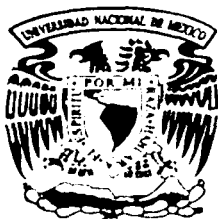


184



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

“ CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y PESO
CORPORAL EN PREADOLESCENTES MEXICANOS ”

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA
LUCELENA NAVA MARTINEZ



DIRECTORA: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ - MITRE
REVISORA: MTRA. LUCY MARIA REIDL MARTINEZ

MEXICO, D. F. 2002

TRABAJO CON
FALSA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**A MIS PADRES CON PROFUNDO
CARIÑO Y AGRADECIMIENTO:**

**A ELLA: POR SER MI ANGEL, MI
MEJOR AMIGA Y SOBRE TODO FUENTE
INAGOTABLE DE AMOR**

**A EL: POR SER EJEMPLO DE
FORTALEZA, PACIENCIA Y
SERENIDAD**

GRACIAS

LOS QUIERO MUCHO

**A MIS HERMANOS PABLO Y ALE:
POR LAS RISAS Y LOS JUEGOS,
POR SER AMIGOS ANTES QUE
TODO Y POR ESTAR JUNTOS**

LOS QUIERO

A HORACIO:

**POR TU PACIENCIA, TU APOYO
INCONDICIONAL, POR SER
EJEMPLO DE PERSEVERANCIA, Y
SOBRE TODO POR SER LA ILUSION
QUE MUEVE MI VIDA**

TE AMO

A MI ABUELITO ABEL:
(q:e:p:d)

**PORQUE GRAN PARTE DE ESTE
LOGRO TE LO DEBO A TI, POR
HABERME IMPULSADO SIEMPRE
A SEGUIR ADELANTE Y SUPERARME.
DONDE QUIERA QUE ESTES**

GRACIAS

**A MI QUERIDA UNIVERSIDAD,
EN ESPECIAL A LA FACULTAD DE
PSICOLOGÍA, POR SER MÁS DE LO
QUE ME HABIA IMAGINADO**

**CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO
A LA DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE:
POR BRINDARME SU TIEMPO,
SU EXPERIENCIA Y GUIAR MIS
PASOS PARA LA REALIZACIÓN
DE ESTE TRABAJO**

**A MIS MAESTROS: POR
COMPARTIR SUS CONOCIMIENTOS
Y EXPERIENCIA CON DEVOCIÓN**

**A GISELA:
POR TU INCOMPARABLE APOYO
EN LA REALIZACIÓN DE ESTE TRABAJO
MIL GRACIAS**

**A LOS BUENOS AMIGOS:
MARCELA, LISLOT, MARIO,
JUAN CARLOS, VALERIA, LIZ, FERNANDO,
POR COMPARTIR CONMIGO EL
REGALO DE LA AMISTAD**

GRACIAS

LUCILENA

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPITULO I	
1. PREADOLESCENCIA.....	4
1.1 Teorías de la preadolescencia y adolescencia.....	7
1.2 Desarrollo físico y funcional en la preadolescencia.....	11
1.2.1 Impacto psicológico y los cambios de la pubertad.....	15
1.2.2 Preocupación por la imagen corporal.....	16
1.3 Desarrollo intelectual.....	17
1.4 Desarrollo afectivo y socialización.....	20
1.5 Desarrollo psicosexual.....	28
CAPITULO II	
2. CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.....	31
2.1 Regulación y conducta alimentaria.....	32
2.2 Estudios realizados en México sobre conducta alimentaria.....	37
2.3 Anorexia Nervosa.....	40
2.3.1 Descripción clínica de la anorexia nervosa.....	41
2.3.2 Alteraciones cognitivas de la anorexia nervosa.....	43
2.3.3 Alteraciones conductuales de la anorexia nervosa.....	44
2.3.4 Cambios emocionales y afectivos.....	45
2.3.5 Consecuencias físicas de la anorexia nervosa.....	46
2.3.6 Diagnóstico de la anorexia nervosa.....	48
2.4 Bulimia Nervosa.....	53
2.4.1 Descripción clínica de la bulimia nervosa.....	54
2.4.2 Alteraciones cognoscitivas de la bulimia nervosa.....	56
2.4.3 Cambios emocionales y afectivos de la bulimia nervosa.....	56
2.4.4 Consecuencias físicas de la bulimia nervosa.....	57
2.4.5 Aspectos psicosexuales de la bulimia nervosa.....	59
2.5 Anorexia y bulimia nervosas en varones.....	61

