



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

0296557

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN CON AMBOS
PADRES COMO FACTOR DE RIESGO EN LOS
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
BRAVO DIAZ ADRIANA PATRICIA
FORTANEL RAMÍREZ GABRIELA

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GÓMEZ PEREZ-MITRE.
SINODALES: MTRA. LUCY MARIA REIDL MARTÍNEZ.

MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO.
MTRA. MARIA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO.
MTRA. LILIA JOYA LAUREANO.



MÉXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 2001.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos.

Es un orgullo pertenecer a la Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, es quien me brindo las puertas del conocimiento a lo cual hace que permanezca en mí lo más profundo que es "Por mi raza hablará el espíritu".

Ha llegado el día que he cubierto un objetivo más de mi vida, quiero compartirlo con las personas que me han apoyado en este tiempo, aunque largo y estresante ha llegado a su termino, no olvidando que el conocimiento cada día existe y hay que tomarlo y no dejarlo ir.

Este trabajo que presento no lo tendría sino contara con alguien muy especial: Gracias a ti Dios, por estar siempre conmigo, porque de ti recibo la capacidad de aprender, y de amar la vida.

Papá y Mamá se que fue larga la espera y tal vez angustiante, muchas gracias por estar siempre conmigo y apoyarme en mi carrera, les dedico con todo mi amor mi tesis ¡Gracias por ser mis padres!.

A ustedes mis queridos hermanos Faby e Isra, les dedico esta parte de mí en conocimiento que es algo que aprendí de los dos, cada uno con su peculiar forma de estudio.

Se que tengo a mi alrededor gente que cree en mí y esa es una fortuna, si quisiera hacer una lista para mencionar a una por una no terminaría, sin embargo todas están presentes porque cada una me impulsaba a culminar este trabajo a todos mis amigos y amigas queridas les agradezco su confianza.

Gracias por compartir y apoyarme en todo momento en esta meta que deseaba mucho.

A mi directora de tesis: Dra, Gilda Gómez Pérez- Mitré, le agradezco el tiempo que dedica a la investigación y el apoyo que nos brindó en este trabajo.

A la Mtra. Lucy Reild, a la Mtra. Ma. De la Luz Javiedes, a la Mtra. Olga Bustos, a la Mtra. Lilia Joya, contar con su apoyo fue enriquecedor. Muchas gracias.

Gaby.

INDICE

RESUMEN. 1

INTRODUCCIÓN. 2

CAPITULO I. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

1.1. Definición de los trastornos de la alimentación 3

1.2. Teorías de los trastornos de la alimentación 10

1.3. Anorexia nervosa 13

1.3.1. Teorías que explican la anorexia nervosa. 16

1.4. Bulimia nervosa. 20

1.4.1. Teorías que explican la bulimia nervosa 21

1.5. Obesidad 23

1.5.1. Teorías que explican la obesidad. 29

1.6. Estudios e investigaciones sobre los trastornos alimentarios . 33

CAPITULO II. ADOLESCENCIA.

2.1. Definición de la Adolescencia. 39

2.2. Teorías de la adolescencia. 40

2.3. Cambio biológico, físico y psicológico. 43

2.4. Desarrollo intelectual. 48

2.5. Desarrollo social...	52
2.6. Adolescencia y familia.	55
2.7. Relación materna y paterna.	58
2.8. Factor de riesgo en la adolescencia.	64

CAPITULO III. SOCIALIZACIÓN.

3.1. Definición de la socialización e instancias de la socialización	72
3.2. Formación de los primeros contactos sociales.	79
3.3. Paternidad y maternidad.	83
3.4. El papel de los padres.	85
3.5. Influencia social en los trastornos alimentarios.	89

CAPITULO IV. METODOLOGÍA.

4.1. Problema de investigación.	91
4.1.1. Problemas específicos.	91
4.2. Definición de variables.	91
4.2.1. Variable independiente.	91
4.2.2. Variable dependiente	92
4.3. Hipótesis de trabajo.	95
4.4. Diseño de investigación	95
4.5. Muestra	96
4.6. Criterios de exclusión	96

4.7. Instrumentos y aparatos.	96
4.8. Procedimiento	97
4.9. Análisis de los datos.	98
CAPITULO V. RESULTADOS.	99
CAPITULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	108
REFERENCIAS.	114
ANEXOS.	121

RESUMEN.

El presente estudio formó parte de una investigación mayor* tuvo como propósito conocer la relación entre la percepción de la relación con ambos padres (positiva y negativa) y conducta alimentaria de riesgo en mujeres y hombres adolescentes. Se trabajó con un diseño de 2x2, de 4 grupos con observaciones independientes, y una muestra no probabilística intencional que se extrajo de una población formada por estudiantes que acudían a escuelas preparatorias públicas del D.F., con una N= 76. Los datos fueron analizados con estadística descriptiva para el análisis de distribuciones de las variables del estudio. Se utilizó estadística paramétrica para confirmar o no las hipótesis de trabajo.

* Del proyecto PAPIIT No. IN-305599, que se llama "Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo para los trastornos de la alimentación y la nutrición". Bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez - Mitré.

INTRODUCCIÓN.

En este estudio se investigó la percepción de la relación con ambos padres que tienen los adolescentes y si ésta se considera como un factor de riesgo en la conducta alimentaria.

Debido a que actualmente los trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia y obesidad) han ido aumentando sobre todo en la población que es más susceptible como son los adolescentes es que en este estudio se propone conocer más sobre los mismos. La importancia de haber realizado esta investigación tuvo como finalidad aportar información para la prevención de estos problemas, y de esta forma contribuir en la realización de programas que eviten la aparición de los mismos, puesto que la persona que presenta un trastorno de la alimentación llega a representar un alto costo social debido a que se convierte en una persona improductiva tanto laboral, educativa, psicológica, familiar y socialmente.

Además cabe mencionar que la detección temprana puede erradicar los trastornos para que las futuras generaciones no sean afectadas y de esta manera proporcionar mayor información a investigadores y profesionales del área.

CAPITULO I. TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.

1.1. DEFINICION DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.

Desde el punto de vista psicológico, existe cierta preocupación por los problemas psicosociales que sufren o pueden sufrir los niños y adolescentes que tienen sobrepeso. En el marco de la sociedad actual, los valores estéticos tienden cada día más a potenciar el modelo de la delgadez como uno de los signos externos de mayor aceptación; la inteligencia, destreza, éxito, tanto a nivel escolar o de interacción social, son cualidades atribuidas más a las personas con normopeso que a las personas con sobrepeso (Buela-Casal y Caballo, 1991).

Para Raich (1998), el término "trastornos alimentarios" se refiere a trastornos psicológicos que comportan graves anormalidades en el comportamiento de ingesta; es decir, la base y fundamento de dichos trastornos se haya en la alteración psicológica. Entre ellos los más conocidos son la anorexia y bulimia nervosa.

Adams y Shafer (1991, citados por Mora y Raich, 1994), conciben el trastorno alimentario como una continuidad entre no dietistas con conducta alimentaria sana, dietistas y bulimia o anorexia nervosa. Las variables intervinientes en este continuo incluirían frecuencia de episodios alimentarios patógenos, preocupación por la comida y peso, secuelas médicas y psicopatología.

Son enfermedades riesgosas caracterizadas por una actitud llamativa distorsionada hacia la comida y el peso corporal. Comienzan por lo general en la adolescencia y se acompaña de considerable morbilidad y una mortalidad digna de tenerse en cuenta (Braguinsky, 1996).

Los pacientes con trastornos de conducta alimentaria muestran una tendencia a percibir su cuerpo como grande o demasiado gordo, desproporcionado globalmente o en algunas regiones particulares; manifiestan que la gente los valora principalmente por su apariencia y que otros atributos personales no significan mucho (Faihburn y Garner, 1998, citados por Chinchilla, 1995).

Por otra parte, la dieta, aunque difícilmente podríamos calificarla de categoría patológica debido a su uso generalizado, es el primer paso en la escalada de los trastornos alimentarios. La dieta puede consistir:

- a) Supresión o restricción de determinados tipos de comida,
- b) Ayuno o supresión prácticamente total de ingesta durante uno o varios días,
- c) Reducción de la cantidad que se consume de cualquier tipo de alimento.

Las personas que sufren estos trastornos pueden utilizar una de estas formas o todas a la vez o alternarlas en función de diferentes parámetros (Raich, 1998).

Para Hekier y Miller (1994), los pacientes son expertos en todo tipo de conocimientos acerca de temas referidos a la alimentación y a los cuidados del cuerpo, y construyen una serie de “ creencias que intentan - desesperadamente - sostener a toda costa..., y a cualquier costo” (p.p.13-23).

El valor que adquiere el alimento en los trastornos de la alimentación es totalmente independiente de su sabor, textura y hasta forma de preparación. Es decir que el alimento se “usa” para fines que no son ni gustativos ni nutritivos (Zukerfeld, 1996).

Los factores socioculturales están en la base misma de los trastornos de la alimentación: la preocupación por el peso, la censura colectiva a la obesidad, y como consecuencia, la conducta generalizada de restricción en la alimentación (Braguinsky, 1996).

Raich (1998), menciona que las relaciones con la familia, con los compañeros de estudio y las demás amistades se ven igualmente influidas por el trastorno de la alimentación. Se ha podido observar gran dificultad en sus relaciones sociales; esta es una de las características de los trastornos alimentarios.

La particularidad de estos padecimientos radica en su dimensión de actos irrefrenables y de los riesgos físicos que acarrear (Hekier y Miller, 1994). Según Chinchilla (1995), estos trastornos aparecen fundamentalmente en jóvenes adolescentes entre 12 a 25 años, siendo infrecuente o excepcional el comienzo por encima de los 25 años para la anorexia nervosa, aunque la

bulimia nervosa puede aparecer más tarde, la historia clínica de los pacientes revela que un elevado porcentaje de las mismas han presentado, bien, un cuadro de anorexia nervosa, bien actitudes alimentarias restrictivas exageradas.

Son trastornos graves que afectan a las mujeres mucho más que a los hombres, preferentemente se presentan en mujeres jóvenes y muy jóvenes, son muchísimo más frecuentes en sociedades desarrolladas donde hay sobreabundancia de comida, en las que la cultura que predomina enfatiza la delgadez, y aún parece que en la medida que aumenta el nivel de vida, crece de manera geométrica el número de personas que presentan dichos trastornos. Suelen asociarse con psicopatología e interfieren en el funcionamiento normal de la vida social, de trabajo y de estudio (Rosen, 1990, citado por Raich, 1998).

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos años. Esto es interesante por lo que se ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan solo estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

En México Gómez Pérez- Mitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel (2000) realizaron un estudio, sobre factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en muestras de adolescentes del género masculino, encontrando en sus resultados una prevalencia de seguimiento de dietas del 15% y del 12% para problemas con la forma de comer.

De acuerdo con Crispo, et al., (1996 p.p. 69-81) existen rasgos individuales o características familiares que son factores que pueden predisponer a un trastorno de la alimentación. Las características más comunes en las personas afectadas por un trastorno de la alimentación son las siguientes:

1. Problemas con la autonomía. Una posible predisposición a los trastornos de alimentación es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar de forma discriminada en la familia o en otros patrones externos. Esto es, jóvenes que viven muy pendientes de lo que los otros esperan de ellos, de cumplir con los ideales de los padres, o de darles satisfacción a los demás, esto les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planes propios de una etapa de crecimiento. Los cuales seguramente mostraran diferencias con los padres, provocaran distanciamientos o dejaran temporalmente insatisfechos a los demás.

2. Déficit en la autoestima. Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican sus propios conceptos acerca de quienes son, el grado en que el individuo se acepta así mismo es la "autoestima", si el concepto que tiene de sí misma no es "ideal" su autoestima será baja.

En nuestra sociedad, la autoestima de la mujer esta más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, para cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etc.

3. Perfección y el autocontrol. El sufrimiento y la sensación de ineficacia hace a las personas con trastornos de la alimentación más exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno; si no hacen a la perfección las cosas que se proponen, directamente no lo intentan.

Esta búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal; para alcanzar la perfección es necesario mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo; para ello terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse así mismas, y así, llegarán a ser seguras y tener la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que se les presenten en la vida. Se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de sensaciones de impotencia que surgen frente a situaciones que le son difíciles de manejar.

4. Miedo a madurar. Los cambios físicos se acompañan de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más de “mujer”, y este puede ser un factor precipitante; una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar un cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia; estas jóvenes están muy estancadas en la niñez tienen temor a crecer, y a manejar la independencia que esto implica.

5. Rasgos familiares. A veces se dice que las familias con poca comunicación entre sí, con una interrelación pobre, son “causantes” del desarrollo de un trastorno del comer en uno de sus miembros.

Un trastorno de este tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación.

Se han identificado ciertas características familiares comunes a muchas de las personas tratadas con un trastorno de la alimentación: escasa comunicación entre sus miembros, incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan, sobreprotección por parte de los padres, rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas

familiares adecuándolas a los cambios de etapa, ausencia de límites generacionales, expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos, historias familiares que incluyen depresión y alcoholismo, existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico (Crispo et al., 1996).

Para Arenson (1991), los temas subyacentes en los trastornos alimentarios están directamente relacionados con problemas tales como baja autoestima, perfeccionismo, rechazo social y control de la vida.

1.2. TEORIAS QUE EXPLICAN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION.

Desde que empezó el interés por los trastornos alimentarios se han formulado diversas explicaciones del por qué se originaban. Cada uno de ellos nació en el contexto del síndrome con el que se intentaba explicar miedos a la madurez (Crisp, 1967, citado por Belloch, Sandín y Ramos, 1995) o (anorexia nervosa) sentido de ineficacia personal (Bruch, 1973, citado por Belloch et al., 1995) regresión a la etapa oral en la obesidad, desde posturas dinámicas, etc..

Tradicionalmente han existido 2 líneas teóricas:

1) Hipótesis de la externalidad (Schacter y Rodin, 1974, citados por Belloch et al., 1995), relaciona el patrón de ingesta excesiva con los indicios externos de comida, agravado por un déficit en la percepción de los indicios internos de hambre y saciedad.

2) Hipótesis de la activación emocional, de raíces dinámicas, que acentúa la importancia de los factores emocionales como desencadenantes de la conducta (Perpiña, 1989, citado por Belloch et al., 1995).

Herman y Mack (1975, citado por Belloch et al; 1995) definen la restricción como la intención que tiene el individuo de restringir su ingesta con el fin de mantener o conseguir el peso que considera ideal. La restricción se conceptualiza como un continuo en el que los restrictivos - que estén continuamente comprometidos con el control del peso y la comida ocupan un extremo, y los no restrictivos - quienes no dan importancia a estos temas-estarian en el extremo opuesto. La teoría predice que el restrictivo que rompa o crea romper su restricción < contraregulará, es decir empezará a comer de manera desfavorable >.

Para Quiroga (1981, 1986, 1994, citado por Zukerfeld, 1996), la etiología de los trastornos de la alimentación incluye: 1) factores socioculturales; 2) factores biológicos; 3) consecuencias de las crisis adolescentes; 4) factores familiares. Hace mención al tema de incidencia de la crisis adolescente como correlato del surgimiento de la pulsión genital y sus consecuencias en el nivel de la integración con las pulsiones parciales, y los cambios económicos dinámicos y estructurales en el aparato psíquico que ello acarrea. El desenfreno pulsional y la ingobernabilidad de la propia sexualidad, sumados al déficit de las identificaciones debido al cambio psíquico y los procesos de duelo, constituyen puertas abiertas para la

instalación de las patologías de la acción como los trastornos que aquí nos ocupan. En este sentido la bulimia nervosa es uno de los síntomas que suelen instalarse como pasajeros en la adolescencia femenina. Sin embargo las experiencias previas de vida determinará en que medida tal trastorno se instala como enfermedad permanente.

De acuerdo con Bruch (1973, citado por Marcelli y Braconneur, 1986), se reagrupan las distintas situaciones en las que la corpulencia y/o la absorción alimentaria sirven para resolver o disimular los problemas adaptativos internos o externos. En clínica, estas perturbaciones toman el aspecto de modificaciones ponderables estables (obesidad, anorexia mental) o fluctuaciones de preocupaciones dietéticas excesivas, ligadas en general a la apariencia corporal y conllevando costumbres alimentarias particulares.

Otras formas de expresión corporal adolescente masculina serían el riesgo y la "aventura", en todas sus más diversas formas de realización. Frente a este expreso de cuerpo de la cultura adolescente masculina, tenemos el culto femenino a la delgadez, a la silueta...cuya forma patológica vendría expresada por el síndrome anorexia bulimia (Aguirre, 1994).

1.3. ANOREXIA NERVOSA.

Es importante destacar que el origen de la palabra anorexia nervosa proviene del griego "falta de apetito". La principal característica de la anorexia nervosa es la negación a comer, salvo cantidades muy pequeñas de comida o niveles muy bajos de calorías. Esta negación aparece muchas veces como tal mientras la paciente afirma que se siente muy bien y que no tiene necesidad de comer más. Otras veces expresa que entiende que debería de comer más, pero que no puede hacerlo, por molestias digestivas, o de otra índole (Braguinsky, 1996).

Para Arenson (1991), la anorexia nervosa es una dramática pérdida de peso, más la pérdida de los períodos menstruales, son los criterios más importantes para la diagnosis de la anorexia nervosa. Además, las anoréxicas pueden padecer una disminución general del metabolismo, el pelo se vuelve débil, las uñas quebradizas, el ritmo del pulso disminuye y la afectada se queja continuamente de frío. El cuerpo empieza a alimentarse de sus reservas y la anoréxica cada vez se vuelve más débil aunque sigue castigándose con ejercicios para quemar calorías.

Se ha definido a la anorexia nervosa como un miedo intenso a ganar peso, es un rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima del valor mínimo normal considerando la edad y talla, normalmente en índice de masa corporal (IMC) de 16 o menor (Belloch et al. 1995).

Halmi (1979, citado por Caparrós y Sanfeliú, 1997) propone seis criterios operativos de la anorexia nervosa:

- ⇒ rechazo a mantener el peso en cifras superiores a las que corresponden a talla y edad.
- ⇒ pérdida de peso del 25 por 100 con respecto a las cifras iniciales.
- ⇒ trastornos de la imagen corporal e incapacidad de percibir las necesidades del cuerpo.
- ⇒ miedo intenso a la obesidad, que no disminuye con la pérdida de peso.
- ⇒ ausencia de enfermedad orgánica que pudieran ser responsable de alteración ponderal.
- ⇒ amenorrea.

Arenson (1991), menciona que la autoinanición conduce a un deterioro mental y emocional de manera que se deja de pensar con claridad o de percibir la realidad de una forma normal; las depresiones profundas son un estado mental común. A medida que pierde el contacto con la realidad, sigue manteniendo que está gorda. Por otra parte para éste autor, hay dos tipos de anoréxicas: restringidas y bulímicas. Una anoréxica restringida es una persona que se pone a dieta o ayuna para perder peso reduciendo la ingestión de alimentos, suprimiendo especialmente alimentos ricos en hidratos de carbono y grasas. Las anoréxicas bulímicas pasan hambre pero lo alternan con periodos de atracones y purgas, juegan a un juego peligroso por que las purgas pueden alterar la química del cuerpo; el desequilibrio químico o líquido puede conducir a un paro cardíaco y a la muerte. También considera que las

anoréxicas suelen ser obedientes, perfeccionistas y “buenas” chicas, no se revelan suelen ser extremadamente dóciles y dulces. Durante la adolescencia, que es cuando una joven se pregunta “Quién soy”, la joven se dice que no tiene impacto en su mundo. Sin embargo controla su propio cuerpo, limitar la ingestión de alimentos y realizar ejercicios físicos extremos le dan una sensación de poder.

Según Chinchilla (1995), las personas que padecen este trastorno suelen mostrar un alto nivel intelectual; son muy responsables, inseguras, obsesivas, con frecuencia de acto pánico, preocupadas por la eficacia y apariencia con el objeto de agradar a los demás, y con un grado elevado de espiritualidad como ideal o modo de vida ascética.

