FORMARA COMO
PROFESIONAL, GRACIAS POR SEMBRAR EN MI
EL VALOR DE LA LIBERTAD Y EL ESTUDIO.
GRACIAS POR SER TAN AUTENTICA.

A MI FACULTAD DE PSICOLOGIA, QUIEN ME TRANSMITIO
TANTO CONOCIMIENTO, PORQUE ME TRANSFORMO
Y ME DIO LAS HERRMIENTAS PARA SERVIR A MI PAIS.

A MIS MAESTROS POR SUS ENSEÑANZAS Y SU PACIENCIA.

AGRADEZCO A LA PSICOLOGA, GISELA PINEDA GARCIA, POR
SU PACIENCIA, APOYO Y SUPERVISION EN LA FASE
ESTADISTICA DE ESTE TRABAJO.

AGRADEZCO LAS PALABRAS DE APOYO DEL MAESTRO
GILBERTO MORA SANCHEZ, QUIEN ME ALENTO A SEGUIR EN
UN MOMENTO DE DUDA.

GRACIAS AL LIC. JOSE LUIS SAMANO, DIRECTOR DE LA PREPA
5 POR SU APOYO Y ATENCIONES, AL MAESTRO SANTANA POR
SU COMPRESION Y APOYO, A LAS PSICOLOGAS DEL
DEPARTAMENTO DE ORIENTACION VOCACIONAL DE MI PREPA.

INDICE

PAGINAS

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA, BULIMIA NERVOSA Y OBESIDAD.	
SUBTEMAS:	
1.1- ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA.	3
1.2 LOS INICIOS DE LA HISTORIA	3
1.3 PREVALENCIA DE LA ANOREXIA EN LA EDAD MEDIA	5
1.4 PRIMERA FASE: LA HISTERIA Y LA PREOCUPACIÓN POR LA GORDURA	6
1.5 SEGUNDA FASE: EXPLORACIONES BIOLOGICAS	7
1.6 TERCER PERIODO: ABORDAJE DE LA PSICOLOGIA	8
1.7 BULIMIA NERVOSA.	10
1.8 CASOS MEDICOS	13
1.9 OBESIDAD	15
CAPITULO II. DEFINICION DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION Y PRINCIPALES TEORIAS.	
2.1 DEFINICION DE ANOREXIA Y SUBTIPOS	18
2.2 DEFINICION DE BULIMIA Y SUBTIPOS	19
2.3 DEFINICION DE OBESIDAD, CLASIFICACION Y TIPOS	20
2.4 DEFINICION DE INGESTA COMPULSIVA	21
2.5 DEFINICION DE RUMIACION	24
2.6 DESORDENES DE LA ALIMENTACION NO ESPECIFICADOS	24
2.7 SINDROME PARCIAL DE LOS DESORDENES DEL COMER	24
2.8 TEORIAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION	25
2.9.1 TEORIA BIOLOGICA	26
2.9.3 TEORIAS SOCIOCULTURALES	27
2.9.3 TEORIA FAMILIAR	29
2.10 INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL MUNDO Y EN MEXICO.	31
CAPITULO III. ADOLESCENCIA	
3.1 CONCEPTO DE ADOLESCENCIA	35
3.2 CAMBIOS FISICOS Y FISIOLOGICOS	36
3.3 CARACTERISITICAS PSICOLOGICAS	37
3.4 CARACTERISITCAS SOCIALES	40
3.5 LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE	41
3.6 ADOLESCENCIA Y NUTRICION	44
CAPITULO IV. FAMILIA Y RELACION MATERNA.	
4.1 CONCEPTO DE FAMILIA	48
4.2 FUNDAMENTOS: IMPORTANCIA DE LA RELACION PADRES-HIJOS	48
4.3 LA FAMILIA: AYER Y HOY	52
4.4 RELACION MATERNA	54
4.5 DEFINICION DE IDENTIDAD DE GENERO, SEXO Y ATRIBUCIONES CULTURALES.	59
CAPITULO V. IMAGEN CORPORAL.	
5.1 SIGNIFICADO DE LA IMAGEN CORPORAL	64
5.2 IMAGEN CORPORAL EN EL ADOLESCENTE	68

5.3 IMAGEN CORPORAL: DIFERENCIAS DE GENERO	70
5.4 IMAGEN CORPORAL: UNA CONSTRUCCION FAMILIAR	73
5.5 INVESTIGACIONES REALIZADAS SOBRE LA IMAGEN CORPORAL.	74
CAPITULO VI. PLAN DE INVESTIGACION	80
6.1 PROPOSITO DEL ESTUDIO	
6.2 OBJETIVOS	
6.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
6.4 PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS	
6.5 DEFINICION DE VARIABLES	
CAPITULO VII. METODOLOGIA	84
7.1 DISEÑO DE INVESTIGACION	
7.2 MUESTRA	
7.3 CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS, CONTROL DE VARIANZA EXTERNA E INSTRUMENTO.	
7.4 PROCEDIMIENTO	
CAPITULO VIII. RESULTADOS	89
DISCUSION Y CONCLUSIONES	108
SUGERENCIAS Y LIMITACIONES	114
REFERENCIAS	115
ANEXOS.	124

RESUMEN

El presente proyecto forma parte de una investigación mayor* y tuvo como propósito determinar si la percepción de la relación materna de adolescentes del sexo femenino y masculino, inflúa en la percepción de su imagen corporal.

Para tales fines se utilizó un diseño de tipo confirmatorio, con una muestra N=200 adolescentes mexicanos dentro de un rango de edad de 15 a 19 años. A cada uno de ellos se le aplicó el cuestionario denominado Alimentación y Salud que explora las áreas: sociodemográfica, relaciones con la madre e imagen corporal.

Se realizó un análisis estadístico de las variables de interés y los resultados se presentan en tablas descriptivas. Entre los hallazgos más importantes se encontró que la percepción de la relación materna no influyó en las variables correspondientes a la imagen corporal, tales como: satisfacción/insatisfacción, alteración de la imagen corporal, autopercepción del peso corporal, preocupación por el peso y actitud hacia la obesidad.

Pero se observó que si existen diferencias por sexo, siendo las mujeres las que presentan insatisfacción con su imagen corporal por desear estar más delgadas, a diferencia de los hombres que pretenden estar más gruesos.

También en la variable de alteración se encontró que los hombres alteran su imagen corporal, porque se ven más delgados de lo que son y las mujeres se ven más gruesas de lo que están. Al mismo tiempo en las variables de autopercepción del peso corporal, preocupación por el peso y actitud hacia la obesidad, las mujeres percibían su peso como más alto del que tenían, estuvieron más preocupadas por su peso y tenían una actitud más desfavorable hacia la obesidad que los hombres.

*UNAM-CONACYT Proyecto 400312537225

INTRODUCCION

La necesidad fisiológica de comer para adquirir los nutrimentos indispensables para el buen funcionamiento de nuestro cuerpo, desde hace mucho tiempo ha sido asociada con factores sociales y culturales, que han conformado el comportamiento alimentario.

Gran parte de este comportamiento se a visto influido por patrones conductuales relacionados a situaciones que involucran a la familia, por ejemplo : En la sociedad Mexicana se ha observado que los miembros de la familia se reúnen para comer y llegan a ingerir comidas copiosas en horarios desorganizados o las mamás obligan a sus hijos a comer cuando los niños no tienen hambre o premian sus logros escolares con dulces o postres.

Estos ritos van conformando nuestros hábitos alimentarios que sumados a la influencia social han desvirtuado el placer de la alimentación, provocando severos trastornos que llegan a amenazar la vida.

La gravedad de este tipo de trastornos en la alimentación han provocado que las investigaciones se ocupen de prevenir esta problemática social. En este estudio, en primer lugar se definen los padecimientos propios de los trastornos alimentarios, tales como: Anorexia nervosa, Bulimia Nervosa y Obesidad, así como los factores de riesgo: Imagen corporal, alteración, preocupación por el peso, entre otros.

En segundo lugar se hará una breve descripción de las características de la adolescencia, considerando que este periodo de vida es percibido como uno de los más vulnerables para adquirir un padecimiento de esta índole.

Así mismo se dedicó un capítulo al tema de la familia ya que se reconoce la importancia que tienen las características en las relaciones de los miembros de familias con hijas anoréxicas o bulímicas, especialmente el vínculo que existe entre la madre y sus hijas. Dicho vínculo suele ser intrusivo, ansioso, temeroso, y perfeccionista, lo que merma el desarrollo de la individualidad y autonomía de sus hijas, estas al tratar de compensar su falta de individualidad, controlan al menos una parte de su vida: la alimentación y su imagen corporal.

CAPITULO I: ANTECEDENTES HISTORICOS

1.1.-ANOREXIA NERVOSA.

Señala Martínez (1995) que los trastornos de la conducta alimentaria intrigan a quienes nos interesamos en el origen de estos, muchas veces con el afán de encontrar una respuesta buscamos desde su aparición en la historia así como también en los factores inherentes al contexto sociocultural. Por eso en esta ocasión las siguientes líneas estarán dedicadas a expresar una revisión a través de la historia de estos malestares que al parecer han incrementado el número de víctimas que padecen dichos trastornos.

Clásicamente se tienen datos de las mujeres ayunadoras lo hacían por un sacrificio a Dios, entonces se convierte en santa, en toda una mujer que sufre y el modelo anoréxico es progresivamente abandonado en el camino que lleva a la santidad (Bell, 1985 citado por Guillemont y Laxenaire, 1994).

Desde el siglo XVI al XVIII, las causas sobrenaturales siguen siendo la primera explicación de los contados casos de rechazo alimentario observados. Los criterios médicos de la época se extienden sobre todo en la duración del ayuno, sus modalidades prácticas, el descubrir posibles fraudes, etc.

No es hasta después de la segunda mitad del siglo XIX, cuando nace el concepto de anorexia nervosa, claramente diferenciado de los adelgazamientos de origen orgánico, y al que se le atribuye una etiología de tipo psicológico. << Las ayunadoras poseídas >>, santas o vulgares embaucadoras, son ahora consideradas enfermas >>. La verdadera individualización de la anorexia nervosa como entidad clínica resulta del esfuerzo clasificatorio del siglo XIX (Guillemont y Laxenaire, 1994)

1.2.-LOS INICIOS DE LA HISTORIA.

De acuerdo con Holtz (1995) existen algunas diferencias en los escritos que hablan sobre la primera aparición de esta enfermedad, en realidad no podemos ser tan precisos, puesto que los historiadores no lo han sido. Así por ejemplo pueden verse descripciones desde el siglo IV hasta nuestros días.

Hamadhan, Irán, siglo XI, era un joven príncipe que se estaba muriendo por negarse a comer, fue atendido con éxito por Avicena, médico, filósofo y místico árabe-islámico que, reflejando el caso en su Canon de la Medicina, precisa que esta anorexia aparecía en un contexto depresivo. A pesar de esta particularidad, la descripción de Avicena se considera, desde el punto de vista histórico, la primera relativa a la anorexia nerviosa (Guillemont y Laxenaire, 1994).

Sin embargo, dos siglos antes de Avicena, en Baviera y en pleno siglo IX, una joven, hija de unos sirvientes llamada Friderada de Treuchtingen, experimentó un apetito incoercible que la conducía a los mayores excesos en sus comidas, lo que iba seguido de vómitos, después de seis meses dejó de comer hasta que finalmente muere. Se considera que probablemente sea este un caso mas claro de anorexia nervosa medieval del que se tenga constancia (Toro, 1996).

El santoral cristiano recoge el martirio de Santa Wilgefortis, conocida en España como Santa Liberata, hija del rey de Portugal, quien la entregó en matrimonio al rey moro de Sicilia, pero ella, que había jurado entregarse a Dios, dejó de comer para afearse y no ser deseada, adelgazó y le creció el vello por todo el cuerpo. Murió crucificada por su padre y se convirtió en la santa patrona de todas aquellas mujeres que desean verse libres de las apetencias masculinas (Turón, 1997)

La primera documentación referente a esta enfermedad es de la princesa Margarita de Hungría, que data del siglo XIII. La descripción de su vida corresponde a la de una joven con anorexia nervosa, murió a los 26 años, en un estado de emaciación. Y es hasta el año 1500 que el médico italiano Simón Porta comunicó un caso de anorexia.

En 1667, una joven inglesa, llamada Marthe Taylor, despertó un vivo interés en los religiosos y científicos de su país, ayunando durante largos meses, presentó un cuadro depresivo acompañado de ideas místicas y una dificultad inminente para poder dormir, desde entonces se dedico a leer las Sagradas Escrituras durante noche y día.

El caso de Marthe Taylor se hizo célebre a causa del interés que despertó a varios médicos, entre ellos el Médico Reynolds, quién decía que el caso de Marthe no era el primer caso que había visto, había observado ya varios casos, siempre en jóvenes de 14 a 20 años (Guillemont y Laxenaire, 1994).

En la línea de las anoréxicas místicas, no se puede dejar de mencionar a santa Catalina de Siena, cuya anorexia la conduciría a la muerte. Catalina Benincasa era una gemela prematura nacida hacia el año 1347, en Siena. Hacia los seis o siete años, la niña dijo que vio a Dios rodeado de varios santos y desde esa edad, la niña empieza a renunciar a la comida.

En la pubertad se impone penitencias de todo tipo: ayunos, flagelaciones, etc., A partir de los 16 años hasta su muerte, sólo comía pan y hierbas crudas, solo bebía agua y perdió la mitad de su peso.

El caso de Catalina produjo una gran admiración, puesto que se conoció su decisión de dejar de alimentarse por completo hasta su muerte. Catalina tiene en común con las anoréxicas de hoy día una voluntad inflexible, un rechazo a someterse a los demás y una negación total de su cuerpo y de sus sufrimientos (Raimbault y Eliacheff, 1991).

1.3.-PREVALENCIA DE LA ANOREXIA EN LA EDAD MEDIA.

Existen reportes históricos muy tempranos, de que las mujeres de mediados del siglo XIX, no presentaban el ingrediente principal de esta enfermedad, que es que los ayunos fueran motivados por un temor mórbido a engordar, lo cual caracteriza a las mujeres con anorexia nervosa de esta época. Las mujeres de la edad Media no comían o comían muy poco con el objeto de desprenderse de los lazos terrenales y como símbolo de autosacrificio y espiritualidad (Holtz, 1995).

En la Edad Media y durante bastante tiempo después y aun ahora en algunos ámbitos- su justificación e interpretación religiosas eran evidentes. Cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este género de “ Trastornos”, los denominaron Inedia prodigiosa y anorexia mirabilis (Toro, 1996)

La historia de la anorexia durante la Edad Media, no estaría completa sin mencionar los trabajos de Robert Whytt (1714-1766), profesor de medicina en Edimburgo desde 1747. En 1764 publicó el caso de un mozo de caballos, de 14 años, que había presentado anorexia seguida de una fase bulímica.

Aunque este autor halla sido olvidado actualmente, sería uno de los primeros en interesarse por los trastornos de las conductas alimentarias, que considera de origen <<nervioso>> (Silverman, 1987 citado por Gullemont y Laxenaire, 1994).

1.4.-PRIMERA FASE: LA HISTERIA Y LA PREOCUPACION POR LA GORDURA.

Posteriormente en el año de 1875, surge la descripción de un estudio de Worthington y en 1890 el médico Charcot describe también el caso de una paciente que mantenía un lazo alrededor de su cintura para nunca excederla y decía " Prefiero morir de hambre antes de volverme obesa como mi madre". A partir de estos estudios empieza a considerarse un elemento que caracteriza a este trastorno que es un miedo mórbido a volverse obeso (Holtz, 1995).

Las primeras descripciones clínicas sobre casos de restricción alimentaria que sugieren anorexia nevosa se inician a partir de los escritos de Laségue en Francia y Gull, en Inglaterra. Gull supone primero una causa orgánica, como trastorno del aparato digestivo, posteriormente es convencido por Laségue de una hipótesis psicogenética y denominan el síndrome <<anorexia histérica>> y apepsia hystérica. Incluso Gull opta inmediatamente, ante la ausencia de déficit de pepsina gástrica, por el término *anorexia nervosa* (Turón, 1997)

Huchard propuso en 1883 el término de anorexia mental en lugar de anorexia histérica, (De hecho hasta nuestros días se siguen intercambiando los términos de anorexia mental por anorexia nervosa), puesto que en el trastorno no aparecían los síntomas propios de la histeria: anestesia, ceguera y parálisis. Ya entonces se insiste en la importancia de la actitud del entorno, especialmente de los médicos, en el tratamiento y en la nocividad de la presencia de la familia (Beumont, 1991 citado por Toro,1996).

Posteriormente en los albores del siglo XX, Gilles de la Tourette apunta una diferenciación suficiente entre anorexia mental primaria y secundaria. En la primera no existiría falta de apetito y tendría una etiología psíquica, con una alteración de su imagen corporal y la segunda resulta de alguna enfermedad psiquiátrica como la esquizofrenia o la depresión (Guillemont y Laxenaire, 1994).

El gran psiquiatra francés Pierre Janet (citado por Toro, 1996) fue quien dio un nuevo impulso al análisis y descripción del trastorno, este autor describió dos formas de enfermedad de la anorexia nervosa: obsesiva e histérica. En la forma obsesiva el paciente se mantenía a disgusto con su cuerpo, temiendo engordar y desarrollarse y hacerse mujer y además se mantendría la sensación de hambre.

La persecución de la pérdida de peso la conduciría a excesos en ejercicio físico, y la combinación de hambre intensa con la renuncia a comer lo llamó “un verdadero delirio”. La forma histérica implicaría una pérdida real del apetito y una actividad física excesiva en orden a negar su fatiga.

Sigmund Freud (1905) citado por Toro, 1996 también sugirió una interpretación psicodinámica de la anorexia nervosa y la describió como una forma de melancolía en la que la sexualidad no habría alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como neurosis nutricional, es decir una repugnancia o malestar provocado por el alimento por la asociación hecha con la libido o impulso sexual.

1.5.-SEGUNDA FASE: EXPLORACIONES BIOLÓGICAS.

Los autores clásicos consideraban <<mental>> o <<nervioso>> el origen del síndrome, pero en 1914 cuando Simmonds descubre la caquexia histérica abre una segunda parte en la historia de la conceptualización de la anorexia nervosa. Tras la moda de histeria, se considera de mucha importancia dar una explicación fisiopatológica y el descubrimiento de trastornos endocrinos, pero se llega a la conclusión de que estos no son las causas del síndrome, sino consecuencia de la desnutrición. Sheehan (1938) citado por Guillemont y Laxenaire, 1994 describe la neurosis antehipofisiaria, demostrando que el adelgazamiento en la neurosis antehipofisiaria de origen isquémico debe ser diferenciada de la anorexia nervosa clásica.

Entre 1938 y 1956 las hipótesis endocrinas dan lugar a una importante serie de trabajos en torno a exploraciones biológicas y anatomopatológicas, pero dada la ineficacia de los tratamientos hormonales, los psiquiatras intentan emplear el aislamiento y la separación de la familia, obteniendo éxitos terapéuticos, incluso con las aportaciones de Decourt, se constató que el origen de la anorexia nervosa era atribuible mas aspectos psiquiátricos que endocrinológicos (Guillemont y Laxenaire, 1994).

1.6.-TERCER PERIODO: ABORDAJE DE LA PSICOLOGIA

El tercer periodo corresponde a las hipótesis psicológicas, protagonizadas por el movimiento psicoanalítico. El trastorno se debía a una forma de neurosis relacionada con la pérdida de la libido, manifestándose a través de una conversión histérica (Freud, 1910-1914 citado por Turón, 1997).

Las diferentes escuelas dinámicas y los distintos autores consideran la hipótesis sobre las causas de la anorexia de forma muy diferente: Para Abraham se debía al papel del sadismo oral con inhibición del apetito, para Hesnard, la causa estaba en el trauma del destete y rechazo de la sexualidad, mientras que Boutonnier y Lebovici daban gran importancia al papel de la madre en la génesis del trastorno.

En el plano terapéutico, todos concuerdan en reconocer la necesidad de aislamiento asociado o no a los nuevos métodos, como la electronarcosis, la farmacoterapia, las variantes psicoterápicas, etc. El diagnóstico se precisa y se insiste en la diferenciación que debe establecerse entre anorexia primaria y secundaria, esta última relacionada con una patología psiquiátrica subyacente, como la histeria, la depresión grave, etc.

Según Bruch (1973) citado por Gullemont y Laxenaire, 1994 solo los trastornos primarios de las conductas alimentarias constituyen una entidad específica, que se deben diferenciar de las formas específicas en las que los comportamientos alimentarios anormales encajan en el cuadro de la patología psiquiátrica primaria. Los métodos terapéuticos se diversifican y empiezan a recurrir, siguiendo a Selvini, a las teorías familiares sistémicas.

Tras la Segunda Guerra Mundial se inicia el abordaje actual de los trastornos del comportamiento alimentario, y más concretamente de la anorexia nervosa. En 1939, John Alfred Ryle, un médico inglés, basándose en su experiencia clínica, fue el primero en predecir el incremento posterior de la anorexia nervosa. Justificaba tal pronóstico mediante la interacción entre la notable "emotividad" de los jóvenes y la popularización de la moda de la delgadez (Vandereycken, Castro y Vanderlin, 1994).

La Psiquiatra Hilde Bruch, en una de sus obras describió e interpretó el trastorno anoréxico, lo cual coincide con el explícito incremento de la prevalencia de la anorexia y la bulimia que caracteriza a nuestros días. Hilde

Bruch, otorgó marcada relevancia a fenómenos actuales, como los síntomas del paciente anoréxico, como por ejemplo: el trastorno de su imagen corporal o las alteraciones de la interocepción, temas centrales de muchas investigaciones posteriores. Y esto dio pie a que se valorara indudablemente la influencia de los agentes socioculturales de este trastorno (Toro, 1996).

Es de relevante importancia mencionar la participación en este tema de la Psiquiatra Mara Selvini Palazzoli, quién en el año de 1963 publicó un libro sobre la autoinanición, en él constató el incremento de pacientes anoréxicos tras la Segunda Guerra Mundial. Las hospitalizaciones por anorexia nervosa se iniciaron en 1948, coincidiendo con la eclosión del “milagro económico” italiano.

Selvini Palazzoli atribuyo el desarrollo de la anorexia nervosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada al consumo, habiendo incrementado las familias de clase media su atención dirigida a los hijos. Sugiere que la anorexia es más frecuente en las muchachas que en los varones, pese a la retórica de su independencia, aquellas continúan estando sujetas a mucho más control familiar que los chicos (Gordon, 1990, citado por Toro, 1996).

En los setenta empiezan las presiones socioculturales hacia la delgadez, esto predispone aun más el aumento de la anorexia en los países desarrollados del mundo occidental, la imposición de las modas induce a mostrar cada vez más el cuerpo, en los ochenta los estereotipos son promovidos por diferentes medios.

Y la sociedad cada vez más favorece el culto al cuerpo, éste debe ser esbelto, musculoso, suave y en movimiento, se promueve el ejercicio y el baile, las dietas y el ayuno; Se promueve un auge por los gimnasios, comida baja en calorías y el uso de ropa entallada que destaca la silueta femenina.

En los noventa cada vez es mayor la comercialización, la difusión de alimentos light, revistas que anuncian productos reductores y modelos con figuras cada vez más delgadas, siendo esto símbolo de belleza, atletismo, conservación de la juventud y una sexualidad liberada de las obligaciones de la reproducción (Sánchez y Mojica, 1998).

En la actualidad los modelos de investigación clínica, los estudios de poblaciones, el seguimiento de grupos de pacientes y las evaluaciones de resultados preconizan modelos de tratamiento pluridisciplinarios que aborden

los tres núcleos conflictivos de la anorexia: el peso, la figura y los pensamientos alterados.

En el Simposio de Gottingen, en 1965, se elaboran tres conclusiones básicas:

- *La enfermedad está en relación con las transformaciones de la pubertad.*
- *El conflicto es corporal y no estrictamente de la función alimentaria.*
- *La etiopatogenia y la clínica son diferentes de los procesos neuróticos* (Turón, 1997).

1.7.-BULIMIA.NERVOSA

Históricamente según refleja, el trastorno bulímico ha merecido mucha menor atención que el anoréxico, aunque frecuentemente se asociaban a la anorexia con síntomas bulímicos y a la par que se hacían investigaciones sobre anorexia, fueron descubriendo la bulimia. De hecho dentro de las publicaciones que se hicieron sobre los trastornos del comportamiento alimentario a finales del siglo XIX e inicios del XX, la bulimia solo ocupa una pequeña parte de lo publicado.

Jenofonte, en Anabais, describió por primera vez en la cultura occidental lo que ahora se considera como prácticas bulímicas. La descripción inicial fue en el año 970 antes de Cristo, refiriéndose a unos soldados griegos. En determinadas situaciones sociales y religiosas los griegos se entregaban a los vómitos de modo cuasi ritualizado (Toro, 1996).

En Roma, el banquete y el vómito consiguiente fueron auténticas instituciones de las clases medias y altas de este país. Cada vez que el estomago quedaba saciado, los comensales se trasladaban a la habitación contigua, el vomitorium, donde hacían lo propio (Coen, 1981).

Durante la Edad Media, el vómito constituyó una práctica penitencial. El penitente, mediante la emesis, arrojaba de sí sus pecados. Los docentes de las grandes escuelas de medicina de la época –Nápoles, Salerno, Bolonia, París, Montpellier, Oxford.- prescribían poderosos eméticos, incluso de manera continuada y para siempre. Durante el Renacimiento se siguen recetando tales sustancias, especialmente mostaza y nuez vómica (Toro, 1996).

Inicialmente significaba apetito imoderado, no implicando vómitos ni otros procedimientos afines. En las prácticas bulímicas del atracón seguido del vómito, aparecen personajes interesantes, asiduos a estas acciones, así por ejemplo Enrique VIII de Inglaterra y quienes le rodeaban, el papa Alejandro Borgia y sus cortesanos, los lúdicos campesinos flamencos de Bruegels y las lacerantes multitudes de El Bosco, el presidente Americano Taft, etc, continuamente incurrir en dichas acciones (Giannini, 1993, citado por Toro, 1996).

Motherby, en 1785, había descrito tres tipos de bulimia: la de hambre pura, aquella en que el hambre acababa en vómito y la que asocia hambre a desmayos. Pero la referencia más completa al trastorno, se halla en un diccionario médico escrito por James (1743 citado Por Guillemont y Laxenaire, 1994), quien dedicó dos páginas a describir el boulimus. James reparó en que, mientras algunos pacientes experimentaban la complicación de vomitar tras la ingestión de grandes cantidades de alimento, otros no lo hacían así. Distinguió entre el boulimus y el caninus appetitus, el hambre canina.

El carácter del síndrome bulímico parece advertir que ha adquirido su autonomía nosológica hace solo menos de 20 años. Ha emergido en nuestras sociedades con gran fuerza en los últimos 10 años, y encontramos referencias detalladas en los últimos 50 años (Guillemont y Laxenaire, 1994).

Lo reciente de su historia y la proliferación actual de estudios especialmente anglosajones le confieren todas las características de una enfermedad nueva, pero, entendámoslo bien, nos referimos a la bulimia dentro de su aceptación clínica, ya que las referencias a los excesos con la comida son antiguas que se pierden en el tiempo. En la bulimia aparecen dos aspectos bien diferenciados, por un lado está el comportamiento ingestivo incontrolado, por otro las dietas restrictivas, el rechazo a ganar peso y las conductas de purga para el control de dicho peso.

De los comportamientos ingestivos incontrolados, tenemos referencias históricas abundantes, algunas del siglo XVIII puede que estén emparentadas con la bulimia actual. Las referencias mas antiguas sobre la bulimia las encontramos en el *Physical Dictionary de Blanckaart* de 1708 y el *Diccionario Médico de Quincy* de 1726 (Stein,1988 citado por Toro, 1996). Los autores relacionan estos episodios bulímicos con alteraciones digestivas.

En 1743, el *Diccionario Médico de la ciudad de Londres* describe un cuadro denominado *True bulimus*, caracterizado por preocupación por la comida, ingestas voraces y periodos de ayuno y otro cuadro es el *caninus appetitus*, en el cual el vómito sigue al atracón (Turón, 1997)

En 1869, Blanchet describe en el *Diccionario de Ciencias Médica de París* dos formas de bulimia: la primera caracterizada por preocupación por la comida, y la segunda por la presencia de vómito, también en la descripción de Gull sobre anorexia nerviosa incluía la presencia de apetito voraz ocasional (citado por Pérez y Platas, 1998).

En 1873, C. Laségue designaba entonces con el nombre de falso apetito a esa exagerada sensación de apetito que solo sería disminuida con alimentos pero al mismo tiempo la convicción de que la alimentación sería perjudicial (Stunkard, 1990).

Durante el año de 1934 F. Alexander, reconduce a la bulimia al marco de la neurosis de órgano e integrada en la categoría de trastornos gastrointestinales. En 1944, C. E. Leonard analizaba en detalle un caso de bulimia acompañado de vómitos funcionales. Thérèse Benedeck en 1936, insistía sobre la irresistibilidad del impulso bulímico <<toxicomanía sin. Una reciente mención de Joyce Mc Dougall, sitúa a la bulimia dentro de las perversiones adictivas que se asemeja la somatización a actos síntomas como las adicciones (bulímica, tabágica, alcohólica, medicamentosa, etc.), ciertas desviaciones sexuales y determinadas neorosis (Turón, 1997).

En 1959, Stunkard propone una clasificación de la obesidad en función del tipo de comportamiento alimentario de los pacientes. Este autor obtiene de este modo tres subgrupos, de los que uno se caracteriza por el aspecto orgiástico de la alimentación y por la repetición de los accesos bulímicos (Gullemont y Laxenaire, 1994).

Se trata de una de las primeras alusiones a este tipo de conductas alimentarias, pero se destaca este tercer grupo de Stunkard no puede coincidir con las bulímicas actuales, caracterizadas por la delgadez o, por lo menos, su no obesidad en la mayor parte de los casos. A partir de la década de los sesentas, la bulimia en tanto que síndrome y entidad autónoma, se desprende de la anorexia y de la obesidad. Desde 1973, H. Bruch plantea las posibilidades

que se den ingestas alimentarias compulsivas en sujetos que califica de <<gordos-flacos>>.