2.6 Obesidad.....	62
2.6.1 Complicaciones clínicas.....	66
2.6.2 Obesidad y personalidad.....	67
2.6.3 Consecuencias psicosexuales de la obesidad.....	69

CAPITULO III

3. INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS.....	70
3.1 Antropometría nutricional.....	71
3.2 Peso corporal.....	72
3.3 Talla.....	73
3.4 Peso relativo.....	73
3.5 Índice de Masa Corporal (Quetelet).....	74
3.6 Índice Nutricional.....	75

CAPITULO IV

4. ALIMENTACIÓN, FAMILIA Y SOCIEDAD.....	78
4.1 La familia como formadora de hábitos.....	78
4.2 Influencia social y cultural en los trastornos alimentarios.....	89

CAPITULO V

5. PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	97
5.1 Planteamiento del problema general de investigación.....	97
5.2 Problemas específicos.....	97
5.3 Definición de variables.....	98
5.4 Hipótesis de trabajo.....	100
5.5 Método.....	100
5.6 Instrumentos y aparatos.....	101
5.7 Procedimiento.....	102

CAPITULO VI

6. RESULTADOS.....	103
6.1 Descripción de la muestra.....	103
6.1.1 Sexo y peso corporal.....	103

6.1.2 Edad.....	104
6.1.3 Grado escolar.....	105
6.1.4 Ocupación del padre.....	106
6.1.5 Ocupación de la madre.....	106
6.1.6 Madurez sexual.....	106
6.2 Descripción de variables de interés.....	109
6.2.1 Comer rápido y sensación de atragantarse.....	109
6.2.2 Comer frente a la T.V.....	110
6.2.3 Consumo de comida chatarra.....	112
6.2.4 Comer entre comidas.....	112
6.2.5 Alimentos bajos en calorías.....	113
6.2.6 Rapidez al comer y percepción de la cantidad.....	114
6.2.7 Cambios en la alimentación.....	116
6.2.8 Estos cambios fueron para.....	117
6.2.9 Persona que recomendó los cambios.....	118
6.3 Prueba de hipótesis para la comparación entre grupos.....	120
7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	123
7.1 Sugerencias y limitaciones.....	125
REFERENCIAS.....	126
ANEXOS.....	130

RESUMEN

Objetivo. - El Propósito de la presente investigación fue conocer cuál es la relación que existe entre conducta alimentaria de riesgo con el peso corporal en una muestra de preadolescentes hombres y mujeres mexicanos.

Muestra. - Se trabajó con una muestra no probabilística, de carácter intencional, que se extrajo de una población formada por preadolescentes de entre 9 y 12 años de edad que cursaban en ese momento primaria y secundaria en escuelas publicas del Distrito Federal.

Instrumento. - Se aplicó un instrumento de formato mixto, en sus dos versiones: masculino y femenino, el cual explora las siguientes áreas: 1)Sociodemográfica, 2)Madurez fisiológica 3)Conducta alimentaria de riesgo.

Procedimiento. - Se acudió a escuelas primarias y secundarias públicas a solicitar la cooperación de las autoridades para la realización de la investigación. Se procedió a seleccionar la muestra con una N=186.

El instrumento se aplicó de manera colectiva en los salones de clase y posteriormente se llevo a cabo la medición antropométrica a los participantes que de manera voluntaria accedieron.

Resultados. - Lejos de lo que se esperaba, cabe destacar que no se encontró relación estadísticamente significativa, entre el peso corporal y la conducta alimentaria de riesgo, no así en relación al sexo, donde se encontró que los varones han adquirido conductas atípicas que los hacen un grupo vulnerable a desarrollar trastornos alimentarios.

Este estudio forma parte de un proyecto de investigación mayor*

*Prevención primaria: autodiagnóstico de factores de riesgo en trastornos de la alimentación y de la nutrición. CONACYT N° 34507-H, bajo la responsabilidad de la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitre.

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y PESO CORPORAL EN PREADOLESCENTES MEXICANOS

INTRODUCCION

Resulta cada vez más evidente que los niños están adquiriendo la conducta de los adultos en cuanto a la obsesión por un peso y forma corporal tendiente hacia una delgadez muchas veces difícil de alcanzar.

Es por ello que la incidencia de los desórdenes de la alimentación se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas y lo que más preocupa es su aumento en la población adolescente e infantil.