La joven con anorexia nervosa a menudo estudiante destacada y brillante- aunque perfeccionista- antes de la enfermedad va cambiando con la progresión de la misma, su pensamiento se hace lineal y dicotómico: como - no como, bajo - no bajo. Todo esto pone en riesgo su lanzamiento hacia la extrema delgadez lo vive de forma muy amenazante. Cuando dialoga con el profesional presenta facies rígida, lo cual hace difícil saber si es una actitud de absoluta reserva o si su pensamiento se ha empobrecido, en gran medida por la desnutrición y las carencias. El hecho es que la paciente no puede o no sabe expresar que le pasa, por ejemplo no sabe hablar de su miedo a la gordura (Braguinsky, 1996).

(Crisp,1967, citado por Braguinsky, 1996), habla precisamente de que estás jóvenes son en realidad frágiles e inseguras, con un gran temor ante el mundo, y que la anorexia nervosa les brinda esa fuerza que anhelaban; así dentro de ese estado reinan. Al tratarlas debe tenerse en cuenta que a veces lo único de que disponen en este momento de su vida es de esa capacidad de control, y que despojadas de ello, pueden quedarse sin nada y sufrir una depresión. La anorexia nervosa es también una estrategia para evitar la entrada prematura en el mundo de la sexualidad.

1.3.1. TEORIAS QUE EXPLICAN LA ANOREXIA NERVOSA.

El tipo de vínculos que descubrimos en las familias de anoréxicas casi invariablemente se compone de una tremenda ambivalencia y deseos de rechazar, liberarse y escapar, junto con sentimientos de ansiedad y culpa. En tanto que la madre trata de dominar sus sentimientos de ambivalencia y deseos de rechazo mostrándose particularmente generosa amante y protectora. Una y otra vez se dice que nuestras pacientes anoréxicas eran niñas particularmente buenas que se destacaban en la escuela y los deportes (Stierlin y Weber, 1990).

Los padres de la anoréxica se sienten sorprendidos cuando aparecen los primeros síntomas de la enfermedad. Hasta entonces sus hijas habían sido perfeccionistas muy tímidas reservadas, que hacían cuanto ellos les pedían y rara vez mostraban señales de enojo, egoísmo o rebelión normal. Las

preanoréxicas consideradas a menudo “niñas modelos”, aceptan de buena gana las responsabilidades del adulto y las cumplen con gran eficacia. Sin embargo, cada día se aíslan más, se van desligando de sus contactos sociales conforme adelgazan, la comida se vuelve el centro de sus pensamientos (Craig, 1992).

Por otra parte, para Caparrós y Sanfeliú (1997), el padre aparece como relativamente ausente, han observado que muchas de las relaciones intensas que las anoréxicas establecen con ellos, se fundan sin la madre, a expensas de las carencias que la relación diádica con aquella ha dejado, el padre desempeña la función de madre vicariante, la ausencia del padre puede adoptar muchas formas distintas, pero la mayoría de los casos se asume diciendo que no participa en el mundo infantil.

Para Martínez - Fornés (1994), la anoréxica pertenece a una familia estable, con una “aparente” convivencia perfecta aunque poco espontánea. Bajo esa “aparente” normalidad se aprecia una excesiva dependencia interpersonal. Una estructura familiar sin fronteras, como si todos sus miembros fueran uno solo, especialmente el binomio madre - hija. Es la hija educada en un clima donde todo gira en torno a ella, pero ignorando su personalidad y sentimientos. Una madre “perfecta” poseída por ideales de salud, belleza y éxito para su hija pero sin intercambiar apenas sentimientos afectivos con ella. Surge así entonces una dependencia familiar excesiva, en donde no respetan los límites entre ellos. Son hijas con notable frialdad afectiva, rayana - a veces - con la crueldad. Mientras que el padre suele creer que la hija es una caprichosa que acabara con todos; la madre piensa que su

hija no es que no quiera, sino que no puede comer, situación que puede llegar a erosionar la estabilidad conyugal. El padre suele ser un hombre muy trabajador, con frecuencia una personalidad obsesiva por el trabajo, que nunca tuvo amigos ni antes, ni después del matrimonio.

Las niñas anoréxicas apenas han sido acariciadas por el padre; de pequeñas, por que el padre estaba entregado a su trabajo; de mayores, por que protestan cada vez que el padre se aproxima. La anoréxica no se siente parte entrañable de la familia; dar y recibir cariño le provocan vergüenza y culpabilidad. La huelga de hambre es el arma de la muchacha que no elaboró su identidad durante la preadolescencia ni aprendió a aislarse de la madre y familia, como un individuo aparte (Martínez - Fornés, 1994).

También Arenson (1991), explica acerca de la familia de la anoréxica, que la mayoría de las anoréxicas están comprometidas con sus familias de tal manera que les impide conseguir una sensación de independencia. Los padres de estas chicas no se dan cuenta de que la falta de rebelión y el comportamiento extremo de "buenas chicas" es anormal, la familia no es consciente de que bajo la apariencia de persona amable, perfeccionista, aparentemente feliz, se esconde una persona que carece de autoestima y se siente impotente. Finalmente, la chica mostrará su dolor y frustración solo a través del trastorno alimentario. Frecuentemente, la anoréxica procede de una familia en las que las apariencias, el atractivo físico y el respeto por la comunidad (la actitud de ¿ que pensará la gente?) son estresantes. El

conflicto surge cuando la joven se ve atrapada entre el camino hacia la perfección y el sentimiento constante de que no es lo suficientemente buena y que nunca lo será. Rehusar la comida se puede considerar también como un acto de rebelión contra el control de los padres.

Para Pearce (1995), algunas personas que padecen anorexia nervosa han sufrido también problemas alimentarios muy tempranos en su vida; en casi todas las familias con un niño anoréxico, el rechazo a la comida se transforma en un modo de comunicación entre los niños y los padres. Los mensajes normales son los siguientes:

- ◊ Estoy angustiado y me siento mal.
- ◊ Tengo miedo de no controlar mis sentimientos y mi vida.
- ◊ Estoy enfadado y disgustado.
- ◊ Quiero que te des cuenta de que existo.

De acuerdo con Pearce (1995), no es difícil observar como se llega a utilizar la comida como un modo de comunicación, porque cuando los niños son pequeños se dicen cosas como éstas: “has sido tan bueno que te voy a dar otro dulce” o “has sido tan travieso que no vas a comer este trozo de pastel”. Los adolescentes que desarrollan la anorexia nervosa tienen un buen comportamiento y hacen las cosas muy bien en cualquier otro aspecto. Tal vez piensen que es difícil mantener este nivel tan alto y sientan que las cosas

se escapan a su control. Lo único que pueden controlar es la cantidad de alimento que ingieren.

(Selvini, 1978, citado por Speier, 1986), encontró que las familias de anoréxicas tienen mayor dificultad en la comunicación, en el liderazgo, exceso de pautas de responsabilidad y un alto grado de disfunción matrimonial.

1.4. BULIMIA NERVOSA.

El establecimiento de la bulimia, significa etimológicamente “hambre de buey” del griego: bous = buey; limos = hambre. Es una alteración constante en episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso, lo cual lleva al paciente a adoptar medidas extremas para conservarlo (Belloch et al. 1995).

Lo que hoy describimos como bulimia nervosa es, sin duda, una entidad actual vinculada con la restricción alimentaria y con las presiones socioculturales que han generado esta modalidad peculiar diferenciada de la anorexia (Braguinsky, 1996).

Crispo, Figueroa y Guelar (1994), refieren que en la bulimia se encuentran temas como: control versus descontrol, espontaneidad de la autorregulación versus dietas compulsivas, y alteraciones en el deseo de comer. Un intento habitual de solución consiste en pretender detener el deseo de comer. Es inevitable cuando uno intenta combatir un deseo, que el mismo tienda a volverse foco de la atención y por ende a ocupar más espacio.

Un paciente bulímico realiza su ritual en soledad y silencio, no hay testigo de sufrimiento; pero, en algún momento la situación ya no se sostiene, la culpa, se acrecienta, la sensación de desesperación posingesta se vuelve intolerable. En la bulimia la muerte puede producirse por ruptura gástrica (por dilatación que ejerce la cantidad de alimento ingerida), por hemorragia digestiva o incluso por ataque cardíaco; mientras que en la anorexia el índice de mortalidad - mayor que en la bulimia- tiene como principales causas la inanición e infección (Hekier y Miller, 1994).

Raich (1998), considera que tanto en la anorexia como en la bulimia nervosa se pueden observar aspectos cognitivos inadecuados y persistentes que se refieren principalmente a la comida, el peso o al aspecto corporal.

Braguinsky (1996), refiere que es importante establecer que son tres los rasgos que caracterizan a la bulimia; a estos hay que agregar el de la conducta marcadamente restrictiva en los períodos de control. La bulimia nervosa, presenta un ciclo de: a) descontrol alimentario (binge o atracón); b) conducta compensatoria inapropiada generalmente vómitos autoinducidos; y c) semiayuno en los períodos de control. Este semiayuno (restricción) es compensatorio del descontrol / atracón previo y preparatorio del próximo.

1.4.1. TEORIAS QUE EXPLICAN LA BULIMIA NERVOSA.

Para Zukerfeld (1996), los valores adjudicados a la delgadez oscilan desde la simple pertenencia al grupo de moda hasta atribuciones de éxito erótico, intelectual y laboral. La mayor parte de las bulímicas han tenido

sobrepeso leve que, por razones sociales, han evaluado como máximo o muy indeseable, incitando a la búsqueda de adelgazamiento irracional.

Es difícil precisar una estructura familiar específica donde se desarrolla la bulimia, se han observado vínculos simbióticos e insatisfactorios en ambientes donde la valoración del cuerpo y del alimento es a veces confusa. Por otra parte el estrés familiar a la hora de comer puede tener cierta influencia.

Para Toro y Yepes (1986), los pacientes con bulimia están genéticamente relacionados con los que padecen trastornos afectivos, y estos producen una inestabilidad anímica que predispondría a la bulimia. Las familias han sido descritas como desorganizadas, conflictivas y con una tendencia más alta a los logros que los controles. Por otro lado, el ambiente sociocultural de la mujer adolescente y adulta joven se ha vuelto más inestable produciendo problemas de identidad en ellas. En un mundo competitivo la mujer puede usar la esbeltez, mandato de la moda, como manera de sobrepasar a las otras y de expresar su autocontrol. El aumento de peso, aún moderado, puede ser experimentado como falta de control y la mujer sentirse discriminada y aislada con la consiguiente pérdida de la autoestima. Considera como factor predisponente pérdidas emocionales o la separación de una persona significativa como la madre; también ha citado conflictos interpersonales, laborales, familiares y relaciones insatisfactorias con los hombres, es frecuente que la bulimia sea precipitada por una dieta de adelgazamiento.

1.5. OBESIDAD.

Obesidad es la excesiva acumulación de tejido adiposo en el conjunto corporal. Un contenido graso mayor del 35% en las mujeres y del 80% en los hombres (Un IMC de 30 o más) (Belloch et al. 1995). Para Gómez Pérez-Mitré y Avila (1998), el Índice de Masa Corporal (IMC) es el peso / talla².

Las mediciones antropométricas relacionadas con la nutrición son medidas lineales (longitudinales, perímetros y calibres) y de masa (peso) a partir de las cuales se pueden construir índices que estiman las características corporales de los individuos (Gibson, 1990, citado por Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997). Se han establecido algunos índices y se han constituido gráficas que permiten evaluar fácilmente la situación nutritiva simplemente con el conocimiento de la talla, peso y edad. Los utilizados en el área de la salud son el peso relativo e índice de masa corporal (IMC) éste último se conoce como segmento antropométrico y es un buen indicador de la masa corporal de un individuo (Casanueva, 1992, citado por Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997). Según Garrow y Webster (1985, citados por Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997), al relacionarse con la edad del sujeto nos da una dimensión de mayor dinamismo ya que incorpora simultáneamente el peso, la talla y la edad, como variables en función de las cuales se establece el crecimiento somático. Se calcula dividiendo el peso (Kg) entre la talla(cm) elevada al cuadrado; su fórmula es:

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

Gómez Pérez Mitré y Saucedo (1997), realizaron un estudio en el cual el objetivo fue validar la capacidad de diagnóstico del IMC en preadolescentes y en adolescentes. Los resultados muestran que el IMC empleado por las autoras es el más adecuado para detectar tanto obesidad como sobrepeso en los adolescentes, en éste estudio citaron los siguientes valores y puntos de corte del Índice de Masa Corporal (IMC)= (peso/ talla²):

IMC	CLASIFICACIÓN
<15	Emaciación (peso muy por abajo del normal)
15-18.9	Peso por abajo del normal
19- 22.9	Peso medio o normal
23-27	Sobrepeso
>27	Obesidad I
>31	Obesidad II o mórbido

De acuerdo a los centros oficiales o universitarios norteamericanos diagnostican obesidad con un IMC de 27.3 y 27.8 en hombres y mujeres, respectivamente. Los estudios de NHANES y muchos otros de los Estados

Unidos, así como en otras partes del mundo hacen uso de este diagnóstico. En el Instituto Nacional de la Salud de ese país (NIH) se toma en cuenta la edad y por ello se diagnostica obesidad hasta los 34 años, el indicador de obesidad es un IMC de 27 o más (Braguinsky, 1996).

En Canadá el Heart Health Study, investigo en una muestra representativa de la población adulta en el periodo de 1986/1992, mostró que un 38% de los hombres y un 30% de las mujeres tenían un IMC de 27 o más. La obesidad aparecía más tempranamente en los hombres y la delgadez extrema se observaba predominantemente en las mujeres, pero estas tenían también el mayor número de casos de obesidad mórbida (Braguinsky, 1996).

A partir de la validación del Índice Nutricional en muestras de preadolescentes mexicanos realizada por Saucedo-Molina y Gómez Pérez-Mitré (1998), se puede detectar quién presenta realmente obesidad y quién no, de forma más confiable, ya que si el porcentaje del índice nutricional es mayor a 120 se clasifica como obesidad. La validación se hizo por medio del método de sensibilidad y especificidad. El índice nutricional se basa en la comparación simple del peso y la talla del sujeto, con la relación del peso y la talla correspondiente al percentil 50 (mediana) referidos en las tablas de National Center of Health Statistics - Organización Mundial de la salud, considerando el sexo y la edad. Su fórmula es la siguiente:

$$\text{Índice Nutricional} = \frac{\text{Peso actual en Kg} / \text{talla actual en m}}{\text{Peso en Kg (Percentil 50) / talla en m (percentil 50)}} \times 100$$

Puntos de corte:

Inferior a 90 % = Bajo peso.

Entre 90 -110 % = Peso normal.

Entre 110-120 %= Sobrepeso.

Mayor a 120% = Obesidad.

Alemaný (1992), define a la obesidad como un exceso de grasa corporal, ya que el exceso de grasa genera un exceso de peso y la apariencia redondeada y masiva que caracteriza a la obesidad. Con la obesidad, si antes el estar entrado era un claro signo de riqueza, ahora la obesidad es considerada como un sntoma de dejadez, de pobreza espiritual o de incultura; el obeso lleva encima el estigma de la gula, esa malsana pasi3n por los pastelillos y salsas que le llevaran a la tumba y luego directo al infierno, por que la gula es un pecado muy grave. Los innegables peligros de la obesidad se han ampliado, aumentado y pulido hasta el extremo de crear una patologa propia.

Los obesos son considerados indisciplinados, pasivos, con problemas emocionales, sucios, poco creativos, menos inteligentes y m1s infantiles. Es notable la ambivalencia a la cu1l est1 sometido el obeso. El poderoso aparato de marketing le ofrece por un lado, una excesiva cantidad de alimentos de alta densidad cal3rica y grasa por otro lado, indumentaria con talles y medidas incompatibles muchas veces con personas de pesos o tama1os corporales no ideales. En obesidades masivas existe un grupo de factores que transforman la vida del sujeto en un constante padecimiento: trastornos del sue1o por la

disfunción pulmonar y dificultades en el reposo provocadas por el mismo sobrepeso, y entre otras cosas sería discapacidad para la creación y la actividad laboral (Braguinsky, 1996).

La mortalidad entre los obesos es estadísticamente más alto, la obesidad esta relacionada con enfermedades serias como la arterosclerosis y la diabetes. La población engorda al haber más y mejores alimentos disponibles: se come más y por ello se desarrolla una mayor acumulación de grasa. La grasa de nuestro cuerpo no está distribuida de un modo uniforme, ni lo esta de la misma manera en individuos distintos. Existen dos patrones generales aproximados de distribución de las masas de grasa corporal, que guardan relación con la diferenciación sexual y que están fuertemente influidas en su aparición por las secreciones de las glándulas sexuales. Un primer patrón tipo, el ginoide o "femenino", se caracteriza por unas caderas y posaderas amplias, con relativamente poca grasa en la parte superior del cuerpo, se dice que esta distribución de grasa es de forma de "pera". El patrón de distribución androide o "masculino" se caracteriza por que la inmensa mayoría de la grasa esta almacenada en la barriga con menos grasa en las caderas y unas posaderas planas. A este tipo de distribución se le denomina de "manzana" (Alemany, 1992). Por otra parte Forbes, (1975, citado por Ingelmo y Escalante 1996), considera que en Occidente es más frecuente la obesidad durante la infancia y después de los 50 años en mujeres y adolescentes niñas.

Vera y Fernández (1989), mencionan que tanto el niño como el adulto obesos pueden sentirse marginados en un mundo donde la “moda” es estar delgados, lo que frecuentemente da lugar a problemas de depresión, ansiedad, hostilidad y preocupación excesiva por la comida y por la opinión ajena. Estos sentimientos y estados de ánimo pueden llevar a excesos extremos en la dieta y a círculos viciosos de mayor aislamiento y marginación.

En la literatura nacional aparece un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré y Avila (1998), el cuál tuvo como objetivo el investigar si los escolares mexicanos preadolescentes practican dieta intencional con propósitos de control de peso. Encontraron que un 25 % de los niños de la muestra aceptaron hacer este tipo de dieta, tanto para bajar de peso como para subir de peso. La importancia de estos resultados radica en que expresa un interés relacionado con problemas de la imagen corporal lo que confirma a esta práctica dietaria como factor de riesgo, en el desarrollo de desórdenes alimentarios.

Otro estudio realizado por Gómez Pérez- Mitré y Ávila (1998), tuvo como propósito explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad, en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal, encontraron que los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación se presentaron de manera más importante entre las adolescentes mujeres que entre los hombres. Los grupos cuyo peso se encuentra fuera de lo

normal (peso por abajo y por arriba de lo normal) presentan más conductas alimentarias anómalas (conducta compulsiva) y menos conducta alimentaria normal. Así, entre las mujeres adolescentes la variable obesidad mostró estar clara y directamente asociada con conducta alimentaria compulsiva. Entre los hombres adolescentes se encontró, como factor distintivo de género, un factor compuesto por variables asociadas con conducta compensatoria. Un factor común a hombres y mujeres fue el de la preocupación por el peso y la comida. Así mismo, la conducta alimentaria normal resultó, entre mujeres, inversamente relacionada con obesidad y sobrepeso.

1.5.1. TEORIAS QUE EXPLICAN LA OBESIDAD.

La teoría psicoanalítica propone que la obesidad se debe a una regresión al período oral. Cuando las necesidades emocionales y de seguridad no son satisfechas, el comer excesivamente puede servir de mecanismo compensatorio. En general se acepta que aunque los factores emocionales contribuyen a su desarrollo, raramente son la causa primaria de ella. Los hábitos alimentarios son alterados por la propaganda, técnicas de crianza de los niños, uso de alimentos en las diferentes culturas, etc., y esos factores son importantes en la producción de la obesidad (Toro y Yepes, 1986).

Para Braguinsky (1996), la adolescencia representa el último período del crecimiento considerado etapa vulnerable para el desarrollo de obesidad; tanto el riesgo de comienzo como la persistencia de obesidad aumentan en la

etapa puberal, y aún más para las mujeres que para los hombres. El arrastre de la adiposidad se incrementa a lo largo de la infancia con la edad esto significa que si un niño llega obeso a la adolescencia o comienza su obesidad en la adolescencia tiene mayor riesgo de ser un adulto obeso, y este efecto es aún más marcado para el sexo femenino.

Se creía que los obesos comían excesivamente en respuesta a sentimientos negativos como frustración, tristeza, o inseguridad, y la comida era vista como proveedora de bienestar en ausencia de otras fuentes de consuelo. Frecuentemente se les tomo como poseedores de problemas con la comida debido a su incapacidad para entablar relaciones interpersonales satisfactorias. Así Becker, (1960, citado por Braguinsky, 1996), se refirió a la obesidad como una particular forma de manejarse con las propias dificultades en las relaciones humanas y consigo mismo.