A continuación, Rau y Green (1975) describen una conducta bulímica impulsiva sin referirse a la obesidad o a la anorexia. Boskind-Loadhal (1976) y Boskind-Lodhal y Sirlin (1977) presentan un síndrome dominado por los episodios de sobreingesta, al que denominan <<bulimsrexia>>. En cuanto a Palmer (1979), llama <<síndrome de caos alimentario>> a un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por accesos de bulimia. Del conjunto de estos trabajos se deriva poco a poco la independencia de la bulimia (Guillemont y Laxenaire, 1994).

Russel es el primero en definir los criterios diagnósticos de los que denomina bulimia nervosa. En adelante, a partir de 1985, reservará este término a las bulímicas que llegan a serlo tras un periodo de anorexia, por lo que llamará simplemente bulimia al síndrome propiamente dicho (Turón, 1997).

1.8.-CASOS MEDICOS.

En la literatura médica de los últimos siglos, se ha estado construyendo la historia de la bulimia. Así Stein (1988) considera que la bulimia no es en sí misma un concepto nuevo, sino que simplemente ha llamado la atención recientemente debido a la actual multiplicación de casos. Para él, la bulimia, existía ya en los siglos precedentes, y presenta como pruebas de ello las menciones que se hacen al respecto en la literatura antigua. En el siglo XIX el New Dictionary of Medical Science da la siguiente definición del término <<bulimia>>: <<de buey y hambre (hambre de buey). Un apetito atroz. Se observa en algunas ocasiones en la histeria y a lo largo del embarazo, pero raramente en otras circunstancias (Toro, 1996).

Por otro lado, Janet publicará en 1903 (citado por Gullemon y Laxenaire, 1994), en su obra sobre las obsesiones y la psicastenia, diversos ejemplos de casos de bulimia seguidos a finales del siglo XIX. Este autor describe particularmente las obsesiones clínicas de tres mujeres y un hombre que presentan todas las características del síndrome bulímico. El más documentado de estos casos es el de Nadia, hija de una familia francesa influyente. A partir de los cuatro años, Nadia manifestaba unas extrañas obsesiones, especialmente en lo que respecta a su cuerpo.

A la edad de los 15 ó 16 años deja de comer para detener su crecimiento. Entró entonces en un periodo anoréxico que precisó hospitalización durante seis meses.

Después de este periodo, empezó a presentar accesos bulímicos de los que Janet no precisa si se seguían o no de vómitos. Nadia es el primer caso en que se pasa por un periodo de anorexia antes de llegar a convertirse en bulímica.

En el segundo caso de bulimia presentado por Janet se refiere a una mujer de 37 años, casada, que presentaba, cuando el autor la conoció, unos episodios bulímicos consecutivos, los alimentos calmaban sus dolores gástricos, la mujer sin embargo seguía adelgazando, esto hizo sospechar a Janet que probablemente se debía a la provocación de vómitos o alterar sus crisis bulímicas con periodos de anorexia. Esta paciente presentaba un cuadro depresivo mayor, con ideas de suicidio y sentimientos de incapacidad.

El tercer caso de Janet es el de una joven de 22 años, casada, que padecía de una agorafobia desde hacía un año y presentaba accesos bulímicos únicamente en situaciones de estrés, mientras que su comportamiento alimentario era completamente normal cuando se sentía segura, en familia.

Finalmente el cuarto caso de Janet se refiere a un muchacho de 17 años que, además de accesos bulímicos seguidos de vómitos presentaba un cuadro depresivo mayor en el sentido del DSM_III, considerado una <<neurastenia>> por Janet, a causa de una fatiga intensa y crónica (Pope, 1985, citado por Guillemont y Laxenaire, 1994). Para Pope (1985), el interés de las descripciones de Janet reside en que éstas confirman la asociación, a menudo investigada, entre bulimia y trastornos afectivos, o bulimia y trastornos ansiosos.

Insistía en los criterios de la bulimia a diferenciar de la hiperfagia, según las siguientes características: la bulimia no debía confundirse con el aumento de las necesidades alimentarias fisiológicas de la adolescencia, con una patología digestiva que pudiera explicar el hambre (lombriz solitaria, etc.). Blachez precisaba que, en las bulímicas, el alimento se convertía en una preocupación franca y obsesiva. De forma interesante Blachez hacía ya de la bulimia un síntoma particular, sino un síndrome completo (Toro, 1996).

Antes del siglo XIX, existen muy pocas menciones de la bulimia en la literatura, Stein (1988) citado por Guillemont y Laxenaire, 1994 en el que se

discute el término *boulimus*. James hace una descripción detallada de los síntomas, en lo que concierne a la etiología, se refiere al médico griego Galeno, quien describe << un enorme apetito >> caracterizado por la ingesta de alimentos a intervalos muy cortos, relacionado por él con una patología digestiva.

Galeno afirmaba que este enorme apetito se asociaba a palidez de tegumentos, frialdad en las extremidades, sensación de repelación gástrica y pulso débil. James añade que la verdadera bulimia se acompaña de una intensa preocupación por la comida.

En el mismo orden de ideas, Stein (1988) dice definía la bulimia como una afeción crónica caracterizada por desvanecimientos y/o vómitos inmediatamente después de la ingesta de una enorme cantidad de alimentos. Este autor concluye su revisión histórica sobre la bulimia afirmando que este concepto seguramente tiene mas de 100 años de existencia.

La asociación de accesos bulímicos/vómitos aparece, según él en muchos escritos anteriores al siglo XX. No obstante, reconoce que antes de una época reciente, la bulimia era considerada como un síntoma más que como un síndrome completo (Stein, 1988 citado por Guillemont y Laxenaire, 1994).

1.9.-OBESIDAD

Las documentaciones de la palabra gordo, en castellano datan del primer tercio del siglo XII, inicialmente como apodo, probablemente con intención insultante, en el sentido de "torpe", "tonto", pues ya en el latín *gurdus*, mas tarde *gordus* daba la idea de obtuso, insensato, necio bobo. María Molier explicaba que del latín *gordus* "torpe" se pasaría a la acepción de grueso o grosero entre las ideas de gordura y de falta de finura.

No es hasta el siglo XIV cuando se documentan las nuevas acepciones de gordo " que tiene muchas carnes, muy abultado y corpulento, Aplicado a las carnes destinadas al consumo, gorda la que abunda en sebo o grasa, en este sentido se opone a magra. El primer antónimo de gordo que ocurre en español es flaco, que se quedó a medias en su evolución del latín *flacus*, "flojo, flácido dejado caer. ¡Cuan deplorable imagen se atribuye a la obesidad!" (Coen, 1981).

La etimología de la palabra obesidad, ob-esus es el que está frente a lo que se come, la raíz significa comer. Para Patrick, (citado por Casillas,1998) el etimologista mas autorizado, dice que la primera acepción que tuvo la palabra obeso, era la de flaco, el que no come, el que se abstiene de comer, después, por querer llamar con ironía a un gordo, se le decía flaco, obeso, pues, pasó a significar exactamente lo contrario.

La diferencia entre gordo, palabra que se utiliza comúnmente y obeso, es el uso social que se hace de estos términos. Por ejemplo, a gordo se le opone flaco, a grueso se le opone delgado, es decir hay un sentido de antonimia.

A pesar de la concepción que actualmente se tiene acerca de la obesidad, es decir como una enfermedad y un factor de riesgo para malestares crónicos de salud física, en el pasado la conceptualización de obesidad no era la misma.

Hace muchos años, la obesidad se consideraba sinónimo de belleza y vanidad, las “gorditas” incluso eran las divas de principios de siglo y las musas que inspiraron a pintores como Rubens. Como se puede ver, el significado que se le daba anteriormente a la obesidad era de salud, buena situación económica de la persona, belleza y fertilidad, Ahora en algunas culturas todavía se le sigue dando ese significado, pero en las sociedades occidentales se le considera como un problema serio de salud e imagen (Toro, 1996).

En la edad media entre los siglos V y XV de nuestra era, se observó una gran influencia de la religión cristiana por lo que se creía que la obesidad era un regalo de Dios, pero al mismo tiempo la gula era un pecado capital, además se le daba una gran importancia al hecho de ayunar como signo de devoción, la corpulencia simbolizaba vientre fértil.

En México, en la era Prehispánica, los nahuatl consideraban al adelgazamiento como sinónimo de enfermedad, y en una palabra: “epalhuiliztli”, asociaban una “ dependencia del otro”, ya que creían que cuando alguien adelgazaba era debido a que otra persona le estaba causando daño (Sánchez y Mojica, 1998).

Fleming en la segunda mitad del siglo XVIII señalaba que la obesidad era una enfermedad y que era causada por el desequilibrio entre los sólidos y los humores.

En 1936 Quetelet publicó el índice peso/talla 2 el cual actualmente todavía se utiliza, un año después aparece un manual antropométrico. El concepto estético de la obesidad se modifica al finalizar el siglo XIX cuando aparece el primer caso de obesidad hipofisiaria (Sánchez y Mojica, 1998).

Bruch en 1940 y 1944, concluye que hay que estudiar a la obesidad como una manifestación de la neurosis en donde habría ansiedad, culpa y depresiones, por lo que la obesidad serviría como una protección (Pérez y Platas, 1998). Cabe mencionar que desde la perspectiva estrictamente psiquiátrica, la obesidad no es un trastorno, solo desde el punto de vista médico (Coen, 1981).

A fines de los 60's una modelo (Twiggy) con su excesiva delgadez, modificó la moda de esa época, y desde entonces se empieza a evaluar los hábitos alimentarios y el estilo de comer de niños y adultos obesos y se aplican programas conductuales para el tratamiento de la obesidad (Arlyn y Mahan, 1995).

Bruch en 1973, publica que la talla alcanzada por el obeso es una manera de autoafirmarse, por lo cual el adulto obeso desarrolla con el descenso de peso sensaciones de debilidad y tensión insoportable, además esta autora relaciona la obesidad con perturbaciones en el rol sexual, la imagen corporal y el menosprecio del medio social, lo que provoca una disociación entre la estructura corporal y la imagen deseada y socialmente aceptada. En otras culturas la obesidad aun en la actualidad es digna de ser admirada y los cuerpos voluptuosos logran la atención de los hombres que las observan (Pérez y Platas, 1998).

Por otro lado los medios de comunicación se han encargado de subestimar la imagen de las personas obesas y magnificar las figuras esbeltas (Sánchez y Mojica, 1998). En algunos países del mundo, por ejemplo EUA, la obesidad se ha convertido en un problema de Salud Pública que repercute en el bienestar de la población. La prevalencia de la obesidad se ha incrementado y ésta no hace distinción de grupos socioeconómicos, afecta básicamente a la población urbana y en su mayoría atañe a la mujer.

CAPITULO II: TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

2.1 ANOREXIA NERVOSA.

DEFINICION :

La anorexia nervosa es un trastorno psíquico que deriva en un desorden alimentario que afecta mayoritariamente a mujeres prepúberes o adolescentes, pero también y en menor medida a mujeres adultas y a varones jóvenes. Se caracteriza por un deseo intenso de pesar cada vez menos; intenso miedo a la gordura-obesidad, pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el mismo enfermo, trastorno de la percepción corporal (Turón, 1997).

Así mismo el DSM-IV (Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales-IV, 1995), refiere a la anorexia nervosa primaria como un paradigma psicobiosociocultural complejo que se expresa por un rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de los valores mínimos aceptables para una determinada edad y para una determinada talla.

Una de las principales características es el miedo intenso a la obesidad; esto provoca la disminución del consumo de alimentos hasta la inanición, que tiene como consecuencia una pérdida progresiva de peso.

Trastorno en la percepción corporal, tamaño y forma del propio cuerpo, en las mujeres postmenárquicas, la amenorrea primaria o secundaria, con ausencia por lo menos de tres ciclos menstruales consecutivos. Los anoréxicos tienden a una actividad física compulsiva y a una preocupación excesiva por los alimentos.

SUBTIPOS DE ANOREXIA.

Según el DSM IV (1995) se ha clasificado a la anorexia nervosa en subtipos :

RESTRICTIVO : Es cuando la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio excesivo. Durante los episodios de anorexia por lo general los sujetos no recurren a atracones ni purgas.

COMPULSIVO-PURGATIVO : Es cuando el individuo pasa regularmente por periodos de atracones o purgas, recurriendo también a la provocación de vómito, la utilización de laxantes o diuréticos o enemas de manera excesiva. (bulimarexia). Estas personas pueden presentar estados de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo.

2.2 BULIMIA NERVOSA.

DEFINICION.

El término "bulimia"- que significa etimológicamente "hambre de buey", se define como la ingestión excesiva de alimentos de alto valor energético en un período de tiempo, relativamente corto (hartazgo, engullida o atracón), los alimentos preferidos son hidratos de carbono y habitualmente se ingiere más de un alimento, seguido por conductas compensatorias para evitar el aumento de peso: ayuno, abuso de vomitivos, laxantes y/o diuréticos, ejercicio físico exagerado. Regularmente estos hartazgos se realizan en secreto, suelen acompañarse de sentimientos de culpa (Yañez, 1992)

Además de estos indicios de la enfermedad presentados en la definición anterior, el DSM IV (1995), nos da pautas muy precisas para diagnosticar un problema de bulimia nervosa, estos lineamientos son los siguientes:

- La presencia de atracones recurrentes, los cuales se caracterizan por una ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas características, sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento, por ejemplo: Sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad que se está ingiriendo. Se pueden consumir hasta 20,000 calorías en una sola comida, la comida excesiva debe durar aproximadamente dos horas; comer bocadillos en pequeñas cantidades durante todo el día no es equivalente a una comida excesiva.
- También se presentan conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses. Estos atracones suelen darse a escondidas
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

SUBTIPOS DE BULIMIA.

TIPO PURGATIVO: La persona se embarca regularmente en vómitos autoinducidos o en el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos.

TIPO NO PURGATIVO: La persona utiliza otros comportamientos compensatorios inadecuados, tales como ayunar o el ejercicio excesivo, pero no se embarca en vómitos autoinducidos o el uso excesivo de laxantes y/o diuréticos (DSM-IV, 1995 citado por Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

2.3 OBESIDAD

DEFINICION

Deriva del griego: ob; exceso y edere, comer (obesidad exceso de comida), lo que demarca como factor etiológico, la sobrealimentación, estigma que ha permanecido durante muchísimo tiempo. Obesidad es el exceso en la proporción de masa grasa del organismo. Se define teorica y operacionalmente como el exceso de grasa o de tejido adiposo determinado por un índice de masa corporal (IMC).

El Índice de masa corporal o Índice de Quetelet fue propuesto por el antropólogo belga Adolph Quetelet (IMC), y se calcula dividiendo el peso (Kg.) entre la talla (m) elevada al cuadrado, este indicador permite determinar la índole y la magnitud de la desnutrición o de la obesidad. Su fórmula es:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en Kg.}}{(\text{Talla en M})^2}$$

En el adulto se han establecido estándares de normalidad y límites para estimar el estado nutricional de los pacientes, considerándose un valor de 24.9 la frontera de la normalidad. Se considera obesidad cuando el IMC está entre 30 a 39.9 (Gómez Perez-Mitré, 1997).

CLASIFICACION DE LA OBESIDAD.

La siguiente clasificación fue propuesta por Garrow citado por Pérez, 1996, es útil clínicamente. Basada en el IMC (Índice de Masa Corporal), ésta no hace distinción de sexo, y lo divide en grados de obesidad.

GRADO DE OBESIDAD	
GRADO	IMC= $\frac{\text{PESO}}{\text{TALLA}^2}$
III	40
II	30-40
I	25-29.9
0	20-24.9

Pérez (1996) señala que la distribución corporal de los depósitos de grasa son controlados genéticamente. Las hormonas sexuales afectan la distribución del tejido adiposo en diferentes regiones tanto en el hombre como en la mujer. En el hombre la distribución del tejido adiposo se concentra en la mitad superior en el hombre, debido a la hipertrofia. En la mujer y niños la obesidad es ginecoide, es decir la grasa se deposita en la parte inferior glútea y muslos, por efecto de los estrógenos.

El DSM IV (1995) no considera a la obesidad como un trastorno, puesto que no presenta un síndrome psicológico o conductual, sin embargo la práctica clínica la ha incluido en la categoría de trastornos del comportamiento alimentario.

2.4 INGESTA COMPULSIVA.

Este trastorno, ha tenido hasta la actualidad poca consideración en la literatura de los trastornos del comportamiento alimentario, sin embargo empieza a tomar relevancia como consecuencia de las manifestaciones específicas que han podido ser aisladas en los sujetos que las padecen y que parecen tener claros componentes diferenciadores con respecto a la obesidad y la bulimia nervosa.

Se ha descrito que no todos los sujetos con sobreingesta compulsiva son obesos sin embargo, el grado de obesidad parece correlacionar positivamente con la ingesta compulsiva, encontrándose que alrededor del 70% de los pacientes con este trastorno presentan obesidad, mientras que un 20% de ellos tienen peso normal.

Estos datos indican que ya que los obesos tienen problemas a la hora de ejercer control sobre su conducta de ingesta, se infiere que las personas que ingieren alimentos de manera compulsiva, presentan el mismo problema y que presentan una gran variedad de problemas psicológicos, aunque de menos gravedad que los que presentan los pacientes bulímicos (Hudson, Mark y Rosenthal Pope, Mark y Rosenthal Wurtman, Yugelun-Todd, 1988, citados por Saldaña, 1994).

Estos pacientes presentan síntomas asociados con depresión, ansiedad, fatiga, estrés frente a su imagen corporal o hacia otro evento de la vida (Thompson, 1997).

Platas (1997) citado por Sánchez y Mojica (1998) reconoce que este trastorno se caracteriza por que las personas ingieren una cantidad abundante y rápida de comida, son personas que se obsesionan por la comida y por las dietas que difícilmente siguen. Tienen sentimientos de culpa debido a la falta de control en la ingestión de alimentos.

La sobreingesta compulsiva, la realiza la persona en un período determinado de tiempo, lo cual es reconocido por el sujeto como patrones alimentarios anormales y le generan el sentimiento de no poderlos controlar voluntariamente.

Generalmente, los comedores compulsivos presentan niveles de sobrepeso moderados o graves, pero se diferencian de los obesos en que no necesariamente emplean procedimientos drásticos para perder peso, no hacen dietas severas, aunque pueden manifestar públicamente que siguen una, ni tienen insatisfacción con su imagen corporal como presentan las pacientes anoréxicas y bulímicas (Davis, Goreczny y Bennet, Williamson, 1989, Prather citados por Saldaña, 1994).

Según lo que indica el DSM IV (1995), para que se considere que se trata de un episodio de ingesta compulsiva se debe:

- Consumir en un período de tiempo (2 horas) una cantidad de alimento que sea mayor a la cantidad que la mayoría de las personas comerían en ese lapso y bajo las mismas circunstancias.
- Perder el control de lo que se come durante el episodio. Sentir que no se puede para de comer y que no controla ni cuanto come. La diferencia entre comer compulsivamente y comer en exceso es la falta de control. Además este trastorno puede manifestarse solo, o bien asociado con la bulimia nervosa o con la obesidad.

Davis, Duchman y Williamson (1990) citados por Saldaña (1994), indican que la sobreingesta compulsiva podría ser definida siguiendo los subsecuentes criterios: 1) episodios recurrentes de voracidad (atracones); 2) ingestión de alimentos con alto contenido calórico durante un atracón; 3) frecuentes fluctuaciones de peso; 4) reconocimiento de que los hábitos alimentarios son anormales y están fuera de control; 5) afecto negativo antes y/o después de un episodio de voracidad; 6) ausencia de métodos extremos para perder peso, por ejemplo purgarse; y 7) ausencia del temor exagerado a ganar peso.

Con el afán de poder explicar lo que conduce a esta conducta anormal, la teoría de la restricción alimentaria, presenta una propuesta que manifiesta que los ciclos repetidos de sobreingesta alimentaria es producto de la disminución de energía que el sujeto experimenta debido a su constante restricción alimentaria, esto provoca hambre en su organismo y le aparece la imperiosa necesidad de comer.

Una vez que inicia un ataque de glotonería, su ansiedad disminuye, su estado de ánimo mejora y disminuye el hambre, pero después el individuo reconoce su patrón alimentario inadecuado, se siente culpable y surge preocupación por ganar peso, como resultado de este proceso, el sujeto restringe de nuevo su alimentación, con la finalidad de disminuir su culpabilidad, a este proceso se le ha llamado *proceso de contrarregulación*, que parece que es lo que mantiene la conducta de ingestión compulsiva (Saldaña, 1994).

2.5 RUMIACION

Jones y Parry (1994) citado por Sánchez y Mojica, 1998 definen a la rumiación o mesmerismo, como un raro disturbio de la función gástrica o del esófago. En el desorden físico, se regurgita la comida ingerida hacia la boca, sin náuseas y sujeta a una segunda placentera masticación, la masa frecuente es masticada y se vuelve a deglutir, resultando en déficits nutricionales de moderados a severos.

2.6 DESORDENES DE LA ALIMENTACION NO ESPECIFICADOS.

Estos desórdenes fueron propuestos en el DSM-IV (1995) y se refiere a que se cumple con la mayoría de las categorías excepto una o bien, en donde no se cumple el criterio temporal de un síntoma específico. A continuación se enlistarán los criterios a considerar:

- 1) Para las mujeres se cumple con todos los criterios para la anorexia nervosa, excepto la irregularidad en la menstruación.
- 2) Se cumplen todos los criterios para la anorexia nervosa, excepto que el peso corporal de la persona se mantiene dentro de los límites normales de la pérdida significativa del mismo.
- 3) Se cumple con todos los criterios para la bulimia nervosa, excepto que los atracones y los mecanismos compensatorios inapropiados ocurren con una frecuencia menor a 2 veces a la semana o durante un período menor a 3 meses.
- 4) Uso de conductas compensatorias anómalas por individuos de peso corporal normal, después de comer pequeñas cantidades de alimento.
- 5) Masticar y escupir comida sin tragar grandes cantidades de alimento.
- 6) El comedor compulsivo, puede tener episodios recurrentes de ingesta voraz, en la ausencia del uso regular de conductas compensatorias inapropiadas características de la bulimia nervosa.

2.7 SINDROME PARCIAL DE LOS DESÓRDENES DEL COMER. (CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO).

Esta es una categoría propuesta por Button y Whitehouse en 1981 y operacionalizada por Gowers, Wood y Waller (1994) citados por Unikel, 1998, para clasificar la presencia de algunas prácticas anómalas del comer sin

alcanzar criterios diagnósticos. Pueden encontrarse a) preocupación mayor por el peso y la ingestión de comida, la cual toma prioridad sobre algunas actividades cotidianas, b) cambios significativos de peso (+ ó - 6kg), c) Insatisfacción significativa con una o más partes del cuerpo, d) restricción calórica o seguimiento de dietas, e) sentimientos de culpa al comer comidas engordadoras, f) ejercicio solitario excesivo.

2.8 TEORIAS SOBRE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.

La mayor parte de todo lo publicado sobre las causas de la anorexia nerviosa y de la bulimia constituyen hipótesis que no han sido demostradas empíricamente. Hasta el momento no se ha identificado una causa concreta y única de estos trastornos y no parece achacar su aparición a un solo factor. Algunos investigadores sospechan que existe una causa fisiológica, como puede ser un desequilibrio químico en el hipotálamo o en la glándula pituitaria (Gold, 1986, citado por Feldman, 1995).

Actualmente se considera que sólo puede ayudarnos a comprender estos problemas una perspectiva multidimensional que incluya factores somáticos, psicológicos e individuales, familiares y socioculturales, que interactúan entre sí tanto para desencadenar como para mantener el trastorno (Castro, Vandereycken, y Vanderlinden, 1994).

Las teorías que se tratarán son: la teoría biológica, la teoría sociocultural y la teoría familiar; Para justificar la exposición de la teoría biológica diremos que dado que los seres humanos como organismos vivos, funcionan de acuerdo con un equilibrio biológico en el que se encuentran inmersos numerosos factores como son las hormonas, las glándulas y los órganos.

Posiblemente un evento estresante para el organismo altere cualquiera de estos mecanismos internos del organismo y se genere un desorden en el mismo que hace que se produzcan defectos en la autoregulación y en este caso en la ingestión de los alimentos para obtener la energía necesaria para su sobrevivencia.

Por ejemplo, el holismo, una teoría existencialista, refiere que el organismo es la unidad entre el espíritu y la vida, el organismo entonces tiene una capacidad de autorregulación, y esta capacidad es dinámica, es decir tiene una tendencia a

actualizarse, se dice que hay una *sabiduría organísmica*, que lleva a la autorregulación puesto que nuestro organismo hace lo mas sabio, no siempre lo más sano, pero que está muy relacionado con el proceso de homeostasis (Quitman, 1988).

La teoría sociocultural, argumenta el hecho de que el ser humano aparte de ser un organismo vivo compuesto en su esencia por órganos y sistemas que constituyen la parte biológica del hombre, este a su vez no se encuentra solo, sino que pertenece a una sociedad que influye en sus decisiones, en su forma de pensar, de crear, de actuar y de percibirse a sí mismo. Incluso los factores sociales basados en reglas y convenciones sociales, han deformado nuestra necesidad de comer, por lo tanto nuestro comportamiento alimentario.

Por último, la teoría familiar, manifiesta que la familia es el grupo que tiene mayor influencia en la formación y desarrollo de la personalidad del individuo, en el que se modela la identidad, se aprenden roles, identidad de género y en el que se provee la principal fuente de afecto y de seguridad para el individuo. Como diría Erickson en su teoría sociocultural, la necesidad de arraigo que tiene el individuo, de tener raíces, se inicia o se siembra en la familia (Craig, 1997).

Por otro lado, estas teorías que relacionan algún factor familiar con la aparición de los trastornos del comportamiento alimentario son muy diversas; unas ponen mayor énfasis en la influencia negativa de algún miembro de la familia, señalando generalmente a la madre (Castro, Vandereycken y Vanderlinden, 1994).

2.9.1 TEORIAS BIOLÓGICAS.

Desde el punto de vista biológico existen diversas hipótesis que pretenden explicar la aparición de la anorexia nervosa; se dice que las alteraciones biológicas pueden ser precisamente consecuencia y no causa del trastorno.

Una de estas teorías propone que la anorexia nervosa se iniciaría por una disfunción hipotalámica desencadenada por un acontecimiento estresante aparecido generalmente en la adolescencia.

Otra teoría defiende la idea de un hipotálamo normal cuya función se alteraría por la influencia de estructuras corticales superiores, en épocas de estrés importante, por medio de una disfunción de las vías de neurotransmisores; ya que, a través de ellas, el estrés percibido en el cortex cerebral o en el sistema límbico puede traducirse en amenorrea, trastornos del apetito, hipotermia e hiperactividad (Castro, Vandereycken, , Vanderlinden, 1994).

2.9.2 TEORIAS SOCIOCULTURALES.

Existe una presión social muy fuerte sobre todo hacia las mujeres para ser delgadas. En una encuesta realizada en Estados Unidos, más del 90% de las mujeres está insatisfecha con su imagen corporal; el 75% de las mujeres está preocupada por su peso, porque consideran que están excedidas; mas del 40% está a dieta como una forma de modificar su situación, lo cual arroja recaee en el padecimiento de algún tipo de trastorno de la alimentación en las mujeres.

Obviamente el peso tiene un significado importante en la autoestima y la felicidad de stas muejres. Los medios "prometen" a las mujeres de figura esbelta y bajo peso una vida sofisticada, de gran aceptación social y éxito. De esta forma, se alienta la disconformidad con uno mismo, disfrazada de "mejorar", "ser más exitosa", "ser más atractiva" o "gustarle mas al hombre" (Crispo, Figueroa, Guelar, 1996).

Las teorías sociales demuestran que debido a las demandas culturales sobre las mujeres para estar delgadas, enfatizan que deben de comportarse ordenadamente al comer en público, no comer mucho, se premia la delgadez y se tienen prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente, va en aumento en los últimos treinta años. Es importante recordar que cuando hablamos de un cuerpo ideal o espectacular estamos refiriendonos no a un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese momento. El ideal de belleza es diferente en las distintas sociedades.

Los trastornos de la alimentación son típicos de las sociedades industrializadas del mundo occidental, aunque están comenzando en el mundo oriental. Tampoco afectan por igual a las diferentes clases sociales (Zukerfeld, 1992).

A principios de siglo, la delgadez no era considerada atractiva, pero en estas últimas décadas, se espera que la mujer considere la belleza y la delgadez como sinónimos y que crea que el éxito es: cuanto menos kilos, mas logros.

La persona que sufre de un trastorno de la alimentación llega a estar tan obsesionada con la comida y el comer que dispone de poco o nada de tiempo para pensar en estar bien y mucho menos tiene las condiciones de estabilidad emocional mínimas para tener un buen desempeño en su actividad laboral, escolar o social (Toro, 1996).

La sociedad comunica claramente que el papel más importante de la mujer es ser atractiva físicamente, y los medios perpetúan y refuerzan esta idea sugiriendo que la totalidad de la mujer se expresa casi únicamente, a través de la imagen corporal (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

En los el caso de los hombres es diferente ya que su función se ha asociado con poder y fuerza, sin embargo algunos llegan a desarrollar alguno de los trastornos mencionados.

Algunos resultados obtenidos a partir de investigaciones sustentan que los hombres jóvenes son menos vulnerables que las mujeres a presiones psicológicas y ambientales. Se ha observado que los hombres que presentan trastornos de la conducta alimentaria, son aquellos que tienen historia de obesidad, preocupación por su identidad sexual y/o alimentación relacionada con realización de algún deporte (Hamilton y Waller, 1993).

Sin embargo el auge actual que tienen los gimnasios y los estereotipos de hombres en buena forma, musculosos y con un abdomen de acero, hacen que cada vez más los hombres adolescentes dediquen buena parte del tiempo a incrementar sus músculos, en la búsqueda de obtener una estética atlética y masculina, entonces el entrenamiento ya no se hace por salud sino que se obsesionan por la buena figura e incluso para obtener resultados más rápidos, acuden al uso de hormonas, aminoácidos o se preocupan por llevar una alimentación específica (Yañez, 1992).