Diversos estudios han reportado que en niños entre los 11 y 12 años de edad, ya existe la preocupación por mantenerse en un peso y que en ocasiones adoptan conductas como la restricción total en la ingesta comparables incluso con conductas de personas en edad madura.

Dentro del ciclo de vida, uno de los periodos más significativos en el crecimiento y maduración del ser humano es la adolescencia. Este es un periodo de transición y enlace entre la infancia y la adultez. Se caracteriza por un aumento brusco y considerable en todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo, la cual ha sido llamada comúnmente "estirón de la adolescencia", lo que se refleja en los valores de talla, peso y superficie corporal, así como los diámetros, perímetros y relación de segmentos.

A pesar de que la adolescencia es claramente un período de suma importancia en el desarrollo humano, no se le ha dado aún la debida atención desde el punto de vista nutricional y, encontrar que la población preadolescente y adolescente presenta alto riesgo en cuanto se refiere a la probabilidad de mostrar alteraciones en la conducta alimentaria, es algo que se ha explicado en varias ocasiones como resultado de la adaptación a los cambios físicos que ocurren durante la pubertad; pero también a la gran influencia de una sociedad que ha estereotipado como sinónimo de belleza y popularidad un cuerpo extremadamente delgado sin tomar en cuenta el riesgo que para la salud esto conlleva.

Así mismo, es posible entender las diferencias entre los sexos en el aspecto de la representación del cuerpo por el hecho de que la presión social incita desde la niñez a las mujeres a prestar más atención a sus atractivos físicos y por tanto atribuyen más importancia que los varones a los estándares culturales en cuanto a atractivo y también por el hecho de que dichos estándares son más rígidos para las mujeres.

Tomando en cuenta lo anterior, podemos concluir que es necesario tomar en cuenta que una niñez sana y bien nutrida es garantía de que en la edad adulta contarán con el desarrollo de sus capacidades para una vida saludable y que solo una labor preventiva puede ser la prioridad, dadas las prácticas alimentarias anómalas en las que se involucra la población joven (preadolescente) que representan tendencias de riesgo bastante importantes, considerando que no estamos ante un problema exclusivamente personal o familiar sino ante un formidable problema de génesis y consecuencias sociales y culturales.

CAPITULO I
“PREADOLESCENCIA”

CAPITULO I

PREADOLESCENCIA

La adolescencia es la época de la vida que se inicia en la pubertad o preadolescencia y se extiende hasta poco antes o poco después de los veinte años (Papalia y Olds, 1995).

Este estadio está caracterizado, sin duda, por las profundas transformaciones fisiológicas que sufre el sujeto tanto en su configuración corporal como en el proceso de su maduración sexual (Moradela, 1995).

Por otro lado Horrocks (1986), sostiene que el periodo de la adolescencia comienza con la acción de las hormonas sexuales que producen la aparición de las características sexuales secundarias, es decir, con el inicio de la pubertad ; y considera que este desarrollo finaliza cuando se alcanza una madurez emocional y social, afirma que en términos generales puede considerarse a la adolescencia "como el periodo de la segunda y parte de la tercera década de la vida". Como esta definición es bastante amplia a Horrocks le parece conveniente dividir este periodo de vida en adolescencia temprana o preadolescencia, donde los aspectos del crecimiento fisiológico son predominantes, y en adolescencia tardía o post-adolescencia, en la que prevalecen los aspectos sociales y de conceptos de sí mismo.

La pubertad o preadolescencia es el periodo comprendido entre los 10 y los 14 años. El término hace alusión a la aparición de vello en el pubis, un aspecto del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (de la Fuente, 1996).

Las transformaciones fisiológicas incluyen, a su vez, transformaciones psíquicas tales como el cambio de actitud del sujeto frente a su propio cuerpo (modificación en la percepción de su esquema corporal, en las actitudes hacia su propia imagen, modificación de su yo): entonces podemos distinguir, como ya se había mencionado que, mientras la adolescencia es un proceso biológico, psicológico y sociocultural, la pubertad o preadolescencia se caracteriza por las transformaciones del cuerpo para adquirir la madurez genital que precederá a la adolescencia propiamente dicha (de la Fuente, 1996).