Ingelmo y Escalante (1996), explican la obesidad desde teorías psicológicas. Todas ellas postulan que la mayoría de las obesidades ocurren por un desequilibrio energético positivo; son sujetos que comen o han comido demasiado. Hay varias hipótesis que tratan de explicar este comportamiento:

1.- Los obesos tienen problemas de personalidad que alivian a través de la ingesta. Dentro de esta hipótesis las teorías psicodinámicas consideran las alteraciones en la fase oral como causa de la obesidad aunque no hay estudios rigurosos que avalen esta hipótesis. Otros autores han intentado responder a la creencia a que el individuo obeso tiene más problemas psicológicos.

Hamburger, (1951 citado por Ingelmo y Escalante, 1996) apunta cuatro factores causales:

- 1.- a) Ingesta como respuesta a tensiones emocionales específicas.
- b) Sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables.
- c) Ingesta como síntoma mental subyacente.
- d) Adicción a la comida.

2.-Activación emocional y conducta de ingesta: ingesta como respuesta a la ansiedad. Muchas de las personas que piden ayuda para reducir peso comentan que comen en mayor medida si están nerviosas o angustiadas y que esa conducta aparece en situaciones determinadas.

3.-Los obesos se comportan de forma diferente a los individuos con peso normal frente a la alimentación, teniendo hábitos de comida que inciden directamente en el problema.

4.-Otra hipótesis apunta a diferencias cognitivas en el obeso, esto es, a ideas irracionales sobre el comer, el hambre y el peso que podrían agruparse en varios apartados siguiendo las teorías cognitivas.

Para Braguinsky (1996), las postulaciones psicoanalíticas, han asumido que comer en exceso sería una respuesta mal adaptativa a una motivación inconsciente frente a la depresión y la ansiedad que pasaría por alto los mecanismos normales de hambre y saciedad. Según estas teorías, dos mecanismos psíquicos podrían observarse en la producción de la obesidad: el de la obesidad primaria resultante de la organización de un intenso yo oral y el

de la obesidad secundaria o reactiva, que surge como un intento de restauración ante una intensa situación depresiva básica como una forma de recuperación maniaca. Los alimentos incorporados se identifican con el pecho originalmente alucinado. El tejido graso es una reserva de alimento; la grasa sería como la madre misma "internalizada" debajo de la piel, pero rodeando y circunvalando el cuerpo, tal como si el afuera al meterse dentro no perdiera su condición de afuera o sea de exterior.

De manera que un plano más profundo, la grasa no solamente es equiparable al pecho materno, sino al cuerpo envolventes de la madre embarazada; el obeso se siente inconscientemente envuelto dentro de su grasa, como si fuera un feto metido en el cuerpo de una madre nutricia. Reedita así la primera relación simbiótica del feto con la madre, esta internalización con la madre se produce como consecuencia de un mecanismo de defensa frente al temor de destruirla y perderla y sufrir entonces una muerte reparadora. El obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo, dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado, aunque unas personas muestran esas características sin ser obesos (Braguinsky , 1996).

El tema central no es la comida, sin embargo la comilona pasa mucho tiempo preocupándose y discutiendo acerca de la comida y del peso del cuerpo. Por otra parte, el alcohol parece ser la elección para reducir la ansiedad y la depresión o enfrentar a la soledad o ha sentimientos de

insuficiencia. La comida también reduce la tensión y alivia la ansiedad y la depresión. Para algunas glotonas, el abuso de comida provoca una renuncia a experiencias íntimas o sexuales. La glotona recurre al placer de comer para borrar el dolor (Arenson, 1991).

1.6. ESTUDIOS E INVESTIGACIONES SOBRE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

En una investigación se trabajó con una muestra de estudiantes de sexo femenino de una universidad pública, la finalidad era detectar la presencia del trastorno alimentario y evaluar la relación entre estas y algunos factores psicológicos ampliamente asociados, a los trastornos alimentarios. Los resultados reportaron que el 84 % de la muestra evaluada presenta un trastorno alimentario, el 5% anorexia y el 3.4% bulimia (Álvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y López, 1998).

En cuanto a los factores psicológicos asociados a los trastornos alimentarios, el miedo a madurar era considerado como característico de las chicas con anorexia Kaplan, (1994, citado por Álvarez y cols. 1998). Entre otros factores evaluados se ratificó lo referido por otros autores específicamente que el perfeccionismo predominó entre las anoréxicas y la inefectividad en las bulímicas, como lo refieren Crispo, Figueroa y Guelar (1996, citados por Álvarez y cols., 1998).

En la investigación que realizaron González, Lizano y Gómez Pérez-Mitré (1999), en una muestra de niños escolares mexicanos, el objetivo del estudio era detectar la presencia de factores de riesgo relacionados con desórdenes del comer, encontraron que la auto-atribución negativa se relaciona con problemas alimentarios y relaciones familiares autoritarias. Además los varones tienen menos preocupación por el peso corporal. Así mismo las preadolescentes son quienes más relaciones autoritarias perciben tener, mientras que los varones son los que responden tener menos relaciones autoritarias. Por otra parte, también se encontró que la preocupación por el cuerpo y el atractivo físico aumenta y, por tanto tratan de mantener su peso disminuyendo la ingesta de alimentos, lo que podría influir en que los padres preocupados, presionen o instiguen a un mayor consumo de alimento.

En el estudio hecho por Gómez Pérez - Mitré y Ávila (1998), se definió que la socialización familiar alimentaria autoritaria, despierta sentimientos de culpa por formas de comer y no tomar en cuenta al niño para los contenidos de la ingesta, ésta se mostró significativamente asociada con el hecho de que los estudiantes se preocuparan por el seguimiento de dieta para bajar de peso.

En México, Pérez y Platas (1998), realizaron una investigación sobre conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes y su percepción de la relación materna, utilizando la escala de Factores de Riesgo Asociados con

Trastornos Alimentarios (EFRATA); encontraron que la percepción de la relación materna se relaciona con conducta alimentaria, los resultados mostraron que una percepción negativa de dicha relación se asocia con conducta alimentaria compulsiva, conducta alimentaria normal –anómala y dieta crónica y restrictiva en comparación con las adolescentes con percepción positiva de la relación materna que presentaron una alimentación adecuada, ya que procuran que sus comidas sean nutritivas con el fin de mejorar su salud.

En el estudio realizado por Behar (1992), hace referencia a que la incidencia de la anorexia nervosa empieza a aumentar de forma alarmante desde hace más o menos 30 años atrás. Es un trastorno del hábito del comer que afecta a la mujer joven en aproximadamente el 90% de los casos; por lo tanto es pausable suponer que el rol femenino podría constituir un parámetro trascendental en su génesis. Como se sabe el rasgo cardinal de la anorexia nervosa es la persecución de la delgadez llevada a cabo hasta las postreras consecuencias, lo que conforma una gama de alteraciones físicas y psicológicas.

Enle y cols.(1982, citados por Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991), observaron que tan solo ocho anoréxicas de un grupo de 35 juzgaban muy negativas las relaciones con sus padres en su infancia, siendo éste el subgrupo de pacientes que presentaba una patología más acusada.

En otra investigación que realizó León y cols., (1985, citado por Vandereycken et al., 1991), utilizaron el Mos Family Environment Scale (FES) y no encontraron diferencias entre las pacientes anoréxicas y el grupo control en cuanto a su percepción del entorno familiar. Sin embargo, el grupo control de padres veía su sistema familiar más apto para la expresión de sentimientos y la creación de intimidad y afecto. El grupo control de madres opinó que su atmósfera familiar aceptaba la búsqueda de independencia.

Se realizó un estudio utilizando el Leuven Family Questionnaire para medir los niveles de conflicto, cohesión y desorganización de las familias de pacientes con trastornos del comportamiento alimentario (Kog y cols., 1985, citado por Vandereycken et al., 1991), encontraron que las madres, padres e hijas de estas familias referían mayor nivel de conflicto y desorganización que los controles, aunque no diferían en cohesión. Las familias más parecidas a las normales correspondían a pacientes con anorexia nervosa restrictiva mientras que las familias de bulímicas y de anoréxicas bulímicas eran similares entre sí.

Sights y Richard (1984, citado por Vandereycken et al., 1991), compararon a los padres y a las madres de estudiantes bulímicas y normales. Las madres de las bulímicas mostraron ser más dominantes, más controladoras y tener expectativas más elevadas respecto de sus hijas. Los padres habían tenido una estrecha relación con sus hijas en su infancia pero durante la

adolescencia se fueron distanciando. Este deterioro en la relación entre padre e hija no se observaba en el grupo control. Ambos padres del grupo de bulímicas eran más exigentes y hacían comparaciones entre los hermanos de forma más evidente y había más tensión entre padres e hijos.

Rastam y Gillberg (1991), compararon a 51 pacientes control y 51 pacientes con anorexia nervosa, con edad de 16 años. Fueron evaluados con la Escala de adaptación y cohesión familiar y el Inventario de personalidad de Eynseck. Encontraron que el grupo de la anorexia tiene mayores problemas familiares y las madres presentan más trastornos depresivos.

Por otra parte Telerant, Kronenber, Rabinovitch y Elman (1992), realizaron una crítica sistemática de 10 pacientes femeninas de edades entre 13 y 16 años, con anorexia nervosa los cuales revelaron problemas emocionales con sus padres, siendo un cambio radical anterior a la aparición de la sintomatología de la anorexia y la presencia de enfermedades de tipo psicósomático. Finalmente se encontró que ambos padres en las 10 familias se han comportado de una manera fría y formal con las pacientes, demostrando abuso, crítica verbal y no verbal.

Waller (1994) realizó un estudio en el cual se investigó la percepción de la mujer bulímica y la interacción con sus familias. La investigación se realizó con 81 mujeres que sufrían de anorexia nervosa y bulimia nervosa y ellas

reportaron medidas de actitudes de comer y valoración familiar. En las comelonas fue más frecuente cuando la familia fue percibida a tener una pobre solución de problemas, sin embargo muy pocas percibieron a sus familias con un estilo cohesivo mayor, es decir contaban con mejor solución a sus problemas. En contraste la restrictiva de entrada fue relacionada aunque no significativamente con el modelo de conversación con la familia, se restringe más cuando la familia tiene relativamente cohesión y menor cuando la familia tiene buena solución de problemas.

Shisslak, McKeon y Crago (1990), reportaron que 24 mujeres bulímicas de peso normal y 13 mujeres bulímicas anorexicas se compararon con 41 mujeres normales, que fueron el grupo control, las cuáles eran estudiantes universitarias a las que se les aplicó la Family Environment Scale and Family Dynamics Surveys, para medir la funcionalidad de la familia. Los grupos de bulímicas percibieron a sus familias más disfuncionales que las del grupo control en las dimensiones de cohesión, expresividad, orientación, comunicación y necesidades para aconsejar.

En una investigación realizada por Arevalo y Escursell (1997), estudiaron 3 dimensiones relevantes de la vida familiar en el surgimiento de los desórdenes del comer, las actitudes paternas hacia el peso, la dinámica de la familia y el modelo de comer. Participaron 16 familias, los resultados mostraron que hay un parecido entre madres e hijas con respecto a la percepción del peso y los modelos de comer. Las hijas fueron más vulnerables ante el estereotipo social que sus padres. También, se encontró que es significativamente diferente su forma de comer al de los padres.

CAPITULO II. ADOLESCENCIA.

2.1. DEFINICIÓN DE ADOLESCENCIA.

La adolescencia es un momento crucial en la vida del hombre y constituye la etapa decisiva de un proceso de desprendimiento. Este proceso atraviesa tres momentos fundamentales: el primero es el nacimiento, el segundo surge al final del primer año con la eclosión de la genitalidad, la dentición, el lenguaje, la bipedestación y la marcha; el tercer momento aparece con la adolescencia (Aberastury, 1978).

Para Papalia y Wendkos (1994), la adolescencia es el periodo que nos sitúa entre la infancia que dejamos y la edad adulta en la que nos embarcamos. Ya vislumbra vagamente el adulto en qué se va a convertir, al desarrollar nuevas proporciones corporales y al dedicarse más profundamente a las tareas que absorberán el resto de su vida: conseguir una firme comprensión de sí mismo, encontrar y concentrarse en el trabajo de la propia vida y formar adecuadas relaciones íntimas que tanto tienen que ver con la felicidad y el bienestar.

La adolescencia no se identifica con la pubertad- período de la maduración sexual propiamente dicha- sino que abarca más que ésta, ya que no sólo comprende la maduración en el aspecto fisiológico sino también en el afectivo, intelectual, de carácter, etc. Por lo que a la edad respecta diremos que la adolescencia tiene un período inicial o de preadolescencia que podemos situar entre los 10 y 12 años, otro de plenitud o de adolescencia propiamente dicha, entre los 13 y 17 y un período final que se extiende de los 18 a los 20 o 21 años (Riesgo y Pablo, 1986).

Dolto (1988), refiere que el estado de adolescencia se prolonga según las proyecciones que los jóvenes reciben de los adultos y según lo que la sociedad les impone como límites de exploración. Los adultos están ahí para ayudar a un joven a entrar en las responsabilidades y a no ser lo que se llama un adolescente retrasado.

Para Hurlock (1987), la adolescencia proviene del verbo latino *adolescere*, que significa “crecer” o “ crecer hacia la madurez”. La adolescencia es un periodo de transición en el cual el individuo pasa física y psicológicamente desde la condición de niño a la de adulto.

2.2. TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA.

Bakan (1971, citado por Carretero, Palacios y Marchesi, 1994), señala que las divisiones convencionales de la vida humana en las civilizaciones griega y romana no incluían un periodo específico para la adolescencia y esta situación se prolongó hasta el siglo XVIII. Probablemente fue Rousseau quien, se refirió a la adolescencia como un período específico del desarrollo y la consideraba antesala del estado adulto. Posteriormente surge el descubrimiento de la adolescencia en América, en respuesta a los cambios sociales que se produjeron en la segunda mitad del siglo XIX, el principal objetivo consistió en prolongar los años de la infancia. La adolescencia se añadió a la infancia como una segunda infancia con el fin de realizar los fines de la nueva sociedad urbana e industrial.

Hall (1904, citado por Carretero, Palacios y Marchesi 1994), señala que la ontogénesis recapitulaba la filogénesis, es decir, que el desarrollo psicológico del ser humano, desde la infancia hasta la adolescencia repetía *mutatis mutandis* el proceso evolutivo de la especie. Así el individuo, al ir pasando por las diferentes etapas, desde la infancia hasta la adolescencia, iba recorriendo las fases de estado animal, de menos a más evolucionado, antropoide, salvaje y civilizado. El sujeto adolescente sufría un proceso donde las tensiones y conflictos afloraban por doquier, justamente por encontrarse entre dos estados psicológicos muy diferentes, el correspondiente al salvajismo y el correspondiente al mundo civilizado. El adolescente era el sujeto paciente de una transición cuyos conflictos le llevarían, muy a menudo, a manifestar rebelión o enfrentamientos tanto con los demás como consigo mismo (*storm and stress*).

Las teorías sociológicas ponen más énfasis en los factores medioambientales y la adolescencia se concibe como el resultado de tensiones y presiones que vienen de la sociedad. El sujeto tiene que incorporar los valores y creencias de la sociedad, es decir, terminar de socializarse, al mismo tiempo que adoptar determinados papeles sociales. Esos papeles le son asignados al niño mientras que el adolescente tiene mayores posibilidades de elección. Al mismo tiempo los adultos tienen mayores exigencias y expectativas con respecto a los adolescentes, y esas exigencias pueden llegar a sentirse como insoportables. El cambio de papeles puede producir conflictos y generar tensión (Delval, 1994).

Delval (1994), señala que en la teoría psicoanalítica la adolescencia es el resultado del desarrollo de las pulsiones que se producen en la pubertad y que modifican el equilibrio psíquico, lo que produce una vulnerabilidad de la personalidad. Junto a ello hay un despertar de la sexualidad que lleva a buscar objetos amorosos fuera de la familia, modificando los lazos con los padres. Hay probabilidad de que se produzca un comportamiento mal adaptado, con fluctuaciones en el estado de ánimo, inestabilidad en las relaciones, depresión e inconformismo. Se produce un proceso de desvinculación con la familia y de oposición a las normas, que permite la formación de nuevas relaciones en el exterior del medio anterior. Existe en esta etapa la formación de la identidad; la adolescencia se atribuye primordialmente a causas internas.

Según Coleman, (1979 y 1980, Citado por Carretero, Palacios y Marchesi, 1994), su teoría focal viene a mantener que, probablemente, la adolescencia es una edad de crisis, pero sin que esta llegue a ser lo que los autores clásicos pensaban, ya que los diferentes problemas o conflictos que debe resolver el adolescente no se presentarían todos al mismo tiempo sino secuencialmente. Es decir, primero podrían surgir por ejemplo, los problemas con la imagen corporal, un poco más tarde la búsqueda de la identidad y posteriormente el conflicto generacional. Por supuesto, esta secuencia podría variar de un grupo social a otro e incluso de un sujeto a otro.

2.3. CAMBIO BIOLÓGICO, FÍSICO Y PSICOLÓGICO.

En los años adolescentes ocurren los cambios físicos y el funcionamiento fisiológico permite que cada individuo tome la forma y funciones apropiadas a su sexo. En ambos sexos significa aumento en peso y estatura; crecimiento de vello corporal, especialmente en las áreas púbica y axilar; erupción de nuevos dientes y notables cambios en los contornos de la cara y cuerpo. El inicio de la adolescencia se hace más obvio en la pubertad, con la menarca (el comienzo del ciclo menstrual) en las niñas, y la primera eyaculación de líquido seminal o la pigmentación del vello púbico en los varones (Watson y Lindgren, 1991).

Para Aguirre (1994), la pubertad acusa importantes cambios en el cuerpo, entre los que sobresalen el crecimiento y las manifestaciones secundarias del cambio sexual (senos, vello púbico, cambio de voz) el culto a la corporalidad se refleja en la preparación para el deporte y en la defensa de la delgadez. Esta actitud ante el propio cuerpo, que es a la vez ética y estética, se orienta hacia un narcisismo autorreferencial, que se refuerza mediante la afirmación de la moda (vestido) o a la expresión de la desnudez. La ética corporal es para el adolescente una racionalización de valores sobre su identidad corporal en la que el obeso es sentido como impuro.

Hurlock (1987), menciona que la pubertad, es decir, el período en que se produce la madurez sexual, forma parte de la adolescencia pero no equivale a ésta, que comprende todas las fases de la madurez y no sólo de la sexual.

El inicio de la adolescencia se destaca por una serie de cambios en el desarrollo físico, genéticamente controlados. Aunque la mayoría de esos cambios están vinculados bioquímicamente entre sí, se pueden dividir en dos clases: los relacionados con el crecimiento corporal y los relacionados con la maduración sexual. El crecimiento del cuerpo y la maduración sexual están sujetos en gran medida a la regulación de las estructuras cerebrales y el sistema endocrino, en donde la glándula pituitaria secreta directamente en el torrente sanguíneo una hormona que estimula a otras glándulas - entre ellas los ovarios, los testículos y las glándulas adrenales (Sarafino y Armstrong, 1988).

Por otra parte, Beal (1997) habla de la maduración fisiológica en el hombre, éste duplica su masa muscular, mientras que el principal cambio en los tejidos blandos de la mujer es el aumento de la grasa corporal. Las diferencias entre los sexos se acentúan más en el agua corporal y su distribución, en los niveles de electrolitos, en la temperatura corporal, en la tasa respiratoria, en la presión sanguínea, en el índice metabólico, en los componentes sanguíneos y de otras funciones fisiológicas.

No es raro el caso de chicos que en un año crecen de 10 a 15 centímetros y aumentan varios kilos de peso, esta aceleración del desarrollo se halla en estrecha relación con el incremento de la producción hormonal de la glándula pituitaria que desempeña una función catalizadora y de control del crecimiento. Bajo el influjo de las hormonas específicas de cada sexo andrógenas en los varones y estrógenas en las hembras; se desarrollan en las muchachas los pechos y el vello púbico y axilar, teniendo lugar la aparición de la primer menstruación. En los chicos, después del desarrollo inicial de los testículos, aparece el vello y la barba a la vez que el timbre de voz se hace más grave. También es importante conocer que el crecimiento no es de forma armónica: las piernas lo hacen más rápidamente que el tronco, las manos y los pies se adelantan varios años al tamaño del conjunto del cuerpo (Riesgo y Pablo, 1986).