2.9.3 TEORIA FAMILIAR.

Es evidente que el entorno familiar ejerce una poderosa influencia en el individuo en las fases de desarrollo de la adolescencia y en adultos jóvenes, por lo tanto parece esencial el estudio de cuál sería el papel de la familia en el inicio o mantenimiento de estos trastornos (Arlin y Mahan, 1995).

El papel de la familia es un aspecto de estudio de los trastornos alimentarios que se ha debatido durante largo tiempo y por diferentes posturas teóricas, los psiquiatras Gull y Lasegue, 1874, citado por Vázquez y Raich (1998) ya consideraban nocivo el entorno familiar de pacientes anoréxicas en el tratamiento de este trastorno.

El modelo de la "Familia Psicossomática", fue pionero en describir las características familiares que propiciaban un trastorno psicossomático como la anorexia, estas familias compartían cuatro patrones de interacción: *sobreprotección, rigidez, carencia de resolución de conflictos y una elevada implicación interpersonal* (Vázquez y Raich, 1998).

Estas teorías que relacionan algún factor familiar con la aparición de los trastornos del comportamiento alimentario son muy diversas. Unas ponen énfasis en la influencia negativa de algún miembro de la familia, señalando generalmente a la madre, aunque también hay otros autores que destacan el papel del padre, de ambos progenitores, de los hermanos y de los abuelos y otros investigadores consideran la interacción o influencia recíproca entre padres e hijos, etc (Castro, Vandereycken y Vanderlinden, 1994).

Diferentes estudios han constatado que con frecuencia se objetivan problemas en el funcionamiento familiar de pacientes con bulimia. Estas familias, en comparación con las de los grupos control, son más conflictivas, desorganizadas, críticas, menos cohesionadas y con menor capacidad para establecer relaciones de confianza y de ayuda entre sus miembros.

Las madres de pacientes con trastornos de la alimentación puntuaban más alto que las de grupos controles, en las pautas de alteración de la ingesta y nivel de insatisfacción con el peso y la imagen corporal, así como menor índice de adaptación y e insatisfacción en la cohesión familiar, también se han comparado las actitudes de las madres y padres de pacientes bulímicas frente a un grupo control de edades similares.

Las madres de las pacientes han resultado ser dominantes, controladoras y tener unas expectativas más elevadas respecto a sus hijas. Los padres mantienen buenas relaciones con sus hijas durante la infancia y un progresivo distanciamiento en la adolescencia, son más exigentes con sus hijas y establecen comparaciones entre los hermanos.

Ambos padres de las pacientes bulímicas se muestran controladores e intrusivos con sus hijas y existe una escasa comunicación verbal directa entre ellos.

Por lo general son familias que presentan bajos niveles de cohesión, desorganización, falta de expresión de las emociones, imposición de altas metas estandarizadas y fallas en el soporte de la autonomía, que engendran dudas en las hijas sobre sí mismas (Turón, 1997).

Zukerfeld (1992), menciona una serie de autores, quienes exponen diferentes hipótesis, así por ejemplo una primera hipótesis dice que los síntomas de la anorexia, bulímica y/o restrictiva, se producen por un terror abrumador a la gordura causado originalmente por la identificación con padres que poseen un temor semejante.

Otra hipótesis establece que los trastornos de la alimentación se originan en la primera infancia cuando se perturba la simbiosis madre-hijo. Cinco son las características que se enuncian acerca del perfil psicológico de familias con hijas con anorexia o bulimia: 1. Exhibición del perfeccionismo, 2. Desestimación de los afectos, cuyo origen se encuentra en la hipermoralidad explícita de los padres, aunque su conducta escindida lo desmienta, 3. Infantilización en la toma de decisiones, hipercontrol de los niños.

En algunas familias no se permitía la diversión en sí misma, pues todo debía tener un propósito noble o ser motivo de una discusión intelectual o erudita, 4. Excesiva preocupación por la gordura y la dieta, 5. Exhibicionismo de los padres en sus conductas sexuales y en el baño aunado a hipermoralidad y a la fachada de perfección, provocando inhibición del desarrollo psicosexual normal en las hijas adolescentes (Zukerfeld, 1992).

2.10 ALGUNAS INVESTIGACIONES REALIZADAS EN EL MUNDO Y EN MEXICO.

El alarmante aumento de la incidencia y prevalencia de estos trastornos alimentarios, ha incrementado cada vez mas el número de estudios que se realizan en diferentes países del mundo. Esto obliga a investigar los diferentes factores de riesgo como son la edad, el sexo, nivel socioeconómico, la ocupación, personalidad, afrontamiento al estrés, relaciones familiares, etc, con la posibilidad de adquirir y desarrollar anorexia, bulimia u otro trastorno del comer (Yanez, 1992)

En **Europa, Estados Unidos y Canadá** se ha podido observar en los últimos 30 años merced a estudios de seguimiento que se iniciaron en los años sesenta, una incidencia y prevalencia de casos de anorexia nervosa de 0.24 al 0.45 por 100.000 habitantes al año, pero después de los sesenta esta cifra ha aumentado hasta el 1.6 por 100.000.

En los estudios realizados en países como **Suecia, Suiza, Estados Unidos y Gran Bretaña** la tendencia al aumento de la incidencia es similar. En estudios de 1975 a 1990 la relación mujer/ varón es de 96.3 % de incidencia en las mujeres y 3.7% en los varones, en cuanto las variables de edad en este mismo período de tiempo se reconoce una incidencia de casos con trastornos alimentarios de 45.5 % entre los 12 a 15 años, de 52% en los adolescentes de 15 a 25 años y de 2.3% en los de edad de mas de 25 años (Turón, 1997).

En **México**, se han realizado algunas investigaciones en niños, preadolescentes y adolescentes de ambos sexos, en dichos estudios se han investigado factores de riesgo como la conducta alimentaria y la imagen corporal. Los resultados reportan que los preadolescentes (niños y niñas de 9 a 12 años) se muestran interesados en prácticas de control de peso, como lo son: la evitación o disminución de ciertos alimentos considerados malos grasosos o engordadores.

Así mismo se ha encontrado que los niños de esta misma población se encuentran insatisfechos con su imagen corporal, y como igualan el estereotipo de ser atractivo con delgadez, así como temor y preocupación excesiva a subir de peso (Gómez, Pérez-Mitré, 1997).

En el ámbito del factor de riesgo que guardan las relaciones familiares, Pérez y Platas (1998), mencionan que existen estudios que relacionan la existencia de un trastorno alimentario con la relación que las adolescentes tienen con la madre, considerando que sus respuestas manifiestan experimentar a la crianza materna como emocionalmente fría, distante e indiferente, sobreprotección materna, con excesivo contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia al compararlas con sujetos sin anorexia o bulimia.

También en México los estudios de Gómez Pérez- Mitré (1993), cuya finalidad era detectar los factores de riesgo de conducta alimentaria anormal, (Obesidad, Bulimia y Anorexia nerviosa), en una muestra de 197 estudiantes de preparatoria, licenciatura y posgrado. Los resultados mostraron inexistencia de obesidad (2%), pero si se hallaron prácticas alimentarias que implicaban factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios.

Algunas investigaciones realizadas en poblaciones femeninas y poblaciones masculinas.

La mayor parte del trabajo dedicado a la investigación, para detectar indicadores sobre los posibles factores de riesgo en la contracción o mantenimiento de los trastornos de la alimentación, se han fijado con más frecuencia en la población femenina, sin embargo cada vez más están apareciendo también en hombres jóvenes. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos 5 años.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen: historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento; la fuerte creencia de que si adelgazan serán mas atractivos, la obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etc.

Es poco frecuente en los hombres con estos problemas de alimentación que el objetivo buscado sea un peso determinado, achicar el talle de la ropa que usan o entrar en un pantalón (a diferencia de las adolescentes mujeres), mas bien suelen comenzar por querer modificar alguna parte específica del cuerpo, darle mejor forma o evitar ciertas desproporciones.

Otro grupo de varones desarrollan un trastorno del comer porque requieren de mantener un peso fijo por su actividad, tal es el caso de los bailarines, gimnastas, boxeadores, fisicoculturistas, etc. Por último un dato importante de mencionar es que en el caso de los hombres se verifica que muchas veces lo que inicialmente se presenta como una anorexia nerviosa constituye más bien un trastorno del comer secundario a un trastorno afectivo (Crispo, Figueroa, Guelar, 1996).

Toro (1996) señala que las adolescentes mujeres están más preocupadas por su régimen alimentario que los varones y que la insatisfacción por el propio cuerpo, es decir la posesión de una imagen corporal negativa, es mayoritaria tanto en hombres como en mujeres.

Sin embargo, aunque en todos los estudios de cualquier grupo de edad aparecen varones deseando perder peso, no hay duda alguna que el anhelo de delgadez diferencia significativamente a hombres y mujeres, ya que ni siquiera los precipitantes aparentes del trastorno anoréxico guardan la misma proporción entre ambos sexos, así para la mayoría de los chicos anoréxico inician su restricción alimentaria en un intento de conseguir una mejor definición muscular o de estar en forma.

Se considera que entre los hombres los trastornos de la alimentación se presentan con muy baja frecuencia, teniendo casos de anorexia nervosa del .02% y una prevalencia de bulimia del .1% al .5%, así como también existe una gran incertidumbre respecto a si los hombres también se encuentran preocupados por su peso o por la comida o bien si están insatisfechos con la imagen corporal, si realizan dietas restrictivas, se saltan comidas y/o se atiborran de comida (Gómez-Peresmitré G., Granados., Jáuregui., Tafoya y Unikel, 1997).

La Doctora Gómez Pérez-Mitré (1997) realizó un estudio que tuvo como objetivos principales: conocer que sucede entre los hombres adolescentes y jóvenes adultos, de una submuestra de 1646 sujetos, con respecto a los factores de riesgo asociados con imagen corporal y lo que se encontró es que a diferencia de las mujeres, los adolescentes hombres no escogen una figura ideal más delgada, sino que escogían una figura ideal ligeramente más grande y musculosa.

La alteración en la percepción de su imagen corporal, en los hombres, se ve influida por como perciben su atractividad, en función de su IMC (Índice de Masa Corporal), de manera que los varones con sobrepeso subestimaban su imagen corporal y que por lo tanto se consideraban más atractivos, en cambio los sujetos con peso por debajo de lo normal sobrestimaron su imagen y estos también se consideraban más atractivos.

Estos resultados nos informan que los adolescentes hombres se consideraban menos atractivos, en tanto que se consideraban más delgados y subestimaban su imagen corporal.

Esta información corrobora lo que Torgerson (1967) citado por Gómez-Peresmitré., Granados., Jauregui., Tafoya. Y Unikel, 1997 señala: “ser delgado o tener peso bajo se relaciona con sobrestimación, mientras que tener sobrepeso u obesidad se asocia con subestimación y en ambos casos la sobrestimación se asocia con atractivo”. Entonces se puede decir que el género masculino, no quiere una figura ideal delgado, sino una más gruesa.

CAPITULO III: ADOLESCENCIA

3.1 CONCEPTO.

Etimológicamente la palabra adolescencia significa “crecer” o “desarrollarse” hacia la madurez, es la etapa de desarrollo entre la infancia y la vida adulta en la cual el hombre sufre muchos cambios físicos y psicológicos, cognoscitivos y sociales (Fitzgerald, McKinney y Strommen, 1982).

La adolescencia no solo representa los cambios biológicos y psicológicos de un individuo, también incluye aspectos como el medio ambiente en que se desenvuelve la persona. Hace pocos años que se presta interés a esta etapa como la de un periodo con características propias, su duración varía en cada ser según la sociedad y la cultura a la que pertenezca. Por ello no es fácil delimitar la edad exacta en la que inicia la adolescencia así como tampoco lo es llegar a conformar una sola concepción sobre el término adolescencia

A demás de lo anterior, se suman las numerosas y diversas teorías que en antiguas y modernas teorías los autores han tratado de desarrollar con el fin de explicar al periodo de la adolescencia, lo que a dado lugar a la aparición de puntos de vista discrepantes.

A Stanley Hall, (1844-1924) citado por Delval (1995), se le ha valorado como el “padre de la psicología de la adolescencia” porque es el primero en reconocer su importancia. La adolescencia para Hall corresponde a una época de tormenta e ímpetu, además la considera como el segundo nacimiento, pues aparecen “los rasgos más evolutivos y más esencialmente humanos.

Erikson, describe a la adolescencia como una etapa de “crisis”; puesto que el joven adolescente se enfrenta a modificaciones fisiológicas que se dan dentro de sí mismo, y que, amenazan su **imagen corporal** y el proceso de formación de la identidad del yo. Para Erickson es importante que el adolescente llegue a establecer su identidad, y acepte que tales cambios forman parte de sí mismo (Craig, 1997).

Según la sociología los adolescentes son marginales en el sentido de que sus derechos y responsabilidades no están tan claramente definidos como lo están los de los niños y los de los adultos (Fitzgerald, McKinney y Strommen, 1982).

Entre los que tratan a la adolescencia, existen algunos que establecen límites de tiempo para fijar el comienzo y el final de dicha etapa. Powel en 1975, afirma que la adolescencia comienza alrededor de los 11 años y no se sabe con

precisión en que época de la vida termina; Hall en 1916 trata de fijar el comienzo de la adolescencia, como el periodo que se extiende alrededor de los 12 o 13 años hasta alcanzar el rol de adulto que finaliza aproximadamente entre los 22 y 25 años (Deloz, Hebrard y Mannoni, 1996).

Partiendo de las diferentes teorías y conceptos que se mencionaron anteriormente, observamos que hay autores como Hall que consideran a la adolescencia como un fenómeno universal, es decir que este periodo se va a presentar en cualquier sociedad y que va a variar de cultura a cultura y que se comparten experiencias y problemas comunes, por ejemplo, todos sufren los cambios físicos y fisiológicos de la pubertad (Armstrong y Saratino, 1986).

3.2 CAMBIOS FISICOS Y FISIOLÓGICOS.

Uno de los fenómenos que mejor definen la adolescencia es su punto de partida, a saber: los cambios fisiológicos que ocurren en la pubertad. La palabra “pubertad” y “pubescencia” se derivan de las voces latinas “pubertas”- “edad viril” y “pubescere”- “cubrirse de vello”. La pubertad son cambios en el crecimiento físico en las características sexuales primarias y secundarias del organismo de un individuo (Fitzgerald, McKinney, Strommen, 1982).

Tanner (1966) citado por Armstrong y Saratino, 1986 encontró que los cambios puberales son provocados por la actividad de una glándula endocrina situada en la base del cerebro.

A dicha glándula se le conoce como pituitaria o hipófisis y durante la pubertad se produce un incremento en la actividad de ésta para producir un aumento en la cantidad de secreción de hormonas sexuales (gonadotropinas), para así lograr la maduración de los ovarios en la mujer y los testículos en el hombre.

El periodo normal de aparición de la pubertad tiene límites amplios y en la actualidad, se acepta la edad de 9 años como límite normal inferior y la de los 17 años como límite normal superior, esta variación es explicable, se consideran los diversos factores que influyen en el crecimiento y desarrollo, tales como la alimentación, el clima y los diferentes estímulos sensoriales.

En los países industrializados se ha detectado un adelanto de la pubertad en las mujeres y en los hombres; el factor que se considera más importante en este adelanto es el de la nutrición (Conger, 1980).

Existe un cambio principal que determina la aparición de la pubertad, este cambio es el cambio físico de la adolescencia temprana que se observa en un aumento de estatura, que se ha dado llamar " el arranque del crecimiento" de los adolescentes.

El punto de partida del arranque de crecimiento en los adolescentes parece variar notablemente entre varones y mujeres, al igual que dentro de cada sexo. En el caso de los varones, el crecimiento rápido empieza entre los 12 ½ y los 15 años, en promedio, mientras que en las chicas, dicho crecimiento empieza dos años antes (Craig, 1997).

Hay un aumento de grasa corporal, y algunos preadolescentes se vuelven considerablemente regordetes. Tanto en los hombres como en las mujeres se deposita grasa en la región pectoral, si bien en estas es permanente y en ellos es pasajera, huesos y músculos aumentan de tamaño, disparados por las mismas hormonas.

Los sexos se desarrollan a distintos ritmos, incluso la llegada de la pubertad se manifiesta en las mujeres con la menarquia o primera menstruación y en el hombre con la primera emisión seminal (Tanner, 1981).

Los cambios característicos de la adolescencia en las niñas son: desarrollo del pecho, crecimiento del vello púbico, crecimiento del vello axial, crecimiento corporal, menarquia, mayor actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas.

Los cambios en los niños son: crecimiento de los testículos y escroto, crecimiento del vello púbico, crecimiento del vello facial y axial, crecimiento corporal, crecimiento del pene, cambio de voz, primera eyaculación seminal, mayor actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas.

3.3 CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS.

La adolescencia también es un periodo de maduración para la mente y el cuerpo. Aunado al crecimiento físico de la pubertad, el desarrollo emocional e intelectual son rápidos.

El desarrollo de la habilidad para usar el pensamiento abstracto en oposición con el pensamiento concreto típico de la niñez permite llevar a cabo "las labores de la adolescencia" (emancipación de los padres, elección de vocación, uso eficaz del cuerpo, estándar de valores, establecer relaciones interpersonales, etc, Arlin y Mahan, 1995)

Todos los cambios físicos que viven los adolescentes, al mismo tiempo los sorprenden, ya que se dan cuenta que no son como antes, ignorando lo que les sucede. Se muestran confundidos, desorientados, y esto lo expresan en formas diferentes según su personalidad, el medio ambiente que los rodea y la **relación que tengan con los padres**.

Al experimentar el adolescente los diversos cambios, el impulso sexual se acrecienta y ante esto el adolescente utiliza los diversos medios para adaptarse, algunas veces su desconcierto lo orilla a recurrir al aislamiento del mundo externo, en especial del ambiente familiar.

Durante el aislamiento se desarrolla una nueva forma de pensamiento denominada por Jean Piaget como "pensamiento formal", lo que permite al joven percibir en forma reflexiva y crítica al medio ambiente y así mismo (Riee, 1997).

En esta época, se presenta una fuerte preocupación por el aspecto físico, provocada por la disparidad con que se presentan los diversos cambios, los adolescentes pueden ser en exceso intolerantes con las desviaciones, tanto en lo que se refiere al tipo de cuerpo- ser demasiado gordo o flaco- como al tiempo – madurar antes o después.

En general la primera preocupación de los muchachos es el poder físico que pueden ejercer sobre el medio; por lo tanto la estatura y los músculos son importantes para ellos. Por el contrario a las niñas les inquieta ser demasiado gruesas o demasiado altas. Se concentran en el peso, en parte a causa de sus desvelos por la aceptación social (a nuestra sociedad les disgusta la gordura). También ambos sexos se quejan de la piel: casi la mitad expresa preocupaciones por barros y espinillas (Craig, 1997).

Muchas chicas delgadas o normales tratan de perder peso, se preocupan demasiado por ello, lo que puede conducir a la anorexia nervosa, la bulimia u otro trastorno de la alimentación.

Existe gran deseo de los adolescentes por modificar su cuerpo, las mujeres desean cambiar partes específicas como la cintura o los muslos y el hombre también se encuentra insatisfecho y pueden caer en el uso de suplementos nutricionales, con la esperanza de lograr el aspecto muscular de los adultos. Esta disparidad entre lo que se percibe y lo que se desea origina una conducta de alimentación inadecuada (Arlin y Mahan, 1995).

El adolescente suele ser inestable, perfeccionista y sensible. Fountain (1961) citado por Horrocks, 1986 hace una lista de características que diferencian al adolescente de los adultos: a) sentimientos especialmente intensos y volubles, b) necesidad de recompensas frecuentes e inmediatas, c) comparativamente poca capacidad para examinar la realidad, d) incapacidad para la autocrítica, e) inconsistencia o indiferencia hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con la propia personalidad.

Los adolescentes reflexionan sobre su vida y sobre el mundo social. Al disponer de capacidades intelectuales mucho mayores que las de los niños, manejan con más facilidad lo posible, son capaces de construir proyectos vitales en los que se representan su propia actividad futura y la sociedad en la que viven.

El adolescente reflexiona sobre su propio pensamiento y construye teorías que aunque sean poco profundas, poco hábiles y poco originales, estas les permiten a los adolescentes su inserción moral e intelectual dentro de la sociedad de los adultos (Craig, 1997).

Un aspecto fundamental en la adolescencia, es el egocentrismo, que representa la capacidad para diferenciar entre los propios intereses cognoscitivos y los intereses de los demás, como si se empeñara en ser inconsciente o indiferente hacia las cosas y sucesos que no están relacionados con él mismo, sin embargo esto es parte de su esencia idealista y perfeccionista que indica su búsqueda de la perfección que es igual hacia sí mismo y hacia otros (Horrocks, 1986).

La idea del adolescente de que es observado y juzgado de continuo por otras personas ha sido llamada **audiencia imaginaria** y es como una caja de resonancia y de autoconciencia siempre presente y dolorosa. Como no están seguros de su identidad responden en demasía a los puntos de vista de los demás, tratando de averiguar quienes son en realidad (Craig, 1997).

Durante la adolescencia los deseos también varían, sustituyendo a los antiguos, ya no desean ahora, él y ella echarse en el regazo de su madre, buscando una caricia o un consuelo. Dan quizás alguna vuelta a su alrededor, y la dan con el ánimo de ser vistos, se marcharán hasta que un día, si la madre sabe ser comprensiva, indulgente, si sabe sobre todo, dialogar con los ojos, volverá el joven, volverá la joven, para integrarse de nuevo, a través de ella, en la misma familia (Armstrong y Saratino, 1986).

3.4 CARACTERISTICAS SOCIALES.

También la adolescencia representa un nuevo enfrentamiento con lo social. Por un lado sus seres queridos le parecen demasiado fríos, demasiado insensibles, y empieza a sentir un desprecio por su propio grupo social: los padres, los hermanos mayores, los maestros.

Ante los otros grupos posibles, siente desconfianza y rencor. Desconfianza, porque tal vez intentan engañarlo. Rencor, porque ve en ellos el sosiego y la seguridad que él no alcanza (Moragas, 1965).

El adolescente se adhiere a las ideas políticas contrarias a las de su grupo y se hace antiburgues si aquél pertenece a la burguesía, se adhiere a las modas exageradas que los adultos consideran que sólo son cosas de jóvenes, y a él le sirven para contraponerse a los “viejos” (Feldman, 1995).

Por otro lado los adolescentes y su familia perciben los cambios físicos y psicológicos que el niño ha sufrido, esto obliga al adolescente a actuar de diferente forma y adquirir responsabilidades que antes no le tocaban, esta situación llena de dudas y de ambivalencia en sus pensamientos.

Para integrar por completo la imagen de sí mismo en el adolescente también intervienen de manera relevante, la relación con su grupo de amigos, Craig (1997) señala que las redes de compañeros son esenciales para el desarrollo de habilidades sociales de los muchachos.

La comparación social es el recurso que todos empleamos para evaluar nuestras habilidades personales, conductas, rasgos de personalidad, apariencia, reacciones y sentido general del yo frente a las características de otros.

Los adolescentes gastan mucho tiempo y energía en este aspecto, para explorar a quienes son y que quieren ser, en esta etapa se concentran en el aspecto y las características de la personalidad que los hagan populares y aceptados, como la simpatía y el sentido del humor (Craig, 1997).

El aprendizaje y las experiencias sociales afectan poderosamente, la religión, el nivel económico y el nivel educativo, intervienen en el comportamiento sexual; lo mismo la influencia que tiene la familia en la educación y formación del adolescente (Deloz, Hebrard y Mannoni, 1996).

3.5 LA FAMILIA Y EL ADOLESCENTE.

La forma en que los padres se relacionan con sus hijos afecta de modo radical el cambio del adolescente al adulto. El sistema familiar es dinámico, en el que los cambios en la conducta de uno de sus miembros influye en todos los demás. Como la adolescencia es un tiempo de transformaciones grandes y drásticas, la familia como sistema social también se modifica (Craig, 1997).

Para los adolescentes, el proceso de separación de sus padres normalmente lo experimentan con ciertos sentimientos contradictorios ante el abandono del estado de protección de su infancia. Cuando los jóvenes empiezan a disfrutar de nuevos privilegios, a menudo se sorprenden a sí mismos lamentando las responsabilidades que los acompañan.

Esta situación tal vez les hagan pasar momentos angustiosos de incertidumbre y confusión mientras aprenden a actuar como adultos. En esos momentos, los jóvenes confundidos a menudo suspiran por los días despreocupados de la infancia, cuando sus padres les resolvían los problemas prácticos (Rice, 1997).

Debido a los sentimientos contradictorios que experimentan sobre el hecho de hacerse independientes, la mayoría de los adolescentes más jóvenes alternan de vez en cuando la conducta madura con la infantil. Un día pueden asumir toda la responsabilidad a la hora de resolver una situación difícil, y al día siguiente puede que, impotentes, se dirijan a sus padres en busca de soluciones a problemas muy sencillos.

Esa preocupación por realizar cosas que antes atraían a sus padres, resulta contraria a su crecimiento psicológico, que demanda independencia de los padres. En la adolescencia, los jóvenes empiezan a buscar la libertad psicológica respecto de sus padres: libertad para ser ellos mismos, para elegir a sus propios compañeros y pasatiempos y para preservar la intimidad de sus pensamientos, sentimientos y posesiones (Craig, 1997).

Estos sucesos también pueden ser difíciles para padres y madres que han disfrutado de su rol parental y han dado crianza y educación de los hijos la máxima prioridad en su vida cotidiana y pueden llegar a mostrar actitudes muy diferentes y ocasionalmente incongruentes hacia la autonomía emergente de sus hijos por lo que puede llegar a darse un exceso o falta de control en ellos (Kimmel, 1998).

El hecho de que el adolescente común no tenga tantos conflictos con su padre como con su madre apunta a que éste tiende a interferir menos y a respetar más la independencia de su hijo (Craig, 1997).

Existen casos en los que los jóvenes y jovencitas que cada vez tienen más dificultades con sus progenitores, especialmente las jóvenes con sus madres. Aunque muchas sienten que gozan con toda la libertad a la que pueden aspirar, otras se sienten restringidas, entonces se vuelven rebeldes y llaman a la madre “su gran problema” (Kimmel, 1998).

Por ello es muy importante la forma en que los padres hablan con sus hijos ya que esta puede facilitar o limitar el aprendizaje de los jóvenes para ser individuos por derecho propio. Facilitar consiste en explicar las cosas, mostrar curiosidad sobre lo que el joven hace, participar con él en la solución de problemas comunes, expresar aceptación y comprensión, y estimular la manifestación de ideas e impresiones independientes.

Limitar se refiere a la despreocupación, falta de curiosidad, desaliento sutil, o incluso mofa o menosprecio de las opiniones y acciones del joven. La facilitación parental ayuda a los adolescentes a separarse de sus familias y a

desarrollar la autonomía autorreguladora que se espera de los adultos, mientras que las limitaciones parentales hacen desistir a los adolescentes incluso de intentar pensar y hacer las cosas por sí mismos (Caprio & Caprio, 1973).

Existen algunos indicios de que hacerse autónomo puede ser un proceso algo más complejo en las chicas que en los chicos, por dos razones. En primer lugar, las chicas de nuestra sociedad tienen más probabilidades que los chicos de experimentar también cierta presión sutil, o no tan sutil, para permanecer cerca de su familia e incrustada en ella.

Este mensaje contradictorio hunde sus raíces en los viejos estereotipos de que los hombres salen de casa para ir a trabajar mientras que las mujeres se quedan. Las chicas seguramente han de esforzarse más que los chicos para reconciliar en sus propias mentes la separación familiar y la conexión, y quizá necesiten más tiempo para sentirse cómodas al afirmar su autonomía. (Fitzgerald, McKinney y Strommen, 1982).

En segundo lugar, mientras que la maduración física temprana generalmente acelera el tratamiento adulto de los niños a medida que estos crecen, lo que les ayuda a adquirir autonomía, la pubertad temprana es más problemática para las chicas que para los chicos.

Un chico adolescente temprano que se afeita y tiene una buena musculatura recibe la admiración de todos. Una chica con una silueta bien formada corre el peligro de oír las risitas de los chicos de su clase y de que los adultos, incluso sus padres, consideren que necesita supervisión especial para evitarle problemas (Kimmel, 1998).

Los padres al igual que sus hijos adolescentes tienen algunos sentimientos contradictorios sobre la autonomía y el vínculo en su familia. En su mayor parte disfrutan viendo a sus hijos crecer y llegar a la adolescencia, pero también experimentan cierto pesar (Moragas, 1965).

También se han identificado tipos de familias en las que los padres quieren conservar a toda costa sus roles en la crianza de sus hijos y se sienten inquietos ante la idea de que estos estén creciendo demasiado deprisa, estimulan a sus hijos en conductas infantiles, favorecen la dependencia, regulan la conducta de sus hijos adolescentes y toman decisiones en su nombre, lo que constituye un patrón de exceso de control o exceso de protección

Los adolescentes que padecen exceso de control saben que sus padres están decididos a vigilarlos y a guiar sus vidas, lo que puede ser o tranquilizador o puede que se sientan asfixiados y sin libertad, por otro lado los adolescentes que no tienen ninguna atención de sus padres puede ser que se sientan olvidados (Kimmel, 1998).

Por último, cabe mencionar que la revisión del papel de la familia en la adolescencia, representa información importante para conocer la influencia tan grande que tienen los padres, aun en esta etapa de la vida. También es relevante mencionar que el papel de la familia es un aspecto de estudio de los trastornos alimentarios que ha sido debatido durante largo tiempo.

Se ha mencionado que los jóvenes con trastornos alimentarios tienden a describir a sus familias como poco impulsoras de la independencia, con baja tolerancia para una expresión de sentimientos y altos niveles de conflicto.

Como se puede observar estos rasgos familiares, van en contra de lo que los adolescentes buscan insensatamente que son la autonomía, la independencia y la identidad, en un marco de comprensión familiar.

3.6 ADOLESCENCIA Y NUTRICION.

La biología del cuerpo nos hace requerir de ciertos suministros de energía para poder cumplir con las funciones de todo ser vivo, estos suministros, llamados nutrimentos, los obtenemos a través de los alimentos que ingerimos diariamente.