Horrocks (1986) considera que son seis las principales cuestiones que caracterizan a los años de desarrollo de la adolescencia y pubertad:

- 1) Es la etapa en que el individuo va concientizando poco a poco su concepto de sí mismo, y gradualmente se dirige hacia la autoestabilización que es propia de la vida adulta. La persona aprende el rol personal y social que corresponda a su concepto de sí mismo, así como a su concepto de los demás.
- 2) Los jóvenes suelen perder la sumisión ante la autoridad paterna que en la infancia tenían; tienden a luchar contra las relaciones en las que quedan subordinados. En este periodo aparecen los intereses vocacionales.
- 3) Las relaciones de grupo adquieren mayor importancia. Existe preocupación por lograr un estatus y reconocimiento de los jóvenes de su edad. Aparecen también los intereses heterosexuales, lo que produce una confusión en sus emociones y actitudes.
- 4) Es una etapa de rápido crecimiento y cambios corporales que culminan en la madurez física del individuo.

- 5) También es una etapa de gran desarrollo intelectual y exigencias académicas. Se le piden conocimientos y habilidades que muchas veces son de poco interés inmediato.

- 6) Se da un desarrollo moral muy importante en el que se evalúan los valores, y un desarrollo de ideas propias.

De acuerdo con Craig (1988, pp 108), la evolución de los cambios fisiológicos se distingue en tres periodos: el primero o *prepuberiano* que se caracteriza por una actividad de crecimiento, la aparición de algunos caracteres sexuales secundarios como son el crecimiento del vello púbico y axilar aumentando la transpiración en ambos sexos. Es en este período que se produce en el chico un crecimiento más rápido de los testículos y del pene; y en la chica, el comienzo del desarrollo de los senos.

El segundo periodo puberiano se caracterizará porque el crecimiento se aminora. Los caracteres sexuales primarios se desarrollan: es la época de la menarquía y de la primera eyaculación; también se producen los cambios de voz

El tercer período o postpubertario es en el que las glándulas sexuales y los órganos genitales adquieren su desarrollo y funcionamiento completo.

Debido a que la preadolescencia y adolescencia, son periodos decisivos y de gran relevancia en el desarrollo físico y psicológico del ser humano, se han elaborado varias teorías que explican y fundamentan el comportamiento de los jóvenes, las cuales es preciso tomar en cuenta al abordar temas relacionados con esta etapa de la vida humana.

TEORIAS DE LA PREADOLESCENCIA Y ADOLESCENCIA

La etapa del desarrollo psicosexual que marca el inicio de la adolescencia es la genital. En esta etapa despierta nuevamente la sexualidad reprimida durante la latencia, lo que le ocasiona al joven problemas tales como la disolución de la personalidad ya establecida durante el periodo de latencia (Horrocks, 1986)

De acuerdo a la Teoría Freudiana, en la adolescencia surge un conflicto sobre los deseos, por un lado de mantener sus lazos familiares a causa del resurgimiento de los conflictos edípicos, y por otro lado de abandonar esos lazos familiares ya que así las tareas del desarrollo lo exigen. Según esta teoría el niño tiene que abandonar las relaciones inmaduras que lleva con sus padres y duplicar sus esfuerzos en la construcción de nuevas y firmes relaciones mientras va preparándose para la vida adulta (Horrocks, 1986)

A causa de la maduración sexual que en la preadolescencia se alcanza la sexualidad no es reprimida como en la etapa de latencia y los impulsos sexuales que en este periodo surgen son orientados por caminos socialmente aceptados, como son las relaciones heterosexuales con personas ajenas a la familia (Papalia y Olds, 1995)

Para Anna Freud en la adolescencia se dan una serie de cambios en la actividad y calidad de los impulsos los cuales alteran el equilibrio entre el id y el ego que durante la latencia se había logrado. A causa de este nuevo ajuste se producen los trastornos comportamentales tan comunes en la adolescencia. Ella considera que aquellos jóvenes que le dan gran importancia a las relaciones familiares y se manifiestan como hijos sumisos, cuentan con un dominio del serio obstáculo al desarrollo normal (Horrocks, 1986)

Anna Freud considera normal que el adolescente presente conductas incongruentes e impredecibles, de tal forma que la ausencia de estas conductas indica que el joven que se encuentra en dicha situación en realidad tiene problemas (Horrocks, 1986). También expuso que los años más importantes para la formación de carácter del individuo son los de la adolescencia (Papalia y Olds, 1995)