Papalia y Wendkos, (1994) consideran que los cambios en la adolescencia surgen como una tormenta repentina. La totalidad de la forma corporal cambia de tal modo que parece ya un adulto aunque sus emociones y sus capacidades intelectuales no se encuentren al mismo nivel de madurez. Los adolescentes son poco a poco absorbidos por las preocupaciones adultas, y son muy conscientes de su apariencia física; los varones quieren ser altos y con anchas espaldas, mientras que las mujeres prefieren ser delgadas, pero con buen busto.

Los adolescentes que recién entran en el período se sienten notoriamente preocupados por su apariencia, pasarán horas ante el espejo buscándose “barritos”, probándose diferentes peinados, mirándose de espaldas con un espejo de mano en un espejo de pared para conocer su apariencia desde atrás. La cuidadosa inspección de su cuerpo deja a la mayoría de los adolescentes enteramente desilusionados: el escrutinio de su pelo, de su piel y de su anatomía no hacen por lo general más que confirmar las peores sospechas sobre su inadecuación. Pueden surgir esfuerzos extravagantes pero normales para modificar su apariencia (Rappaport, 1986).

También Sarafino y Armstrong (1988), opinan que el adolescente examina su cuerpo y lo compara con el de los demás, y reflexiona acerca de los cambios que ocurren. Las conversaciones de los jóvenes de ambos sexos versan sobre sus sentimientos sexuales y el desarrollo de sus órganos genitales, y frecuentemente juzgan a otros adolescentes según su atractivo y sexo.

Es habitual que el latente tardío observe los signos de modificaciones en su cuerpo como señal de que se está acercando a la gran “definición”. El grado de normalidad de un adolescente se puede detectar a través de su actitud frente al cuerpo. Puede sentirlo totalmente propio, o en algunos casos de mala elaboración del duelo por el cuerpo infantil, como perteneciente en parte a su madre. En consecuencia todo cambio le produce ansiedad porque lo obliga a la modificación de su vínculo con los padres de la infancia (Aberastury, 1978).

En estos casos los cambios corporales llevan a graves trastornos en la relación de los adolescentes con su propio cuerpo y con el de los demás. Pueden con frecuencia sentir su cuerpo como extraño a ellos y pueden llegar a un ataque contra su propio cuerpo sin sentirlo como propio (Aberastury, 1978).

El desarrollo de la sexualidad caracteriza a la adolescencia dentro de una ambivalencia de tensiones de modelos, y de prohibiciones sociales que perturban el equilibrio psicológico y contribuyen a hacer que este período de la existencia se vea marcado por numerosos conflictos y se presente inestable y angustioso. Se manifiesta en toda ocasión un cierto temor de ofrecer un aspecto poco agraciado de su persona. La coquetería se desarrolla en la muchacha: tacones altos, uso de cosméticos, etc. (Pepin, 1975).

Riesgo y Pablo (1986), señalan que lo verdaderamente importante de esta transformación, encara la personalidad del adolescente, es la repercusión que estos cambios del organismo tienen en sus aspectos psíquico, afectivo y emocional. A medida que pasa a la fase de maduración puberal, parecen intensificarse en él - o ella- una serie de formas de conducta antisociales: su testarudez, su obstinación, su falta de atención, su búsqueda, su desprecio a las reglas de educación, sus críticas y su insubordinación, no parecen tener con frecuencia, otro objeto que el de irritar a sus padres, maestros para los cuales se ha convertido en un verdadero enigma, que es también para sí mismo.

Fernández y De Brasi, (1993) consideran que el adolescente se está cuestionando todo, un desconocimiento de lo nuevo y una incomodidad y extrañeza con lo antiguo, lo sitúan en un surrealismo fascinante y angustiante. Navega entre idealismo e idealización y un escepticismo recalcitrante. Llega a idealizar profundamente a figuras o situaciones que cree lo rescatarán de sus innumerables dudas y confusiones. Su crisis particular de los valores familiares y de la infancia resuena con la crisis de los valores sociales. El cuerpo cambiante muy gordo, muy flaco, muy amado, escondido, exhibido; y una sexualidad donde masturbación, abstinencia, deseos homo y heterosexuales y todos los temores concomitantes, son caminos que recorren en el logro de una identidad sexual.

Para Papalia y Wendkos (1994), la tarea más importante de un adolescente es la búsqueda de su identidad, resolver la cuestión “quién soy en realidad”.

2.4. DESARROLLO INTELECTUAL.

El pensamiento del adolescente orientado hasta entonces hacia lo concreto, se abre al mundo de los conceptos, descubriendo no sólo el fabuloso panorama interior de su propio “yo” sino también el mundo del conocimiento. Razona, discute y generaliza; y frente a una sociedad egoísta y vulgar trata de demostrar su independencia oponiéndose a sus costumbres y rebelándose frente a los modelos tradicionales, tempestad de ideas que dura varios años hasta que, poco a poco, su pensamiento vuelve a acercarse a la realidad a medida que la vida le va enriqueciendo con experiencias y objetividad similares a las del adulto (Riesgo y Pablo, 1986).

Las transformaciones bastante prodigiosas que tienen lugar en la adolescencia algunas veces restan importancia a los cambios igualmente prodigiosos que ocurren en el ámbito de la capacidad intelectual. Desde el punto de vista cualitativo, el desarrollo mental más importante de la adolescencia es el logro de lo que Piaget llama operaciones formales: las operaciones mentales formales consisten, en esencia en habilidades mentales superiores que pueden ser utilizadas para representar y operar sobre otras capacidades inferiores, los adolescentes pueden realizar razonamientos más complejos que antes porque continúan operando en niveles superiores de pensamiento tanto concretos como abstractos (Weiner y Elkind, 1976).

Para Flavell (1987), la propiedad general más importante de este pensamiento formal concierne a la distinción entre lo real y lo posible. A diferencia del niño del subperíodo de las operaciones concretas, el adolescente, al comenzar la consideración de un problema trata de prever todas las relaciones que podrían tener validez respecto a los datos, y luego intenta determinar mediante una combinación de la experimentación y el análisis lógico, cuál de estas relaciones posibles tienen validez real. De este modo, la realidad es concebida como un subconjunto especial dentro de la totalidad de las cosas que los datos admitirían como hipótesis; es vista como la parte de "es" de la totalidad de lo que "podría ser", parte que al sujeto le toca descubrir. Ahora el adolescente ya no está preocupado solo por la limitada tarea de tratar de estabilizar y organizar todo aquello que llega de

modo directo a sus sentidos y gracias a esta nueva orientación, tiene ahora la capacidad potencial de imaginar todo lo que podría estar allí, tanto lo obvio como lo muy sutil. Esta nueva orientación implica algunas otras características del pensamiento formal:

- ⇒ Una estrategia cognoscitiva que trata de determinar la realidad dentro del contexto de la posibilidad tiene un carácter fundamental hipotético deductivo.
- ⇒ El pensamiento formal, es sobretodo, pensamiento proposicional: las entidades importantes que manipula el adolescente en su razonamiento ya no son los datos de la realidad en bruto sino afirmaciones o enunciados que “contienen” esos datos. Las operaciones formales, son en realidad operaciones realizadas sobre los resultados de operaciones (concretas) anteriores.
- ⇒ Esta propiedad de pensamiento operacional formal tiene una estrecha relación con la orientación recientemente desarrollada hacia lo posible y lo hipotético. Si el adolescente tiene un problema y por esta orientación, antes que nada debe determinar todas las relaciones posibles inherentes al problema de modo que pueda ponerse a prueba el estatus de realidad de cada uno de ellas, sin pasar por alto alguna de ellas (p.p.222-226).

Moraleda (1999), señala que en la adolescencia los cambios atañen más particularmente a su desarrollo intelectual a la profundización en su vida interior, descubrimiento de su identidad, orientación al mundo de los valores.

Es decir, a transformaciones psicoafectivas y personales, el adolescente es capaz de observar y analizar los sentimientos, motivos que lo llevan a actuar, actitudes y tenerlos en cuenta al juzgar su comportamiento. Este descubrimiento de su vida interior lo consigue el adolescente gracias a la aparición en sí de una actitud de pensamiento nueva en él: la introversión activa; es decir, cuando los intereses y la atención se vuelven intencionada y voluntariamente hacia la esfera de lo psíquico propio.

Con la pubertad y sobretodo durante la adolescencia, gracias a la aparición del pensamiento abstracto, el individuo es capaz de trascender más allá de las realidades inmediatas dadas, descubrir y comprender sus valores: verdad, bondad, belleza, etc. También sobreestima la facultad apenas adquirida de pensar abstracto, cree poder captar en conceptos la complejidad de la vida.

Para Stassen (1997), los adolescentes se interesan cada vez más por las opiniones y los juicios de las otras personas, tanto de los adultos como de los compañeros de diversas procedencias. Al mismo tiempo su timidez les hace muy sensibles a las críticas reales o anticipadas. Esta combinación de abertura y sensibilidad les pone en una situación emocionalmente difícil, por una parte ansiosos de entablar una interacción intelectual animada y por otra parte muy vulnerables a las dudas sobre uno mismo.

2.5. DESARROLLO SOCIAL.

El desarrollo psicosocial es el que ayuda al joven a conseguir finalmente la categoría y la maduración de un adulto. Por primera vez en sus vidas los adolescentes toman decisiones diarias personales que pueden tener consecuencias de largo alcance en su futuro. Por ejemplo deciden qué y con qué diligencia estudiar, si ir a la universidad y a qué universidad, de quién ser amigo (a), si deben iniciar su vida sexual, si deben consumir drogas, y así sucesivamente (Stassen, 1997).

Moraleda (1999), afirma que en la adolescencia los chicos y las chicas se comparan con los adultos y quieren igualarlos, incluso en la forma exterior. Mientras que el chico empieza de repente a lavarse bien, cosa que no se había conseguido de él hasta ahora, la chica dirige su atención a los vestidos y adornos de moda, muchas se enorgullecen de ir por la calle ataviadas a la moda. Por otra parte el adolescente experimenta una necesidad psíquica de comunicar sus propias ideas y experiencias. Esta comunicación sin embargo no la realiza sino con una o varias personas en las que confía y a las que escoge, pero también exige una amistad exclusiva.

El adolescente descubre que un nuevo interés lo inclina hacia el sexo opuesto, lo lleva a participar en actividades sociales y lo impulsa hacia libros, filmes y programas de televisión que antes desdeñaba. Al apartarse del hogar para integrar un grupo de pares, ya no cuenta con modelos de la conducta deseable, de los que antes disponía al instante, ni con un ambiente estable que facilite la identificación (Hurlock, 1987).

Sarafino y Armstrong (1988), reportan que el adolescente típico algunas veces es torpe y desgarbado, en cierto sentido su torpeza puede resultar de su excesiva autoconciencia al aprender una nueva habilidad motora o un nuevo rol social. La adolescencia es una época intensa y delicada para la mayoría de los adolescentes, debido a que disponen de una mayor libertad de conducta para tomar decisiones; pues tienen oportunidades para experimentar la aceptación o el rechazo de amistades e invitaciones; poseen una nueva conciencia como ente sexual.

Fernández y De Brasi (1993), señalan que el muchacho necesita para su desarrollo un grupo de pares, éstos cobran importancia fundamental en esta etapa, en la que por primera vez lo extrafamiliar es más importante que lo familiar. Brinda la posibilidad de socializar sus conflictos y sus vivencias, constatar sus ideas y sus criterios.

La popularidad aumenta la autoestima; los amigos personales íntimos le ayudan a explorar nuevas áreas de sí mismo que podrían resultarle demasiado amenazadoras si las abordara sólo; y el círculo de amigos o de amigas sirve como puente para las actividades con el sexo opuesto. Estas actividades que por lo general se producen de forma ritualizada de salidas en pareja, proporcionan un medio de aprender nuevos roles sociales, y de progresar hacia relaciones heterosexuales más serias (Rappaport, 1986).

De acuerdo con Stassen (1997) las relaciones entre compañeros plantean mayores retos a la confianza en uno mismo y a la autoestima, puesto que los adolescentes se comparan entre sí y sus compañeros, para muchas veces sentirse inferiores de una forma u otra. La evaluación que hace un adolescente de su apariencia física es el determinante de mayor importancia para su autoestima, porque la propia madurez física, el timbre de voz, la talla corporal y la complexión facial son de dominio público.

Los adolescentes defienden qué tienen que participar en actividades concretas, vestirse de una cierta forma o hacerse ver por ciertas partes de la ciudad porque " todos los demás lo hacen" está intentando aligerar la carga de la responsabilidad de tener que ajustarse a un cierto estilo, unos ciertos aires o una filosofía que esté probando. Los compañeros actúan como paragolpes entre el mundo relativamente dependiente de la infancia y el mundo relativamente independiente de la juventud adulta.

Riesgo y Pablo (1986), afirman que el adolescente acaricia el deseo de encontrar la persona que le ayude, le comprenda, le ame y le deje vivir según sus exigencias que en él despierta. Busca al amigo para confiarle afectos, esperanzas y planes, para apoyarse en él y contar con él en aquellos aspectos en que le considera superior, es la edad de los amoríos, de los ensueños, de las pasiones. O bien ingresa en una agrupación juvenil como boy scouts o similar, que le ayuda a hacer en equipo lo que en particularmente o en grupos muy reducidos le sería difícil de lograr, le permite desarrollar unas actividades complementarias que le enriquecen en múltiples aspectos, le ayuda a descubrir la amistad, a adquirir confianza en sí mismo y a compartir trabajos con jóvenes que piensan como él y tienen sus mismas inquietudes.

2.6. ADOLESCENCIA Y FAMILIA.

Watson y Lindgren (1991), señalan que mirar a un hijo crecer y adquirir habilidades también es satisfactorio, pero produce cierto conflicto emocional. El problema básico es que los niños cambian más rápido que los padres. Para Haller (1974), la adolescencia es un periodo de ajuste extremadamente difícil. Para los padres la mejor defensa acaso sea un cierto sentido del humor para el adolescente; es importante que los padres le den una buena base de lanzamientos con actitudes consecuentes y razonables.

Lutte (1991), señala que en algunas familias la alimentación representa un sector importante de la negociación de la autonomía: comer lo que a uno le gusta y en la cantidad deseada. A veces los adolescentes utilizan el ayuno, sobretudo las chicas, como un medio de presionar a los padres. La anorexia mental, más frecuente en adolescentes, es el síntoma de que hay dificultad en las relaciones con los padres, sobretudo con la madre.

La adolescencia es el tiempo durante el cuál los jóvenes se separan de su familia de origen para formar una nueva. Para convertirse en adulto el adolescente debe volver a fundamentar su personalidad sobre una base de autonomía, renunciar al estatuto dependiente que producía de su subordinación a sus padres y a los adultos para conquistar la independencia, hallar en sí mismo y no ya en la aceptación de los otros las razones de la

propia estimación y de la seguridad interior, elegir los valores que considere los más válidos en lugar de seguir con lealtad y fidelidad las instrucciones de las demás personas a la que se ha sometido (Lutte, 1991).

Pepin (1975), indica que en la adolescencia las relaciones con los padres son más conscientes y es la realidad del padre la que aparece, se pone de relieve y se desprende de un inconsciente sociológico. El hijo juzga su grado de autoridad y de autonomía. Sin embargo, siente que las afecciones familiares son las más seguras y las manifiesta como originales y fundamentales sin ni siquiera reflexionar sobre ellas.

Son frecuentes los casos en que las relaciones padres-hijos ya en la misma infancia, no son las correctas. Mucho más cuando llega a la adolescencia, la posibilidad de mutua incomprensión aumentan. Aumenta la vigilancia, esto tiene como consecuencia la rebeldía del adolescente motivado por la falta de comprensión, la estricta disciplina y la escasa independencia (Riesgo y Pablo, 1986).

Bartolomeis (1984), indica que para los padres no es fácil establecer relaciones sobre una base nueva, no saben resignarse a perder el poder absoluto sobre sus hijos, sufren al ver cómo se disgustan, se sienten disminuidos de importancia y dejarlos aparte. En la adolescencia la referencia social más constante es la familia aunque sea como marco de lucha y de desacuerdos. La confianza en el ámbito de la familia es una de las condiciones necesarias para un normal desarrollo de la personalidad; pero la

confidencia no debe nunca tomarse en falta de respeto para la intimidad de los hijos por parte de los padres y en falta de carácter y en debilidad por parte de los adolescentes. Es necesario que los padres estén preparados al hecho de que el adolescente no puede ya satisfacer sus necesidades fundamentales en el ámbito de la familia.

Lutte (1991), supone que el adolescente siente necesidad de la autonomía pero a la vez también de protección y de seguridad. Teme perder el afecto y aprobación de los padres. Reclamará los privilegios de la edad adulta y rechazará sus responsabilidades, y sentirá el temor de no conseguir comportarse como adulto. La misma ambivalencia se encuentra en los padres, que a menudo se sienten inclinados a considerar a su hijo como adulto cuando se trata de recordarle sus responsabilidades y como un niño cuando reclama sus derechos.

Stassen (1997), considera que los adolescentes se preocupan por liberarse de muchas limitaciones impuestas por los padres, y de forjar su propia identidad independiente, así que suelen exagerar los problemas. Los conflictos típicos suponen pelearse sobre las costumbres de la vida cotidiana- el pelo, la limpieza y el vestir- que tradicionalmente caen bajo la supervisión de la madre. El conflicto adolescente puede ayudar a adquirir experiencia sobre cómo expresar, tolerar y resolver los desacuerdos en sus relaciones más íntimas.

Hurlock (1987), menciona que aún dentro de una casa, el clima puede variar de uno a otro momento para un individuo determinado; esta alteración es segura en lo que concierne a los diferentes niños de familia, es más probable que el clima hogareño sea insatisfactorio para el adolescente joven en razón de que las fricciones con los componentes del núcleo se hallan en su punto máximo en ese período de su vida. Las críticas y otras experiencias paternas de disgusto proporcionan al adolescente un modelo para la exteriorización de sus propias quejas, los jóvenes hacen comparaciones desfavorables entre sus padres y los de sus amigos.

Para escapar momentáneamente del control de los padres, algunos adolescentes, las chicas en particular, recurren a las actividades que le permiten llevar a cabo un deporte, inscribirse en un grupo determinado. El alejamiento de la familia durante un cierto tiempo, ya sea por un viaje, vacaciones o el simple hecho de imaginar una fuga o proyectos de vivir por su cuenta pueden favorecer el proceso de separación (Lutte, 1991).

2.7. RELACION MATERNA Y PATERNA.

El alimento ha sido siempre una de las preocupaciones fundamentales del hombre. Por una parte, por que condiciona la supervivencia, por otra, es una fuente de placer. Ese placer, siempre asociado en los primeros meses de vida a la presencia de la madre, establece para el niño el primer diálogo, la primera forma de comunicación. El alimento es el vehículo de la energía y también el del amor maternal, que condiciona la seguridad afectiva y luego, la

familia y la sociedad, por medio de sus tradiciones, sus reglas religiosas, sus buenos modales ritualizan la alimentación, y le dan una significación social. Desde la perspectiva psicoanalítica, el aparato digestivo y el alimento están cargados de una fantástica afectividad, y nos remiten a la relación primordial del lactante con su madre (Tordjman, 1990).

Freud (1985), considera que de la relación que se establezca entre la pareja madre -hijo depende que las necesidades corporales e instintivas del niño sean frustradas o satisfechas y en que medida; que el placer o el displacer en las experiencias centrales de su vida; que, a los fines de la gratificación su atención pase paulatinamente de su cuerpo y su persona incipiente hacia el objeto que provee a sus necesidades y que al mismo tiempo es para él, el primer representante del mundo externo; y finalmente que los períodos iniciales de fusión con la madre y de amor por ella, por razones puramente egoístas den lugar a la manera madura de amar al objeto como persona por derecho propio.

Escalona (1953, citado por Nickel, 1978), explica que los lazos afectivos que unen al lactante con la madre o la persona que lo cuida es una base importante para la formación de la primera relación social.