Todo ser humano necesita de cierta dieta, que dependerá de aspectos como son: su actividad física, el sexo, su tamaño, forma y composición corporal, su edad, el clima y otros elementos del medio ambiente en que viven. Pero en los niños y en los jóvenes se agrega un elemento importante: las necesidades biológicas del crecimiento. Se sabe que los jóvenes requieren de mayor aporte de nutrimentos y de energía para poder crecer adecuadamente y lo adecuado o inadecuado de la dieta se reflejará en el estado de salud de los adolescentes (Casillas, 1985).

Una de las circunstancias que implican cambios en la dieta de los adolescentes es su independencia creciente, la mayor participación en la vida social y los programas por lo general ocupados de los adolescentes influyen en sus costumbres alimenticias.

Con frecuencia comen rápido y no en la casa. Comienzan a comprar y preparar más alimento por sí mismos. De hecho algunas publicidades de alimentos preparados para cocinar en casa se dirigen a adolescentes (Arlin y Mahan, 1995).

Los patrones alimentarios de los adolescentes con frecuencia son caóticos. A medida que crecen dejan de comer cada vez más en casa y con frecuencia no desayunan ni almuerzan del todo.

Aunque ha habido cierta preocupación sobre el hábito de los bocadillos, los adolescentes pueden obtener nutrimentos importantes de los alimentos que comen fuera de las comidas tradicionales. En consecuencia, la elección de alimentos es más importante que la hora o el sitio de las comidas.

Por supuesto que hay que insistir en vegetales y frutas frescos y productos de grano entero para complementar los alimentos con valor de energía y proteínas altos que suelen elegir (Arlin y Mahan, 1995).

En un estudio realizado en el Norte de Europa, Norteamérica y Australia, se observaron los patrones alimentarios de adolescentes de preparatoria y encontraron los siguientes modelos de comidas y bocadillos que realizaban durante el día. A) 3 comidas regulares: desayuno, comida y cena un día, con pocos bocadillos o tentempiés. B) 3 comidas regulares un día, con muchos

bocadillos durante el día. C) Una comida al día con uno que otro bocadillo durante el día. D) Una comida al día con muchos bocadillos durante el día.

A veces determinado tipo de alimentación le permite formar parte de un grupo, lo que lo lleva adoptar con facilidad dietas vegetarianas, naturistas macrobióticas y otras. En ocasiones la comida sirve para canalizar la angustia y la desadaptación. Se adquiere el hábito de comer por compulsión lo que produce obesidad.

Aun cuando aparezcan etapas de acumulación de grasa o de redistribución de la masa corporal que sugieran obesidad o desnutrición solamente las observaciones repetidas permitirán evaluar adecuadamente cada caso y no se debe realizar, ni recomendar ningún régimen alimentario que no este prescrito por un médico o un nutriólogo especializado (Casillas y Vargas, 1985).

Otra de las circunstancias que influye en la alimentación del adolescente, es el sexo al que pertenecen. Las diferencias de sexo entre los adolescentes, influyen en la cantidad de energía que deben ingerir diariamente en su alimentación.

Datos obtenidos indirectamente de procedimientos de calorimetría y tomando en cuenta la actividad diaria y el sexo, determinan que mientras las mujeres suelen ser más pasivas, los hombres ejercen mayor actividad, y el desarrollo de sus músculos, hace necesario un mayor suministro de energía.

Pero también existen diferencias en cuanto a ciertos requerimientos nutrimentales y fisiológicos, por ejemplo: la mujer presenta una decaída en la cantidad de hierro necesario para la producción de hemoglobina, debido a la pérdida del elemento a través de las menstruaciones, por lo tanto se recomienda que las mujeres adolescentes ingieran aproximadamente 18 mg de hierro diarios, mientras que para los hombres la recomendación es de 10mg diarios (Mogren, 1981).

Es verdaderamente exaltante la preocupación que las mujeres tienen respecto a su distribución de grasa, pero esto es algo inevitable ya que la propia naturaleza del cuerpo femenino dicta que la grasa se debe de acumular en algunos sitios como los hombros, los senos y los glúteos, dando forma a las curvas de su silueta y al finalizar la etapa del crecimiento las mujeres terminan de acumular grasa.

Los hombres, a su vez, lo hacen durante un tiempo más prologado y más bien desarrollan más musculatura que grasa, este aspecto debe tomarse en cuenta a la hora de recomendar una dieta, junto con otros factores como son: la secuencia y variabilidad en el crecimiento y la maduración del individuo (Casillas y Vargas, 1981)

A causa de este aumento de masa corporal y a cambios en el funcionamiento de los aparatos circulatorio y respiratorio, aumentan las necesidades de hierro, vitamina D, ácido ascórbico, ácido fólico y de calcio.

Pero las necesidades de los adolescentes no se reducen a lo biológico y fisiológico sino que también a lo psicológico y social. La calidad del estado de nutrición del adolescente es la confusión emocional que generalmente experimenta durante esta etapa, afectando sus hábitos alimentarios. El manejo hacia la independencia frecuentemente resulta en un rechazo temporal de los patrones dietéticos de la familia (Hernández, 1995).

Por otro lado, la sociedad, exige una “buena figura”, para mantener una buena imagen social, aceptable. La moda y el comercio ofrecen las prendas de vestir para lucir solo cuerpos esbeltos. Esta estética compulsiva a provocado en países como Estados Unidos, una verdadera epidemia de anorexia nervosa y bulimia (Pérez y Platas, 1998).

En la actualidad muchos adolescentes tienden a restringir en exceso su ingestión energética, por otro lado es frecuente observar adolescentes que se inclinan hacia un excesivo consumo calórico y en específico de alimentos con gran contenido de azúcares y grasas, resultando en problemas de cardíacos, de ingestión compulsiva, obesidad y otros (Hernández, 1995).

Ante la situación que se ha generado con la presencia de los trastornos alimentarios en los adolescentes, se ha tratado de procurar en algunas ocasiones recomendar cierto tipo de alimentación para los jóvenes. Por ejemplo se ha sugerido que la cantidad de proteínas que se consuma sea de aproximadamente 0.80 gramos por kilogramo de peso a los 10 años, después la cantidad desciende paulatinamente hasta llegar a 0.57 gramos por kilogramo de peso a los 17 años. Sin embargo esta es una recomendación general, ya que no se toman en cuenta las variaciones individuales, como cantidad y tipo de actividad física (Casillas, 1985).

De la Mora (1987), menciona que la alimentación del adolescente debe ser bastante y equilibrada en prótidos, glúcidos y lípidos, así como en sales minerales y vitaminas, ya que en los periodos de crecimiento acelerado, las necesidades orgánicas son mayores que en periodos de crecimiento lento (De la Mora, 1987).

Los hidratos de carbono tienen una importancia particular para el adolescente que participa en competencia deportiva, ya que representa la fuente de energía más eficiente a los altos niveles de demanda de oxígeno que ocurren con el esfuerzo muscular máximo.

En cuanto a los lípidos se ha sugerido que una disminución a 35% o menos debe recomendarse a los adultos y algunos investigadores han recomendado que la ingestión menor de grasa debe empezar durante la adolescencia.

Ha resultado difícil elaborar una recomendación bien fundamentada, respecto a los suministros necesarios de ácido ascórbico, para la vitamina C. Esto se dificulta aún más al tener el antecedente de que los adolescentes no gustan de

comer frutas y verduras, por lo que la vitamina C está en muy bajas cantidades dentro de la dieta del adolescente, lo mismo que con la vitamina A y de ácido fólico, tan importante para la replicación celular.

Las fuentes en donde podemos encontrar la vitamina C están en todos los cítricos como son las frutas, los tomates, la col cruda, etc y los alimentos donde se encuentra la vitamina A son: vegetales de hojas amarillas y verde oscuro, la margarina, la leche, la yema de huevo (Arlin y Mahan, 1995).

El zinc, es conocido por ser esencial para el crecimiento y maduración sexual y es por lo tanto de mayor importancia en la adolescencia, la deficiencia de este elemento puede manifestarse por pérdida de peso, infecciones intercurrentes, hipogonadismo en los varones, retraso en la cicatrización de las heridas y otros síntomas que dependen de la gravedad de la deficiencia (Pipes, 1993, citado por Hernández, 1995). Los alimentos en donde encontramos este elemento son: la carne, el pescado, las aves, la leche y los productos lácteos, las nueces y cereales de grano entero.

CAPITULO IV: FAMILIA

4.1 CONCEPTO DE FAMILIA

En la historia de México la organización familiar ha sido importante, pues la han considerado como la célula de la sociedad. En esta comunidad de padres e hijos, interactúan sus miembros, adquiriendo aprendizajes y valores, que influirán en las actitudes de la familia.

La familia es la institución social básica a partir de la cual se han desarrollado otras instituciones, conforme a la creciente complejidad cultural las ha hecho necesarias. La familia es un sistema de normas y procedimientos, pero no es fácil definir el término familia.

Una familia puede ser: un grupo de personas con ancestros comunes; un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio; una pareja casada, con o sin hijos; una pareja no casada con hijos, una persona con hijos. Una definición sociológica de la familia puede ser la siguiente: *una agrupación por parentesco que se encarga de la crianza de los niños y de satisfacer algunas necesidades humanas* (Horton y Hunt, 1992).

4.2.-Fundamentos: La importancia de la relación padres-hijos.

Para entender la conducta de cada miembro de la familia es necesario examinar las normas que regulan la interacción familiar así como las secuencias repetitivas que conforman los patrones de crianza. (Woody, 1992, citado por Pérez y Platas, 1998).

En la familia nacen las personas y es en ella donde se tiene la primera escuela, las relaciones entre los miembros de la familia se convierten en la primera e insustituible escuela de socialización, especialmente en aquellas áreas del aprendizaje del lenguaje, apariencia y arreglo personal y en las conductas y hábitos del comer (Papalia, 1990).

La familia es el elemento diario que va estructurando al niño y de esta adecuada o inadecuada estructuración, dependerá el tipo de individuos a los que se dé origen. La familia es el primer y más activo agente socializante que establece y moldea la personalidad y el comportamiento presente y futuro de los individuos (Ayala, Echeverría, Mata y Quiroga, 1990).

En la familia las figuras paterna y materna, adquieren una importancia capital para los hijos ya que algunas características de ambos padres, son asimiladas por los niños, de acuerdo a la cantidad y calidad de la comunicación, que le brindan a sus retoños y esto influirá en las actitudes de los hijos para toda su vida. Las actitudes tienen su origen en la práctica social, debido a la interacción de las personas en los diferentes grupos humanos, tales como: la familia, la escuela o el trabajo (Torres, 1993).

La familia es un microsistema social, en el se involucran la comunicación, división de roles y transacción, que tienen impacto sobre las costumbres alimentarias del niño y del adolescente (Díaz de León, Malacara y Jiménez, 1992.)

Oropeza en su tesis (1995), señaló que existen estilos de crianza relativamente específicos, que puedan funcionar como predictores de un autoconcepto y una autoestima devaluadas y la desesperanza.

Los resultados señalaron diferencias altas y estadísticamente significativas entre el grupo con un autoconcepto positivo y el grupo con un autoconcepto negativo. Los resultados revelaron que tanto hombres como mujeres señalaban siete quejas respecto a la autoevaluación (con tres en común). Entre los estilos de crianza que generan autodevaluación en los hombres, son las comparaciones negativas que el padre les hace o los castigos, o cuando tenían alguna experiencia negativa en su infancia.

En el caso de las mujeres, entre los estilos de crianza que generan autodevaluación, destaca dramáticamente el problema de tener poca confianza en la madre o cuando la madre mostraba poco interés en ellas.

Los resultados apuntan que entre los estilos de crianza que generan desesperanza, destaca, en el caso de los hombres, la poca expresión de afecto por parte de la madre, siendo la probabilidad de esta queja casi cuatro veces mayor que en sujetos que sí tenían esperanza de resolver sus problemas.

La autodevaluación en los hombres tenía que ver con la comparación negativa, el castigo físico y el exceso de alcohol por parte del padre. En cambio, a las mujeres les afectaba más que la madre las castigara, les mostrara poco interés, no brindara ningún apoyo de su parte y no les tuviera confianza (Oropeza, 1995).

El mismo autor indica que, esas prácticas de crianza inadecuadas generaron sentimientos de autodevaluación y desesperanza que se reflejaron a través de signos desadaptativos como deformaciones en la **imagen corporal**, es decir se valoraban como poco atractivos, ineptos, poco capaces, y percibían su cuerpo en proporciones diferentes a su cuerpo real, problemas en la formación y conformación de la identidad personal, sentimientos de inseguridad y minusvalía, además de deficientes relaciones sociales, disminución de las capacidades personales, fracaso escolar, depresión, ansiedad y algunos otros problemas (Oropeza, 1995).

En el ámbito de la Salud-Enfermedad, la familia funge como modelo de comportamiento para los niños, se hace evidente que el modelo juega un papel importante en el establecimiento de disfunciones.

Por ejemplo, se ha advertido que los niños que desarrollan obesidad precoz que se continuaba en la adolescencia, provenían de familias en donde por lo menos uno de los padres era obeso, y cuyas preocupaciones y ansiedades giraban alrededor de la comida. Además ellos mismos promovían, modelaban y reforzaban las conductas alimentarias que favorecían una ingesta calórica excesiva y una actividad física sedentaria (Moraleda, 1990).

Incluso la trascendencia que tiene la familia en el desarrollo adecuado del niño, se ha podido constatar en investigaciones que se han hecho sobre esta y se ha encontrado que se relaciona con: identidad, autonomía, independencia intelectual y emocional, socialización, solución de conflictos, hábitos, costumbres, actitudes, ideologías, conductas anormales.

Algunas actitudes de los padres producen un autoconcepto negativo en el niño, estas actitudes son: el autoritarismo que ejercen los padres, violencia, debilidad, pasividad, poco amor y poca atención, negativismo, peleas y violencia física (Oropeza, 1995).

La evolución sana de un sujeto, simbolizada por una imagen del cuerpo no inválida, depende de la relación emocional de los padres con su persona: de que muy precozmente éstos le ofrecen, en palabras, informaciones verídicas relativas a su estado físico (Torres, 1993).

Las actitudes parentales negativas más frecuentes son el rechazo y la sobreprotección. El rechazo adopta en general manifestaciones de hostilidad, negligencia y abandono a través de actitudes como: violencia, castigos severos, encierros, comparaciones desfavorables, ofensas y golpes (Garbarino y Kostelny, 1992).

La interacción familiar moldea los alcances del impacto entre fantasía y realidad y afecta así el desarrollo de la percepción de la realidad. La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. Cada miembro influye en la conducta de todos los demás (Ackerman, 1974).

Hay teorías que fundamentan la importancia de la relación padres-hijos en la adolescencia, por ejemplo en la corriente psicoanalítica Erikson, citado por Alvarez (1995), describe ocho estadios de desarrollo psicosocial donde cada uno depende de la resolución exitosa de una situación decisiva o una crisis. La relación padres- hijos, como parte de una sociedad y cultura, influirá en la manera como se resuelva un conflicto o una situación de crisis, así como en el desarrollo de la personalidad.

Bandura (Lipsitt, 1981, citado por Alvarez, 1995), menciona que la identificación que tienen los niños (as) con sus padres y madres es el elemento más importante para aprender a manejar la agresión, hablar un idioma y desarrollar el sentido de moralidad. También esa relación entre padres e hijos se observa en la comunicación, apoyo, vínculo, rechazo, control, etc. Lo mismo sucede cuando una relación es pobre con los padres y madres y con la escuela se tiene más alta probabilidad de cometer actos delictivos.

El adolescente que percibe una buena relación con sus padres y madres, repercute en el grado de actuación en conductas saludables como: evitar tomar alcohol, dieta balanceada, ejercicio y uso del cinturón de seguridad.

Así mismo Alvarez (1995), en su tesis argumenta que los diversos estudios que se han llevado a cabo tomando en cuenta aspectos de la conducta de los padres y las madres hacia los hijos y las hijas, tales como: el apego, la aceptación, el respeto en los sentimientos del hijo(a), ayuda brindada a sus problemas e incluso el distanciamiento en la relación repercute en su alto o bajo bienestar psicológico, demostrándose en reiteradas ocasiones que los y las adolescentes con una percepción alta de apego se perciben así mismos como más populares, sobresalientes, confiables.

Estos aspectos son de suma importancia para el y la adolescente que no adquiere más que con la ayuda de los padres y madres, porque aunque tenga una buena relación y apego con los compañeros éste no reemplaza al que se da con los padres y madres (Nada y cols.1992, citados por Alvarez, 1995).

4.3.- LA FAMILIA AYER Y HOY.

Desde el punto de vista histórico la familia aparece como una relación espontanea y natural caracterizada por la promiscuidad; de ahí se desarrolla al matriarcado, desembocando finalmente en el patriarcado.

Según Engels, 1946, citado por Muñoz y Arriaga (1992), existen tipos de familia como lo son: La familia nuclear y la familia amplificada. En el primer tipo de familia, que es la monogámica, esta familia se compone de padres e hijos. En la familia amplificada extensa o poligámica, conviven padres e hijos, (abuelos y hermanos adultos) y a veces alguno (os) trabajador (es) domésticos.

En cuanto a la estructura familiar, la familia al irse configurando va a determinar las formas de conducta que se necesitan para los roles del esposo, esposa; padre, madre e hijos; que se significan en una estructura familiar.

En una investigación realizada por Candelas 1981, citado por Pérez Platas (1998), se encontró que el significado del concepto de la familia en adolescentes mexicanos (12 sujetos), comprende las siguientes premisas: la familia tiende a una estructura nuclear, a pesar de que las familias en general son de tipo extenso: hay incomunicación y aislamiento entre los miembros; el padre es un sujeto lejano y autoritario, los miembros de la familia deben someterse a la voluntad del padre; y que la madre es la figura más valorizada y cercana a los sujetos.

En México, la familia es muy importante, la familia es la fundación elemental de una persona para que se pueda desarrollar en la sociedad Mexicana. La familia en muchas ocasiones identifica quien es una persona. “La familia es el centro emocional de la vida psicológica y social de todos los mexicanos”, es por eso que tener una buena relación con la familia es imperativo de acuerdo a Selby, escritor del libro: *The Mexican Urban Household Organizing for self Defense* (Dencik, 1992).

Típicamente en la familia mexicana, el padre es el proveedor y protegedor de la familia y la madre es la que mantiene la casa y la cocina. Pero últimamente en los últimos treinta años, estos roles algunas veces no se pueden mantener por razones económicas y sociales (Couch, 1995).

Lewis (1993), en su libro titulado: *Antropología de la pobreza*, describe las costumbres que forman parte de la cultura mexicana en familia. En estas familias persiste una actitud autoritaria o una ausencia del padre, con la participación de una madre autosacrificada, que da amor a sus hijos, algo tan típico de las madres mexicanas, que es lo que mantiene la unión de la familia.

Díaz Guerrero (1955), citado por Pérez y Platas (1998), señala que la familia mexicana está constituida sobre la siguiente estructura, por un lado la supremacía del padre y por el otro el sacrificio de la madre.

Santiago Ramirez (1959), citado por Pérez y Platas (1998), indica desde la investigación psicoanalítica, que el esquema familiar se forma de la siguiente manera:

- a) Una intensa relación madre-hijo durante el primer año de vida.
- b) Escasa relación padre-hijo.
- c) Ruptura traumática de la relación madre-hijo, con el nacimiento del nuevo hermano.

Varios psiquiatras mexicanos han hecho notar el fenómeno del “padre ausente” como una característica decisiva de la psicodinamia en la familia mexicana. Todos los esposos y esposas de nuestras familias tienen fuertes lazos con sus madres o sustitutas, más que con los padres. Al evaluar a familias mexicanas, se vuelve a encontrar que los niños tienen lazos emocionales más estrechos con las madres, sin embargo los niños respetan a sus padres y sienten afecto por ellos.

En México, existe una posición baja general de la mujer y una influencia considerable en la familia, tanto en el esposo como en los hijos. La figura materna es un símbolo profundamente internalizado, tan fuerte, que no solo afecta la relación del hombre con su madre, sino que la hace continuarla en diferentes etapas de su vida, inclusive cuando comparte una vida con su esposa. El resultado es con frecuencia una posición ambigua para el hijo, cuyas ataduras son más fuertes con el progenitor de más baja jerarquía (Denick, 1992).

El papel social de la esposa-madre, en la modernidad, goza de más libertad como individuo, pero a costa de más tensiones y entra en conflicto con sus deseos maternos, esto genera en ella confusión y frustración en algunas ocasiones, lo que puede transmitir fácilmente a los hijos, confundiendo también a ellos, imponiéndoles exigencias incoherentes y prohibiciones contradictorias, lo que genera sentimientos de inseguridad y de desconocimiento de ellos mismos (Fromm, 1986).

4.4.-RELACION MATERNA.

La madre es la primera educadora del niño para educar al hijo. La madre comunica su sangre al hijo. La madre tiene una gran influencia en la formación psíquica de su hijo, toda madre debe fomentar pensamientos elevados en su mente, cultivar un arte (De la Mora, 1987).

La imagen del cuerpo, originada parcialmente en los ritmos, el calor, las sonoridades, las percepciones fetales, se ve modificada por la variación brusca de estas percepciones (Dolto, 1984).

Dolto (1984), menciona que la madre sirve de referencia con el mundo y con su chiquito, este intercambio de palabras, que permite la simbolización de los objetos es un proceso normal de elaboración subjetiva de las imágenes del cuerpo.

Las tendencias emocionales de madre e hijo pueden ser a veces mutuamente complementarias, otras veces mutuamente antagónicas. El niño incorpora selectivamente partes de la madre que pueden reforzar o debilitar su propio yo en evolución. (Ackerman, 1974)

La calidad del cuidado paterno y materno que recibe un niño en sus primeros años es de vital importancia para su futura salud mental. Lo que se cree esencial para la salud mental es que un infante y un niño pequeño deberían experimentar una relación afectuosa, íntima y continua con su madre (o sustituto materno permanente, alguien que le de cariño constante), en la que ambos encuentren satisfacción y gozo (Bowlby, 1952)

Investigaciones realizadas acerca del vínculo madre-hijo, tales como: Gewirtz, 1972; Elkin, 1972; Hilgard, Atkinson, 1979; Frederik y Malinsky, 1981; Boy, García y Torreblanca, 1985, citados por Martínez, Mendoza y Ortiz, 1993) estos investigadores afirman que la conducta del apego, la capacidad de socialización, la autonomía, el desarrollo del lenguaje, el aprendizaje, el amor, el afecto y ansiedad, la autoestima y la seguridad básica varían tanto cuantitativa como cualitativamente en su grado de desarrollo, según los cambios en el cariño y atención que la madre le proporcione.

La madre tiene una importancia fundamental, ya que madre e hijo están ligados desde el embarazo, durante la lactancia y posteriormente por la protección madre al hijo, así que en el sentimiento maternal, hecha raíces una relación ante dos, madre-hijo.

La madre juega un papel muy importante en el desarrollo del niño, pues es la figura central en la unidad familiar, Al nacer, el primer contacto que tiene el niño es con su madre, de ella recibe prácticamente todo en sus primeros meses de vida: calor, caricias, afecto, lenguaje y alimento. Generalmente pasa más tiempo con el niño que el padre, se encarga de cuidarlo, bañarlo, cambiarlo, etc (Oropeza, 1995).

El padre no puede sustituir a la madre en este aspecto; su cuerpo carece de la cualidad de suavidad que el de ella posee. Los niños necesitan los críen con amor, apoyo, cercanía y contacto con el cuerpo de la madre para desarrollar un yo íntegro y seguro. También necesitan de atención y respeto para sus sentimientos con el fin de tener un firme sentido del yo (Lowen, 1987).

Gadea, 1997 plantea metafóricamente a la protección y el cariño materno y dice: La "Liberamor", es la capa mágica que cada madre teje a sus hijos y con la cual les confieren un enorme poder, el poder de amar. Cada vez que una madre acaricia a su hijo, le habla, lo atiende, lo alimenta o juega con él, el niño de repente se siente tan confiado, tan seguro de sí mismo y de buenas a primeras ya no le importa separarse de su mamá.

Cuando se atiende al niño solamente hará que sobreviva... sin alegría ni esperanza, el niño no se sentirá protegido, no tendrá suficiente confianza en sí mismo. Si su madre lo sobreprotege porque le tienen miedo a la soledad o porque ella misma necesita amor, entonces el niño no podrá caminar solo y no desarrollará un autoconcepto propio.

Así mismo, Spitz (1987) considera que el papel primordial de la madre es amar, ella es la responsable de aportar ese amor necesario para el adecuado desarrollo afectivo del niño. En torno a ese amor, depende la afectividad futura, ya que modelado por la madre, esta influencia persistirá indefinidamente en el psiquismo del adulto.

Esto quiere decir que en la medida en que la niña o el niño reciban el cariño de sus padres, dependerá la confianza y seguridad en sí mismos, condición fundamental para su desenvolvimiento, o por el contrario, la inseguridad o temor ante muchos de los episodios de su vida (Klein, 1943 citado por Perroni y Navarro, 1985).

El vehículo más importante en el establecimiento de la relación inicial entre madre e hijo es el comer, la succión de la leche. En la fase simbiótica, el niño, fusionado con su madre siente la comida como parte de sí mismo. Empieza a distinguir la figura de la madre, quien le da de mamar proporcionándole satisfacción, placidez, una sensación agradable de bienestar (Ortiz y López, 1986).

Una madre con buena empatía responde al pedido en forma de llanto, capta la necesidad del bebé. Una madre narcisista no registra las señales de hambre del bebé, le da de comer según sus deseos, metiéndole el biberón en la boca a la fuerza (Beker, 1984).

Un lactante fuerte resiste y rechaza la comida impuesta o la vomita. Una criatura débil se resigna y se somete, deja de dar señales y altera sus propias sensaciones internas de necesidad o de plenitud, adquiere un falso yo o falso self (Winnicott, 1960 citado por Dean, 1986).

Es un buen bebe gordito, orgullo de mamá y de esta forma aprende que recibe caricias y aceptación si come sin parar lo que su mamá le da. Esta actitud narcisista de la madre sienta las bases de la obesidad futura del niño. Aunado a esto, esta la inactividad que también es fomentada por la madre, quien no acepta que su bebé crezca.

Ya en la pubertad las muchachas que quieren adelgazar, demuestran una conflictiva muy grande frente a la comida y esto acarrea problemas en la relación emocional con sus madres. Algunas madres de muchachas deseosas de adelgazar se caracterizan por una actitud marcadamente viril y dominante o intelectualista (Strunk, 1974 citado por Navarro, 1992), mientras que otras adoptan un papel de angustia y preocupación frente a la percepción de ellas mismas.

Algunos autores como Porot (1977) y Onnis (1990), han manifestado que existen diferentes tipos de madres que de alguna manera abusan psicológica o físicamente de sus hijos. La madre escrupulosa en exceso, son mujeres que tienen un grado de neurosis y sentimientos de ansiedad, culpabilidad inconsciente, que no saben que hacer para obrar bien, jamás satisfechas, abrumadas por obligaciones que ellas mismas se crean, que se agotan y agotan a las personas que están a su alrededor.

Son las madres sobreprotectoras y perfeccionistas, escrupulosas hasta en los productos en los que da de comer a su hijo, esterilizando los utensilios, lo priva de caricias y besos, lo pesa como a sus raciones, lo atiborra o lo raciona de comida como para que cubra los ideales de crecimiento del niño.

La madre que quiere demasiado a sus hijos por ellos mismos es una madre posesiva, la madre que no quiere bastante a su hijo, intenta casi siempre engañar, multiplicando las muestras externas de amor paternal (Porot, 1977).

El mismo autor dice que el amor abusivo es exigente e inconsciente, siendo incapaz de ponerse en el lugar del hijo, la madre no puede comprender y satisfacer correctamente sus necesidades, ayudarle e iluminarle. Las madres con esta forma de ser, interpreta los errores inevitables y sin malicia de su hijo, como otra de sus ofensas dirigidas contra ella, por lo tanto se impacienta, se irrita

Cuanto más pequeño y manejable es el niño, ella lo adapta a la imagen que se forja, lo puede dirigir a capricho de sus propias necesidades afectivas. Pero al crecer, en el diálogo madre-hijo, una madre normal sabe educar a su hijo enseñándole a prescindir de ella, sin embargo la madre abusiva, esto es lo que precisamente teme y rechaza, intentando en ocasiones de forma absurda, perennizar al bebé, cosa verdaderamente humillante para un chico adolescente (Porot, 1977).

En el niño, estos sentimientos afectivos de su madre, en principio generan en él sentimientos de culpabilidad, ya que a esa edad considera a su mamá como perfecta y aun más si al cometer cualquier error o apelación hacia lo que dice o hace su madre, esta inmediatamente le infunde la inyección de la culpa con estas simple palabras: “si de veras fueras bueno...”, “No te querré más si ...”, “Pero ahí hay un solo Dios que te ve lo que me haces”, etc.

El niño en respuesta a los chantajes de su madre, se venga de su madre o la complace, a su capricho y aparecen muy pronto las manifestaciones de lo que se ha llamado el retraso afectivo, que se hace presente a través de situaciones como la eneuresis, la encopresis, el balbuceo de niño pequeño, chuparse el dedo, anorexia mental, actividad escolar deficiente.

Lo mismo sucede con las jovencitas que presentan anorexia nervosa y sus caprichos alimentarios, es una forma de chantaje, ya que se ha visto que en las terapias al haber una separación con la madre, se alcanzan resultados muy ventajosos y satisfactorios en la disminución de los síntomas del trastorno alimentario.

En la tesis de Perez y Platas (1998), se muestra que las adolescentes con una percepción negativa de la relación materna presentan una mayor práctica de conducta dietaria, ya que al sentir la ausencia de una madre sensible que consistente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijos, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido del cuerpo y probablemente ellas como respuesta reactiva, tratan de sobrecontrolar sus necesidades, lo que las lleva a dirigir su propia inanición, y su constante preocupación por su imagen corporal.

Así mismo estas autoras logran concluir que los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación si se relacionan con una percepción negativa de su relación con la madre, entendiéndose por una relación negativa, a la percepción de sus hijos de que sus madres son frías, distantes, intrusivas, sobreprotectoras, ansiosas, hostiles, indiferentes y rechazantes.