La teoría del desarrollo propuesta por Erikson consta de ocho etapas en las que al individuo se le presenta un conflicto en cada una de ellas y dependiendo de la manera en como el sujeto las maneje, solucionará el problema de manera exitosa o por el contrario representará un fracaso, de tal forma que cada etapa aporta influencias positivas o negativas en el desarrollo de su ego (Horrocks, 1986)

La quinta etapa propuesta por Erikson tiene la finalidad de que el individuo obtenga un logro de identidad y se presenta al inicio de la pubertad. El foco de atención en esta etapa es el sí mismo por lo que el preadolescente está muy interesado por la forma como él cree ser. Lo que se busca sobre todo en este periodo es una nueva seguridad, y en esta búsqueda el adolescente revive nuevamente los conflictos de las etapas anteriores. Durante este tiempo el sujeto trabaja en la construcción del concepto de su yo y trata de adaptarse a sí mismo. Como el ego de púber está muy mal definido se da en esta etapa una confusión de roles y como consecuencia tiende a sobre-identificarse con los muchachos de su misma edad y con ídolos. El enamoramiento en esta etapa es un medio de proyectar la identidad difusa del ego sobre otra persona. En este periodo, los preadolescentes suelen ser poco tolerantes al hacer juicios sobre lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto, es la época en la que el individuo en muchas ocasiones no se identifica con nadie y cuando esto ocurre surge un sentimiento de ser ajeno a todo (Horrocks, 1986)

La teoría del desarrollo de Gesell considera que el crecimiento y desarrollo del individuo se da mediante procesos graduales, genéticamente determinados, los que cada año de madurez producen ciertas tendencias y conductas características de esa etapa (Horrocks, 1986)

Para Gesell en 1956 (citado por Horrocks en 1986, pp 125), la adolescencia es "un periodo preeminentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo".

El periodo de la pubertad o preadolescencia comienza a los 10 años aproximadamente. Los 10 años son como una edad introductoria a la adolescencia en la que se da una confirmación de los años de niñez, en esta etapa se asimilan y se integran los logros hasta entonces alcanzados. Es un periodo de equilibrio y balance (Horrocks, 1986)

De acuerdo con los estudios de Gesell es a los 11 años cuando se comienza una época de transición en la que pierde el equilibrio y surge una constante actividad. El muchacho que se encuentra en esta edad suele alternar estados anímicos entre la melancolía y el buen humor, le gusta discutir, se vuelve crítico y revoltoso con los de su edad, a menudo también se comporta grosero y suele tener problemas en sus relaciones familiares. Es generalmente inconsciente e ingenuo (Horrocks, 1986)

El niño de 12 años regresa a un mayor equilibrio. Se vuelve más objetivo, más razonable y fácil de acompañar, menos ingenuo y centrado en sí mismo por lo que suele ser menos problemático para los adultos. Amplia en este periodo sus horizontes sociales, las relaciones en el grupo de su edad se vuelven más importantes, es un

tiempo de empatía. En esta etapa favorece la integración de la personalidad (Horrocks, 1986).

Bandura explica que la pubertad no es un periodo tan tormentoso como suele considerarse, opina que esto es sólo un mito, que es a causa de que los adultos les prestan gran atención a los aspectos de inconformidad y rebeldía y tan poca a las conformidades y alegrías del púber, que estos adoptan este patrón elaborado por la sociedad adulta (Mc Kinney, Fitzgerald y Strommen 1986)

Así, Bandura, entiende a la adolescencia como un producto del desarrollo y condicionamientos sociales anteriores, mas que como un cataclismo repentino de origen biológico (Mc Kinney y cols. 1986)

La teoría de Hall, en contradicción con la de Bandura concibe a la preadolescencia como un periodo de gran tensión y aflicción (Mc Kinney y cols., 1986)

A pesar de que Hall considera que la pubertad era una etapa de grandes desajustes emocionales y desequilibrios, también pensó que este periodo tenía ciertos factores compensatorios (Horrocks, 1986)

De esta manera Hall postula que el desarrollo del individuo repite muchos aspectos del desarrollo de la especie. Así, él ve a la preadolescencia como un periodo en el que se recapitula la historia de la humanidad en la que mediante una revolución turbulenta los humanos lograron abandonar un pasado mas salvaje y echar los cimientos de una civilización (Mc Kinney y cols. 1986)

Con estas y otras teorías se considera representativo el hecho de que la preadolescencia es un período del desarrollo humano que se caracteriza por la aparición de importantes cambios y conflictos tanto de origen biológico como social, y que de la manera y eficacia con que estos sean enfrentados y resueltos dependerá el éxito de la finalidad de esta etapa.