La relación emocional entre el padre e hijo, deriva de la propia identificación con su propio padre, la cuál le sirve como base de empatía paterna y de transmisión de normas culturales y personales de la paternidad (Padilla, 1994).

Issacs (1973), menciona que el padre es siempre una figura importante en la vida del niño, sobretodo pasando el primer año. No se debe dudar que la madre es el ser más importante de los dos en el primer año de vida, pero gran cantidad de niños, en el segundo y tercer año de vida se vuelven hacia el padre como la persona a quién admirar y de quién sacar una sensación de seguridad. Cuando el padre es una persona comprensiva, capaz de demostrar interés en los problemas del hijo, y accesible, además de poseer todas las cualidades del adulto tan reverenciadas por los hombres, puede ser sumamente provechosa su presencia. Los niños hallan el máximo de estabilidad emocional cuando ambos padres participan indistintamente, cuando menos hasta cierto grado, en su educación y diaria compañía. Proveyéndole la compañía de uno solo de los dos progenitores, exclusivamente o en grado excesivo, se corre el riesgo de fomentar en el niño un desarrollo unilateral.

De acuerdo con Macías, Gómez, Angulo, Birrel de Chagoya y Saucedo (1981), el ser humano depende de la relación con otros seres humanos, en especial, su madre que satisfaga sus necesidades básicas de subsistencia, tanto físicas, como emocionales. En esta forma la familia, su grupo natural de adscripción se convierte como institución social en una matriz de desarrollo psicosocial que asegura la sobrevivencia del hombre como individuo y como especie. La familia es la unidad esencial de crecimiento y experiencia, de fracaso y realización, así como de salud y enfermedad. La capacidad de adaptación con flexibilidad u homeostasis es de gran importancia para la

funcionalidad y desarrollo de la familia como unidad y las de sus miembros. En este proceso de adaptación dinámica constante a que esta sujeta la familia, los valores fundamentales que entran en juego y lo hacen posible son: la razón, el amor, la solidaridad, el respeto, el interés y el conocimiento; para la satisfacción de necesidades físicas es precisa la dotación de alimentos, protección, bienes materiales e información; pero para satisfacer las necesidades específicamente humanas es fundamental la capacidad de comunicación verbal y no verbal de los miembros de la familia para lograr el interjuego positivo de los valores mencionados. Si este intercambio es continuo, el clima afectivo de la familia se desarrolla y determina el destino emocional de sus miembros.

De acuerdo con Haller (1974), aconsejar emocionalmente es algo, que compete en mayor grado a los padres. Si los padres han establecido una atmósfera acogedora para la conversación durante estos años, esto puede ahora ser de mucha ayuda. Sutileza he ahí la palabra clave a tratar con los adolescentes.

Para Herckhausen y Kemmler (1957, citado por Nickel, 1980), es fundamental, el dedicarse en todo tiempo a los hijos con espíritu comprensivo, circunspección y respeto de las situaciones especiales y características que éstos atraviesan, así como de sus aspiraciones y posibilidades. Esto es, precisamente lo que les crea mayores dificultades a muchos padres en el trato con sus hijos adolescentes.

En la chica el deseo de independencia crece; es la época de los primeros conflictos con la madre a propósito de las salidas o de los vestidos (Pepin, 1975). Stassen (1997), menciona que los padres pueden animar a un alumno a aprender de muchas formas, como mostrando interés en el trabajo de la escuela, asegurando que en casa los deberes y otras tareas académicas tienen una prioridad alta, manteniendo líneas abiertas de comunicación con los maestros, modelando habilidades relevantes para la escuela en las actividades de cada día y acompañando a los jóvenes a otros escenarios que despierten su curiosidad. También, los conflictos tienen más probabilidades de surgir al principio de la adolescencia y suelen implicar más a las madres que a los padres.

A menudo es la madre, cuando no trabaja, la que tiene el papel más importante en la educación de los adolescentes; es pues con ella con quién surgen más fácilmente los conflictos. A menudo se percibe al padre como más autoritario y parece más difícil confiarse a él, aunque garantice una mayor seguridad. A veces se vive al padre como ausente. No es raro que la madre desempeñe el papel de mediadora entre el padre y los adolescentes haciéndose cómplice de su libertad. Investigaciones manifiestan que la madre tiene más conflictos con la hija que con el hijo, probablemente porque desprecian a su propio sexo (Lutte, 1991).

Hurlock (1987), señala que cuando el período infantil se acerca a su culminación las fricciones con todos los componentes de la familia son

habituales y alcanzan su punto máximo entre los 15 y 17 años. Los cambios físicos de la pubertad hacen que el niño se vuelva silencioso, poco dispuesto a cooperar, es probable que los padres critiquen y castiguen su conducta si se les pasa por alto la razón que la provoca. Entonces, el niño piensa que nadie lo quiere y la brecha entre él y sus padres se ensancha.

Pepin (1975), propone que en el caso de una familia equilibrada, en donde reina una buena armonía entre el padre y la madre, hijo e hija adolescentes han encontrado en sus padres un modelo para identificarse. Al padre se le respeta y admira por su entereza y su importancia social; es querido por el seguro afecto con que envuelve a su familia; y la madre lo es por su inagotable ternura.

En el caso de la ausencia física del padre, por defunción, por largos viajes o simplemente, por desinterés. Puede ser que en el primer caso la madre asuma todas las cargas. Si cumple con su cometido lo mejor posible, mantendrá el culto del padre cerca de sus hijos, que encontrarán en la imagen verdadera y aureoleada por la muerte, el modelo paterno. A veces esta situación se ve reforzada por los otros miembros de la familia: abuelos, tíos, que pueden servir de sustituto paterno. Cuando por razones profesionales o por distracciones o gusto el padre se halla largas temporadas ausentes los hijos pueden tomar una actitud hostil hacia él, reprochándole su poco interés. La madre deberá entonces según sus posibilidades asumir todos los

cometidos al encontrarse el modelo paterno tan debilitado. También es importante que el padre se muestre comprensivo, que coloque sus exigencias a nivel de las posibilidades reales de sus hijos. Cuando, un hijo está en conflicto con su padre se encuentra a menudo protegido por la madre (Pepin, 1975).

2.8. FACTOR DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA.

Para Bruch (1973), los niños se crían en el seno de la familia. Destaca que la actitud y la conducta de los padres influye para que el niño se desarrolle sanamente. Reconoce que la familia es una parte de la comunidad general, y desde que nace el niño sufre la influencia de las fuerzas sociales. Es decir, los padres crían a sus hijos del modo que la sociedad exige. En la pequeña familia urbana, sobre todo si se han aplicado estrictamente los más modernos métodos sobre el cuidado de la infancia y se ha dispensado al niño un efecto excesivamente ansioso y se le ha tratado con ilimitada tolerancia, la relación entre el niño y el progenitor puede llegar a ser impropia, intensa, exclusiva y vulnerable. Pero aún en estas condiciones el mundo exterior penetra en el hogar. Los niños necesitan que se les conceda libertad de expresión, se les aliente a desarrollar sus talentos en inclinaciones individuales, y se les deje suficiente margen para que experimenten, prueben y aprendan de sus propios errores. Muchos padres miden la eficacia de la educación que han impartido a su hijo por la capacidad de éste para “encajar” en su propio grupo de edad.

Pick, Givaudan y Martínez (1995), señalan que dependiendo de las condiciones sociales, ideológicas y culturales, las funciones de la madre tiene diferentes significados. En la actualidad cada vez es más frecuente que el padre se involucre desde la etapa del embarazo en el cuidado y crianza de los hijos (as). Sin embargo el significado de la paternidad aun suele ser distinto para el hombre que para la mujer. La mayoría desea que sus hijos sean felices, honrados, autosuficientes, independientes, sanos, etc. También quieren compartir amor y que exista confianza y respeto. Sin embargo cumplir la misión como madre o padre no es fácil, ya que intervienen múltiples factores como son el de tipo de relación que se establece con cada miembro de la familia y las características de ésta.

Se sabe que las características de la familia y de cada miembro que la integra juega un papel muy importante con respecto al estilo de crianza que se establece. Por lo que un estilo de crianza es la manera como madres y padres se relacionan con cada uno de sus hijos en diferentes aspectos. Se refiere a la manera en que demuestra su afecto, la forma de establecer límites, el estilo de comunicación que predomina, el tipo de disciplina, la manera en que le transmite ideas o valores y el tipo de actividades que comparten con sus hijos e hijas. Es frecuente escuchar diferentes calificativos para las madres ó padres como afectuosos, distantes, estrictos, sobreprotectores, comunicativos, conservadores, liberales, etc. Todos ellos hacen referencia al estilo de crianza que predomina en determinada relación ante padre (madre) hijo (hija) (Pick, Givaudan y Martínez, 1995).

Para Lehalle (1990), los adolescentes ya tienen un largo pasado tras de sí, en particular en lo que se refiere a las relaciones con sus padres y a la interiorización de las normas sociales. Sin duda alguna es éste pasado el que determina principalmente las relaciones padres/ adolescentes, cosa que no significa, por otra parte, que un buen niño sea un adolescente sensato (más bien sucedería al revés, ya que el buen niño tendrá más problemas en el plano de la individuación). Por eso es importante que tomen consciencia del hecho de que no pueden “controlar” totalmente a su hijo y con mayor motivo cuando ya es un adolescente, pero tampoco deben “dimitir” los padres de su función, de aspectos positivos y de su transgresión.

Fitzgerald, Strommen y McKiney (1981), sugieren que ante cada nuevo nivel de desarrollo exige que tanto el progenitor como el niño reestructuren sus reacciones conductuales el uno en relación al otro.

Minuchin (1988, citado por Padilla, 1994), define a la estructura familiar, como una serie de demandas invisibles que organiza la manera de interactuar de sus miembros; siendo la familia un sistema que opera a través de patrones transaccionales, la repetición de estos patrones establece cómo, cuándo y con quién se pueden relacionar sus miembros.

Para Parke (1986), los niños no son los meros objetos pasivos de la influencia paterna. La relación padre- hijo es un proceso bilateral y los hijos ejercen una influencia sobre su padre tanto como éste lo hace sobre el desarrollo de aquéllos. Los hijos influyen directamente sobre el modo de tratarles que tiene el padre y determinan, por tanto la forma en que son socializados.

Según Padilla (1994), la funcionalidad de un sistema familiar dependerá de la claridad de los límites. Esto hace pensar que un síntoma puede ser producto de una familia disfuncional.

La influencia del padre no concluye en la temprana infancia. Incluso en la adolescencia y la edad adulta, las relaciones de las hijas con varones están más influidas por sus tempranas relaciones con sus padres que por el contacto con sus madres. El padre que permanece alejado de la hija, que no se preocupe por ella o se muestra hostil puede ser el motivo de que, siendo ya mujer, tenga problemas en cuanto a establecer relaciones heterosexuales permanentes (Parke, 1986).

Brooks (1959), el deseo de aprobación por parte de sus compañeros es una de las fuerzas más poderosas que afectan al adolescente. Los niños de poca edad buscan la aprobación de sus padres o de sus amigos. En muchos asuntos los adolescentes se preocupan más por la aprobación de sus compañeros que por la de los adultos. Las ideas de los padres suelen ser frecuentemente de menos peso para ellos que las opiniones de sus compañeros. Este deseo social se manifiesta, en los varones, en los intentos de lucirse ante los demás en acciones atrevidas, que exigen fuerza y habilidad. Los medios utilizados para ganar la aprobación, en las mujeres se debe a la atención que se presta a los vestidos y a la apariencia personal.

Para Bruch (1973), entre las condiciones que, a pesar de que por sí solas son inocentes, se han convertido en factores perjudiciales para el desarrollo de la personalidad, las variaciones de peso son probablemente las más perniciosas. La excesiva delgadez se ha convertido a tal punto en el ideal de belleza que incluso pequeñas proporciones de exceso de peso, las mismas que en diferentes condiciones sociales serían consideradas una agradable robustez, se convierten aquí en motivo de menosprecio y de humillación. A su vez, esta situación puede aislar gravemente al individuo joven, de modo que comer se convierta en el único solaz; y así el o ella llegará a engrosar realmente. No conozco otra condición que provoque tan grandes sentimientos de culpa y de agresiva hostilidad en los padres como ver que el niño engrosó ante sus propios ojos a pesar de todos los esfuerzos destinados a impedir o a corregir el hecho.

De la relación materna y paterna con el adolescente surge un factor de riesgo, el cuál se define como las condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno determinado (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Belloch et al. (1995), también han señalado tres factores de riesgo, es decir, 1) concomitantes sociales o demográficos; serían aspectos como las clases sociales, y el aislamiento social, 2) los factores predisponentes están ligados al concepto de vulnerabilidad, y 3) los factores precipitantes se han entendido como aquellos, que ocurren momentos antes de desencadenarse el trastorno en cuestión.

Cooper y Shepher (1993, citados por Belloch et al. 1995), han identificado al menos tres modalidades diferentes de factores de predisposición:

- A) factores genéticos,
- B) factores prenatales, y
- C) factores psicosociales, estos ocurren durante las etapas tempranas de vida postnatal, como privación materna, experiencia de pérdida durante la infancia, etc.

También es de importancia conocer que la conducta de riesgo para Gómez Pérez-Mitré (citado por Sandoval, 1998), son las conductas relacionadas con problemas en la ingesta alimentaria, por ejemplo, seguimiento de dietas con el propósito en el control del peso, dieta restrictiva, exclusión de alimento con alto contenido calórico, hábitos inadecuados, ayuno y atracones.

En ciertos casos, las perturbaciones que se aprecian existen desde hace largo tiempo: el contexto familiar juega un papel preponderante, como en el caso de las hiperfagias familiares. De todas formas no es raro que estas conductas alimentarias desviantes aparezcan en la adolescencia (Marcelli y Braconnier, 1986).

Marcelli y Braconnier (1986), distinguen tres tipos de perturbaciones:

- 1) comportamientos alimentarios inestables: hambre intensa, crisis de bulimia,

2) comportamientos alimentarios cuantitativamente inadecuados: hiperfagia, tendencia a “ picar”, restricción global y 3) comportamientos alimentarios cualitativamente alterados: exclusión alimentaria, régimen regular.

Aislaremos las conductas alimentarias de las modificaciones ponderales (obesidad, anorexia) porque estas conductas pueden observarse aisladamente o asociarse tanto a la obesidad como a la anorexia. Sus alteraciones son extremadamente frecuentes en la adolescencia, esta frecuencia se puede interpretar de diversas formas. Desde la perspectiva psicodinámica son:

- ⇒ reactividad de la pulsión oral ligada a un punto de fijación defensiva en relación con la recrudescencia pulsional, en particular genital en el movimiento regresivo que sigue;
- ⇒ deseo de aprobación y de dominio de las necesidades corporales, deseo que surge en el seno de una perspectiva ontogénica en el proceso de separación- individuación ; por ejemplo los conflictos entre el adolescente y sus padres a propósito de la alimentación son habituales: estos últimos desearían mantener el equilibrio alimentario que ellos creen satisfactorio, mientras que el adolescente reivindicaría alimentarse según los criterios estrictamente personales;
- ⇒ focalización a propósito de la comida familiar, de las interacciones y del conflicto entre padres y adolescentes (Marcelli y Braconnier, 1986, p.p. 120-121).

El comportamiento alimentario está a menudo alterado: el adolescente está solo y se lanza sobre la alimentación sin distinción alguna, tragando cantidades importantes de alimentos de forma caótica, sin ninguna preparación habitual sin placer. La crisis bulímica representa entonces una vana tentativa de incorporar el objeto materno asociado a la angustia de destruirlo (Marcelli y Braconnier, 1986).

CAPITULO III. SOCIALIZACION.

3.1. DEFINICIÓN DE LA SOCIALIZACIÓN E INSTANCIAS DE LA SOCIALIZACION.

La socialización es un proceso por el que atravesamos todas las personas iniciándose desde el momento mismo del nacimiento. Las sociedades generan en su propio seno las vías y los vehículos para efectuar la actividad socializadora (Bustos, 1997).

La socialización es un fenómeno emergente de la estructura social y cumple con los objetivos que ésta le asigna. Se puede identificar la socialización con el proceso de ideologización de una sociedad. La ideología se manifiesta a través de un sistema de representaciones, imágenes y actitudes concretas, que tienden a procurar la cohesión social; la socialización al igual que la ideología, tiene como uno de sus objetivos la "homogeneización" de los miembros de una sociedad (Bustos, 1994).

A través del proceso de socialización, la persona aprende qué es lo que se espera que haga, así como también qué es lo que no se ha de hacer. La fuerza que ejerce la socialización varía al madurar el individuo. Primero, la familia es lo más importante en la niñez y en la adolescencia es el grupo de compañeros y la escuela lo que toma importancia, entrando en conflicto con la estructura familiar en ocasiones (Haller, 1974).

Oerter (1980), opina que la socialización consiste en la integración del individuo en la cultura que le circunda, en crecer dentro de ella. En el curso de este proceso, son mantenidas o adquiridas las formas de conducta establecidas en la sociedad, mientras que se evitan o abandonan las que son objeto de tabúes. Existen culturas marcadamente diferentes pero en todas ellas el resultado final del proceso del desarrollo es el hombre socializado. La socialización se concibe como un proceso de aprendizaje, el cual consiste en la adopción de los modos de conductas, actitudes y actividades prescritas por la sociedad.

Bustos (1997), argumenta que la socialización desde el punto de vista de la psicología se refiere a aquellos procesos que permiten a la gente internalizar y conformar los roles prescritos culturalmente, como son los relacionados con el género, también incluye aquellos procesos que hacen a la persona única, dando la posibilidad de que trascienda a los roles prescritos culturalmente.

Puede definirse la socialización como todas y cada una de las instancias a través de las cuales un sujeto humano integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa. Dentro de estas instancias se encuentran: la familia, la educación formal (escuela), la religión, los medios masivos de comunicación, entre otras. Éstas tienen una importante contribución en el modo de conformar, transmitir, mantener y perpetuar valores, creencias y actitudes que influyen y en cierto modo determinan el modo de pensar y comportarse de la gente (Bustos, 1988).

En términos generales, la *familia* es la primera institución con la que cualquier ser humano tiene contacto y es en ella donde se inicia fuertemente la transmisión de valores y creencias que irán conformando actitudes y pautas de comportamiento. Es pertinente mencionar que es aquí sobre todo donde la mujer, como responsable directa del cuidado y crianza de los hijos (debido a las funciones que le asigna la sociedad) va a jugar un papel muy importante como transmisora de valores y pautas de comportamiento. La *educación formal* (por medio de la escuela) es otra de las instancias de socialización que también fomentan, refuerzan y mantienen valores y pautas de comportamiento que la familia se encargó de iniciar su transmisión, o bien otras nuevas. Una tercera instancia de socialización es la *religión*, que se encuentra ligada a las dos instancias ya señaladas y, por tanto, en armonía. Es dentro de la familia donde generalmente se decide o se impone el pertenecer o practicar una religión; y, por otra, dentro de la educación formal muchas veces se fomenta o se impone también una religión. Ésta a jugado un papel importante en las transmisión de valores y creencias (Bustos,1988). *Los medios masivos de difusión* es otra instancia de la socialización, el desarrollo tecnológico trajo como consecuencia el surgimiento de estos medios que va desde los impresos (periódicos, revistas, fotonovelas, folletines, etc.), hasta los electrónicos (televisión, radio, videos, cine, etc.). Así, la tecnología comunicacional es considerada como uno de los cambios que han tenido un fuerte impacto en la conciencia y el comportamiento humano(Gerbner, 1979, citado por Bustos, 1988). Mattelart y Schmucler (1979,citados por Bustos, 1988), mencionan que la contribución más relevante de los medios masivos de difusión, dentro del contexto de una sociedad en la fase del capitalismo monopólico, es su infatigable propósito de fabricar consumidores.

Es importante resaltar la importancia de la familia como una de las instancias socializadoras en esta investigación, como también lo hace Minuchin (1985), quien considera que la vida consiste en crecer, mezclarse, cooperar, compartir y competir con los demás. Para este autor, sin duda la mayor parte de la gente ha tenido sus experiencias más significativas dentro de alguna de las formas de la compleja unidad social que es llamada familia.