Los factores de riesgo que se relacionan más con la percepción negativa de la relación materna fueron: Conducta alimentaria compulsiva, Conducta alimentaria Normal Anómala, dieta crónica y restrictiva y una clara insatisfacción con la imagen corporal y percepción negativa de la relación materna.

4.5.-DEFINICION DE LA IDENTIDAD DE GENERO, SEXO Y LAS ATRIBUCIONES CULTURALES.

Cada sociedad asigna una función diferente a los sujetos, dependiendo al sexo al que pertenezca. Problemas como la asignación de la justicia en la, la fuerza física, las habilidades sociales, la belleza, la riqueza, la percepción, los intereses, etc., son solo algunas de las preocupaciones que dan inicio a las investigaciones en Psicología respecto a las diferencias de género (Fernández, 1997).

Así Bleichman (1985), citado por Arellano y Rioja, 1994. Aclara la diferencia entre sexo y género. Bajo el sustantivo género, se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad/ masculinidad, reservándose la palabra sexo para los componentes biológicos, anatómicos y el intercambio sexual en sí mismo.

En la mayor parte de las especies superiores, los machos y las hembras se comportan en forma diferente en algunos aspectos. Sin ninguna cultura que las explique, estas diferencias sexuales deben estar arraigadas en la biología.

Por la disposición anatómico biológica y por la interpretación tradicional de los roles parece justificarse la hipótesis de que la muchacha de nuestros días sigue enfrentando ideas y expectativas sobre su aspecto y su rol como objeto sexual más que el género masculino. Sobre todo porque el cambio de figura se realiza de un modo más patente y radical que el del joven hombre (Navarro, 1992).

Por un lado la sexología se ocupa del estudio del comportamiento sexual, mientras que la generalología estudia la compleja realidad del género (identidades, funciones o papeles, estereotipos y asimetrías de género, más el sexo como variable sujeto y como variable estímulo. Ambos dominios requieren una evolución biopsicosocial.

Investigadores y profesionales de la psicología, sociología, medicina, entre otras disciplinas, han automatizado un proceso de trabajo que les lleva a dividir en dos grupos claramente diferenciados a los sujetos con los que trabajan e investigan, en función precisamente del llamado dimorfismo sexual: varones y mujeres (Fernández, 1997).

Las características llamadas femeninas o masculinas “valores, deseos y comportamientos” se asumen mediante un complejo proceso individual y social, que da una identidad de género (Arellano y Rioja, 1994).

La identidad de género es la comprensión por parte del niño del hecho de que es varón o mujer. Esta identidad se va forjando a través de los atributos que la sociedad marca a los hombres y las mujeres y también por las instrucciones de sus padres (Baron, 1996).

Las identidades de cada género se van formando dentro de periodos críticos y que se van elaborando permanentemente a lo largo de la vida, en momentos especialmente delicados (infancia, adolescencia, comienzo de la senectud), estas identidades se forjan en el trato cotidiano de cada uno con los demás (Fernández, 1997).

En la década de los setenta se llevaron a cabo una serie de investigaciones sobre la posible incidencia del etiquetado bebé --como niño o como niña, ya que mientras a los bebés etiquetados como niños son considerados como más fuertes, robustos y duros, mientras que los percibidos como niñas son juzgados como más suaves, de rasgos más delicados y más pequeñas, hasta lo que se percibe o se valora como belleza (Fernández, 1997).

Las normas que han impuesto la cultura y la sociedad influyen de tal forma que las prácticas de crianza son diferentes para cada sexo, proponiéndose ideales masculinos para el hijo y femeninos para la hija.

En las sociedades muy industrializadas es común que a los niños se les presione para valerse por sí mismos, buscando el logro, mientras que a las niñas se les presiona a que sean obedientes, educándolas para la crianza. (Fernández., Fernández y Moreno., La Rosa, 1987 citados por Oropeza, 1995).

Las mujeres y los hombres incluso difieren en su grado de autoconcepto. Las mujeres consistentemente muestran un autoconcepto más bajo que los hombres, pero algunos estudios han encontrado lo contrario (Andrade y Pick., Díaz Loving., Díaz-Guerrero., García, 1987., Fernández, 1988., Helmeich y Spence, 1981., Hollinger y Fleming, 1985; 1986 citados por Oropeza, 1995).

Estudios de Maccoby y Jacklin, 1974, citado por Fernández (1997), refieren que en cuanto conducta social como influenciabilidad y el comportamiento de conformidad, llegaron a la conclusión de que en situaciones de obediencia y bajo presión de pares (situación relativamente impersonal), no se detectaron diferencias intersexos.

Sin embargo, en encuentros cara a cara las mujeres se muestran algo influenciables y que la mayor conformidad social de las mujeres sólo se manifiesta en situaciones públicas pero no en la vida privada.

Además esta teoría argumenta que el autoconcepto del niño queda vinculado al esquema de género. "El esquema de género se convierte en una norma o guía y la autoestima en su rehén".

Tanto en la cuestión de la sexualidad como en lo referente a la **imagen de sí mismo** y los roles sexuales, interviene la influencia de la cultura, para determinar el comportamiento del ser humano (Baron, 1996).

Lo masculino se ha equiparado con el hecho de ser pragmático y estar orientado hacia la consecución de metas, mientras que lo femenino, con lo expresivo.

Los medios de comunicación masiva como la televisión y las revistas, difunden estereotipos de género que se refieren a creencias, expectativas y atribuciones sobre cómo es y se comporta cada sexo. Existen dentro de este contexto, estereotipos masculinos y femeninos. Los estereotipos son con frecuencia simplificaciones excesivas y reflejan prejuicios, clichés e ideas preconcebidas.

Estos clichés y prejuicios sociales, tratan de disfrazar sus verdaderos intereses mercadotécnicos, influyendo en la mente de las mujeres a través del mensaje que incluye a su propia anatomía, ya que a raíz de que se considera a la mujer como la única capaz de dar vida a otro ser, se ha conceptualizado a las mujeres como seres regidos por sus cuerpos, cuerpos débiles que a su vez se consideran inestables.

Trabajos posteriores a los años sesenta, sugieren que las mujeres adolescentes y adultas poseen una orientación moral más internalizada y una mayor tendencia a experimentar sentimientos de culpa que los varones. Esta propuesta es respaldada por un cúmulo de investigaciones y otras más como

las de Heying, KorabiK, y Muñoz, (1975) citados por Navarro, 1992 que concluyen que los hombres y mujeres difieren en sus reacciones de culpa a ciertas conductas específicas, pero no se puede hablar de una mayor predisposición general a sentir culpa en un sexo que en otro.

Referente a la conducta diferencial de los padres y madres con sus hijos e hijas, se ha observado que la comunicación que enfatiza cercanía es usada con las hijas y aquella comunicación que enfatiza separación se usa con los hijos (Leaper y cols, 1989, citados por Alvarez y de la Mora, 1995).

Al mismo tiempo los adolescentes también perciben de manera diferente el trato que reciben de sus padres y madres. Por lo general, los y las adolescentes perciben a su padre del mismo sexo más positivamente y al padre del sexo opuesto más rechazante.

Las mujeres perciben a sus madres como más amorosas y menos disciplinadas, que a sus padres y a éstos como más dominantes y castigadores, mientras que los hijos varones perciben lo contrario.

Sin embargo, se ha encontrado que las mujeres parecen necesitar de mayor cercanía y expresión afectiva en el hogar y los hombres de mayor independencia y autodiferenciación fuera del hogar, muy probablemente debido a la cultura a la que se pertenece (McDermott y col., 1983 y Singh y col., 1986, citados por Alvarez y de la Mora, 1995).

En un estudio realizado por Hoffman (1975), citado por Navarro, 1992 las madres eran más afectuosas con las hijas que con los hijos, y usaban a sí mismo con ellas técnicas inductivas y menos técnicas basadas en la afirmación de poseer que con los hijos.

Estos datos son muy interesantes pues reflejan la presencia de tendencias sexistas bastante claras en las prácticas disciplinaria parentales, parece que hay una mayor vigilancia moral y más estricta sobre la conducta de la mujer, tanto por parte de los padres como de las madres, en los hombres ambos padres utilizan más razonamiento con los varones que con las mujeres con quienes utilizan la retirada de amor.

Las diferencias de género se encuentran también en investigaciones sobre imagen corporal que revela que en contraste con los varones en muchas sociedades industrializadas las mujeres adolescentes frecuentemente expresan insatisfacción con su apariencia y peso corporal (Fallon y Rozin, 1985; Tiggeman y Pennington, 1990, citados por Bolaños 1998).

Existe gran presión social que incita desde la niñez a las mujeres a prestar más atención a sus atractivos físicos y por tanto atribuyen más importancia a los estándares culturales para determinar ser atractivo o no.

Las diferencias de género en desórdenes alimentarios pueden ser tal vez por causa de factores hormonales o psicodinámicos, recientemente se ha dado una explicación basada en factores culturales que han comenzado a recibir mayor atención. Orbach (1978), Kaplan (1980) y Chernin (1981), mencionados por Perroni y Navarro, 1985, han hipotetizado que la socialización y el tratamiento de las mujeres en la moderna sociedad propician que las mujeres desarrollen desórdenes alimentarios.

Schilder (1981) citado por Alvarez y de la Mora, 1995, señalan “una imagen corporal es la suma de las imágenes corporales de la comunidad según diversas relaciones que en ella imperen”. Por tanto y partiendo del hecho de que dentro de una cultura se educa a los niños de acuerdo a su sexo, las relaciones serán distintas para uno u otro género.

Siguiendo con el rubro de la percepción del cuerpo, se puede ver que las diferencias establecidas entre hombres y mujeres, son principalmente de género, es decir, que los hombres son educados para aceptar con mayor facilidad sus propios cuerpos en razón de tamaño y fuerza, no así las mujeres que por una parte deberán ser recatadas, pero por otra deberán tener los suficientes encantos como para atraer a una pareja.

CAPITULO V: IMAGEN CORPORAL

Muchos de los seres humanos dedicamos muchas horas de nuestra vida y dinero en escoger la ropa que servirá para el tipo de imagen que queremos proyectar. La moda de ahora tal parece que te exige que seas una persona diferente a lo que realmente eres como si nos pudiéramos eternizar en un cuerpo joven y vigoroso, atractivo y elegante.

Todas las personas estamos preocupadas por nuestra imagen, pero hay quienes esa preocupación la viven potenciada aunque su conducta sea autodestructiva y se oponga a su propio yo, a esta situación se le ha llamado narcisismo en referencia al mito del narciso, quien al rechazar el amor de otro, se enamora de su propia imagen (Lowen, 1987).

Hablar acerca de la imagen corporal atañe a la propia felicidad del individuo. Aquella persona satisfecha con su imagen corporal es más feliz y tenderá menos a deprimirse que aquel individuo que se encuentra insatisfecho con su propio cuerpo (Navarro, 1992).

Lo anterior nos demuestra como se nos inculca que siendo atractivos puede alcanzar los más grandes valores de esta sociedad que son: prestigio, poder económico, popularidad, etc., dejando de lado la aceptación del yo es decir, la conexión auténtica del cuerpo mediante lo que sentimos (enojo, sexo, hambre, tristeza), y la imagen que tenemos del cuerpo (Lowen, 1987).

5.1.-EL SIGNIFICADO DE LA IMAGEN CORPORAL.

La imagen corporal además de ser un concepto en el que influyen múltiples teorías (psicoanalíticas, clínicas, psiquiátricas, psicosociales y psicogénéticas, etc.), no se reduce a una simple imagen óptica del cuerpo, sino una elaboración y organización en el que intervienen aspectos cognoscitivos complejos y conscientes, de conjuntos de representaciones y afectos de un cuerpo objeto y un cuerpo sujeto (Bruchon- Schweitzer, 1992).

La imagen se construye por el reconocimiento del propio cuerpo y del cuerpo del otro. Kennedy y Katz R, (1990). Rosenbaum (1979) (citados por Gómez, 1998), se refieren a la imagen corporal como la sensación del cuerpo que comienza en la niñez temprana y que se modifica continuamente a lo largo de la vida como consecuencia de la enfermedad, el dolor, el placer y la atención, que principalmente con los cambios físicos que se sufre en la adolescencia durante la pubertad se modifica la imagen corporal previa.

La imagen del cuerpo es la configuración global que forma 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.

Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza, normas de rol) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa (Bruchon-Sweitzer, 1992).

De acuerdo con la misma autora (Bruchon-Sweitzer, 1992 citada por Gómez, 1998), dentro de la imagen corporal existe el componente satisfacción/insatisfacción es una de las variables más importantes en tanto que modula las relaciones: entre realidades externas más o menos objetivas por ejemplo, cuerpo real, peso corporal, comportamientos y percepciones de otros y unas realidades internas principalmente subjetivas, como por ejemplo, la percepción del si mismo, autoevaluación, autoatribución.

Otros autores como Frazier y Car (1976) citados por Murrieta, 1997, señalan que la imagen o esquema corporal, se refiere al modo en que se siente y evalúa el propio organismo. Las percepciones sensoriales de la musculatura esquelética, la superficie del cuerpo, así como las que provienen de la parte interna del organismo que contribuyen al esquema corporal.

Esto implica el grado de claridad o distorsión en la percepción del cuerpo, la satisfacción o descontento que se experimenta por el mismo y la naturaleza de la relación entre la persona y su organismo como objeto.

La satisfacción corporal es el grado de aceptación que el sujeto tiene de su propio cuerpo. En la satisfacción corporal, intervienen tres dimensiones, dos son específicas de cada sexo (la condición física es común en los dos sexos) y

el atractivo físico global y la fuerza del cuerpo, son factores masculinos. El atractivo heterosexual y las preocupaciones relativas al peso son factores femeninos (Franzai y Herzog, 1980).

Aproximadamente hace 15 años, un largo número de investigaciones han encontrado una asociación entre problemas con la imagen corporal y los desórdenes de la alimentación. Estos descubrimientos tienen un sustento en estudios longitudinales.

Ejemplo de estos estudios son los que realizaron Cattarin y Thompson (1994) citados por Thompson, 1997 en el que en un estudio longitudinal de 3 años con mujeres adolescentes, encontraron que la insatisfacción con la imagen corporal y la inmadurez, fueron predictores de los trastornos de la alimentación.

La insatisfacción corporal puede ser conceptualizada como el grado con el cual la percepción del tamaño y forma actual difiere del tamaño y forma corporal ideal percibida por el individuo (Bennet, Davis, Goreczny y Gleaves y Williamson, , citado por Pérez y Platas, 1998).

Así mismo la insatisfacción corporal trae consigo un fenómeno perceptual que las personas hacen de su cuerpo cuando existe insatisfacción, este fenómeno se le ha denominado distorsión de la imagen corporal. Gómez Pérez-Mitré, (1998), define la distorsión de la imagen corporal, al mayor o menor alejamiento, específico, concreto del peso real, esto es la diferencia entre peso real y peso imaginario.

Peso real, es el resultado de la medición realizada con báscula y/o el valor del índice de masa corporal, que es la relación entre el peso dividido entre la talla al cuadrado. Y el peso imaginario es 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 distorsión de la imagen corporal es la alteración más frecuente en los trastornos de la alimentación sin embargo, esta situación se está extrapolando cada vez mas en los hombres y mujeres de la época actual, ambos sexos están preocupados por la forma de su cuerpo, sobre todo en etapas de la vida en la que la búsqueda de la identidad no a concluido, esto nos sugiere que la adolescencia es una edad de gran riesgo en la contracción de trastornos alimentarios.

La “distorsión de la imagen corporal” es el trastorno que al nivel de personalidad se presenta en las pacientes anoréxicas y bulímicas, ya que es clásico que estas personas buscan siempre la aprobación de los demás, evitan problemas; son excesivamente dependientes, perfeccionistas y socialmente ansiosas (Jimerson, 1990).

Aunado a esto, se suman características de las sociedades altamente desarrolladas (así como de las clases sociales altas, de la raza Blanca, etc.), por ejemplo la moda modifica la imagen que tiene el individuo de su propio cuerpo, día a día se bombardea a la población con publicidad de que “un cuerpo de extrema delgadez” es sinónimo de belleza en el que, modelos, artistas y medios masivos de comunicación son los principales difusores (Yañez, 1992).

A través de lo descrito hasta ahora se manifiesta que la dimensión más estudiada del aspecto físico es el atractivo/ no atractivo. El aspecto físico con el que se evalúa si alguien es agradable o desagradable, incluye diversos detalles de la forma del cuerpo, sexo, atractivo físico, edad, vestidos, gestos, expresiones (Bolaños, 1998).

Estos aspectos físicos a su vez pueden constituir factores de riesgo que se han asociado a los trastornos de la alimentación, como ya dijimos el ambiente social y cultural que aplaude la delgadez, pero también el ambiente familiar en el que los padres son muy aprehensivos, sumamente críticos con tradiciones creencias fuertemente arraigadas; el nivel económico, principalmente en niveles de clase alta, factores biológicos que explican que hay una anormal regulación de la serotonina lo que produce una inadecuada sensación de saciedad al nivel del cerebro; la profesión; el sexo y la edad (Yañez, 1992).

Algunos estudios como los de Bersheid, Walster y Bohrnstedt (citados por Rivera 1997), señalan que en el caso de las mujeres la insatisfacción corporal disminuye mientras aumenta la edad y que la caída neta de esta puntuación se observa después de los 45 años.

5.2.- IMAGEN CORPORAL DEL ADOLESCENTE.

En la literatura se menciona que la edad en investigaciones de imagen corporal es importante y necesita ser controlada. Se ha encontrado que la distorsión de la imagen corporal es mayor en adolescentes que en jóvenes. Y se hipotetiza que la habilidad para reportar exactamente la imagen corporal involucra desarrollo perceptual y maduracional. (Button, Fransella y Slade, 1977, Slade, 1985; Wingate y Christie, 1978, citados por Brodie, Bagley y Slade, 1994).

La incidencia de los desordenes de la alimentación se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil. Este hecho se ha relacionado con la probabilidad de que la insatisfacción corporal sea resultado de la adaptación a los cambios físicos que ocurren durante la pubertad (Bolaños, 1998).

Existen estudios (Fabian & Thompson, 1989 citado por Thompson, 1997), que relacionan la pubertad y el tiempo de maduración con la percepción de la imagen corporal. En dichos estudios se encontró que un grupo de adolescentes que ya habían tenido su primera menstruación, tenían menos satisfacción con las partes de su cuerpo que las muchachas que aun no presentaban su menstruación.

La explicación a este fenómeno es que la maduración temprana se relaciona con mayor peso corporal y que por lo tanto se iniciarían mas tempranamente los cambios físicos y psicológicos en el adolescente (Thompson, 1997)..

El adolescente busca una imagen del aspecto físico personal y esto incluye el desarrollo de un cuerpo de adulto, lo que resulta una labor intelectual y emocional entremezclada con problemas nutricionales.

Los adolescentes generalmente se sienten incómodos por sus cambios corporales rápidos y al mismo tiempo anhelan crecer como sus compañeros e ídolos más perfectos de su cultura (Arlin y Mahan, 1995).

Los adolescentes pueden ser en exceso intolerantes con las desviaciones, sobre todo respecto a la clase de cuerpo que poseen, en nuestra sociedad algunos jóvenes se someten a dietas intensivas mientras otros se embarcan en programas rigurosos de acondicionamiento y entrenamiento físico-levantamiento de pesas, atletismo o danza.

En general, la primera preocupación de los muchachos es el poder físico que pueden ejercer en el medio (Lerner, Orlos y Knapp, 1976 citado por Craig, 1997). Por el contrario, a las niñas les inquieta ser demasiado gruesas o altas. Se concentran en el peso, en parte a causa de sus desvelos por la aceptación social.

En una muestra de adolescentes, Fabián y Thompson, 1989 (citado por Thompson, 1997), encontraron que las molestias y los comentarios verbales negativos, tiene una significativa relación entre la insatisfacción corporal, los desordenes alimentarios y la baja autoestima y esto parece ser más insidioso en períodos de mas sensibilidad como lo es la época de la adolescencia.

También es cierto que mucho antes de la pubertad los niños de ambos sexos aprenden qué es lo que constituye la adecuación sexual de la apariencia y qué papel desempeña un papel apropiado a su sexo para tener éxito en los ajustes sociales. En consecuencia, se preocupan por toda característica de su cuerpo que sugiera una adecuación al sexo pertinente (Hurlock, 1997, citado por Navarro, 1992).

Las muchachas saben que los adolescentes las prefieren delgadas, con piernas largas y un busto bien desarrollado, y esto hace que se sientan preocupadas cuando sus características físicas no concuerdan con esta imagen, así muchas chicas normales, y aun delgadas, se consideran obesas y tratan de perder kilos.

Llevada al extremo esta preocupación por el peso conduce a la anorexia nervosa o la bulimia (Craig, 1997). Los trastornos de la alimentación (Anorexia y Bulimia Nervosa) originan una gama de formas corporales en adolescentes, que varían desde las extremadamente delgadas hasta las muy obesas.

Existe la posibilidad de encontrar mayor incidencia de casos reportados con bulimia nervosa, en adolescentes de mayor edad y de igual forma su cuerpo lo perciben distorsionado, mirándose al espejo como "gordas".

En realidad si sufren transformaciones corporales: su cara se torna en forma de luna por la inflamación de las glándulas salivales debidas al vómito, su piel se ve color cetrino, el pelo es ralo y cenizo y sus ojos se ven hundidos.

La adolescente obesa a veces subestima su peso corporal, pero también subestima su valía, se avergüenza de sí y esto provoca un mal autoconcepto. En su afán por reducir su peso corporal se somete a dietas mágicas, a los fármacos y equipos que parecen ser el remedio rápido que buscan, sin embargo no lo logran y se desaniman (Arlin y Mahan, 1995).

El impacto de la pubertad sobre la imagen corporal no es el mismo para ambos sexos, en varones adolescentes se observa más satisfacción con su apariencia física. Esta relación no es positiva en el caso de las mujeres (Crockett y Petersen, 1987; Nottelmann, Susman, Inoff-Germain, Cutler, Loriaux y Chrousus, 1987; citados por Bariaud, Cohen, Delmas, Jeanvoire, Rodriguez y Szylagy, 1993). Con relación a esto último, se dedicara en el siguiente subtema a las diferencias de la imagen corporal en el género masculino y femenino.

5.3.- IMAGEN CORPORAL: DIFERENCIAS DE GENERO

“En la mayor parte de las especies superiores, los machos y las hembras se comportan en forma diferente, sin ninguna cultura que los explique, estas diferencias sexuales deben estar arraigadas en la biología”.

Esto nos indica que también en el ser humano las formas diferentes de percibir, de pensar, sentir y comportarse tienen un sustento biológico, y en cierta forma es cierto, ya que vemos a simple vista que los seres humanos son visiblemente diferentes en algunas características físicas (Horton y Hunt, 1992).

Ejemplo de esto es el acelerado aumento de peso y estatura, así como un mayor desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. Los adolescentes hombres durante la pubertad tienen una mayor ganancia de tejido magro a diferencia de las mujeres que aumentan más su tejido graso, situación determinante que marca la diferencia calórica entre los sexos (Hernández, 1995).

Pero las diferencias sexuales no solo se aprecian en el ámbito anatómico, sino que también en sociabilidad, sugestibilidad, autoestima, conocimientos cognoscitivos superiores, capacidad de respuesta a los estímulos visuales y auditivos, capacidad de respuesta al medio ambiente, temor, timidez, ansiedad, nivel de actividad, motivación para el rendimiento y comportamiento alimenticio (Benhoww y Stanley, 1980 citados por Horton y Hunt, 1992).

Estas diferencias entre los géneros, no es solo el resultado de la herencia, también está presente la sociedad y la cultura en que vive inmerso el individuo. Así vemos que ninguna persona desde que es niño trata igual a las niñas y a los niños. Las sociedades no ofrecen a los niños idénticos modelos adultos masculinos y femeninos para su imitación.

En esta sociedad el estándar presente de comportamiento para la mujer es de delicadeza, finura, comprensión y sumisión y el hombre representa la fuerza, el dominio y la rudeza. De este mismo modo el tipo de imagen estereotipada como atractivo por la cultura y los medios de comunicación masiva como la televisión y las revistas, es más estricto para las mujeres que para los hombres.

Esto se denota en los mensajes enviados a la población, que muestran una imagen irreal de extrema delgadez para el atractivo corporal de las mujeres, lo que realmente es un elemento alarmante para incrementar la incidencia de los desordenes de la alimentación (Navarro, 1992).

En la actualidad aspirar a conseguir un cuerpo delgado se ha vuelto una meta, quizás una de las más importantes para muchas mujeres, de tal forma que los criterios mas apropiados son los de un cuerpo delgado y joven. Sin embargo, los criterios sobre como debe ser el cuerpo también van dirigidos hacia los hombres pensando que este debe ser atlético, de musculatura desarrollada.

Para ambos sexos se ha establecido estereotipos corporales, pudiéndose observar que en la mujer la exigencia a la delgadez es mayor que en el de los hombres (Gomer, Gorfinkiel, 1980; Kelly, Perdue, Peterson y Silverstein, 1986, citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

En la pubertad, la adolescencia y la adultez, las mujeres reciben el mensaje de que el cómo se ven es más importante que lo que piensan, hacen o sienten. Y esto se inicia desde la niñez con las lecciones más perniciosas de que las niñas se deben ver bonitas para los niños y estas niñas aprenden a esperar premios por lo que estereotipadamente son llamados "tratos femeninos".

Diferencias psicológicas entre hombres y mujeres pueden contribuir para diferir en la vulnerabilidad de las mujeres para los desórdenes alimentarios, sin embargo esto no puede afirmarse, ya que también estas diferencias de género en los trastornos de la alimentación pueden ser tal vez el producto de factores hormonales o psicodinámicos.

Según estudios de clínicos psicoanalistas que se enfocan en problemas del desarrollo de la mujer, se ha especulado acerca del temor que le tienen las adolescentes a engordar, a lo que en esta etapa sería más bien, a crecer desarrollando un cuerpo maduro, una figura redonda; tiene mucho que ver con tenerle miedo a las responsabilidades que conlleva ser adulto: sobre todo a lo que implica ser madre (Cortina y Muzo, 1999).

Las mujeres generalmente están menos satisfechas con sus cuerpos que los hombres. Aquí cabe mencionar las investigaciones realizadas por Franzoi y Herzog (1986) citados por Bruchon-Schweitzer, 1992.

Lo anterior se demuestra con otros estudios citados más recientemente por Thompson, (1997), los resultados de estos estudios encontraron que heterosexuales, mujeres y hombres homosexuales, querían tener un peso ideal menor al que tenían y una mayor preocupación por el peso y la imagen de su cuerpo, declarando que deseaban ser más delgadas, en cambio en los hombres heterosexuales y las lesbianas este anhelo y preocupación se vio disminuido.

A fin de conocer ciertos determinantes de la satisfacción corporal Jourard y Secord (1954), citados por Bruchon-Schweitzer en Bolaños (1998) exhortaron a unos estudiantes masculinos a responder a una Escala (Body Cathexis Scale que es la de las tres dimensiones), y que evaluaran a continuación las medidas ideales, según ellos de siete partes del cuerpo masculino. Después se tomaron medidas reales en estas zonas.

Se encontró que los sujetos masculinos estaban más satisfechos de una región del cuerpo cuanto más desarrollada. El mismo procedimiento se aplicó a estudiantes del sexo femenino y para ellas el cuerpo ideal fue el de un desarrollo relativamente débil y delgadas de las estructuras somáticas y la satisfacción relativa a cada zona es tanto más fuerte cuanto más delgada y pequeña sea la región, excepto el pecho.

También podemos observar que existen diferencias en la forma de percibir el cuerpo ideal entre sexos, esto debido a diversos factores: biológicos, psicológicos y culturales, incluso con la finalidad de dilucidar las razones por las que existe diferencia se incluyen las influencias familiares y la relación con los padres como elementos que inculcan en sus hijos a muy temprana edad, ideales de femineidad y masculinidad.

5.4.- IMAGEN CORPORAL: UNA CONSTRUCCION FAMILIAR.

La familia desempeña un papel importante en la instalación y el mantenimiento de la obesidad (y otros trastornos alimentarios), como un microsistema social, en el que se involucran la comunicación, división de roles y transacción, que tienen impacto sobre las costumbres alimentarias del niño y el adolescente y una imagen corporal negativa, pérdida de la autoestima, ansiedad, depresión, hostilidad, sentimientos de culpa y síntomas somáticos (Díaz de León, Jiménez y Malacara, 1992).

Donde la separación de la madre puede ser un importante factor en la consolidación de la identidad masculina (Greenson, 1968 citado por Navarro, 1992), la identificación femenina puede basarse más en una identificación directa con la imagen del cuerpo.

Las líneas divisorias y límites entre la identidad de la madre y la identidad de su hija son más borrosas que con las de sus hijos. Las madres no distinguen muy bien entre ellas. Por ser del mismo sexo, sienten que tienen derecho de meterse en la vida de sus hijas, lo cual no sucede en la relación madre-hijo.

En algunas ocasiones las madres ven a sus hijas como extensiones narcisistas de ellas mismas; por lo que les proyectan sus propias esperanzas, miedos y fantasías sobre la feminidad.

En el segundo año de vida, durante el periodo crucial de la formación identidad-género; la niña debiera alejarse de su madre un poco para desarrollar una identidad distinta a la de la madre, pero al mismo tiempo debe aprender a identificarse con la madre como una mujer, es decir convertirse en esencia igual que su madre: en una imagen con cuerpo de mujer (Cortina y Muzo, 1999).

El trabajo de construir una imagen de sí mismo, incluyendo la del cuerpo no solo involucra a la madre, también el padre puede tener conflicto con el hijo ya que generalmente surge del deseo que el padre tiene de formar al niño de acuerdo con alguna imagen que está en la mente del padre (Lowen, 1987).

Otra explicación fundamentada en las teorías de Freud (1924) citado por Dicaprio, 1995, acerca del complejo de Edipo, mito griego de Edipo Rey, quien sin saberlo mató a su padre y se casó con su madre, el complejo se refiere a la atracción sexual que el niño pretende desarrollar por su madre durante la etapa fálica (3 o 5 a 6 años).