DESARROLLO FISICO Y FUNCIONAL EN LA PREADOLESCENCIA

Alrededor de los 10 a los 13 años se inicia un aumento acelerado en el crecimiento de los niños y niñas, conocido como brote de crecimiento o "estirón" de la pubertad, el cual coincide con el desarrollo sexual (Nickel, 1985).

Según Tanner, 1978 (citado por Craig, 1988) en las niñas, el estirón mayor suele darse en el año que precede a la menarquia y un año después, éste tiende después a disminuir y los aumentos son muy pequeños. En los niños, el comienzo de la preadolescencia marca el principio del aumento rápido de estatura.

La talla y el peso corporales aumentan, proporcionalmente durante el brote de crecimiento. Los chicos atraviesan una época de crecimiento más prolongado al iniciarse la pubertad; en cambio para las chicas esta época concluye muy pronto (Cole y Hall 1978, citados por Nickel en 1985).

Cuando termina la fase de "estirón" súbito, los jóvenes alcanzan la madurez sexual y el crecimiento termina. Las niñas alcanzan, en su mayoría, la estatura adulta alrededor de los 14 o 15 años y los niños lo hacen aproximadamente cuando cumplen los 20 años de edad (Elkond, 1984; citado por Papalia y Olds, 1996).

En cuanto a la forma corporal, en las muchachas se notará el desarrollo de la cintura pelviana, y en los varones comienza el ensanchamiento de los hombros. También en la pubertad se forman las caderas anchas y redondeadas en la mujer, necesarias para el embarazo y parto; así como la formación de la cintura ancha y musculosa en los hombres (Nickel, 1995).

En ambos sexos, la irrupción del crecimiento afecta prácticamente todas las dimensiones de los sistemas óseo y muscular. Aún el ojo crece rápidamente al igual que la mandíbula inferior.

Los músculos del varón son más grandes, incluso el tamaño del corazón y de los pulmones, por lo que la capacidad de llevar oxígeno a la sangre es más grande lo que aumenta considerablemente la fuerza y la resistencia (Papalia y Olds, 1995).

En general, los cambios físicos son el motivo principal de las preocupaciones de los púberes de 11 y 12 años. El crecimiento físico se da en forma discontinua y sin seguir una armonía entre las partes del cuerpo, por lo que el joven constantemente está insatisfecho con su propia imagen.

Las transformaciones fisiológicas y funcionales de esta etapa son, en gran parte activadas y controladas por las glándulas endocrinas, en particular la hipófisis que es la encargada de producir hormonas gonadotrópicas, que estimulan la maduración de las glándulas sexuales: testículos en los varones y ovarios en las mujeres (Tanner, 1978 citado por Moradela en 1995).

Con la activación de las gónadas y el incremento de la producción de hormonas sexuales: los andrógenos masculinos y los estrógenos femeninos, se inicia el desarrollo de la pubertad propiamente dicha, además de que son las que van a estimular la

aparición de las características sexuales primarias y las características sexuales secundarias (Nickel, 1985).

Las características sexuales primarias son las que están relacionadas directamente con la reproducción, es decir, el desarrollo de los órganos sexuales, incluyendo los ovarios de la mujer, el útero, la vagina y los testículos del hombre, la próstata, el pene y las vesículas seminales.

En el varón, el pene crece en longitud y circunferencia y los testículos aumentan de tamaño y debido al aumento de fluidos testiculares su apariencia es menos firme. Posteriormente crece la próstata, las vesículas seminales y las glándulas bulbouretrales que elaboran el fluido seminal. El joven comienza a tener sus primeras eyaculaciones espontáneas o inducidas, lo cual es aproximadamente entre 11 y los 14 años de edad. En este momento el preadolescente es prácticamente estéril y sólo después de dos o tres años aparecerá en la eyaculación una cantidad de espermatozoides lo suficientemente maduros y móviles adecuados para la fertilidad (Moradela, 1995).

Los órganos sexuales más importantes en la mujer son los ovarios, que como ya se había mencionado, dan origen a los óvulos. En la pubertad, como consecuencia de la dilatación del útero y los cambios cíclicos por la acción hormonal aparece la primera menstruación o menarquia, que es el derramamiento mensual del tejido que reviste la matriz.