El proceso por el que el individuo adopta su conducta a los requisitos del grupo social al que pertenece, no puede continuar hasta que el individuo no haya definido su grupo y dejado de considerar equivalentes a todas las personas. El esfuerzo que impulsa al aprendizaje social es más eficaz si brota de individuos con los que el niño ha formado una relación amorosa y cuyos premios y castigos, por consiguiente tienen más impacto que si fuese una relación de carácter neutro. Los apegos proporcionan, el contexto en el que puede desarrollarse la socialización (Schaffer, 1986).

Meierhofer (1979), menciona que el periodo evolutivo comprendido entre los dos y los cinco años es fundamental para una adecuada adaptación social. El niño adquiere un conocimiento deliberado y el dominio del mundo que lo rodea, así como el sentido de orientación, respecto de su propio cuerpo. Desde el punto de vista social, presenta ya los rasgos fundamentales del adulto, maneja el lenguaje y la mímica. Empieza a pensar con lógica y a comprender las relaciones entre los distintos conceptos. Se interesa por la esfera de los adultos, que con frecuencia se refleja en sus juegos. Para alcanzar este estadio de madurez infantil, ha necesitado en todo tiempo, la colaboración de los padres.

Papalia y Wendkos (1994), mencionan que se pertenece a muchos grupos diferentes, desde el más básico la familia hasta las agrupaciones infantiles, las clases en la escuela y unas cuantas basadas en los intereses comunes de sus miembros. Los grupos más significativos, los que están formados por los amigos y la familia, poseen una larga historia y se extiende ante ellos una esperanza de futuro. Las personas son animales básicamente sociales. Las personas son influidas por sus padres, por sus semejantes, hermanos, maestros, vecinos, compañeros de trabajo, y las personas influyen sobre ellos. Se interactúa con personas que apenas sí se conocen, a través de normas sociales transmitidas por el grupo, y algunas veces estas interacciones pueden tener implicaciones de vida o muerte, como el caso de los comportamientos de ayuda o agresión entre extraños.

En la primera fase de aprendizaje acerca de las cosas humanas, el bebé aprenderá cómo invitar a su madre a jugar, iniciando una interacción con ella, se irá adiestrando en el modo de mantener y modular una corriente de intercambio social; irá adquiriendo las señales destinadas a concluir o evitar un encuentro interpersonal. Irá dominando la mayoría de las señales y convencionalismos, de modo que pueda realizar los movimientos y recorrer secuencias imitadas y armonizadas con la de su madre, cuyo resultado será el mutuo juego que se reconoce como interacciones sociales. Esta especie de coreografía, biológicamente proyectada, servirá como prototipo para todos los siguientes intercambios interpersonales (Stern, 1983).

Para Varela (1985), es efectivamente la familia en donde se cimientan, aspectos tan vitales como la adaptación al medio-ambiente, la capacidad de socialización, los pasos más importantes en la educación física y psíquica y la formación moral.

Según Cataldo (1991), se le reconocen a la familia 4 funciones o responsabilidades principales relacionadas con los niños:

a) Las familias deben proporcionar cuidados, sustento y protección a sus hijos. Estas funciones empiezan antes del nacimiento en forma de nutrición, cuidados médicos y preparación socioeconómica para recibir al niño como nuevo miembro de la familia.

b) La segunda función importante de la familia es la socialización del niño en relación a los valores y roles adoptados por la familia. Se espera que los conceptos de derechos y responsabilidad, las normas culturales y otras contribuciones sean transmitidas desde la sociedad a sus ciudadanos más jóvenes por medio de la familia y de la escuela. Se da por supuesto que las actitudes y las conductas de los niños reflejan este proceso en gran medida cuando los jóvenes llegan a su madurez.

c) Otra función es respaldar y controlar el desarrollo del niño y ofrecerle preparación para la escolarización. Los padres ayudan a adquirir durante la primera infancia una gran variedad de aptitudes, capacidades y conocimientos.

d) La última función de la familia es valiosa porque presta apoyo al crecimiento de cada niño en el camino de llegar a ser una persona emocionalmente sana (p.49).

Para Schaffer (1981, citado por Parke, 1986), la sociabilidad comienza en el hogar, dentro del contexto de la familia. Ha descrito 3 etapas básicas en el desarrollo del comportamiento social durante el primer año de vida:

1. La atracción inicial por parte del lactante hacia otros seres humanos que hace que los prefiera a los objetos inanimados de su entorno.
2. Su aprendizaje para diferenciar entre los distintos seres humanos de modo que reconoce a su madre como familiar y a los extraños como no familiares.
3. Su capacidad, por último, para establecer un vínculo emocionalmente pleno de sentido y duradero con determinadas personas, cuya compañía y atención busca activamente, mientras rechaza a otros individuos a los que considera extraños (p. 85).

Según Schaffer (1986), los niños no nacen conociendo a la gente, en las primeras semanas no hay indicios de que sean capaces de categorizar su medio en sus componentes animados e inanimados, ni de diferenciar lo social de lo no social. Tal diferenciación sólo se produce como resultado de la experiencia y tiene su origen en un medio que ofrece oportunidades de aprender. Es esencial, tener presente que la conducta social no constituye una clase aparte de todas las demás formas de conducta; las respuestas que un individuo da a la parte social de su medio se basan en los mismos procesos fundamentales de atención y percepción, de aprendizaje y retención, que las respuestas que da a los objetos inanimados.

3.2. FORMACION DE LOS PRIMEROS CONTACTOS SOCIALES.

En la niñez el individuo se concreta al mundo, es abierto, tiene intereses múltiples y ve el mundo de los adultos, como un objetivo al que tiende sus esfuerzos. En la pubertad y adolescencia el proceso de socialización se halla adelantado, ya que el adolescente desearía ser dueño de sus propios destinos. Le es preciso liberarse de la autonomía del adulto para convertirse en adulto (Oerter, 1980).

Los niños pequeños se vuelven cada vez más sociables y su sociabilidad tiene una mayor intencionalidad. A la edad de los 10 meses un niño puede entregar un juguete a otro niño, pero puede hacerlo tanto estando el niño de espaldas como si no. Durante el segundo año de vida las aptitudes sociales mejoran y aprenden en qué momento ofertas de este tipo tienen más posibilidades de ser aceptadas y cómo responder a las ofertas de otros niños (Eckerman y Stein, 1982, citado por Papalia y Wendkos, 1994).

Para Stern (1983), los momentos interpersonales son cruciales en la formación de experiencias a partir de las cuales el bebé aprende cómo relacionarse con los demás. Las interacciones puramente sociales entre madre e hijo, designadas en ocasiones como juego libre, constituyen una de las experiencias más cruciales en la primera fase de aprendizaje y participación en acontecimientos interhumanos por parte del niño. El bebé desarrolla esquemas del rostro, voz y tacto humano, ha adquirido esquemas de los diversos cambios que experimenta para formar diferentes expresiones y señales emocionales humanas.

A medida que la vida social del niño se enriquece y se acompleja, sus emociones tienden también a socializarse. Es decir, tienden a convertirse en formas de conducta socialmente aceptables (Moraleda, 1999).

El desarrollo de las relaciones sociales en la infancia está ligado a la conducta emocional del niño. Como indica Schaffer (1984, citado por Moraleda, 1999), los vínculos afectivos que unen al lactante con los adultos que le cuidan son una base importante para la formación de la primera relación social. Este vínculo afectivo que establece el niño con su madre, el padre o el pequeño grupo de personas que conviven con él y que le impulsan a estar junto con ellos en el espacio y en el tiempo es conocido por muchos autores como apego.

De acuerdo con McKain (1985, citado por Dunn, 1988), a la edad de nueve meses los bebés advierten la congruencia entre su propio estado afectivo y la expresión afectiva en el rostro de otra persona. La evolución de la comprensión y las comunicaciones sociales humanas implican un rango amplio de capacidades, además de la adquisición de la sintaxis o incluso de la semántica. Las personas simplemente no se envuelven recíprocamente en intercambios proporcionales: comunican sus estados de ánimo y sus deseos, su sentido del absurdo y la diversión, la desaprobación, el orgullo o la vergüenza (Dunn, 1988).

Para Haller, (1974) en cuanto al desarrollo de la personalidad del niño, lo que la madre demuestra ser es más importante que lo que hace. El desarrollo de la personalidad del niño depende de la interacción social y de la percepción de esta interacción. En la familia, el niño aprende sus reacciones típicas, y la madre sobreprotectora puede encaminarle hacia una conducta infantil, los padres autoritarios desvían la conducta hacia la timidez hacia una actitud de inferioridad. Los infantes parecen poseer de manera innata, o desarrollar rápidamente, notables habilidades para percibir las acciones y expresiones de otras personas (Spelke y Cortelyou, 1981, citado por Dunn, 1988).

Durante la identificación con los padres el niño adopta modos de comportamiento social fundamentales y en muchas ocasiones persisten aquellas que tienen lugar mediante el aprendizaje por refuerzo o por imitación de las personas modelo con las que se identifica. En este proceso de aprendizaje los padres desempeñan un papel decisivo; aunque a medida que pasa el tiempo y sobre todo las oportunidades de contacto social, otras personas, como los hermanos, amigos y, sobre todo, los personajes de la televisión y el cine, irán asumiendo también este papel de modelo, como lo demuestran numerosas investigaciones (Bandura y cols., 1963; Kuhn y cols., 1967, citados por Moraleda, 1999).

Aunque la familia en cuyo seno crece y aprende un niño proporciona un importante sistema de relaciones, las mismas familias existen dentro del contexto de mayor alcance de la sociedad, en las que otras personas, otros lugares y otros acontecimientos influyen en sus miembros. Las madres y los padres interactúan con otros padres, y los niños tienen relaciones con otros compañeros que les ayudan a dar forma a la imagen que tienen de sí mismos y a sus estilos sociales (Cataldo, 1991).

El papel socializador de los amigos, que adquiere mayor relevancia durante la última parte de la tercera infancia, se hace incluso más influyente al principio de la adolescencia (Berndt, 1989, citado por Stassen, 1997). Las relaciones con los compañeros y con los amigos íntimos, desde salir con un grupo numeroso del colegio o de la calle hasta las conversaciones susurradas al teléfono con un confidente de confianza, constituyen una parte vital de la transición de la infancia a la vida adulta (Stassen, 1997).

A consideración de Semmens (1973), el grupo de amigos adolescentes beneficia ciertas funciones de identidad de sus miembros. El fracaso de la sociedad para dar dignidad e importancia al periodo de la adolescencia estimula a los jóvenes para crear su propio mundo de identidad, con su propio lenguaje, símbolos de posición social y normas de conducta. En este mundo separado de los jóvenes es el que tanto confunde y aflige a los padres.

En cuanto adultos, tenemos tendencia a asociarnos con gente de nuestra misma edad y de una posición social parecida. En los niños la elección del grupo de compañeros discurre por líneas muy semejantes. Para el adulto se trata del grupo social, para el niño del grupo de juego, y cada una de esas agrupaciones parece poner en juego tanto lo mejor como lo peor de nosotros. Dentro del grupo de compañeros el niño tiene algo más que una oportunidad de comunicación, porque el grupo no tiene base de existencia si no es la sociabilidad. En lo que respecta a la influencia, es en este grupo en donde el niño halla a menudo a personas que puede imitar y con las que se puede identificar: ellas conforman el desarrollo de su personalidad (Haller, 1974).

3.3. PATERNIDAD Y MATERNIDAD.

Para Moraleda (1999), con la llegada del primer hijo los esposos se convierten en padres. Este acontecimiento es de suma trascendencia en el desarrollo de la persona de ambos cónyuges desde dos perspectivas diferentes:

a) la concepción del hijo es un acto de creatividad mutua durante el cual los límites entre el yo y el tú transitoriamente se suprimen. El hijo es una fusión física de los padres y sus personalidades se unen en el niño a medida que lo educan.

Mientras el padre y la madre se desarrollan como producto de familias diferentes, ahora van a quedar unidos por el niño con el cual se identificarán y cuyas experiencias compartirán.

b) la llegada del nuevo hijo supone una reorientación de la vida de los cónyuges, la necesidad de adaptarse al hijo, es el interés común por su educación, las exigencias de dedicación al mismo a costa de tiempo libre propio, son factores que influyen en esta reorientación (p. 353).

La paternidad puede acentuar la autoestima, si se saben abordar bien las exigencias y las responsabilidades que se plantean; o bien pueden desequilibrar o deprimir al revelarse las propias limitaciones y flaquezas. El padre puede aprender de sus hijos y madurar mediante este aprendizaje (Parke, 1986).

Se ha ensalzado el amor materno como el tipo más puro de amor, elevándolo incluso a la categoría de mito. El bebé necesita de su madre y del padre en todos los campos: nutritivo, de protección, de afecto. Es natural que la madre dé a su niño pequeño, sin esperar recibir de él más que la satisfacción de su alegría, su salud física y psicológica. Pero, si al crecer el bebé se convierte en niño explorador de un mundo, que amplía la zona de sus intereses más allá de su propia madre, ésta se siente frustrada y pretende prolongar la dependencia infantil, paralizando de algún modo el desarrollo de su hijo, sin embargo, el dar de la madre es en el fondo un darse a sí misma, satisfacciones, alegrías, necesidad de proyectarse en otro. Porque no ha descubierto, o no se lo han dicho, que una parte del dar es recibir. Recibir de los suyos cariño, servicios, ayuda, consejos, orientación, etc. Ella debe aprender a dar amor de otra forma, dar calidad de tiempo, y dedicación tanto o más que cantidad de atenciones materiales; y ser impulsora de actitudes y conductas (Navarro, 1990).

Según Kaye (1982), existen marcos adultos aplicados a la conducta infantil, uno de ellos sería el marco de la crianza, los adultos alimentan, tranquilizan, limpian, consuelan y miman a los bebés. En el marco de la protección los padres ofrecen en sentido general, manteniendo al bebé al alcance del oído y los objetos peligrosos fuera de su alcance, crean espacios delimitados en los que puedan intentarse nuevas adquisiciones. El marco de la crianza y el de la protección son dimensiones de variaciones transculturales e individuales, pero en general son universales, se expresan de formas distintas en diferentes familias y culturas. En el marco instrumental, un adulto realiza lo que parece ser la intención del bebé; actúa en nombre de lo que percibe como los fines del propio bebé. Consiste en el control de los padres en el comportamiento del bebé. En el marco de feedback brinda al bebé consecuencias más consistentes y destacadas para su propia acción de las que recibiría del mundo físico. Por último, el marco de modelado tiene lugar cuando un adulto realiza alguna acción y luego espera que el niño trate de imitarla.

3.4. EL PAPEL DE LOS PADRES.

Según Moraleta (1999), el proceso de identificación se facilita si el modelo es una persona atractiva y sus cualidades apetecibles: los padres afectuosos que satisfacen las necesidades del niño y que encarnan de modo notorio alguna de esas cualidades apetecidas por los niños, será tomado por modelo más frecuentemente que el padre que rechaza al niño o no muestra cualidades notorias. Cuando ambos padres son para el niño poderosos,

capaces, igualmente activos, el niño se identificará, hasta cierto punto con ambos. Por otra parte, es importante mencionar que existen investigaciones en las que se ha encontrado que los niños que llegan a tener un mayor desarrollo intelectual, el estilo de comportamiento de sus madres hacia ellos se caracterizaba por una relación atenta, cariñosa, alentadora, dispuesta a ofrecer estimulaciones variadas y propensa a responder con coherencia a las demandas de éstos.

Según Parke (1986), en la mayoría de las culturas del mundo, no sólo en occidente, las madres son, primordialmente cuidadoras y el padre desempeña un papel menor en la crianza del niño. La definición de los papeles que corresponden a cada sexo puede variar dependiendo de las condiciones sociales, ideológicas y físicas de las diversas culturas. Los niños no son meros objetos pasivos de la influencia paterna; la relación padre-hijo es un proceso bilateral y los hijos ejercen una influencia sobre su padre tanto como éste lo hace sobre el desarrollo de aquellos. Los hijos influyen directamente sobre el modo de tratarles que tiene el padre varón y determinan por tanto, la forma en que son socializados.

También Cataldo (1991), opina que la comunidad y la cultura crean las expectativas y los entornos en los que debe funcionar un grupo familiar.

Para Bartoloméis (1984), el error más frecuentemente se comete en la determinación de la situación social del adolescente deriva de insistir demasiado acerca de su separación de la familia y sobre su capacidad de

mirar la vida según valores elaborados en los grupos de coetáneos. De este modo se atribuye al adolescente una libertad de participación social que en realidad está bien lejos de poseer. Por otra parte la escuela podría ser la ocasión mejor de vida social para los adolescentes, de vida social no solamente como una base muy amplia incluso tanto que puede abarcar un enorme número de actividades.

De acuerdo con Bianchi (1986), es sólo a través del delicado proceso de interacción madre-hijo, primero que se genere el "nosotros" original, y también la ulterior escisión "tú - yo". La presencia del padre genera el triángulo primordial, con la presencia de la tercera persona "él". El circuito yo- tú- él proporciona las emociones y relaciones básicas. Nada ni mejor que el grupo familiar puede preservar, formar y orientar la dignidad de la persona y la convivencia social (p. 220).

Para Parke y Sawin (1980, citados por Schaffer, 1984), los padres tradicionales tienden a delegar a sus esposas, aún cuando ellos estén presentes y sean capaces de responder en bastante sensibilidad a los requerimientos de su hijo. Para Lamb (1980, citado por Schaffer, 1984), en la mayoría de las sociedades, es la madre quien asume preferentemente, cuando no exclusivamente, la responsabilidad del cuidado del niño.

De la familia mexicana, Díaz-Guerrero (1975), refiere que la estructura de esta familia se fundamenta en dos proposiciones: a) la supremacía indiscutible del padre y, b) el necesario y absoluto sacrificio de la madre. El papel de la madre ha adquirido su adecuada expresión en el término abnegación, que significa ni más ni menos, la negación absoluta de toda satisfacción egoísta. Así, la madre es profundamente afectuosa, tierna y sobreprotectora. Nada se niega y todo se da a los bebés. Por otra parte, el padre debe trabajar y proveer. Nada sabe y nada quiere saber acerca de lo que sucede en su casa, sólo demanda que todos lo obedezcan, y que su autoridad sea indiscutible. Hacia sus hijos muestra afecto, pero antes que nada autoridad.

Para Varela (1985), la madre ha de tener la suficiente dosis de autoridad para educar y orientar a su hijo, y para corregirlo cuando sea necesario. Además, los seres humanos no pueden encasillarse en un único y exclusivo papel, y menos en el campo de las relaciones personales. En cuanto al padre, refiere que no sólo puede reconocer las señales emitidas por el bebé, sino que puede utilizarlas para guiar su propio comportamiento, ante una reacción del pequeño, por ejemplo ante la sonrisa del bebé, el padre actuará más intensamente hacia él. Así, es como el padre y el bebé se influyen mutuamente, lo que conduce a una consecuencia muy importante para el niño en cuanto a su aprendizaje social, y es que puede influir en el entorno mediante su propio comportamiento. De esta forma, el padre habla

menos pero mantiene un mayor contacto físico mediante palmaditas, y balanceos. Los juegos que el padre realiza con el bebé ejercen una gran influencia sobre su desarrollo social e intelectual y es, en este aspecto donde el padre más le puede favorecer.

3.5. INFLUENCIA SOCIAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Sánchez y Mojica (1998), mencionan la importancia que toma la influencia social en la aparición de los trastornos de la alimentación. Ya que, la mayoría de los datos que han sido aportados pertenecen a los países occidentales o desarrollados; esto se debe a que existe una gran influencia de los valores estéticos acerca del cuerpo femenino y estereotipos relacionados con la belleza y la delgadez. Este fenómeno no se produce igual en otras culturas, como en los países subdesarrollados o del tercer mundo.

Bemporad (1996), describe que diferentes formas de los desórdenes alimentarios han existido desde la antigüedad, variando en frecuencia, manifestaciones y posibles motivaciones. Considera que existen ciertos factores socio-culturales que parecen aumentar o inhibir la frecuencia y tipos de desórdenes alimentarios.

Recientemente se ha publicado (Brumberg, 1988; Skrabanek, 1983; Van Derycken y Van Deth, 1994, citados por Bemporad, 1996), que varias formas de inanición tienen prácticas largas. Además, que la ocurrencia de

estas conductas en todas partes marca un récord en la historia teniendo causas para presentar desórdenes alimentarios y que son, actualmente un producto de corriente social, de presión social más que una profunda moda de expresión adoptada por individuos en otras épocas y en otras culturas.