Si el conflicto se soluciona de manera normal, el niño renuncia sus deseos amorosos, respecto a su madre, si no logra, ese niño crecerá y mostrara actitudes de autodesprecio, humildad, timidez, tristeza, aislamiento y obediencia (Dicaprio, 1995)

Las actitudes paternas hacia el peso o la imagen corporal son aspectos muy relevantes para tomar en cuenta en la génesis de la patología alimentaria. Las actitudes paternas hacia el peso son relevantes en la medida que los padres comunican a través de sus comentarios un ideal del cuerpo, o la importancia que el peso puede tener en la valoración de las personas, dichos comentarios tienen efecto en la autoimagen que su hijo construya.

Al parecer las hermanas también parecen tener un papel perjudicial para obtener un trastorno alimentario, o con una gran preocupación por el peso con una alta frecuencia de conductas restrictivas. De esta forma las características familiares pueden amplificar los imperativos socioculturales y esto podría ser muy relevante cuando se sabe que los valores estéticos de delgadez son factores de riesgo para contraer trastornos alimentarios (Hernández, 1995).

5.5.-INVESTIGACIONES REALIZADAS

Debe destacarse que es la mujer, la adolescente, o aún la niña, la que se ve más afectada que sus congéneres hombres por la presión social y consecuentemente, se ha encontrado, que las mujeres más que los hombres por la presión social se someten a dieta por desear una figura o cuerpo delgado (insatisfacción corporal) independientemente del peso real u objetivo;

autopercibirce con sobrepeso, considerarse obesa, gruesa, gorda (alteración de la imagen corporal en su efecto sobre-estimación), considerar que una apariencia física atractiva está ligada con esbeltez y preocuparse por el peso corporal (Polivy & Herman, 1985, citados por Gómez Pérez-Mitré, 1999).

También las investigaciones de Gómez Perez-Mitré, en 1997 y 1999, señalan diferencias de género en la autopercepción de la figura actual de las adolescentes mujeres y los adolescentes varones. Al trabajar con una muestra de 1962 preadolescentes de 5 y 6 año de primaria y segundo y tercero de secundaria, con un rango de edad de 9 a 13 años, el 67% eligió una figura muy delgada, 2.5% eligió una figura con sobrepeso y el 30% se identificó con la figura de peso o tamaño medio.

En el caso del estudio de 1999 que realizo con 1663 hombres adolescentes de 17 años de edad promedio, encontró que perciben su figura actual en la categoría de delgada. La autopercepción del peso de estos adolescentes se inclinaba más bien hacia el peso bajo y normal que al sobrepeso y obesidad.

En cuanto a la Satisfacción/Insatisfacción y Alteración de la imagen corporal, los adolescentes de este estudio mostraron porcentajes más altos en la categoría de Insatisfacción negativa, es decir se quejaban por estar más delgados o porque querían estar más gruesos y además se observó en ellos una subestimación de su imagen corporal, ya que se veían más delgados de lo que estaban en realidad.

Cabe mencionar que los hombres adolescentes dijeron que la Figura Corporal en la importancia para interactuar con el sexo opuesto era de importancia regular, en cambio atribuyo poca importancia a la figura para interactuar con la familia y en los estudios y resultó importante la figura corporal para ellos mismos.

La figura ideal para los hombres adolescentes de este estudio fue aquella que resultaba ligeramente grande o figura mesomorfa o con músculos (Bruchon-Schweitzer, 1992, citados por Gómez-Pérez-Mitré, Granados, Jauregui y Unikel, 1997), a diferencia de las mujeres que escogen como figura ideal a una muy delgada y en promedio el IMC de los adolescentes los ubicaba dentro de la categoría de normal.

En el estudio de Gómez Pérez-Mitré, llamado *Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos adolescentes 1997*, llevó a cabo la investigación con 200 preadolescentes del sexo femenino y masculino con edad promedio de 10 a 11 años, estudiantes de los dos últimos años de la primaria de escuelas públicas y privadas.

Los resultados que reporta en este estudio indican que un porcentaje mayor de niñas que de niños seleccionó como figura ideal a la silueta delgada y muy delgada. En cuanto a la autopercepción de su peso corporal, un 65% de las niñas se auto-percibió con peso normal y un 25% como gorda y muy gorda, en cambio el 62% de niños se percibió como muy por debajo de su peso normal, 25% por abajo del peso normal

En la tesis de Pérez y Platas, 1998, se describe que de la población total de su muestra, la tercera parte de mujeres con percepción positiva de su relación materna y mujeres con percepción negativa de su relación materna, eligieron como figura ideal una figura por debajo de normal o delgada, lo que implicó insatisfacción con la imagen corporal.

Craig, 1997, dice que la mayor preocupación de los adolescentes es su físico u que a las mujeres les inquieta demasiado ser gruesas o altas, porque a nuestra sociedad les disgusta la gordura, en cambio a los hombres les preocupa más el poder físico y la fuerza.

En reiteradas ocasiones se ha dicho que uno de los factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación, ha sido el grado de satisfacción/insatisfacción que pueda tenerse con la imagen corporal, por ello en esta ocasión se describirán algunos de los comentarios que hacen los investigadores de sus estudios.

En la mayoría de los estudios se ha encontrado que los porcentajes más altos son los de insatisfacción con la Imagen Corporal, lo que implica que los estudiantes están insatisfechos por estar más delgados o porque ese mismo porcentaje subestima su peso, es decir se perciben más delgados de lo que están, esto es el caso de los hombres (Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jauregui y Unikel, 1997)

Pregunta Directa sobre satisfacción.

En las adolescentes no existe un descontento, sino un contenido normativo con la propia imagen corporal, pues no aceptan (cuando se les pregunta directamente) sentirse insatisfechas con su figura corporal, sin embargo las mismas sujetos muestran insatisfacción cuando esta variable se estima indirectamente (Aguilar y Rodríguez, 1997).

El término de “Contenido Normativo”, se refiere a que pareciera ser que para las adolescentes y preadolescentes mexicanas es incómodo expresar abiertamente insatisfacción con su cuerpo y responden como si existiera una norma (cultural) no escrita, latente, que señalara como socialmente indeseable quejarse o inconformarse con algo tan personal, como lo es la forma y tamaño del cuerpo, al contrario de lo que sucede con las norteamericanas en donde parece que estar socialmente insatisfecha es lo socialmente aceptado (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Hay también una tendencia a encontrar diferencias entre los géneros al evaluar la autopercepción de su peso corporal, las mujeres, se perciben con sobrepeso y porcentajes mucho menores de hombres se percibe con sobrepeso. En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré en 1995, con diferentes muestras de mexicanas con niveles educativos desde secundaria a Posgrado, se encontró que consistentemente los grupos de mujeres se autopercebían con mayor peso del que realmente tenían, o por lo menos del indicado por IMC y en consecuencia deseaban pesar menos.

Las investigaciones respecto al Índice de masa Corporal (IMC) muestran las siguientes tendencias. El IMC promedio ubica a los sujetos del sexo masculino en peso normal y sobrepeso, esto es lo que refiere Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jauregui y Unikel, 1997 en su estudio de Factores de Riesgo Asociados con la I.C y Conducta alimentaria en muestras del Género Masculino.

En cambio esta misma autora en 1995, realizó un estudio con mujeres para determinar peso real, peso imaginario y Distorsión de la I.C y encontró que las adolescentes de 15 a 20 no se encontraron en la categoría de obesidad y el porcentaje mayor correspondió al peso normal y aparece, además la categoría de peso muy bajo.

Alteración:

Se han hallado algunos datos de que la edad promedio en la que se establece la bulimia es a los 18 años, edad en la que también se han observado las mismas tasas más altas de insatisfacción con el propio cuerpo. Así como el mayor grado de distorsión de la imagen corporal, (Crawley y Portides, 1995, citado por Alvarez, Manriquez, Mancilla y Roman, 1996) quienes realizaron un estudio con jóvenes adolescentes, en el que observaron una clara tendencia a la sobrestimación de su peso, la que inevitablemente se asocia con una insatisfacción con su cuerpo,

Nuevamente los estudios de Gómez Pérez-Mitré, reiteran que los adolescentes tienden a alterar su imagen corporal y para ello esta autora en 1999 realizó un estudio con Preadolescentes mexicanas y encontró que en el efecto sobre-estimación/sub-estimación (alteración), el 25% arrojó un efecto de subestimación (diferencia negativa) y el 29% de sobrestimación (diferencia positiva), lo que indica que el porcentaje mayor corresponde a sobrestimar o ver más gruesa su figura.

En el caso de los hombres en otro estudio (Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jauregui y Unikel, 1997) se encontró que los hombres los porcentajes más altos corresponden a una subestimación, es decir alteran su imagen corporal porque se perciben más delgados de lo que son.

Preocupación por el peso.

Cada vez más se ha venido dando mucha preocupación por el peso sobretudo en los adolescentes, pero parece que las mujeres presentan aun más de este fenómeno. Gómez Pérez-Mitré en su estudio con preadolescentes, 1999 señaló que el porcentaje más alto (32%) correspondió a demasiada preocupación de las adolescentes por su peso corporal.

Al respecto Pérez y Platas, 1998 en su tesis describen que el factor de preocupación por el peso resulta un fenómeno común a todos los grupos, tanto en adolescentes de población normal, poblaciones clínicas y aunado a esto agrega que por ello en su estudio no encontró una relación con la preocupación por el peso de las adolescentes y la percepción de la relación materna.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

79

Por otro lado diversos autores, entre ellos Craig (1997) han manifestado que en tanto que el adolescente busca su identidad y encajar con los otros su mayor preocupación es su físico y esto incluye una verdadera preocupación por el cuerpo y por su peso, ya sea que en las mujeres les preocupe estar delgadas y en los hombres estar más gruesos o pesar un poco más de su peso ideal.

Actitud hacia la obesidad.

La gordura se percibe negativamente, y se relaciona con preocupación por el peso, seguimiento de dietas en adolescentes y aún en niños de peso normal (Hill y Robinson y Hsu, 1983, citados por Hernández, 1995) destacan la importancia del atractivo físico en las sociedades occidentales actuales y ha encontrado que en las mujeres este atractivo se relaciona con la delgadez, mientras que los hombres prefieren ser más grandes y pesados.

Así mismo la preocupación por mantenerse dentro de los patrones culturales y sociales establecidos como aceptables hace que las mujeres, más que los hombres desarrollen actitudes y conductas encaminadas a lograr el ideal de la imagen corporal.

Campollo (1995) y Hernández (1993) citados por Yañez, 1992, afirman que en las sociedades industrializadas existe una actitud negativa hacia la obesidad, lo que contribuye a disminuir la autoestima y a incrementar problemas psicológicos como depresión, hipocondriasis e introversión social.

Así mismo los atributos negativos como perezoso, lento y sucio son asociados con las personas obesas, mientras que la belleza, la inteligencia y la sociabilidad son relacionadas con personas delgadas.

CAPITULO VI: PLAN DE INVESTIGACION

6.1- PROPÓSITO DEL ESTUDIO.

Describir la relación que existe entre la imagen corporal de los adolescentes (satisfacción/insatisfacción, figura actual, figura ideal, alteración, autopercepción del peso corporal, preocupación por el peso, actitud hacia la obesidad) y la percepción de la relación materna.

6.2-OBJETIVOS.

- Conocer cuales de las variables de la Imagen Corporal se ve influenciada por la percepción de la relación materna.
- Detectar factores de riesgo para la contracción de trastornos de la alimentación.
- Corroborar algunos datos teóricos con la realidad actual de los adolescentes.

6.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Determinar la relación que existe entre la percepción de la relación materna y las variables relacionadas con la Imagen Corporal de los adolescentes.

6.4-PLANTEAMIENTO DE HIPOTESIS DE TRABAJO.

H1. Las adolescentes del sexo femenino estarán más satisfechas con su imagen corporal que los adolescentes del sexo masculino.

H2. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna estarán más satisfechos con su imagen corporal que los adolescentes con percepción negativa.

H3. Las mujeres presentarán mayor alteración en la percepción de su Imagen Corporal que los adolescentes con percepción negativa.

H4. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna presentarán menor alteración en la percepción de su imagen corporal que los adolescentes con percepción negativa.

H5. Las adolescentes estarán más preocupadas por el peso corporal que los hombres.

H6. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna se preocuparán menos por su peso corporal que los adolescentes con percepción negativa.

H7. Las mujeres tendrán una actitud más negativa hacia la obesidad que los hombres.

H8. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna tendrán una actitud menos negativa que los adolescentes con percepción negativa.

6.5- DEFINICION DE VARIABLES.

6.5.1. VARIABLES INDEPENDIENTES.

PERCEPCION DE LA RELACION MATERNA

DEFINICION CONCEPTUAL. “La relación materna se define como la seguridad del lazo entre la madre e hijos, las respuestas de aquella y sus efectos en el niño” (Porot, 1977 pp-189).

DEFINICION OPERACIONAL. La percepción que las mujeres y hombres adolescentes tienen de sus relaciones maternas se obtuvieron a través de las respuestas que los sujetos dieron ante una escala que mide percepción de la relación materna. (Ver anexo).

SEXO

DEFINICION CONCEPTUAL. “Son los componentes biológicos, anatómicos y el intercambio social y sexual, los que hacen que el individuo se identifique como hombre o mujer” (Fernández, 1997 pp-160).

DEFINICION OPERACIONAL. Es el tipo de cuestionario y hoja de respuesta que se le asignó al sujeto, donde las hojas de respuesta y los cuestionarios marcados con XY serán para hombres y los XX para las mujeres.

6.5.2 VARIABLES DEPENDIENTES.

IMAGEN CORPORAL.

DÉFINICION CONCEPTUAL

Imagen corporal. “Es la configuración global o como conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias” (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Satisfacción. Es el grado de aceptación que el sujeto tiene de su propio cuerpo, esta satisfacción depende de cada sexo (Franzoi y Herzog, 1980).

Insatisfacción. Es el grado en que la percepción del tamaño y forma corporal actual difiere del tamaño y forma ideal percibida por el individuo (Williamson, Davis, Bennet, Goreczny y Gleaves citado en Pérez y Platas, 1998).

Alteración. Es una percepción errónea que las personas hacen de su cuerpo y de su peso corporal, que se aleja de la medida real y objetiva de su cuerpo (Mora y Raich, 1994)

Preocupación por el peso. Es una atención permanente hacia el peso, cuidando que este no se vea alterado o aumentado (Krause, 1998)

Actitud hacia la obesidad. Las actitudes son las predisposiciones aprendidas para responder de manera favorable o adversa ante un objeto específico, que en este caso es hacia la obesidad (Feldman, 1994).

DÉFINICION OPERACIONAL.

Insatisfacción : De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1995), insatisfacción se define como la diferencia entre la figura actual y la figura ideal, la diferencia puede ser positiva o negativa. Y esta se obtiene a través de las siguientes operaciones:

Cuando la elección de la figura actual - elección de la Figura Ideal= 0, indica que hay Satisfacción con la imagen corporal.

Cuando la elección de la figura actual- elección de la figura Ideal= a una diferencia positiva, hay insatisfacción con la imagen corporal, porque se desea estar más delgadas.

Y cuando la elección de la Figura Actual- Elección de la Figura Ideal= a una diferencia negativa, se presenta una insatisfacción con la imagen corporal porque se quiere estar más grueso o con mayor masa corporal.

A mayor diferencia, mayor insatisfacción

Figura actual: Es la elección que el sujeto hizo de una silueta, cuando se le pidió que escogiera aquella que más se le parece. La figura actual se midió con la respuesta que el sujeto dio ante la escala visual y en la que se le dijo: "Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal" y se le presentaron 9 siluetas de la figura humana (Ver Anexo, sección C), colocadas al azar, que cubren un continuo de peso que va desde una silueta delgada a una obesa, pasando por una silueta que tiene peso normal.

Figura Ideal. Se midió a través de la respuesta que el sujeto daba a una escala visual en la que se le indicó: " Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener", se le presentaron 9 siluetas de la figura humana colocadas al azar que cubren un continuo de peso que va desde una silueta delgada a una obesa pasando por una silueta que tiene peso normal (Ver anexo, sección G).

Alteración. De acuerdo con la misma autora, la alteración es la diferencia entre una estimación subjetiva (autopercepción del peso corporal) que el sujeto hace de su cuerpo y una medida real y objetiva de su cuerpo, que es el Índice de Masa Corporal (IMC) el cual se saca de una tabla de puntos de corte del IMC, elaborada por Saucedo y Gómez Perez-Mitré, 1997 (Ver Tabla C). La no diferencia sería la no-alteración de la imagen corporal y la diferencia positiva sería sobrestimación y una diferencia negativa sería subestimación).

Autopercepción del peso corporal. Es el puntaje que el sujeto obtiene de la ubicación que hace de su propio cuerpo en una escala que va desde muy delgado hasta muy gordo (Ver anexo, pregunta 9 de la sección K).

Preocupación por el peso corporal. Es el puntaje que el sujeto obtiene en la respuesta dada a la pregunta: ¿Te has sentido preocupado por tu peso? (Donde A=1=nunca, B=2= a veces, C=3= frecuentemente, D=4= Muy frecuentemente, E=5= Siempre) Ver anexo, p-133 y 143.

Actitud hacia la obesidad. Es el puntaje que el sujeto obtiene en la respuesta dada a la pregunta ¿ Lo que pienso de llegar a estar gorda? es: (A= Muy desfavorable, B= Desfavorable, C= Indiferente, D= Favorable, E= Muy favorable) Donde de la relación atractiva y peso corporal tanto objetivamente como subjetivamente (Ver anexo, pp-133-143).

CAPITULO VII: METODOLOGIA.

7.1- DISEÑO DE INVESTIGACION.

El presente estudio es de carácter confirmatorio, de campo, transversal, que incluye una muestra dividida en cuatro grupos con observaciones independientes, por lo tanto se empleo un diseño factorial 2x2

PERC. REL.MAT	SEXO. N=200	
POSITIVA	HOMBRES n=50	MUJERES n=49
NEGATIVA	HOMBRES n=50	MUJERES n=51

7.2-MUESTRA.

Se trabajó una muestra no probabilística por cuota de mujeres y hombres adolescentes que estaban cursando el bachillerato en escuelas públicas del Distrito Federal y zonas conurbadas.

La muestra total estuvo formada por una N= 200 adolescentes. Esta muestra se dividió en cuatro grupos. Un grupo ($n_1=49$) estuvo constituido por mujeres con percepción positiva (PP) de la relación materna, un segundo grupo ($n_2=51$) lo formaron mujeres con percepción negativa (PN), el tercer grupo ($n_3=50$) formado por hombres con PP de la relación materna y el cuarto grupo ($n_4=50$) hombres con PN de la relación materna.

7.3-CARACTERISTICAS DE LOS SUJETOS.

Los sujetos eran mujeres y hombres adolescentes con una edad promedio de 16 años, estudiantes de una preparatoria Pública.

CONTROL DE VARIANZA EXTERNA.

Los sujetos seleccionados debieron cumplir con las siguientes características.

Sexo : Femenino o Masculino.

Edad de 15 a 19 años.

Ocupación: Estudiantes

Escolaridad: Bachillerato.

Nivel socioeconómico Medio

Además que no padecieran alguna enfermedad de la vista, lo cual se corroboró mediante la observación de los adolescentes participantes en la contestación del cuestionario, se comprobó que no hubiera ninguna mutilación física (falta de un brazo, una joroba, quemaduras, etc.) que indujeran a que los adolescentes tuvieran una mala percepción de su cuerpo o el padecimiento de alguna enfermedad o disfunción de la vista, como ceguera, glaucoma, u otras que contribuyeran a que los sujetos tuvieran una mala percepción de las figuras visuales presentadas en la sección C y G en el Anexo que muestra al Cuestionario sobre Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993,1995,1997).

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplicó un cuestionario de formato mixto, que estuvo formado por preguntas abiertas, cerradas y escalares. Este cuestionario exploró:

- Area sociodemográfica. (Edad, sexo, trabajo del padre, de la madre, etc.) Ver anexo.
- Area de las relaciones con la madre. (Sección K). Se tomarán Las preguntas del 1 al 30.
- Area de imagen corporal. Para la estimación indirecta de la variable satisfacción/insatisfacción se utilizó una escala visual que corresponden a la sección C (Figura actual) y G (Figura Ideal), en las que se presentan 9 siluetas en cada sección de la figura humana que cubren un continuo de peso, que va de una silueta delgada (Puntaje=1) a una obesa (puntaje=9) pasando por una silueta que tiene peso normal.

- La sección K se refiere a la autopercepción del peso corporal (Pregunta 9) y preocupación por el peso en la sección K, preguntas: 10 (Ver Anexo, P-132)
- En la sección C se le indicó al sujeto: “ Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal actual”.
- En la sección G se pidió al sujeto: “ Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener”.

La calificación de cada una de las figuras correspondiente a la figura actual se hizo tomando en cuenta la siguiente tabla.

A) TABLA DE CODIFICACION DE LA FIGURA ACTUAL.

OPCIONES	PUNTAJE	NIVEL DE DELGADEZ.
F	1	Muy delgada o Muy por debajo del peso normal
H	2	Delgada o por debajo del peso normal
A	3	Peso normal
I	4	Sobrepeso ligero
B	5	Sobrepeso medio
D	6	Sobrepeso alto
C	7	Gordura
E	8	Obesidad
G	9	Obesidad severa

B) TABLA DE PUNTUACIONES PARA CALIFICAR LA FIGURA IDEAL.

OPCIONES	PUNTAJE	NIVEL DE DELGADEZ.
G	1	Muy delgada o muy por debajo del peso normal
E	2	Delgada o por debajo del peso normal
C	3	Peso normal
A	4	Sobrepeso ligero
I	5	Sobrepeso medio
B	6	Sobrepeso alto
D	7	Gordura
F	8	Obesidad
H	9	Obesidad severa

Para sacar el IMC de cada sujeto se obtuvieron con base a la siguiente tabla de Puntos de Corte.

C) TABLA DE PUNTOS DE CORTE DEL IMC.

CATEGORIAS	PUNTOS DE CORTE
Bajo peso	15-18.9
Peso normal	19-22.9
Sobrepeso	23-27
Obesidad	Mayor a 27

Puntos de corte del IMC, según Saucedo y Gómez Perez-Mitré (1997).

7.4-PROCEDIMIENTO

Se acudió a las escuelas Públicas de nivel bachillerato para solicitar a los directivos de las escuelas su colaboración en esta investigación. Posteriormente se solicitó la participación voluntaria de los alumnos en los salones de clase.

Se realizó una aplicación colectiva de los instrumentos correspondientes y al término de la aplicación de los cuestionarios se tomó el 20% de la muestra total, para tomarles medidas antropométricas, con los siguientes instrumentos: báscula para obtener el peso y un estadímetro de madera con el fin de obtener la estatura o talla.

Estas medidas las llevaron a cabo personas capacitadas previamente para la medición de estos factores y posteriormente se obtuvo el IMC de los adolescentes.

El cuestionario que se les aplicó se llamó Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitre, 1993,1995) y se les dieron las siguientes instrucciones: “ Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, relacionados con tu alimentación y la salud en general. De ti depende el éxito de nuestra tarea, por lo que te pedimos tu colaboración para contestar este cuestionario lo más cuidadosa y honestamente posible”.

“Lean cada pregunta y contesten con lápiz en la hoja de respuestas que se les entregó junto con el cuadernillo. En la hoja de respuestas, deben rellenar completamente el círculo, no solamente tacharlo o subrayarlo. No olviden anotar su nombre, peso y estatura, en dado caso que no lo sepan exactamente anoten el aproximado, es muy importante que lo pongan. Si tienen alguna duda consulten con la persona que les entregó el cuestionario. Al finalizar la aplicación se les harán las mediciones antropométricas, de peso y estatura. Muchas Gracias por su colaboración”.

RESULTADOS

El propósito del presente estudio fue determinar la relación que existe entre la percepción positiva o negativa de la relación materna y la imagen corporal (satisfacción/insatisfacción, autopercepción del peso corporal, IMC, alteración de la imagen corporal, preocupación por el peso y actitud hacia la obesidad) en adolescentes mexicanos de 15 a 19 años, estudiantes de preparatoria pública, a los que se les aplicó el Cuestionario sobre Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995). Este estudio forma parte de una investigación mayor* cuyo objetivo fundamental es contribuir a la prevención primaria de los trastornos de la alimentación.

Una vez que se recopilaron los datos, se procedió a la captura y análisis de la información, para lo cual se utilizó el paquete estadístico SPSS (paquete Estadístico Aplicado a las Ciencias Sociales en su versión 8 para Windows).

1. DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

Se seleccionó una muestra total no probabilística de (N=200) adolescentes, estudiantes de nivel bachillerato, de escuela pública. Esta muestra se dividió en cuatro grupos.

Un grupo ($n_1=49$) estuvo constituido por mujeres con percepción positiva (MPP) de su relación materna, un segundo grupo ($n_2=51$) lo formaron mujeres con percepción negativa (MPN) de su relación materna, el tercer grupo ($n_3=50$) estuvo conformado por hombres con percepción positiva (HPP) de su relación materna y un cuarto grupo ($n_4=50$) estuvo formado por hombres con percepción negativa (HPN) de su relación materna (Ver tabla 1).

El rango de edades de los adolescentes se encontraba entre los 15 y 19 años de edad. También se obtuvieron los promedios de las edades de los estudiantes por sexo y por el tipo de relación materna, encontrándose que el promedio de la muestra total fue de 16.36 con una $S=.82$ (Ver tabla 2).

*UNAM-CONACYT Proyecto 400312537225

Tabla 1.-Distribución porcentual del tamaño de la muestra por grupo

PERCEPCION DE LA RELACION MATERNA	SEXO (N=200)	
	MASCULINO	FEMENINO
POSITIVA	50%	49%
NEGATIVA	50%	51%
TOTAL	100%	100%

Tabla 2.-Promedio de edad por sexo y tipo de relación materna.

Percepción de la relación Materna	HOMBRES	X	S	MUJERES	X	S
POSITIVA	50	16.32	.71	49	16.06	.65
NEGATIVA	50	16.40	.92	51	16.25	.86
TOTAL	100	16.36	.82	100	16.16	.77

2. DESCRIPCION DE LAS VARIABLES DE INTERES.

2.1 Variables relacionadas con imagen corporal.

2.1.1 Figura actual por grupos.

En la tabla 3 vemos la distribución de los porcentajes de hombres y mujeres en la elección que ellos hicieron de su figura actual, tomando en cuenta la percepción de la relación materna.

Tabla 3.-Distribución en porcentajes de la variable figura actual por tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

SELECCIÓN FIGURA ACTUAL	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
Muy delgada	14%	22%	18%	22%
Delgada	58%	58%	25%	20%
Peso Normal	18%	12%	40%	22%
Sobrepeso	10%	6%	14%	29%
Obesidad	0%	2%	3%	7%
Total	100%	100%	100%	100%

De acuerdo a la tabla 3, se puede observar que ambos grupos de hombres ubican la percepción de su figura actual en porcentajes iguales en la categoría de Delgado (58% VS 58%).

Mientras que en la categoría de Sobrepeso el 10% lo conforman los HPP de su relación materna y sólo un 6% los HPN.

En el caso de las mujeres, se observan algunas diferencias entre los dos grupos, ya que en la categoría de peso normal las MPP de su relación materna presentaron un porcentaje de 40%, mientras que solo el 22% de las MPN se ubicó dentro de esta categoría, en cambio en las categorías de sobrepeso y obesidad los porcentajes mayores los presentan las MPN (Ver tabla 3).

También podemos ver que un porcentaje mayor de hombres percibe su figura actual dentro de la categoría de Delgado y las mujeres en cambio tienen porcentajes mayores en las categorías de Peso normal y sobrepeso.

2.1.2 FIGURA IDEAL

En la tabla 4 que se muestra a continuación, llama la atención que más del 90% de las mujeres haya elegido como figura ideal a una delgada y muy delgada (independientemente del tipo de percepción de la relación materna) a diferencia de la figura ideal de los hombres quienes seleccionaron en mayor medida una figura con peso normal.

Tabla 4. Distribución en porcentajes de la variable figura ideal por tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

SELECCIÓN FIGURA IDEAL	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
Muy delgada	4%	8%	35%	33%
Delgada	24%	38%	61%	61%
Peso Normal	56%	46%	2%	2%
Sobrepeso	12%	6%	2%	0%
Obesidad	4%	2%	0%	4%
Total	100%	100%	100%	100%

2.1.3 SATISFACCION / INSATISFACCION CON IMAGEN CORPORAL. (FIGURA ACTUAL-FIGURA IDEAL).

En la tabla 5, resulta interesante ver que los porcentajes más pequeños, tanto en los hombres como en las mujeres, corresponden a satisfacción con la Imagen Corporal. Esto quiere decir que ambos grupos, independientemente del tipo de percepción de la relación materna no están satisfechos con su imagen corporal.

Tabla 5. Distribución en porcentajes de la variable satisfacción/insatisfacción por el tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

GRADO DE SATISFACCION	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
INSATISFACCION N (-).	43%	47%	12%	20%
SATISFACCION (0)	28%	26%	23%	16%
INSATISFACCION N (+).	29%	27%	65%	64%
X	.04	-.42	.67	.62
S	1.45	1.72	1.46	2.20

En esta misma tabla también se observa que el 64 y 65% del total de las mujeres, quieren estar más delgadas de lo que están, es decir presentan insatisfacción positiva, mientras que los porcentajes de los hombres en la categoría de insatisfacción negativa (HPP=43% y HPN=47%) demuestran que están insatisfechos porque quieren estar más gruesos de lo que están.

Vale la pena señalar, que se observan diferencias en los porcentajes de los grupos de hombres, en función del tipo de percepción de la relación materna. Los HPP están prácticamente satisfechos con su Imagen Corporal ($x = .04$) versus los HPN quienes están insatisfechos porque quieren estar más gruesos ($x = -.42$). En cambio las mujeres están casi igualmente insatisfechas independientemente del tipo de percepción de su relación materna.

2.1.4 ¿CÓMO TE SIENTES CON TU FIGURA?

En la tabla 6 se muestra que cuando a los sujetos se les preguntó directamente ¿Cómo se sentían con su figura corporal?. Observamos que las mujeres de ambos grupos presentaron porcentajes que en suma son mayores en las categorías de me siento “Muy satisfecha y Satisfecha” con mi figura corporal, (La suma de porcentajes en estas categorías son para las MPP= 71% y para MPN=47%), a diferencia de los hombres que muestran porcentajes menores en esta categoría (La suma de HPP= 60% y de los HPN=40%).