Debido a que en la etapa de la adolescencia la relación materna y paterna juegan un papel importante para el desarrollo de trastornos de la alimentación, en esta investigación el propósito es conocer la asociación que puede existir entre la percepción que tienen los adolescentes de la relación con ambos padres (positiva/negativa) y conducta alimentaria de riesgo en trastornos de la alimentación.

CAPITULO IV. METODOLOGÍA.

4.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿ Influye la percepción (positiva / negativa) de la relación de ambos padres como factor de riesgo en los trastornos alimentarios?.

4.1.1. PROBLEMAS ESPECÍFICOS:

1) La conducta normal alimentaria se relaciona con una percepción positiva de la relación con ambos padres.

2) La conducta alimentaria de riesgo se relaciona con una percepción negativa de la relación con ambos padres.

3) En la conducta alimentaria de riesgo influye la interacción de la percepción de la relación con ambos padres.

4.2. DEFINICION DE VARIABLES.

4.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

A. Percepción positiva/ negativa de la relación con ambos padres.

B. Sexo femenino y masculino.

4.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

A. Conducta alimentaria normal/ riesgo.

Definición conceptual de las variables independientes.

Relación Materna.

La relación del niño con la madre se define como la base de la capacidad de este para establecer los vínculos ulteriores y a la vez sirve de prototipos para éstos, lo mismo vale para la percepción que el niño logra establecer sobre dicha relación. Está claro que su percepción por sí sola no garantiza la futura salud mental, ya que este vínculo está sujeto a numerosas alternativas (Montoya, 1990, citado por Pérez y Platas, 1998).

Definición operacional de las variables independientes.

Operacionalmente la percepción que los adolescentes tienen de sus relaciones materna y paterna fue definida como el puntaje que se obtuvo a través de las respuestas que dio el sujeto ante una escala que exploró dichas variables.

B. Sexo.

Definición conceptual.

Distinción fundamental de los organismos de una especie determinada que los divide en los que producen óvulos (hembras) y los que producen esperma (machos) (Warren, 1974).

Definición operacional.

Operacionalmente fue definida como la respuesta que dieron los adolescentes al responder soy hombre o mujer.

Definición conceptual y operacional de la variable dependiente.

Conducta alimentaria.

Comportamiento complejo de un organismo en presencia de estímulos alimentarios y que en casos normales produce la ingestión de la comida (Warren, 1974).

Operacionalmente las conductas alimentarias de riesgo se midieron con base a las respuestas dadas a la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

Los factores de conducta alimentaria de riesgo que se relacionan con la variable de estudio y su carga factorial se presentan a continuación:

Factor 1. Conducta alimentaria compulsiva.

	Mujeres	Hombres
Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365	.41342
No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085	.64982
Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064	.74363
Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.74727	.70806
No soy conciente de cuánto como.	.66033	.66876
Siento que no puedo parar de comer.	.80983	.71884
Como sin medida.	.79753	.72548
Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831	.50121
Siento que como más de lo que la mayoría que la gente come.	.65582	.41833
Soy de las que se hartan.	.52215	
Me avergüenzo de comer tanto.	.58300	
Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan.	.45587	

Factor 3. Preocupación por el peso y la comida.

	Mujeres	Hombres
Comer me provoca sentimientos de culpa.	.5780	.49715
Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso.	.59484	.62974
Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "engordadores".	.64573	.64006
Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68226	.68759
Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013	.51079
Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado.	.71942	.70754
Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265	.51449
Soy de las que se preocupan constantemente por la comida.	.55815	
Me deprimó cuando como de más.	.48531	

Factor 4. Dieta crónica y restrictiva.

	Mujeres	Hombres
Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío.	.48691	.71723
Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno.	.46423	.70527
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047	.54768
Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416	.61613
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas.	.62004	.64157
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho).	.55259	
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer.	.46706	

El factor de conducta alimentaria relacionado con la variable de estudio y su carga factorial es el siguiente :

Factor 2. Conducta alimentaria normal.

	Mujeres	Hombres
Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.74462	.72204
Como lo que es bueno para mi salud.	.73346	.73430
Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.71196	.70004
Procuró mejorar mis hábitos alimentarios.	.73420	.70341
Procuró comer verduras.	.61685	.69631
Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61685	.61762

4.3. HIPOTESIS DE TRABAJO.

1) En las mujeres la percepción negativa de la relación con ambos padres se relaciona con una proporción mayor de conducta alimentaria de riesgo.

2) En las mujeres la percepción positiva de la relación con ambos padres se relaciona con una proporción mayor de conducta alimentaria normal.

Se plantearon solamente hipótesis con respecto a las mujeres debido a que es un estudio de tipo confirmatorio. Por tal razón, no existe planteamiento de hipótesis con respecto a los hombres.

4.4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

La presente investigación fue de carácter confirmatorio transversal y de tipo expo-facto. Correspondió a un diseño 2X2, con 4 grupos con observaciones independientes.

	Mujeres	Hombres	Total
Percepción positiva de la relación con los padres.	n=19	n=19	38
Percepción negativa de la relación con los padres	n=19	n=19	38
Total			N=76

4.5. MUESTRA.

Se trabajó con una muestra no probabilística intencional que se extrajo de una población formada por estudiantes que acudían a escuelas preparatorias públicas del D.F., con una N= 76.

4.6. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

No formaron parte de la muestra los adolescentes hombres y mujeres casados, con hijos y con compromiso laboral.

4.7. INSTRUMENTOS Y APARATOS.

Se aplicó un instrumento sobre alimentación y salud (Gómez Pérez- Mitré 1993,1993b, 1995) que exploró las siguientes áreas:

1. Sociodemográfica. Reactivos (13) de la sección A, con los que se indaga escolaridad, sexo, ocupación de los padres, etc. (Ver anexo A).

2. Escalas de percepción de la relación materna (30 reactivos) y de la relación paterna (30 reactivos) cada una con cinco alternativas de respuesta. (Ver anexo B).

3. Escala de Factores de Riesgo Asociados a Trastornos Alimentarios. (EFRATA) (Gómez Pérez -Mitré, 1997) (Ver anexo C). Compuesta por 7 factores, de los cuales se utilizaron 4 factores para la realización de este estudio:

- | | |
|-----------|---------------------------------------|
| Factor 1. | Conducta Alimentaria Compulsiva. |
| Factor 2. | Conducta Alimentaria Normal. |
| Factor 3. | Preocupación por el Peso y la Comida. |
| Factor 4. | Dieta Crónica y Restrictiva. |

4.8. PROCEDIMIENTO.

Se pidió permiso a las autoridades de las escuelas y el instrumento se aplicó colectivamente en los salones de clases a los sujetos de la muestra que libre y voluntariamente aceptaron colaborar.

A los estudiantes se les dijo: 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 de la calidad de vida de dicha comunidad. Además se les explicó que sus respuestas serían tratadas en forma confidencial y anónima.

4.9. ANÁLISIS DE LOS DATOS.

Se utilizó estadística descriptiva para el análisis de distribución de las variables del estudio. Se utilizaron tablas y gráficos para facilitar la exposición y comprensión de los resultados.

También se utilizó estadística paramétrica para confirmar o no las hipótesis de trabajo: una prueba ANOVA de 2X2 para saber si se producían diferencias significativas o no entre los grupos con percepción positiva de la relación con ambos padres vs. los grupos con percepción negativa de la relación con ambos padres, por sexo: hombres y mujeres.

CAPITULO V. RESULTADOS.

El presente estudio tuvo como finalidad describir las relaciones que existen entre los factores de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la alimentación asociados con la percepción de la relación con ambos padres y con conducta alimentaria normal /anómala. Así, una vez obtenidos y capturados los datos, se procedió a un análisis utilizando el SPSS versión 8.0. Los resultados se presentan a continuación.

I. DESCRIPCION DE LA MUESTRA.

La muestra total no probabilística estuvo formada por N=76 estudiantes de nivel medio superior, mujeres y hombres, solteros, sin hijos y sin compromiso laboral.

La muestra total se dividió en cuatro grupos. El grupo uno quedó formado por mujeres con percepción positiva de la relación con sus padres (MPRP+) con una n=19, el grupo dos se formó por mujeres con percepción negativa de la relación con sus padres (MPRP-) con una n=19, el grupo tres quedó formado por hombres con percepción positiva de la relación con sus padres (HPRP+) con una n=19, el grupo cuatro quedó integrado por hombres con percepción negativa de la relación con sus padres (HPRP-) con una n=19 (Ver tabla 1).

TABLA 1. Distribución del tamaño de la muestra de acuerdo con la variable de clasificación (percepción positiva/negativa de la relación con los padres).

	Mujeres	Hombres	Total	Porcentaje.
Percepción positiva de la relación con los padres.	n=19	n=19	38	50
Percepción negativa de la relación con los padres.	n=19	n=19	38	50
			N=76	100%

DISTRIBUCIÓN POR EDADES.

La edad de los adolescentes quedó distribuida de la siguiente manera (ver tabla 2):

TABLA 2. Media y desviación estándar de la variable edad por grupo.

GRUPOS	X	S
1 MPRP+	15.21	.79
2 MPRP-	15.42	.77
3 HPRP+	15.26	.65
4 HPRP-	15.16	.69
GRUPO TOTAL	15.26	.72

II. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

2.1. Variables relacionadas con conducta alimentaria.

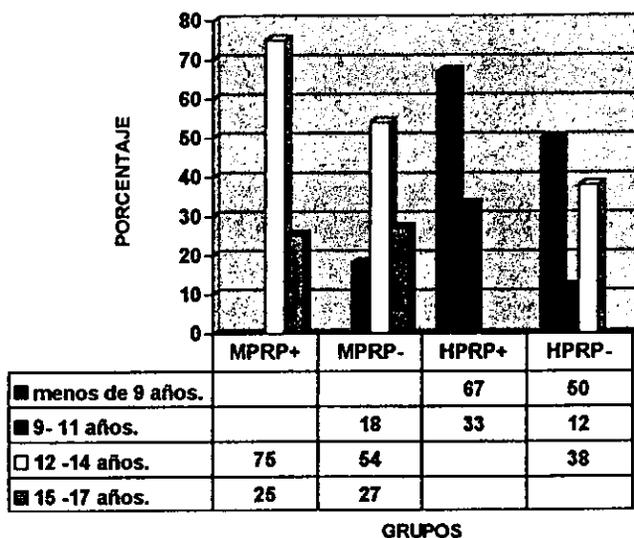
TABLA 3. Distribución porcentual de la variable "seguimiento de dieta restrictiva" por tipo de percepción de la relación con los padres.

	MPRP+	MPRP-	HPRP+	HPRP-	TOTAL
NO	78.9%	47.4%	94.7%	84.2%	76.3%
SI	21.1%	52.6%	5.3%	15.8%	23.7%
					100%

Independientemente del tipo de percepción o grupo, los porcentajes más altos fueron para la respuesta negativa, con excepción del grupo de mujeres con percepción negativa (MPRP-) entre las que el 53% respondió afirmativamente.

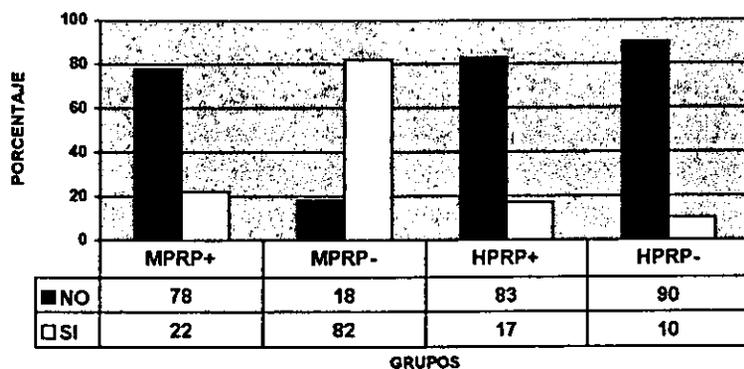
De los adolescentes de cada grupo que respondieron hacer dieta restrictiva se les preguntó la edad de inicio. Se encontró que fueron los hombres en porcentajes mayores e independientemente del tipo de percepción de relación quienes la iniciaron antes de los 9 años y de 9 a 11 años. Mientras que el 75% de las mujeres con percepción positiva la iniciaron más tarde (12 a 14 años) y el 25% de 15 a 17 años (ver gráfica 1).

GRAFICA 1. Distribución porcentual de la variable "edad de inicio de dieta" por tipo de percepción de relación con los padres (por grupo).



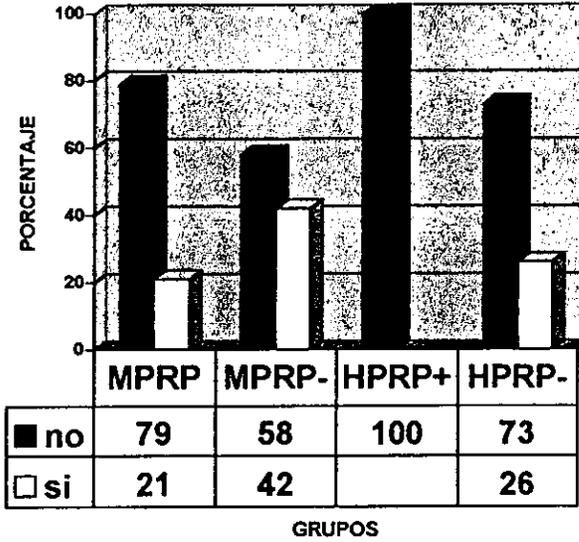
Nuevamente, las mujeres con percepción negativa de su relación con los padres son las que en un alto porcentaje (82%) respondieron haber hecho dieta en los últimos seis meses mientras que los porcentajes más altos de los adolescentes de los otros grupos respondieron negativamente (ver gráfica 2).

GRAFICA 2. Distribución porcentual de la variable " has hecho dieta en los últimos seis meses" por tipo de percepción de la relación con los padres.



Llama la atención que de nueva cuenta el grupo de mujeres con percepción negativa muestra el porcentaje más alto (42%) de respuesta afirmativa. Por otra parte debe subrayarse que el 100% de los hombres con percepción positiva respondieron negativamente (ver gráfica 3).

GRAFICA 3. Distribución porcentual de la variable "problemas con la forma de comer en los últimos seis meses" por tipo de percepción de la relación con los padres.



III. ANALISIS INFERENCIAL DE LOS DATOS.

Prueba de hipótesis para la comparación entre grupos.

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo se aplicó a las variables relacionadas con conducta alimentaria de riesgo la prueba paramétrica ANOVA (oneway) SPSS versión 8.00. Los resultados se presentan enseguida.

Se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el factor preocupación por el peso y la comida ($F(72)=3.032$, $p=.035$) y en el factor que mide dieta crónica y restrictiva ($F(72)=5.980$, $p=.001$) (Ver tabla 4).

TABLA 4. Resultados ANOVA (One way) de conducta alimentaria normal/anómala por grupo.

FACTOR		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrada.	F	Sig.
Conducta alimentaria compulsiva.	Entre grupos.	.514	3	.171	1.536	.212
	Dentro de grupos	8.037	72			
	Total..	8.552	75	.112		
Preocupación por el peso y la comida.	Entre grupos.	1.374	3	.458	3.032	.035
	Dentro de grupos.	10.874	72	.151		
	Total.	12.224	75			
Dieta crónica y restrictiva.	Entre grupos.	1.636	3	.545	5.980	.001
	Dentro de grupos	6.564	72	.091		
	Total..	8.200	75			
$H_0=X_1=X_2 = X_3 = X_4=0$ $H_1=X_1 \neq X_2 \neq X_3 \neq X_4 \neq 0$ Se confirma la hipótesis		Se rechaza. Se acepta de trabajo 1.				
Conducta alimentaria normal.	Entre grupos.	1.331	3	.444	1.461	.233
	Dentro de grupos	21.879	72	.304		
	Total..	23.210	75			
$H_0=X_1=X_2 = X_3 = X_4= 0$ $H_1=X_1 \neq X_2 \neq X_3 \neq X_4 \neq 0$ No se confirma la hipótesis		Se acepta. Se rechaza Hipótesis de Trabajo 2.				

Al aplicar la prueba Bonferroni ésta indicó que las diferencias en el factor de dieta crónica-restrictiva se presentaron entre el grupo de mujeres con percepción positiva de la relación con ambos padres (MPRP+) y las mujeres con percepción negativa de la relación con ambos padres (MPRP-). Las medias incluidas en la tabla 5 indican que fueron las mujeres con percepción negativa de la relación con ambos padres (MPRP-) quienes presentaron mayor seguimiento de dieta crónica - restrictiva ($X= 1.022$, $S= .40$). También en la misma tabla se encuentran las medias que indican que fueron las mujeres con percepción negativa de la relación con ambos padres (MPRP-) quienes presentaron mayor preocupación por el peso y la comida ($X= 1.195$, $S= .46$), mientras quienes presentaron menor preocupación por el peso y la comida fueron los hombres con percepción positiva de la relación con ambos padres (HPRP+), ($X= .833$, $S= .26$). Por lo tanto se confirma la hipótesis de trabajo 1 que dice:

En las mujeres la percepción negativa de la relación con sus padres se relacionará con una proporción mayor de la conducta alimentaria de riesgo.

También en la Tabla 4 se puede observar que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en los factores que miden conducta alimentaria compulsiva y conducta alimentaria normal.

Por lo tanto no se confirma la hipótesis de trabajo 2 que dice:

En las mujeres la percepción positiva de la relación con ambos padres se relacionará con una proporción mayor de conducta alimentaria normal.

Tabla 5. Distribución de las medias de los grupos por tipo de factor.

FACTOR	GRUPOS	N	MEDIA	S
Preocupación por el peso y la comida.	MPRP+	19	.914	.42
	MPRP-	19	1.195	.46
	HPRP+	19	.833	.26
	HPRP-	19	.966	.37
	TOTAL	76	.977	.40
Dieta crónica y restrictiva.	MPRP+	19	.614	.16
	MPRP-	19	1.022	.40
	HPRP+	19	.782	.21
	HPRP-	19	.856	.36
	TOTAL	76	.819	.33

CAPÍTULO VI. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El objetivo del presente estudio fue conocer la relación entre la percepción de la relación con ambos padres (positiva- negativa) y conducta alimentaria de riesgo en mujeres y hombres adolescentes con el propósito de prevenir los trastornos de la alimentación en este país, para evitar que futuras generaciones sean afectadas.

La muestra estuvo formada por adolescentes del sexo femenino y masculino pertenecientes a escuelas públicas de nivel preparatoria. La edad promedio de la muestra fue de 15 años 3 meses, con una desviación estándar de 7 meses.

Entre los resultados que más llamaron la atención se encontró que con respecto a la variable edad de inicio de dieta, independientemente del tipo de percepción de la relación (negativa / positiva) con ambos padres, los hombres comienzan a hacer dieta restrictiva a menor edad de los 9 años hasta los 14 años, al contrario de las mujeres quienes la inician más tarde (entre los 9 y 17 años). Con base en lo encontrado en esta muestra es en la adolescencia en donde inician el seguimiento de dieta, por lo que es importante tomarlo en cuenta como un dato trascendental para prevenir en esta población lo que podría ser el desarrollo de un trastorno alimentario. En la literatura nacional el estudio que apoya el resultado anterior es el realizado por Gómez Pérez -Mitré y Avila (1998) quienes encontraron que el 25% de su muestra de preadolescentes practicaron dieta intencional con el propósito de

control de peso; lo importante de estos estudios es que se confirma que el practicar dieta es un factor de riesgo para desarrollar un desorden alimentario. Internacionalmente, también Chinchilla (1995) considera que en los jóvenes adolescentes entre los 12 y 25 años de edad aparecen trastornos como la anorexia nervosa.

En el aspecto teórico Raich (1998), menciona que la dieta aunque difícilmente podría calificarla de categoría patológica debido a su uso generalizado, es el primer paso en la escalada de los desórdenes alimentarios. La dieta puede consistir:

- a) Supresión o restricción de determinados tipos de comida.
- b) Ayuno o supresión prácticamente total de ingesta durante uno o varios días.
- c) Reducción de la cantidad que se consume de cualquier tipo.