Tabla 6. Distribución en porcentajes de la variable: ¿Cómo te sientes con tu figura?, por el tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

¿CÓMO TE SIENTES CON TU FIGURA?	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
Muy satisfecha	24%	26%	24%	24%
Satisfecha	36%	14%	47%	23%
Indiferente	18%	20%	10%	18%
Insatisfecha	18%	28%	17%	27%
Muy insatisfecha	4%	12%	2%	8%
Total	100%	100%	100%	100%

Aunado a lo anterior, vemos que al sumar los porcentajes correspondientes a las categorías de: “Insatisfechos y Muy Insatisfechos”, las mujeres presentaron un porcentaje menor (La suma en esta categoría para las MPP=19% y para las MPN=35%), mientras que los hombres presentan porcentajes mayores en estas mismas categorías (HPP=22% y los HPN=30%) (Ver porcentajes en la tabla 6).

Lo cual nos habla de que al preguntarles directamente sobre la satisfacción con su figura, más mujeres que hombres presentan mayor dificultad para aceptar abiertamente insatisfacción con su imagen corporal.

Y en cuanto al tipo de percepción de la relación materna, se observa que en las categorías que indican satisfacción, los hombres y las mujeres que tienen una percepción positiva de su relación materna, presentan porcentajes mayores que los que tienen una percepción negativa de su relación materna, quienes se encuentran más insatisfechos con figura corporal (Ver tabla 6).

2.1.5. Autopercepción del peso corporal.

En la tabla 7 puede verse que los porcentajes más altos de hombres y mujeres corresponden a una autopercepción de su peso, como: peso normal (HPP=60%, HPN=58%, MPP=43%) con excepción de las mujeres con PN de su relación materna (36%).

Sin embargo los porcentajes de las mujeres también son altos en la categoría de sobrepeso (MPP=41% y MPN=44%), en cambio los hombres se autoperceben con peso más bajo de lo normal, es decir se ven más delgados (HPP=20% y HPN=18%).

Tabla 7. Distribución en porcentajes de la variable autopercepción del peso corporal por el tipo de percepción de la relación materna en los hombres y las mujeres.

¿CÓMO TE CONSIDERAS EN FUNCION DE TU PESO CORPORAL?	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
PESO MUY POR DEBAJO DE LO NORMAL (MUY DELGADO)	2%	4%	2%	6%
PESO POR DEBAJO DE LO NORMAL (DELGADO)	20%	18%	12%	8%
CON PESO NORMAL (NI GORDO NI DELGADO)	60%	58%	43%	36
CON SOBREPESO (GORDO).	18%	14%	41%	44%
OBESO (MUY GORDO)	0%	6%	2%	6%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

En la tabla 7 también pueden verse algunas diferencias respecto a la percepción de la relación materna. Las mas marcadas las podemos ubicar en la categoría de Obesidad, ya que no hay ningún HPP que presente obesidad, pero si un 6% de los HPN, y lo mismo ocurre con las MPP= 2% y las MPN=6%.

2.1.6. INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) POR GRUPOS.

En la tabla 8 se muestra la distribución en porcentajes de la variable IMC por tipo de relación materna de hombres y mujeres. En ella puede verse que en la categoría de **IMC normal**, los mayores porcentajes los obtuvieron las mujeres (MPP=88% y MPN=50%) mientras que en el caso de los hombres, los puntajes más altos corresponden a la categoría de **sobrepeso** (HPP=46% y HPN=31%).

Cabe señalar que los HPP de la relación materna presentaron mas sobrepeso que los HPN y en el caso de las mujeres las MPP presentaron menos sobrepeso que las MPN (37%). Esta información al compararla con los datos de la variable de autopercepción del peso corporal, nos indica que los HPP se perciben como con peso normal, aun cuando presenten un IMC de sobrepeso, lo que comprueba que están subestimando, en cambio los HPN se perciben con peso normal y en realidad su IMC cae dentro de la categoría de peso normal.

Sin embargo no se observan mujeres que presenten un IMC de obesidad y en el caso de los hombres si se presentan porcentajes de IMC de obesidad, sobretodo en los HPP de la relación materna (Ver tabla 8).

Tabla 8. Distribución en porcentajes de la variable IMC por tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

CATEGORIAS DEL IMC	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
BAJO PESO	0%	15%	0%	13%
NORMAL	27%	46%	88%	50%
SOBREPESO	46%	31%	12%	37%
OBESIDAD	27%	8%	0%	0%
TOTAL	100%	100%	100%	100%
x	25.33	22.26	22.36	22.09
s	3.23	2.66	2.00	2.42

Por otro lado esta tabla también nos muestra las medias (x) y desviaciones estándar (s) de las mujeres (x MPP=22.36, s=2 y MPN x=22.09, s=2.42) lo que nos indica que ambos grupos de mujeres tienen un IMC dentro de la

categoría de peso normal, al igual que los HPN de la relación materna ($x=22.26$), sin embargo los HPP presentan una $x=25.33$, que los ubica dentro de la categoría de IMC con sobrepeso.

A continuación se muestra en la tabla 8.1 los puntos de corte del IMC según Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1997).

Tabla 8.1 de Puntos de corte del I.M.C.

CATEGORÍA	PUNTOS DE CORTE
Bajo peso	15-18.9
Peso normal	19-22.9
Sobrepeso	23-27
Obesidad	Mayor a 27
Puntos de corte según Saucedo y Gómez Pérez-Mitré (1997)	

2.1. ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL.

En la tabla 9 se indica la distribución de porcentajes de hombres y mujeres en cuanto a la variable: Alteración de la imagen corporal.

Tabla 9. Distribución en porcentajes de la variable: Alteración de la Imagen Corporal por el tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

GRADO DE ALTERACION	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
NO ALTERACION	50%	46%	35%	32%
SOBRESTIMACION	15%	14%	55%	65%
SUBESTIMACION	48%	52%	10%	3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%
X	.06	.06	.25	.25
S	.80	.65	.46	1.03

En el caso de los hombres los porcentajes más grandes se ubican en la categoría de subestimación (HPP=48% y HPN=52%), lo cual nos habla de que se perciben más delgados de lo que están, pero los porcentajes también son altos en la categoría de no-alteración (HPP=50% y HPN=46%). Si se observa, los valores promedio de ambos grupos con HPP y con HPN de la relación materna, son iguales ($x=.06$) lo que nos reporta poca alteración.

En el caso de las mujeres los porcentajes mayores los encontramos en la categoría de sobrestimación (55% VS 65%), lo que quiere decir que las adolescentes se perciben como más gruesas de lo que son. Por otra parte los valores promedio de las mujeres ($x=.25$) independientemente de su percepción de la relación materna, indican mayor alteración que los hombres.

2.1 VARIABLES RELACIONADAS CON EL PESO CORPORAL.

2.2.1. PREOCUPACION POR EL PESO CORPORAL.

En la tabla 10 se pueden ver las diferencias entre los grupos de hombres y mujeres, así los porcentajes más grandes los presentan los hombres en la categoría de "nunca me preocupo por mi peso corporal" (HPP=76% y HPN=68%) y un porcentaje menor de mujeres dijo lo mismo (MPP=49% y MPN=41%), también se observa que un porcentaje mayor de mujeres que de hombres dijeron que se sentían muy frecuentemente preocupadas por su peso.

Tabla 10. Distribución en porcentajes de la variable: ¿Te sientes o te has sentido preocupada por tu peso? Por el tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

¿TE SIENTES O HAS SENTIDO PREOCUPADO POR TU PESO?	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
NUNCA	76%	68%	49%	41%
A VECES	18%	26%	29%	25%
FRECUENTEMENTE	4%	2%	12%	10%
MUY FRECUENTEMENTE	0%	4%	4%	10%
SIEMPRE	2%	0%	6%	14%
Total	100%	100%	100%	100%

La tabla 10 al mismo tiempo nos muestra que con respecto a esta misma variable: Preocupación por el peso, pero en función del tipo de percepción de la relación materna, los hombres y las mujeres con PP de su relación materna tienden a estar menos preocupados por su peso (Nunca) a diferencia de los hombres y mujeres con PN, quienes están muy frecuentemente preocupados por su peso.

2.2.2. PESO DESEADO.

En la tabla 11 se puede ver que cuando se les preguntó a los adolescentes, que peso les gustaría tener, los porcentajes más altos que se encontraron entre los hombres, correspondieron a la categoría de: “el mismo peso que tengo” (HPP=36% y HPN=40%), mientras que los porcentajes más altos de las mujeres fueron para: “menos peso del que actualmente tengo” (MPP=57% y MPN=35%).

Tabla 11. Distribución en porcentajes de la variable: ¿Qué peso te gustaría tener? Por el tipo de percepción de la relación materna en hombres y mujeres.

¿QUÉ PESO TE GUSTARIA TENER?	HOMBRES		MUJERES	
	HPP	HPN	MPP	MPN
MUCHO MENOR DEL QUE TEGO ACTUALMENTE.	12%	6%	12%	31%
MENOR DEL QUE TENGO ACTUALMENTE.	24%	14%	57%	35%
EL MISMO QUE TENGO.	36%	40%	23%	24%
MAS ALTO DEL QUE TENGO ACTUALMENTE	26%	30%	6%	6%
MUCHO MAS ALTO DEL QUE TENGO ACTUALMENTE	2%	10%	2%	4%
Total	100%	100%	100%	100%

En la tabla 11 también se observa que el mayor porcentaje (31%) corresponda a las MPN, quienes dijeron que querían tener “un peso mucho menor”.

Por otro lado, los porcentajes significativamente más altos en la categoría de: "quisiera tener un peso más alto del que actualmente tengo" lo obtuvieron los hombres (HPP=26% y HPN=30%) en contraste con un menor porcentaje de mujeres (MPP=6% y MPN= 6%), lo cual resulta congruente con las respuestas dadas a la variable: satisfacción/insatisfacción (Ver tabla 5) y alteración (Ver tabla 9).

2.3. VARIABLES RELACIONADAS CON ACTITUD HACIA LA OBESIDAD.

En la tabla 12 se encuentra que el 68% de los hombres (HPP=30%+HPN=38%) tienen una actitud de **indiferencia hacia la obesidad** y las mujeres presentan un porcentaje de 61% (MPP=24%+MPN=37%) en la categoría que indica una actitud **muy desfavorable hacia la obesidad** (Ver tabla).

Tabla 12. Distribución en porcentajes de los grupos de la variable: ¿Llegar a estar gordo me preocupa? Por el tipo de percepción de la relación materna.

ACTITUDES	HOMBRES MUJERES			
	HPP	HPN	MPP	MPN
MUY FAVORABLE	16%	18%	4%	10%
FAVORABLE	20%	10%	12%	10%
INDIFERENTE	30%	38%	29%	18%
DESFAVORABLE	20%	22%	31%	25%
MUY DESFAVORABLE	14%	12%	24%	37%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Por otro lado vemos que tanto los hombres como las mujeres no muestran diferencias notables en su actitud hacia la obesidad en función de la percepción de la relación materna, los cuatro grupos presentan una actitud indiferente y desfavorable (Ver tabla 12).

PRUEBA DE HIPOTESIS EN LA COMPARACION DE LOS GRUPOS DE LA MUESTRA.

En las próximas líneas se describirán los principales resultados de las pruebas de hipótesis que se llevaron a cabo con la finalidad de confirmar las hipótesis de trabajo. Cabe mencionar que se utilizó la prueba estadística: ANOVA del SPSS en su versión 8.0 (Factorial Simple) para comparar los grupos analizados en el presente estudio. Las hipótesis de trabajo se describen a continuación:

H1. Las adolescentes del sexo femenino estarán más insatisfechas con su imagen corporal que los adolescentes del sexo masculino.

H2. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna estarán más satisfechos con su imagen corporal que los adolescentes con percepción negativa.

A. Para confirmar las hipótesis de trabajo 1 y 2 se aplicó un Análisis de Varianza 2x2. Como puede apreciarse en la tabla 13, los resultados indican diferencias significativas en el efecto principal sexo con respecto a la variable: satisfacción/insatisfacción de la imagen corporal. Los datos que se obtuvieron fueron los siguientes: $F(1,196)=12.759$, $p=.000$.

Con respecto al efecto principal: percepción de la relación materna, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal ($F(1,196)=.748$, $p=.388$).

Tabla 13.- Resultados del ANOVA. Satisfacción/Insatisfacción- por sexo y tipo de percepción de la relación materna.

Fuente de Variación	Suma de cuadrados	G.L	Medias C	F	P
Efectos principales	40.989	2	20.494	6.753	.001
Sexo	38.720	1	38.720	12.759	.000
Percepción de la R. Materna.	2.269	1	2.269	.748	.388
Interacción de doble entrada	1.394	1	1.394	.459	.499
Explicada	42.383	3	14.128	4.655	.004
Residual	594.797	196	3.035		
Total	637.180	199	3.202		

A continuación en la tabla 14, se muestran las medias (\bar{x}) y desviaciones estándar (s) de los grupos en la variable satisfacción/insatisfacción.

Tabla 14.- Distribución de las medias de la variable satisfacción insatisfacción y decisiones estadísticas.

MEDIAS POR SEXO	HIPOTESIS ESTADISTICAS
Masculino. $\bar{X}_1 = .23$ Femenino. $\bar{X}_2 = .65$	Hipótesis 1 $H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$ se rechaza $H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$ se acepta.
MEDIAS POR TIPO DE PERCEPCION DE LA RELACION MATERNA Positiva. $\bar{X}_1 = .31$ Negativa $\bar{X}_2 = .41$	Hipótesis 2. $H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$ se acepta $H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$ se rechaza
DESVIACIONES ESTANDAR POR SEXO Y PERCEPCION DE LA REL.MATERNA HPP=1.45 MPP=1.46 HPN=1.72 MPN=2.19	Hipótesis de trabajo 1 se confirma. Hipótesis de trabajo 2 no se confirma

En la tabla 14, puede verse que la $\bar{X}_2 = .65$ de las mujeres es mayor que la $X_2 = -.23$ de los hombres, lo cual nos indica una mayor insatisfacción con la imagen corporal en las mujeres que en los hombres, lo que confirma la hipótesis de trabajo 1.

Además nos indica que la insatisfacción de las mujeres es porque desean estar más delgadas de lo que están (ya que la diferencia es positiva) en cambio la diferencia negativa (-.23) en los hombres nos indica que ellos tienen una insatisfacción en el sentido de que quieren estar más gruesos de los que están.

Por otro lado aun cuando no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal: percepción de la relación materna, las medias nos muestran que en la variable: satisfacción-insatisfacción, las medias de los adolescentes con PN de la relación materna son mayores que las medias de los adolescentes con PP (Ver tabla 14), lo que nos señala la tendencia de que los adolescentes con PP de la relación materna tienen mayor satisfacción con su imagen corporal que los adolescentes con PN.

B. En la tabla 15 se muestran los resultados obtenidos con la aplicación del ANOVA con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo 3 y 4, las que se describen a continuación.

H3. Las mujeres presentarán mayor alteración en la percepción de su imagen corporal que los hombres.

H4. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna presentarán menor alteración en la percepción de su imagen corporal que los adolescentes con percepción negativa.

Los resultados obtenidos indican, como puede verse en la tabla 15, diferencias significativas en el efecto principal sexo con respecto a la variable: alteración de la imagen corporal ($F(1,36) = 12.831, p = .001$).

Cabe mencionar que en el efecto principal: percepción de la relación materna no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la alteración de la percepción de la imagen corporal de los adolescentes ($F(1,36) = .003, p = .959$).

Tabla 15. Resultados del ANOVA de la variable Alteración de la Imagen corporal.

Fuente de Variación	Suma de cuadrados	G.L	Medias C	F	P
Efectos principales	7.352	2	3.676	6.417	.004
Sexo	7.350	1	7.350	12.831	.001
Percepción de la R. Materna.	.002	1	.002	.003	.959
Interacción de doble entrada	.001	1	.001	.002	.966
Explicada	7.353	3	2.451	4.278	.011
Residual	20.622	36	.573		
Total	27.975	39	.717		

Enseguida se presentaran en la tabla 16, los datos correspondientes a las \bar{x} y s de los cuatro grupos de estudio.

Tabla 16.- Distribución de las medias de la variable: Alteración de la imagen corporal y decisiones estadísticas.

MEDIAS POR SEXO	HIPOTESIS ESTADISITICAS
Masculino. $\bar{X}_1 = .63$ Femenino. $\bar{X}_2 = .25$	Hipótesis 3 $H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$ se rechaza $H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$ se acepta
MEDIAS POR TIPO DE PERCEPCION DE LA REL.MATERNA Positiva $\bar{X}_1 = .26$ Negativa $\bar{X}_2 = .29$	Hipótesis 4 $H_0 = \bar{X}_1 = \bar{X}_2 = 0$ se acepta $H_1 = \bar{X}_1 \neq \bar{X}_2 \neq 0$ se rechaza
DESVIACIONES ESTANDAR POR SEXO Y PERCEPCION DE LA REL.MATERNA HPP=.80 MPP=.46 HPN=.65 MPN=1.03	La hipótesis de trabajo 3 no se confirma. La hipótesis de trabajo 4 no se confirma.

La tabla 16 muestra que las \bar{x} y s de los grupos, indican que ambos sexos están alterando la percepción de su imagen corporal, ya que los hombres subestiman su imagen corporal, y las mujeres sobrestiman, es decir se ven más gruesas de los que en realidad están.

En el caso del tipo de percepción de la relación materna, vemos que las medias son muy parecidas por lo que no se confirma la hipótesis 4.

C. En la tabla 17 se muestran los resultados obtenidos con la aplicación del ANOVA con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo 5 y 6. Las hipótesis se describen a continuación.

H5. Las mujeres estarán más preocupadas por su peso corporal que los hombres.

H6. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna se preocuparán menos por su peso corporal que los adolescentes con percepción negativa.

Lo que se encontró fue que en el efecto principal sexo hubo diferencias estadísticamente significativas (Ver tabla 17) con respecto a la variable preocupación por el peso. Los datos obtenidos fueron los siguientes: $F(1,196)=22.835$ $p=.000$.

Con respecto al efecto principal de percepción de la relación materna los datos encontrados son los siguientes: $F=2.496$, $p=.116$, por lo que no existen diferencias estadísticamente significativas en este efecto.

Tabla 17. Resultados del ANOVA de la variable Preocupación por el peso corporal.

Fuente de Variación	Suma de cuadrados	G.L	Medias C	F	P
Efectos principales	28.753	2	14.376	12.665	.000
Sexo	25.920	1	25.920	22.835	.000
Percepción de la R. Materna.	2.833	1	2.833	2.496	.116
Interacción de doble entrada	1.249	1	1.249	1.101	.295
Explicada	30.002	3	10.001	8.810	.000
Residual	222.478	196	1.135		
Total	252.480	199	1.269		

A continuación, en la tabla 18 se muestran las \bar{x} y s de los grupos en la variable: Preocupación por el peso corporal.

Tabla 18.- Distribución de las medias de la variable: Preocupación por el peso corporal.

MEDIAS POR SEXO	HIPOTESIS ESTADISTICAS
Masculino. $\bar{X}_1=1.38$ Femenino. $\bar{X}_2=2.10$	Hipótesis 5 $H_0=\bar{X}_1=\bar{X}_2=0$ se rechaza $H_1=\bar{X}_1\neq\bar{X}_2\neq 0$ se acepta.
MEDIAS POR TIPO DE PERCEPCION DE LA REL.MATERNA Positiva. $\bar{X}_1=1.62$ Negativa $\bar{X}_2=1.86$	Hipótesis 6 $H_0=\bar{X}_1=\bar{X}_2=0$ se acepta $H_1=\bar{X}_1\neq\bar{X}_2\neq 0$ se rechaza
DESVIACIONES ESTANDAR POR SEXO Y PERCEPCION DE LA REL.MATERNA HPP=.74 MPP=1.16 HPN=.73 MPN=1.44	La hipótesis de trabajo 5 se confirma. La hipótesis de trabajo 6 no se confirma.

En la tabla 18 podemos observar que las medias de los grupos nos indican que las mujeres respondieron estar más preocupadas ($\bar{x}_2=2.1$) que los hombres ($\bar{x}_1=1.38$), sin embargo las medias de los grupos por el tipo de percepción de la relación materna indican que no hay diferencias por este efecto $\bar{x}_1=1.62$ y $\bar{x}_2=1.86$).

D. La tabla 19 muestra los resultados obtenidos de la aplicación del ANOVA con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo 7 y 8, las que se describirán a continuación.

H7. Las mujeres tendrán una actitud más negativa hacia la obesidad que los hombres.

H8. Los adolescentes con percepción positiva de la relación materna tendrán una actitud menos negativa que los adolescentes con percepción negativa.

Los resultados encontrados indican que en el efecto principal sexo si se encontraron diferencias estadísticamente significativas (Ver tabla 19) con respecto a la variable actitud hacia la obesidad. Los valores obtenidos son los siguientes: $F(1,196)=14.455$, $p=.000$.

En el efecto principal de percepción de la relación materna, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Los datos obtenidos son: $F(1,196)=.191, p=.663$

Tabla 19. Resultados del ANOVA de la variable Actitud hacia la Obesidad.

Fuente de Variación	Suma de cuadrados	G.L	Medias C	F	P
Efectos principales	22.742	2	11.371	7.323	.001
Sexo	22.445	1	22.445	14.455	.000
Percepción de la R. Materna.	.297	1	.297	.191	.663
Interacción de doble entrada	.069	1	.069	.044	.834
Explicada	22.810	3	7.603	4.897	.003
Residual	304.345	196	1.553		
Total	327.155	199	1.644		

A continuación en la tabla 20, se muestran las \bar{x} y s de los grupos por sexo y por el tipo de percepción de la relación materna.

Tabla 20.- Distribución de las medias de la variable: Actitud hacia la obesidad.

MEDIAS POR SEXO	HIPOTESIS ESTADISTICAS
Masculino. $\bar{X}_1=3.02$ Femenino. $\bar{X}_2=2.35$	Hipótesis 7 $H_0=\bar{X}_1=\bar{X}_2=0$ se rechaza $H_1=\bar{X}_1\neq\bar{X}_2\neq 0$ se acepta
MEDIAS POR EL TIPO DE PERCEPCION DE LA REL.MATERNA Positiva. $\bar{X}_1=2.73$ Negativa $\bar{X}_2=2.64$	Hipótesis 8 $H_0=\bar{X}_1=\bar{X}_2=0$ se acepta $H_1=\bar{X}_1\neq\bar{X}_2\neq 0$ se rechaza
DESVIACIONES ESTANDAR POR SEXO Y PERCEPCION DE LA REL.MATERNA HPP= 1.11 MPP=1.27 HPN= 1.24 MPN=1.33	La hipótesis de trabajo 7 se confirma. La hipótesis de trabajo 8 no se confirma.

Antes de describir los datos indicados en la tabla 20, que corresponden a la variable: actitud hacia la obesidad, es necesario señalar el significado de los valores de las medias de los grupos: hombres y mujeres y de las medias por el tipo de percepción de la materna. La codificación de cada valor es el siguiente:

- 1.- Muy desfavorable.
- 2.-Desfavorable.
- 3.-Indiferente.
- 4.-Favorable.
- 5.-Muy favorable.

Con base a lo anterior y a los datos presentados en la tabla 20, podemos decir que en este caso los hombres obtuvieron una $\bar{x}_1=3.02$ y las mujeres una $\bar{x}_2=2.35$, lo que significa que los hombres tienen una actitud indiferente hacia la obesidad en cambio las mujeres tienen una actitud desfavorable hacia la obesidad, en tanto que por el tipo de percepción materna se presentó que los que tenían una percepción positiva obtuvieron una $\bar{x}_1=2.73$ y los de percepción negativa, $\bar{x}_2=2.64$, ambos grupos presentaron una actitud desfavorable hacia la obesidad.

DISCUSION Y CONCLUISIONES.

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre la percepción de la relación materna (Positiva o Negativa) y la imagen corporal, que comprendió las variables: Satisfacción/Insatisfacción, alteración, autopercepción del peso corporal, figura actual figura ideal, preocupación por el peso corporal y actitud hacia la obesidad, en adolescentes mexicanos de ambos sexos.

Los cuatro grupos de investigación (HPP, HPN, MPP, MPN) eran estudiantes de preparatoria pública, los adolescentes hombres contaban con una edad promedio de 16.36 años y una desviación estándar de .82, mientras que las mujeres presentaron en promedio una edad de 16.16 años, con una desviación estándar = .77.

Uno de los hallazgos que llaman la atención es que la figura ideal que mayoritariamente eligieron las mujeres, corresponde a una figura delgada, independientemente del tipo de percepción de la relación materna, a diferencia de la figura ideal que los hombres eligieron, quienes seleccionaron una figura con peso normal. Estos datos confirman la información proveniente de investigaciones previas de Brodie; (1994); Craig (1997); Gómez Perez-Mitré (1997); Gómez Perez-Mitré (1998); Granados Jauregui y Unikel (1997).

Resulta interesante ver que con respecto a la variable: Satisfacción/Insatisfacción, los porcentajes más pequeños corresponden a satisfacción con la Imagen Corporal en ambos sexos, lo cual es muy común en la época actual, en donde hombres y mujeres son bombardeados con estereotipos de cuerpos esculturales y delgados (Mahan y Arlin, 1995; Craig, 1997).

También se destacó que las mujeres están insatisfechas porque quieren estar más delgadas, mientras que los hombres están insatisfechos porque quieren estar más gruesos, lo que resulta congruente con los resultados de investigaciones realizadas por Craig (1997); Gómez Perez-Mitré, Jauregui y Unikel (1997); Frenzo y Herzog (1980); Navarro (1992).

Por otra parte se encontró que aun cuando no hayan sido significativas las diferencias por el tipo de percepción de la relación materna en la imagen corporal de los adolescentes, si se observa una tendencia en el hecho de que

los hombres con percepción positiva de su relación materna, prácticamente estaban satisfechos con su Imagen Corporal a diferencia de los hombres que tenían una percepción negativa de su relación materna, los cuales se encontraban insatisfechos porque querían estar más delgados. En cambio las mujeres estaban igualmente insatisfechas, independientemente de la relación materna, lo cual concuerda con lo señalado por Pérez y Platas (1998).

En cuanto a la variable que media directamente satisfacción a través de la pregunta: ¿Cómo te sientes con tu figura? se encontró que más mujeres que hombres, respondieron que estaban satisfechas con su imagen corporal y muy pocas aceptaron sentirse insatisfechas cuando se les preguntaba de forma directa. Sin embargo al contrastar estos datos con la variable que mide indirectamente la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal, se observó que gran parte de estas mujeres se sentía insatisfecha.

Lo anterior es congruente con resultados de investigaciones previas, que indican que las mujeres mexicanas presentan un "Contento Normativo", es decir que cuando se les pregunta directamente, para las mexicanas les es incómodo expresar abiertamente insatisfacción con su cuerpo, a diferencia de las mujeres norteamericanas que pareciera que para esa cultura estar socialmente insatisfechas es lo aceptado (Aguilar y Rodríguez (1997); Gómez Perez-Mitré, 1993; Gómez Perez-Mitré (1997); Murrieta (1997).

También se encontró que hay una tendencia a que la satisfacción con su cuerpo de mujeres y hombres se vea influida por el tipo de relación materna, ya en este estudio se encontró que ambos sexos mostraban porcentajes mayores cuando el tipo de percepción de la relación materna era positiva, lo que concuerda con los resultados de Pérez y Platas (1998).

Otro hallazgo interesante de esta investigación es que se pudo comprobar lo que ya anteriormente Gómez Perez-Mitré (1995) dijo acerca de que las mujeres tienden más a autopercebirse con sobrepeso, que los hombres, quienes en este estudio arrojaron porcentajes mayores en autopercepción de su peso en la categoría de peso normal.

Por otro lado se encontró una ligera diferencia en la autopercepción del peso corporal, entre los que tenían una percepción positiva de su relación materna y los que tenían una percepción negativa, ya que los hombres y mujeres que percibían negativamente su relación materna presentaron porcentajes mayores en la categoría de autopercepción del peso corporal con sobrepeso, lo cual nos

habla de que si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, entre la percepción de la relación materna y la imagen corporal de los adolescentes, si se observa cierta influencia entre una percepción negativa de la relación materna y el hecho de que los adolescentes se perciban con sobrepeso. Esto puede ser explicado con lo que han venido diciendo diversos autores respecto a que las actitudes de los padres y sobretodo de la mamá en la relación con los hijos produce un autoconcepto negativo (Oropeza, 1995; Onnis, 1990).

Sin embargo cuando se saco el Índice de Masa Corporal (IMC) de los adolescentes, se vio que las mujeres a pesar de que dijeron que se veían con sobrepeso, la medición real indicaba un IMC con peso normal, independientemente de la percepción de la relación materna, en cambio en los hombres la tendencia fue que los que percibían una relación positiva con la madre presentaban un IMC con sobrepeso a diferencia de los hombres con percepción negativa de su relación materna, quienes tenían un IMC dentro del peso normal.

Otro hallazgo interesante es el que se encontró al medir la alteración de la Imagen Corporal, los hombres se subdividieron en aquellos que subestimaban su imagen corporal, que era la mayoría y los que no alteraban su imagen corporal, esto demuestra lo que estudios anteriores han descrito, respecto a que los hombres en la mayoría de las veces subestiman su figura y pretenden estar más gruesos (Gómez Perez-Mitré; Granados; Jauregui; Tafoya y Unikel, 1997) (Gómez Perez-Mitré, 1999). En cambio en las mujeres lo que se observó es que ellas sobrestimaban su imagen corporal lo que también concuerda con los resultados de Gómez Perez-Mitré (1999)

También se encontró que un porcentaje mayor de mujeres, estaban muy frecuentemente y casi siempre preocupadas por su peso corporal, a diferencia de los hombres que dijeron que nunca se preocupaban por su peso, lo que es congruente con lo dicho por los investigadores Gómez Perez-Mitré (1999); Pérez y Platas (1998).

Con respeto a esta misma variable, tanto los hombres como las mujeres se vieron influidos por el tipo de percepción de la relación materna (aún cuando no hayan resultado estadísticamente significativas las diferencias).