Entre los resultados más importantes con respecto a la variable seguimiento de dieta restrictiva se encontró que casi la mitad de las mujeres con percepción negativa de la relación con ambos padres llevan a cabo dicha conducta, esto coincide con las afirmaciones de Gómez Pérez- Mitré y Ávila (1998), quienes señalan que la socialización familiar autoritaria, despierta sentimientos de culpa por formas de comer y no tomar en cuenta al niño para los contenidos de la ingesta; ésta se mostró significativamente asociada con el hecho de que los estudiantes se preocuparan por el seguimiento de dieta para bajar de peso.

Cabe mencionar que una sexta parte de los hombres con percepción negativa de la relación con ambos padres tuvieron una prevalencia de seguimiento de dieta, lo que coincide con lo reportado por Gómez Pérez-Mitré, Granados, Jáuregui, Tafuya y Unikel (2000), quienes encontraron que en el género masculino hay prevalencia de seguimiento de dietas del 15% y del 12% de problemas con la forma de comer.

De acuerdo con la Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) encontramos que las mujeres con percepción negativa de la relación con ambos padres se asocia con el factor dieta crónica -restrictiva, es decir, una percepción negativa parece ser un factor de riesgo para que se desarrolle una conducta alimentaria anómala. Estos hallazgos quedan confirmados por las investigaciones realizadas por Enle y cols. (1982, citados por Vandereycken, Castro y Vanderlinden, 1991), quienes observaron que 8 anoréxicas de un grupo de 35 juzgaban muy negativas las relaciones con sus padres en su infancia, siendo éste el subgrupo que presentaba una patología más acusada. También en México, Pérez y Platas (1998) utilizando la escala de factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA) encontraron que la percepción negativa de la relación materna se asocia con conducta alimentaria compulsiva, conducta anómala, dieta crónica y restrictiva. En la parte teórica, Martínez- Fornes (1994) apoya el resultado de esta investigación porque menciona que las anoréxicas

pertenecen a una familia estable aunque poco espontánea con estructuras familiares sin fronteras, en la cuál la madre "perfecta" poseída por ideales de salud, belleza y éxito para su hija, pero sin intercambiar sentimientos afectivos con ella, la lleva a una dependencia familiar excesiva.

En la literatura se confirma lo señalado por Lutte (1991), quien señala que en algunas familias la alimentación representa un sector importante de la negociación de la autonomía entre comer lo que a uno le gusta y en la cantidad deseada, a veces los adolescentes utilizan el ayuno, sobre todo las chicas, como un medio de presionar a los padres, la anorexia mental es el síntoma de que hay dificultad en las relaciones con los padres, sobretudo con la madre.

También para Arenson (1991) la adolescencia es la etapa en la cual una mujer adolescente se pregunta ¿Quién soy?, ella siente que no tiene impacto en su mundo, sin embargo controla su propio cuerpo, lo que le da sensación de poder y por eso limita la ingestión de alimentos y realiza ejercicios físicos extremos.

Por otra parte, las mujeres adolescentes con percepción negativa de la relación con ambos padres mostraron mayor preocupación por el peso y la comida. Esto puede entenderse de acuerdo con Belloch, Sandín y Ramos (1995), quienes señalan que de la relación materna y paterna con el

adolescente surge un factor de riesgo, el cual se define como las condiciones que incrementan la probabilidad de que un individuo desarrolle un trastorno determinado.

De acuerdo con los resultados encontrados en este estudio si la interacción con los padres es negativa esto puede convertirse en un factor de riesgo para que se desencadene un trastorno de la alimentación. Esto queda confirmado con las investigaciones realizadas por Sights y Richard (1984), quienes encontraron que los padres de estudiantes bulímicas habían tenido una estrecha relación con sus hijas durante la infancia y más tarde se deterioró la relación con ambos padres ya que eran más exigentes y hacían comparaciones entre los hermanos, y había más tensión entre padres e hijos.

Telerant, Kronenber, Ravibinovitch y Elman (1992), realizaron un estudio que confirma los resultados de esta investigación, trabajaron con pacientes femeninas anoréxicas, las cuales revelaron tener problemas con sus padres, se encontró que ambos padres se comportaban de manera fría y formal con ellas, demostrando abuso, crítica verbal y no verbal.

Con respecto a la prueba de hipótesis de trabajo se confirmó una de ellas por lo que se puede concluir que: en las mujeres la percepción negativa de la relación con ambos padres sí se relaciona con factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación.

Por último con base en el análisis de los resultados presentado en el capítulo anterior, concluimos en este estudio que:

- 1) La edad de inicio de dieta comienza en la adolescencia.
- 2) Se detectó que los adolescentes mujeres y hombres con percepción de la relación negativa con ambos padres siguen una dieta restrictiva.
- 3) La interacción negativa con ambos padres en combinación con seguimiento de dieta restrictiva puede representar un serio riesgo para un trastorno de la alimentación.
- 4) Los factores que se relacionaron con una percepción negativa de la relación con ambos padres en las mujeres fueron: dieta crónica y restrictiva y preocupación por el peso y la comida.

REFERENCIAS.

- Aberastury, A. (1978). Adolescencia. Buenos Aires: Kargieman.
- Aguirre, B. A. (1994). Psicología de la adolescencia. España: Alfaomega.
- Alemaný, A. (1992). Obesidad y nutrición. Madrid: Alianza.
- Alvarez, L. G., Mancilla, J. M., López, X., Vázquez, R., Ocampo, M. T. y López, V. (1998). Trastornos alimentarios y obesidad: avances de investigación en una población mexicana. Psicología Contemporánea, 5. (1), 72- 77.
- Arenson, G. (1991). Una sustancia llamada comida. España: Mc Graw - Hill / Interamericana.
- Arevalo, R. V. y Escursell, R. M. (1997). El papel de la familia en los trastornos alimentarios. Psicología conductual, 5. (3). 391-407.
- Bartolomeis, F. (1984). La psicología del adolescente y la educación. México: Roca.
- Beal, V. A. (1997). Nutrición en el ciclo de vida. México: Limusa.
- Behar, A. R. (1992). Roles genéricos y anorexia nervosa. Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina, 38. (2), 119-122.
- Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1995). Manual de psicopatología. España: Mc Graw Hill.
- Bemporad, J. R. (1996). Self - Starvation Through the ages: Reflections on the pre- history of Anorexia Nervosa. International Journal of Eating Disorders. 19. (3),217-237.
- Bianchi, A. E. (1986). Psicología de la adolescencia. De sus conflictos y armonías. Buenos Aires: Troquel.

- Braguinsky, J. (1996). Obesidad. Buenos Aires: El ateneo.
- Brooks, F. D. (1959). Psicología de la adolescencia. Argentina: Kapelusz.
- Bruch, H (1973). No le tenga miedo a su hijo. Argentina: Central.
- Buela - Casal, G. y Caballo E. (1991). Manual de psicología clínica aplicada. España: Siglo XXI.
- Bustos, R. O. (1988). "Socialización, papeles (roles) de género e imagen de la mujer en los medios masivos: ¿Quiénes perciben los estereotipos difundidos? ". Salles, V. y McPhaiel, E. (compils.) 1988. Serie de documentos de investigación, 1. La investigación sobre la mujer: informes en sus primeras versiones. México: PIEM- COLMEX.
- Bustos, R. O. (1994). La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. Antología de la sexualidad humana. México: CONAPO.
- Bustos, R. O. (1997). Género, socialización y familia. Memorias del V simposio mexicano de desarrollo humano "género y pareja". 4 al 6 de septiembre, 1997. México: Universidad intercontinental.
- Caparrós, N. y Safeliú, I. (1997). Anorexia nervosa: una locura del cuerpo. España: Biblioteca Nueva.
- Carretero, M., Palacios, J. y Marchesi, A. (1994). Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senetud. España: Alianza.
- Cataldo, C. Z. (1991). Aprendiendo a ser padres. España: Aprendizaje Visor.
- Craig, G. J. (1992). Desarrollo psicológico. Massachusetts: Prentice Hall.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1994). Trastornos del comer. España: Herder.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia. España: Gedisa.

Chinchilla, M. A. (1995). Guía teórico - práctica de los trastornos de conducta alimentaria: anorexia nervosa y bulimia nervosa. España: Masson.

Delval, J. (1994). El desarrollo humano. España: Siglo XXI.

Díaz- Guerrero, R. (1975). Estudios de psicología del mexicano. México: Trillas.

Dolto, F. (1998). La causa de los adolescentes. México: Robert Laffont.

Dunn, J. (1988). Los comienzos de la comprensión social. Argentina: Nueva Edición.

Fernández, A. M. y De Brasi, J.C. (1993). Tiempo histórico y campo grupal. Argentina: Nueva Visión.

Fitzgerald, H. E., Strommen, E. A. y McKinney, J. P. (1981). Psicología del desarrollo. México: El Manual Moderno.

Flavell, J.H. (1987). La psicología evolutiva de Jean Piaget. México: Paidós.

Freud, A. (1985). El psicoanálisis y la crianza del niño. España: Paidós

Gómez Pérez, Mitré, G., Granados, A. M., Jáuregi, J., Tafoya, S. A., y Unikel, S. C. (2000). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras del género masculino. Psicología Contemporánea, 7. (1), 4-15.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6. (2), 37-45.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Ávila, A. E. (1998). Conducta alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana, 6. (2), 10-21.

Gómez Pérez-Mitré, G. y Saucedo, M. T. (1997). Validez diagnóstica del índice de masa corporal en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta pediátrica mexicana, 18. (3), 103-110.

González, S. L., Lizano, M. M. y Gómez Pérez Mitré, G. (1999). Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista mexicana de psicología, 16. (1), 117-126.

Haller, G.B. (1974). Psicología general. México: Harla.

Hekier, M. y Miller, C. (1994). Anorexia - bulimia: deseo de nada. Argentina: Paidós.

Hurlock, E. B. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.

Ingelmo, S. A. y Escalante, C. F. (1996). La obesidad y sus complicaciones. España: Universidad de Cantabria.

Isaacs, S. (1973). Conflictos entre padres e hijos. Buenos aires: Psique.

Kaye, K. (1982). La vida mental y social del bebé. España: Paidós.

Lehalle, H. (1990). Psicología de los adolescentes. México: Grijalbo.

Lutte, G. (1991). Liberar la adolescencia. Barcelona: Herder.

Macías, A., Gómez, F. M. E., Angulo, V. J., Birrel de Chagoya, C. y Saucedo, G. J. M. (1981). Primer simposium sobre la dinámica y psicoterapia de la familia. México: IFAC.

Marcelli, D. y Braconnier, A. (1986). Manual de psicopatología del adolescente. Barcelona: Masson.

Martínez - Fornés, S. (1994). La obsesión por adelgazar. México: Espasa Calpe.

Meierhofer, M. (1979). Los primeros estadios de la personalidad. Barcelona: Herder.

Minuchin, S. (1985). Calidoscopio familiar. Imágenes de violencia y curación. España: Paidós.

Mora, G. M. y Raich, E. R. (1994). Naturaleza continua versus naturaleza categorial de la bulimia nervosa. Psiquis, 15. (3), 39- 48.

Moraleda, M. (1999). Psicología del desarrollo. México: Alfaomega.

Navarro, D. F. (1990). El amor y la familia. México: Editora de Revistas.

Nickel, H. (1978). Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia I. Barcelona: Herder.

Nickel, H. (1980). Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia II. Barcelona: Herder.

Oerter, R. (1980). Moderna psicología del desarrollo. Barcelona: Herder.

Padilla, M. (1994). Diferencias en la cohesión y adaptabilidad con Faces II entre familias con paciente psiquiátrico y sin paciente psiquiátrico. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM.

Papalia, E. D. y Wendkos, O.S. (1994). Psicología. México: Mc Graw Hill.

Parke, R. D. (1986). El papel del padre. Madrid: Morata.

Pearce, J. (1995). Comer: Manías y caprichos. España: Paídos.

Pepin, L. (1975). La psicología de los adolescentes. España: Oikas-tau.

Peréz, L. R y Platas, A. R. (1998). Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes y su percepción de la relación materna. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM.

Pick, S., Givaudan, M. y Martínez, A. (1995). Aprendiendo a ser papá y mamá. (De niños y niñas desde el nacimiento hasta los 12 años . México:Planeta.

Raich, R. M. (1998). Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. España: Pirámide.

Rapaport, L. (1986). La personalidad desde los 13 a los 25 años. España: Paidós.

Rastam, M. y Gillberg, C. (1991). The family background in anorexia nervosa: A population - based study. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, 30. (2), 283 - 289.

Riesgo, M. L. y Pablo, R. C. (1986). Los padres ante la adolescencia de los hijos. España: Narcea.

Sánchez, S.G. y Mojica, M. V. (1998). Relación entre conductas alimentarias de riesgo y nivel socioeconómico en estudiantes de preparatorias públicas y privadas. Tesis de Licenciatura en Psicología, UNAM.

Sandoval, L. (1998). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria: percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de licenciatura en psicología, UNAM.

Sarafino, E. y Armstrong, J. M. (1988). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Trillas.

Saucedo-Molina, T. J. y Gómez Pérez- Mitre, G. (1998). Validación del índice nutricional en preadolescentes mexicanos con el método de sensibilidad y especificidad. Salud pública de México, 4. (5), 392- 397.

Schaffer, H. R. (1984). El mundo social del niño. Madrid: Aprendizaje Visor.

Schaffer, H: R: (1986). El desarrollo de la sociabilidad. Madrid: Aprendizaje Visor.

Semmens, J. P. y Krantz, K. E. (1973). El mundo del adolescente. México: Continental.

Shisslak, C.M., McKeon, R.T., Crago, M. (1990). Family dysfunction in normal weight bulimic and bulimic anorexic families. Journal of clinical psychology, 46. (2), 185-189.

Speier, A. (1986). Silvina. Argentina: Nueva visión.

Stassen, B.K. (1997). El desarrollo de la persona. Desde la niñez a la adolescencia. España: Panamericana.

Stern, D. (1983). La primera relación: madre - hijo. Madrid: Morata.

Stierlin, H. y Weber, G. (1990). ¿Qué hay detrás de la puerta de la familia ?. Barcelona: Gedisa.

Telerant, A., Kronenberg, J., Rabinovitch, S. y Elman, I. (1992). Anorectic family dynamics. Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry, 31, (5) 990 - 991.

Tordjman, G. (1990). Cómo comprender las enfermedades psicosomáticas. México: Gedisa.

Toro, G. R. y Yepes, R.L. (1986). Psiquiatría. Colombia: CIB.

Vandereycken, W., Castro, J. y Vanderlinden, J. (1991). Anorexia y bulimia. España: Martínez Roca.

Varela, F. J. (1985). Influencia de los familiares en la personalidad del niño. Madrid: Narcea.

Vera, G. M. y Fernández, S. M. (1989). Prevención y tratamiento de la obesidad. Barcelona: Martínez Roca.

Waller, G. (1994). Bulimic women's perceptions of interaction within their families. Psychological- Reports, 74, (1), 27-32.

Warren, H. C. (1974). Diccionario de psicología. México: Fondo de cultura económica.

Watson, R. I. y Lindgren, H. C. (1991). Psicología del niño y el adolescente. México: Limusa.

Weiner, I. B. Y Elkind, D. (1976). Desarrollo normal y anormal del adolescente. Buenos Aires: Paidós.

Zukerfeld, R. (1996). Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica. Buenos Aires: Paidós.

ANEXOS.

ANEXO A.

CUESTIONARIO DE ALIMENTACIÓN Y SALUD.

AREA SOCIODEMOGRÁFICA.

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) Solo (a).
- 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 tú 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 es aproximadamente de :

- A) \$2000 o menos.
- B) \$2001 a 4000.
- C) \$4001 a 6000.
- D) \$6001 a 8000.
- E) \$8001 a 10000.
- F) \$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 tú 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 tú madre.

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

12.- ¿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.

ANEXO B.

AREA DE LA RELACIÓN CON LA MADRE.

Enseguida aparece una lista de, forma 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 tú madre. Si actualmente no vives con ella, piensa como fue dicha relación cuando vivías con ella y responde lo más cercanamente a la verdad.

A = no la describe nada.

B = la describe un poco

C = la describe regular (más o menos).

D = la describe bien

E = la describe exactamente

Mi madre :

- | | |
|---|-------------------------------|
| 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 sobreprotege. (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 sonrío frecuentemente. (A) (B) (C) (D) (E)
- 20.- Me da tanta libertad como la que yo quiero. (A) (B) (C) (D) (E)
- 21.- Es autoritaria. (A) (B) (C) (D) (E)
- 22.- Me parece emocionalmente fría. (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 bebe. (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 deseado (a). (A) (B) (C) (D) (E)

AREA DE LA RELACIÓN CON EL PADRE.

Enseguida aparece una lista de, forma de ser, de pensar y de hacer, que los padres pueden tener en relación con sus hijos. Nos interesa saber que tanto describe cada una la relación con tú padre. Si actualmente no vives con él, piensa como fue dicha relación cuando vivías con él y responde lo más cercanamente a la verdad.

- A = no lo describe nada.
- B = lo describe un poco.
- C = lo describe regular (más o menos).
- D = lo describe bien.
- E = lo describe exactamente.

Mi padre:

- 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 apegado 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 sobreprotege. (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 emocionante inestable (cambia fácilmente de humor). (A)(B)(C)(D)(E)

- 18.- Trata de hacerme dependiente de el. (A)(B)(C)(D)(E)
- 19.- Me sonrío frecuentemente. (A)(B)(C)(D)(E)
- 20.- Me da tanta libertad como la que yo quiero. (A)(B)(C)(D)(E)
- 21.- Es autoritario. (A)(B)(C)(D)(E)
- 22.- Me parece emocionalmente frío. (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 deseado (a). (A)(B)(C)(D)(E)

ANEXO C.

AREA DE CONDUCTA ALIMENTARIA.

ESCALA DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

1.- En el último año:

- A) Subí de peso.
- B) Baje de peso.
- C) Subí y baje de peso.
- D) No hubo cambios en mi peso corporal.

2.- Aproximadamente durante cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes:

- A) Menos de un año.
- B) De uno a menos de tres años.
- C) De tres a menos de cinco años.
- D) De cinco y más de cinco años.

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

- A) No. (Pasa a la pregunta 6).
- B) Si. (pasa a la siguiente pregunta).

4.-¿ Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

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

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

- A) No.
- B) Sí.

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

- A) No. Pasa a la siguiente sección.
- B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta.

7.- El problema consiste en que:

- A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- B) Comes tan poco que aveces te sientes cansada y débil.
- C) Comes tanto que te duele el estómago.
- D) Comes y sigues comiendo hasta que sientes náuseas.
- E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas.

En cada una de las siguientes afirmaciones selecciona la opción que describa mejor tu manera de ser y/o pensar. Recuerda que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sinceras sean tus respuestas. Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas.

La clave de respuestas es como sigue:

- A) Nunca.
- B) A veces.
- C) Frecuentemente.(aproximadamente la mitad de las veces).
- D) Muy frecuentemente.
- E) Siempre.

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 2. Siento que la comida me tranquiliza. | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. | (A) (B) (C) (D) (E) |
| 5. Procuro comer verduras. | (A) (B) (C) (D) (E) |

6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dieta. (A) (B) (C) (D) (E)
7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa. (A) (B) (C) (D) (E)
8. Soy de los que se hartan (se llenan de comida) (A) (B) (C) (D) (E)
9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. (A) (B) (C) (D) (E)
10. me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
11. Como lo que es bueno para mi salud. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Cuido que mis comidas tengan alimentos con fibra. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Mi problema es empezar a comer, pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. (A) (B) (C) (D) (E)
15. procuro mejor mis hábitos alimenticios. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
17. "Pertenezco al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas. (A) (B) (C) (D) (E)
18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Como despacio y/o mastico más mis alimentos como una medida de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. (A) (B) (C) (D) (E)
21. No me gusta comer con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
22. Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
23. No como aunque tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores. (A) (B) (C) (D) (E)
25. Procuro estar al día de lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. (A) (B) (C) (D) (E)
28. No soy consciente de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Siento que no puedo para de comer. (A) (B) (C) (D) (E)

30. Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
32. Me deprimó cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Me sorprende pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
39. Como a escondidas. (A) (B) (C) (D) (E)
40. Disfruto cuando como con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
41. Cuando estoy aburrída me da por comer. (A) (B) (C) (D) (E)
42. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin para. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. No tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)