Se encontró que ambos sexos, con una percepción positiva de su relación materna estuvieron menos preocupados por su peso que los otros adolescentes, lo que concuerda en cierta forma con lo dicho en el estudio de Pérez y Platas, (1998); Turón (1997) y Zukerfeld (1992).

Otra consideración relevante de mencionar es que cuando se les preguntó ¿Qué peso les gustaría tener?, los hombres respondieron que querían tener un peso mas alto del que tenían o el mismo que tenían, mientras que las mujeres respondieron que querían tener un peso menor. Estos datos son congruentes con las respuestas dadas a la variable: Satisfacción/Insatisfacción y Alteración.

Finalmente los datos obtenidos de este estudio indican que hay diferencias entre los sexos en la variable: actitud hacia la obesidad, en donde la mayor parte de las mujeres dijo que tenían una actitud desfavorable hacia la obesidad, en cambio los hombres tenían una actitud de indiferencia hacia la obesidad. Estos datos confirman lo expuesto por la investigadora Gómez Pérez-Mitré (1999).

La percepción de la relación materna no influyó de manera significativa en las actitudes hacia la obesidad de los adolescentes, ya que en ambos casos la actitud se presenta desfavorable hacia la obesidad. Esto reitera lo dicho por ciertos autores, sobre el valor que le dan algunos miembros de la familia a no subir de peso para estar en forma y hacer dietas cuando llegan a subir de peso (Zukerfeld, 1992).

Con respecto a la prueba de las hipótesis de trabajo, solo las referentes al factor sexo se confirmaron, con base a ello se puede concluir que el sexo de los adolescentes se relaciona con la percepción de la imagen corporal en las variables de:

- a) La insatisfacción corporal en los adolescentes, se observa tanto en los hombres como en las mujeres, pero estas están insatisfechas porque quieren estar más delgadas y los hombres porque quieren estar más gruesos.
- b) Ambos sexos alteran su imagen corporal, ya que los hombres se perciben más delgados de lo que están y las mujeres se ven más gordas y es lo mismo que sucede con la autopercepción de su peso corporal.

c) Parece ser que los hombres son más capaces de aceptar abiertamente su insatisfacción con la imagen corporal, a diferencia de las mujeres que no aceptan estar insatisfechas con su cuerpo, cuando se les pregunta directamente.

d) Las mujeres se encuentran más preocupadas por no subir de peso que los hombres, además de que las adolescentes tienen una actitud más negativa hacia la obesidad que los hombres.

En función de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el factor: percepción de la relación materna, se puede concluir que en este estudio la percepción de la relación materna no se relaciona con la imagen corporal de los adolescentes. Sin embargo en la presente investigación se observaron algunas diferencias que pueden sugerir cierta tendencia a que la relación positiva de la madre con los adolescentes, los lleve a estar menos insatisfechos con su imagen corporal, estén menos preocupados por su peso corporal y tengan una menor preocupación por llegar a estar gordos.

Debe subrayarse que las variables correspondientes a la imagen corporal, resultaron independientes de la percepción de la relación materna, debido posiblemente a que como menciona la literatura, en la sociedad actual, absolutamente todos nos encontramos inmersos en mensajes que la publicidad y todos los medios de comunicación mandan, difundiendo la idea de que todos debemos ser delgados y atléticos para ser aceptados en un puesto, tener éxito profesional o ser atractivo al sexo opuesto.

Lo anterior pudo reforzarse más, sobretodo por que los sujetos de la población de estudio, se encontraban en una etapa de su vida en donde la mayor preocupación es el físico, en donde se busca la propia identidad pareciéndose a su ídolo o artista favorito y en donde la madre tiene importancia, pero también existen sus amigos y otras personas que influyen en sus formas de pensar, de actuar, de sentir e incluso en sus hábitos y formas de autoperibirse.

También podemos agregar que esta investigación se realizó con una población de doscientos adolescentes aparentemente normales, es decir no se encontraban dentro de los extremos de los trastornos de la alimentación: anorexia y obesidad, por lo cual la distorsión de la imagen corporal no es grave.

Además no estuvo dentro nuestros objetivos de investigación indagar más sobre las pautas de crianza entre la madre y los adolescentes, para así delimitar cuales de ellos tenían mayor convivencia con su madre a través de la alimentación y la comida. Sin embargo dentro de las sugerencias se contempla este aspecto.

Por otro lado pudo haber pesado más el factor sexo y lo referente a la cuestión de género, ya que como menciona la literatura la propia cultura educa de manera diferente a las mujeres y a los hombres, envía mensajes de formas de comportamiento completamente distintos para cada sexo.

Por ejemplo a las niñas se les enseña a ser delicadas, dulces y sumisas, sin levantar la voz o decir algo, tal como lo plantea Fernández (1997) y Gómez Perez-Mitré (1997) al referirse que existe una norma cultural, no escrita, latente que señalará como socialmente indeseable quejarse o inconformarse, a diferencia de los hombres, que la sociedad y la familia le mandan mensajes de que hombre es igual a fortaleza, audacia y donde la apariencia no importa tanto, sino más bien la simpatía.

SUGERENCIAS Y LIMITACIONES.

Con base en la revisión teórica, la experiencia a través de este estudio y los resultados obtenidos se sugiere:

Que en investigaciones posteriores se les hagan entrevistas más profundas a los adolescentes con una mala percepción de su relación materna, para que de esta manera se indague más sobre los estilos de crianza entre la madre y el hijo y ver si esta vinculación con la madre ha sido desde la infancia, a través de la comida. Y también para indagar que actitudes tienen no solo la madre, sino otros miembros de la familia acerca de su propia imagen corporal y la de los demás.

También se propone realizar un trabajo de prevención. Esto quiere decir que sería conveniente que se implementaran jornadas de orientación sobre nutrición e imagen corporal, en las escuelas y con los padres de familia de los estudiantes.

También resulta importante señalar algunas limitaciones que se encontraron en la realización de este estudio:

Debido a que la muestra no fue tomada al azar, estos resultados no pueden generalizarse a la población de donde se tomó la muestra.

Como no se trabajó con una población que presentara anorexia, bulimia, obesidad o un trastorno extremo de la alimentación, sino con adolescentes sin ninguno de estos padecimientos, el grado de distorsión de la imagen no corresponde al de estas enfermedades.

Se observó que algunas secciones del cuestionario de Alimentación y Salud, eran extensos, por lo que la atención de los adolescentes se empezaba a desperdigar y se desesperaban al contestar.

REFERENCIAS

- Ackerman., N (1974). Tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Horme.
- Aguilar., C y & Rodriguez., C.A. (1997). Relación entre el nivel socioeconómico. La autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel superior. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Alvarez, V., T.C & De la Mora, C., M.M. (1995). Anorexia. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.
- Alvarez, R., G.L., Mancilla, D.J., Manriquez, R., E y Roman, F., M. (1996). Imagen Corporal y Trastornos de la alimentación: en una muestra de Universitarios mexicanos. La psicología Social en México 6 5:36-541.
- Armstrong, W., J y Saratino, P., E. (1986). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Trillas.
- Arellano, H., O.G y Rioja, V., G.A. (1994). Diferencias de género en la autodivulgación de los adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Arlin, T., M y Mahan, L., K. (1995). Krause, Nutrición y Dietoterapia. México: Interamericana. McGraw-Hill.
- Ayala, H., Echeverría, L., Mata., A & Quiroga., H (1990). Ambiente familiar percibido por adolescentes farmacodependientes de zonas marginadas. Psicología social en Mexico.3, 225-230.
- Bariaud, F., Cohen, Z., Delmas, C., Jeanvoire, B., Rodriguez-Tomé, H., & Szylagy, P. (1993). The effects of puberal changes on body image and relations with peers of the opposite sex in adolescence. Journal of Adolescence, 16, 421-438.
- Baron, A., R. (1996). Psicología. México: Prentice-Hall.
- Beker., M. (1984). Trastornos psicossomáticos en la niñez y la adolescencia. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bolaños, M., C.R. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Bowlby, J. (1952). Cuidado maternal y amor. México: Fondo de Cultura económica.

Brodie, D., Bagley, A, & Slade, P.D. (1994). Body image perception in pre-and postadolescent female. Perceptual and motor Skills. 147-154.

Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.

Caprio, S., & Caprio, B., F. (1973). Padres y Adolescentes. México: Diana.

Casillas, L., E y Vargas., L.A. (1985). Alimentación y Nutrición en la adolescencia. Cuadernos de Nutrición. 3 (3) 17-32.

Casillas, C., L y Vargas, L., A. (1998). Obesidad. Cuadernos de Nutrición, 20 (6) 18-24.

Castro, J., Vandereycken, W, & Vanderlin, J. (1994). Anorexia y Bulimia: La familia en su génesis y tratamiento. España: Martínez Roca.

Coen., A. (1981). Obesidad: Conceptos actuales. Nutrición y Sida. Cuadernos de nutrición. 21, (2) 6-12.

Cortina, M., y Muzo, I., P. (1999). Estudio de los trastornos alimentarios: Anorexia y Bulimia. Tesis de Licenciatura en Comunicación. Universidad Iberoamericana.

Conger., J. (1980). Adolescencia, generación presionada. La psicología y tú. México: Harper & Row.

Couch., R. (1995). Familia y sociedad. Buenos Aires: Tierra Nueva.

Craig, J., G. (1997). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall.

Crispo, R., Figueroa, E, & Guelar, D. (1996). Anorexia y Bulimia: Lo que hay que saber, un mapa para recorrer un territorio trastornado. Buenos Aires: Gedisa.

Darnton-Hil., E y Stewart., T.A. (1981). Food Habits of Adolescents. Nutrition Reviews. 39 (2) 73-116.

Dean, P.,G. (1986). Monitoring an apneic infant: Impact on the infant's mother. Mathernal- Child Nursing Journal, 15, 65-76.

De la Mora., G. (1987). Formación de adolescentes. México: CECSA.

Delval., J. (1995). El desarrollo humano. Madrid: Siglo XXI.

Deloz., A., Mannoni., O & Hebrard., J. (1996). La crisis de la adolescencia. Barcelona: Gedisa.

Dencik., L. (1992). Creciendo en la era postmoderna. El niño y la familia en el estado de bienestar. Anuario de Psicología.53, 71-98.

Díaz de León., J., Jimenez., R., Malacara., J.M. (1992). La percepción de la función familiar y el desarrollo psicosexual en el adolescente obeso. Revista de Investigación Clínica. 44. 4. 525-530.

Dolto., F. (1984). La imagen inconsciente del cuerpo. Buenos Aires: Paidós.

DSM IV, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. (1995).
Barcelona: Masson.

Feldman., R. (1995). Psicología con aplicaciones para Iberoamérica. México: Mc Graw-Hill.

Fernández., J. (1997) Género y Sociedad. Madrid: Pirámide.

Fitzgerald, H., Mckenney., J.P & Strommen., E.A.(1982). Psicología del desarrollo: Edad Adolescente. México: El Manual Moderno.

Franzoi, S.,L. y Herzog, M.,E. (1980). The body steen scale: a convergebt and discriminant validity study. Journal of personality assement. 50, 24-31

Fromm., E., Horkheimer, M., Parsons., T. (1986). La Familia. Barcelona: Península.

Gadea., L. (1997). Escuela para padres. México: Triillas.

Garbarino, J & Kostelny, K. (1992). Los malos tratos infantiles como problema comunitario. Anuario de Psicología.53, 137-148.

Gómez Perez-Mitré, G. (1993). Detección de Anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología 10, (1):17-27.

Gómez Pérez-Mitré, G. (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 Pérez-Mitré, G., Granados, A.M., Jaúregui, J., Tafoya, S.A., y Unikel, S.C. (1997). Trastornos de la Alimentación: Factores de Riesgo Asociados con Imagen Corporal y con Conducta Alimentaria en Muestras del Género Masculino. Facultad de Psicología. Div. Est. Posgrado, UNAM.

Gómez PeresMitré, G y Saucedo, M., T.J. (1997). Validez Diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) en una muestra de Adolescentes Mexicanos. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.

Gómez- Peresmitré, G. (1998). Imagen Corporal. ¿Qué es más importante: "Sentirse Atractivo" o "Ser atractivo?" Revista de Psicología y Ciencia Social Vol: 4. 12. 1-11.

Gómez- Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes Mexicanas y la cultura de la Delgadez: Figura Ideal Anorectica y Preocupación Excesiva por el Peso Corporal. Revista mexicana de Psicología. Vol: 16. Num.1. 153-165.

Guillemont, A. & Laxenaire, M. (1994). Anorexia y Bulimia: El peso de la cultura, España: Masson.

- Hamilton., K & Waller., G. (1993). Media Influences on Body Estimation in Anorexia and Bulimia: A Experimental Study. British J of Psychiatry 162, (12): 837-840.
- Hernández, A., R.A. (1995). Conceptos actuales de la alimentación del adolescente. Tesis de Licenciatura. Escuela de Dietética y Nutrición. ISSTE.
- Horrocks, E., J. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Horton, B., P y Hunt, L., Ch. (1992). Sociología. México: McGraw-Hill.
- Holtz., V. (1995), Antecedentes Históricos de la Anorexia Nervosa. Psicología Iberoamericana, 7 (2): 5-13.
- Jimerson, C.D., Lesem. , D.M. (1990). Eating Disorders and Depression: Is there a Serotonin Connection?. Society of Biological Psychiatry. 28. 443-454.
- Kimmel, C., D. (1998). La adolescencia: una transición del desarrollo. España: Ariel.
- Lewis., O. (1993). Antropología de la Pobreza: Cinco familias. México: Fondo de cultura económica.
- Lowen., A. (1987). Narcisismo o la negación de nuestro verdadero ser. México: Pax.
- Martínez, V., C, Mendoza, B., B & Ortiz, M., A. (1993). La importancia de la interacción Madre-Hijo en el desarrollo afectivo del niño en edad Preescolar. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Martinez, F., S. (1995). La obsesión por adelgazar: bulimia y anorexia. España: Espasa Calpe.
- Mogren., H. (1981). Opening Address. Nutrition Reviews. 39. (2) 37-72.
- Moragas., J. (1965). Psicología del Niño y del adolescente. Barcelona: Labor.
- Moraleda., M. (1990). Psicología del desarrollo: Infancia, Adolescencia, madurez y senectud. Mexico: Prentice-Hall.

Murrieta, C., M. (1997). Relación entre la distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en mujeres estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Navarro, C., M.J. (1992). Relación entre inicio de vida sexual activa en mujeres adolescentes y su imagen corporal. (Satisfacción/Insatisfacción, Sobrestimación/Subestimación. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Onnis, L. (1990). Terapia familiar. México: Paidós.

Oropeza, T.R. (1995). Estilos de Crianza y Autoconcepto en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Ortiz, M., & López, C. (1986). Influencia de la desvinculación familiar en los procesos psicológicos del niño. PSIQUIS, 7, 53-58.

Papalia, E., D. (1990). Desarrollo Humano. México: Mc Graw-Hill.

Pérez, B., N. (1996). Obesidad en el adulto. Tesis de Licenciatura. Escuela de Dietética y Nutrición. I.S.S.T.E.

Pérez, L., R.E & Platas, A., R.S. (1998). Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes y su percepción de la relación materna. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Perroni, H., M & Navarro, R., R. (1985). Estudio de la caracterología de la mujer actual en la familia y la sociedad mexicana. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Porot., M (1977). La familia y el niño. Barcelona: Planeta.

Quitman., H. (1988). Psicología Humanística. Barcelona: Herder.

Resnick., M.D y Story., M. (1986). Adolescent's views on food and nutrition. J Nutr educ 18 (6) 188.

Raimbault., G & Eliacheff., C. (1991). Las indomables figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Rice, F., P. (1997). Desarrollo Humano, estudio del ciclo vital. México: McGraw-Hill.
- Rivera, M., L.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. U.N.A.M.
- Saldaña, G.,C.(1994). Trastornos del comportamiento alimentario. Terapia Conductual y Salud. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Sánchez, S., G & Mojica, M., V. (1998). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Spitz., R.(1987). El primer año de vida. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stunkar, A., M.D. (1990). A description of eating disorders in 1932. The American Journal of Psychiatry 147:263-268.
- Tanner, J.M. (1981). Growth and Maturation during Adolescence. Nutrition Reviews. 39 (2) 43-72.
- Thompson, J., K. (1997). Body Image, Eating Disorders, and Obesity: an integrativa guide for assessment and treatment. Washington: J. Kevin. Thompson.
- Toro., J. (1996). El cuerpo como delito. México: Ariel.
- Torres, C., R. (1993). Estudio Comparativo de la Actitud hacia el padre y la madre: en dos grupos de Adolescentes, uno de hijos de obreros y otro de campesinos. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Turón, G., V.J. (1997). Trastornos de la alimentación: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Obesidad. España: Masson.

Unikel, S., C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. Tesis de Mestría en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

Vázquez, A., R & Raich, E., R.M. (1998). Actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. Revista de Psicología y Ciencia Social 2, (1): 59-69.

Yañez, M., E. (1992). Anorexia y Bulimia nervosa. Tesis de Licenciatura. Escuela de Dietética y Nutrición. I.S.S.T.E.

Zukerfeld., R. (1992). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. Buenos aires: Paidós.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré
Facultad de Psicología, UNAM*

4 - SECCIÓN A

1. **¿Qué estás estudiando?**
 - A) Secundaria
 - B) Carrera Técnica
 - C) Carrera Comercial
 - D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
 - E) Licenciatura
 - F) Posgrado

2. **¿Trabajas?**
 - A) Sí.
 - B) No

3. **Actualmente vives con:**
 - A) Familia nuclear (padres y hermanos)
 - B) Padre o Madre
 - C) Hermano(s)
 - D) Esposo o pareja
 - E) Sola
 - F) Amigo(a)

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

5. **Edad de tu primera menstruación**
 - A) Menos de 9 años
 - B) 9 a 11 años
 - C) 12 a 14 años
 - D) 15 a 17 años
 - E) 18 a 20 años
 - F) 21 o más

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

7. **¿Tienes hijos?**
 - A) Sí
 - B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) N\$ 2000 o menos
- B) N\$ 2001 a 4000
- C) N\$ 4001 a 6000
- D) N\$ 6001 a 8000
- E) N\$ 8001 a 10000
- F) N\$ 10001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

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

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

6 - SECCIÓN A

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

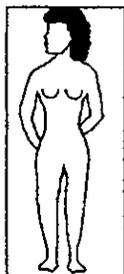
- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

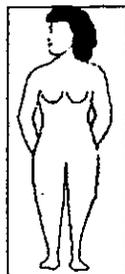
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

10-SECCIÓN C

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



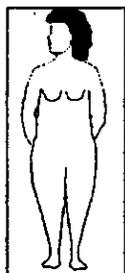
(A)



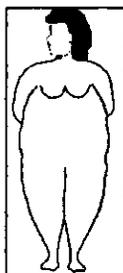
(B)



(C)



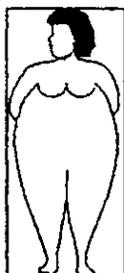
(D)



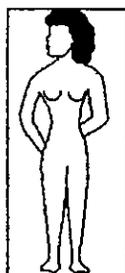
(E)



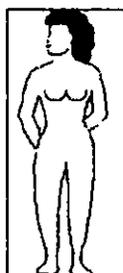
(F)



(G)



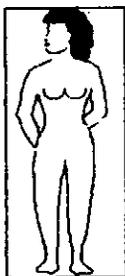
(H)



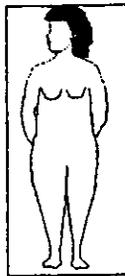
(I)

23 - SECCIÓN G

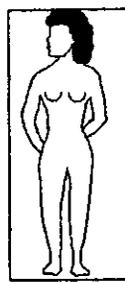
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



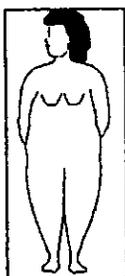
(A)



(B)



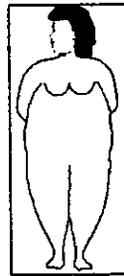
(C)



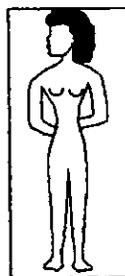
(D)



(E)



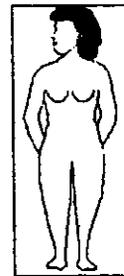
(F)



(G)



(H)



(I)

30 - SECCIÓN J

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

La clave de respuesta es como sigue:

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

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesta o enojada trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonríe frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

La clave de respuesta es como sigue:

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

Mi madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
20. Me da tanta libertad como la que yo quiero	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Es autoritaria.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Me parece emocionalmente fria.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Parece que no acaba de entender lo que quiero o lo que necesito	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Me premia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Me deja en libertad de vestirme como quiera	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Es indiferente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. Parece que entiende mis problemas y preocupaciones.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Tiende a consentirme como si fuera bebé	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. Me compara favorablemente con los demás.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Me hace sentir como si no hubiera sido deseada.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN K - 33

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?
 - A) Mucho menor del que actualmente tengo
 - B) Menor del que actualmente tengo
 - C) El mismo que tengo
 - D) Más alto del que actualmente tengo
 - E) Mucho más alto del que actualmente tengo
2. ¿Cómo te sientes con tu figura?
 - A) Muy satisfecha
 - B) Satisfecha
 - C) Indiferente
 - D) Insatisfecha
 - E) Muy insatisfecha
3. Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:
 - A) Muy por abajo de él
 - B) Por abajo de él
 - C) Estás en tu peso ideal
 - D) Por arriba de él
 - E) Muy por arriba de él

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

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy Poco Importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

9. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

A) Obesa	Muy gorda
B) Con sobrepeso	Gorda
C) Con peso normal	Ni gorda ni delgada
D) Peso por abajo del normal	Delgada
E) Peso muy por abajo del normal	Muy delgada

34 - SECCIÓN K

10. Llegar a estar gorda :
 - A) Me preocupa mucho
 - B) Me preocupa
 - C) Me preocupa de manera regular
 - D) Me preocupa poco
 - E) No me preocupa

11. Como me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

12. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

13. Me gusta la forma de mi cuerpo :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

14. Te has sentido preocupado por tu peso:

- A) Nunca
- B) A veces
- C) Frecuentemente
- D) Muy Frecuentemente
- E) Siempre

15. Legar a estar gordo:

- A) Muy desagradable
- B) Desagradable
- C) Indiferente
- D) Favorable
- E) Muy desfavorable

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XY (P)

El propósito de esta investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD.**

El logro de nuestros propósitos depende de tí, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA.**

GRACIAS

*Responsable de la Investigación: Dra. Gilda Gómez Pérez-Miré
Facultad de Psicología, UNAM*

SECCIÓN

A

INSTRUCCIONES GENERALES

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

Utiliza lápiz.

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

SECCIÓN A

1. ¿Qué estás estudiando?
 - A) Secundaria
 - B) Carrera Técnica
 - C) Carrera Comercial
 - D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
 - E) Licenciatura
 - F) Posgrado

2. ¿Trabajas?
 - A) Sí.
 - B) No

3. Actualmente vives con:
 - A) Familia nuclear (padres y hermanos)
 - B) Padre o Madre
 - C) Hermano(s)
 - D) Esposa o pareja
 - E) Solo
 - F) Amigo(a)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos
 - A) Soy hijo único
 - B) Soy el mayor
 - C) Ocupo un lugar intermedio
 - D) Soy el más chico

5. 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

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

SECCIÓN A - 5

7. ¿Tienes hijos?
 - A) Sí
 - B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:
 - A) N\$ 2000 o menos
 - B) N\$ 2001 a 4000
 - C) N\$ 4001 a 6000
 - D) N\$ 6001 a 8000

- E) N\$ 8001 a 10000
- F) N\$ 10001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposa o pareja

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

6 - SECCIÓN A

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

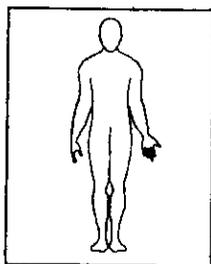
- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionista
- E) Empresario

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre ?

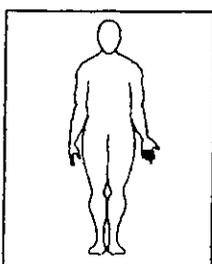
- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

10 - SECCIÓN C

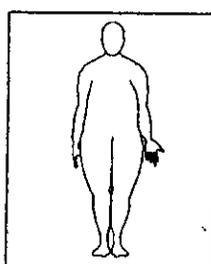
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más se parezca o más se aproxime a tu figura corporal.



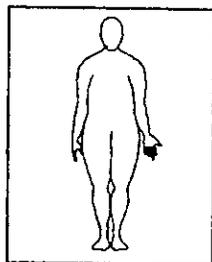
(A)



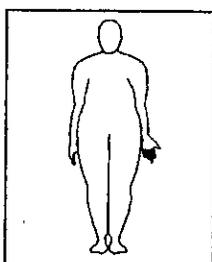
(B)



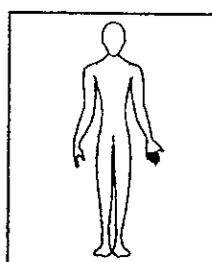
(C)



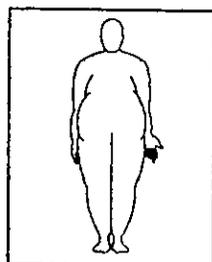
(D)



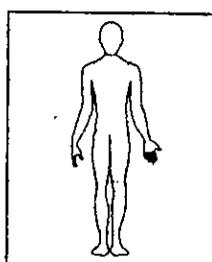
(E)



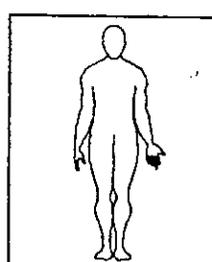
(F)



(G)



(H)



(I)

30 - SECCIÓN J

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

La clave de respuesta es como sigue:

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

MI madre:

	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
1. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Me sonrío frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

30- SECCIÓN J

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

La clave de respuesta es como sigue:

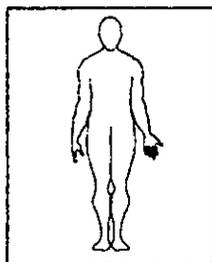
- A= No la describe nada
 B= La describe un poco
 C= La describe regular (mas o menos)
 D= La describe bien
 E.= La describe exactamente.

Mi madre:

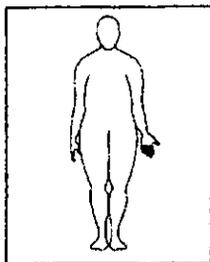
	La describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Exactamente
20. Me habla con voz afectuosa y amigable.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Me apoya menos de lo que requiero.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Me deja que haga las cosas que me gusta hacer.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Me hace sentir incapaz de resolver mis propios problemas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
24. Me deja salir tan frecuentemente como lo deseo.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
25. Esta muy apegada a mí.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
26. Me deja que tome mis propias decisiones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
27. No quiere que logre mi propio crecimiento.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
28. Trata de controlar todo lo que hago	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
29. No habla mucho conmigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
30. Disfruta platicándome sus cosas.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
31. Me critica constantemente.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
32. Me escucha en el momento que lo necesito.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
33. Me sobreproteje.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
34. Invade mi privacidad.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
35. Cuando estoy molesto o enojado trata de hacerme sentir mejor.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
36. Es emocionalmente inestable (cambia fácilmente de humor).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
37. Trata de hacerme dependiente de ella.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
38. Me sonríe frecuentemente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

22 - SECCIÓN G

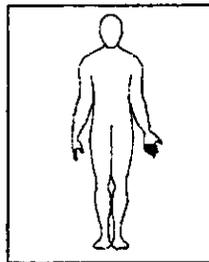
1. Observa con cuidado las siguientes siluetas y escoge aquella que más te gustaría tener.



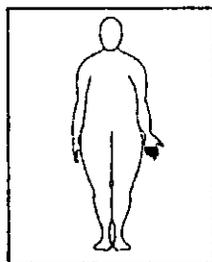
(A)



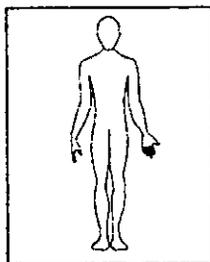
(B)



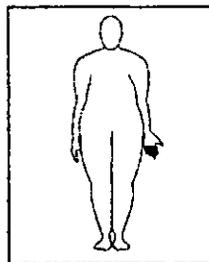
(C)



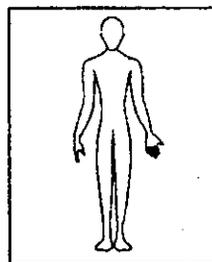
(D)



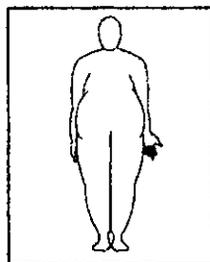
(E)



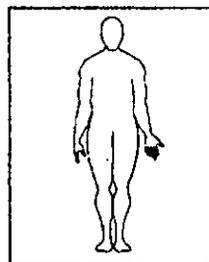
(F)



(G)



(H)



(I)

SECCIÓN K - 33

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

1. ¿Qué peso te gustaría tener?

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

2. ¿Cómo te sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecho
- B) Satisfecho
- C) Indiferente
- D) Insatisfecho
- E) Muy insatisfecho

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

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

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

	Muy Importante	Importante	Importancia Regular	Poco Importante	Muy Poco Importante
4. Con el sexo opuesto	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Entre los amigos (as)	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Para encontrar trabajo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. En los estudios	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Con la familia	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

9. De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obesa | Muy gordo |
| B) Con sobrepeso | Gordo |
| C) Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| D) Peso por abajo del normal | Delgado |
| F) Peso muy por abajo del normal | Muy delgado |

34 - SECCIÓN K

10. Llegar a estar gordo :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

11. Como me ven los demás :

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

12. Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

13. Me gusta la forma de mi cuerpo :

- A) Muy de acuerdo
- B) De acuerdo
- C) Indecisa
- D) En desacuerdo
- E) Muy en desacuerdo

14. Te has sentido preocupado por tu peso:

- F) Nunca
- G) A veces
- H) Frecuentemente
- I) Muy Frecuentemente
- J) Siempre

15. Legar a estar gordo:

- F) Muy desagradable
- G) Desagradable
- H) Indiferente
- I) Favorable
- J) Muy desfavorable