Al comienzo, los periodos menstruales no son acompañados por la ovulación, por lo que la niña no es capaz de concebir hasta después de uno a tres años de la menarquia (Moradela, 1995).

Las características sexuales secundarias son atribuciones fisiológicas de los dos sexos, los cuales son signos de maduración sexual, aunque no intervienen directamente con los órganos reproductivos

Estos incluyen los senos en las mujeres y el aumento del tórax en los varones. También en ambos sexos aparece el crecimiento de vello en el área púbica, en la cara, en las axilas y en el cuerpo: así como el cambio de piel y voz de niño a adulto (Papalia y Olds, 1995).

Para la niña el signo más visible es, sin duda, el crecimiento de los senos el cual aparece entre los 11 y los 14 años de edad y generalmente se han desarrollado completamente antes de comenzar la menstruación (Moradela, 1995)

La piel de las y los preadolescentes se vuelve más dura y grasosa, debido a la gran actividad de las glándulas sebáceas produciendo brotes de barros y espinillas.

CARACTERES SEXUALES SECUNDARIOS

(Papalia, 1995, pp. 78)

FEMENINOS

- 1.- Aparición del vello púbico
- 2.- Aparición del vello en axilas
- 3.- Crece la glándula mamaria
- 4.- Disposición diferente de la grasa, predominando en caderas.
- 5.- Hiperpigmentación de genitales externos
- 6.- Cambios en la conducta hacia el sexo opuesto

MASCULINOS

- 1.- Aparición de vello púbico
- 2.- Aparición de vello en axilas, barba, bigote, patilla y tórax
- 3.- Mayor desarrollo de masas musculares, principalmente en tórax
- 4.- Enronquecimiento de la voz por engrosamiento de las cuerdas vocales
- 5.- Hiperpigmentación de genitales
- 6.- Cambios en la conducta con el sexo opuesto

Impacto Psicológico por los cambios de la pubertad

El desarrollo físico y fisiológico va a influir en la personalidad del preadolescente, ya que los muchachos presentan un interés especial en su apariencia física: a los jóvenes principalmente les preocupa su estatura, es decir, quieren ser altos, de hombros anchos, mientras que las niñas quieren ser delgadas pero con busto, muslos y pantorrillas bien contorneadas. Resulta muy molesta cualquier cosa que haga pensar a un muchacho que parece femenino (sin barba o débil) o que hace pensar a una joven que parece masculina (un cuerpo grande o vello facial). En ambos sexos es necesario lucir o tener la misma apariencia que la mayoría.

En cuanto a lo relacionado con su peso Hendry y Gilles (1982, citados por Grinder en 1989) hicieron un estudio comparativo entre púberes clasificados como sobrepeso, bajo peso y peso promedio: en este encontraron que los jóvenes obesos no estaban conformes con su peso, la mayoría provenía de hogares de clase trabajadora eran menos hábiles académicamente y sus profesores los clasificaban como menos atractivos, menos entusiastas y físicamente menos competentes con el resto de los alumnos. Por otro lado las jóvenes delgadas eran menos introvertidas y menos competitivas que otras, se les consideraba como menos susceptibles socialmente y tanto las delgadas como las obesas tenían noviazgos menos estables en comparación con las jóvenes de peso promedio.

Preocupación por la imagen corporal

Pierón (1926, citado en Moradela en 1995, pp. 60) da la siguiente definición de la imagen del cuerpo: "representación que cada uno se hace de su propio cuerpo y que le sirve de punto de referencia en el espacio, fundada en los datos sensoriales múltiples propioceptivos y exteroceptivos".

Los preadolescentes pueden ser en exceso intolerantes con el tipo de cuerpo que posean (demasiado gordo o flaco). Los medios de comunicación masiva manipulan esa tendencia a la intolerancia vendiéndoles imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos y exuberantes que viven su juventud sin barro, frenos, torpezas ni problemas de peso. Muchos jóvenes preocupados por su apariencia física encuentran una discrepancia entre su autoimagen no tan perfecta y los ideales de belleza y armonía a su alrededor, causando ansiedad y dudas sobre su persona (Papalia y Olds, 1995).

En la preadolescencia, la clase de cuerpo recibe una atención más detallada. Algunos jóvenes se someten a dietas rigurosas mientras que otros inician programas de acondicionamiento físico exhaustivos. Para los muchachos su preocupación es la estatura y los músculos a las niñas les inquieta el tener una cara agradable y un cuerpo bien formado.

Así, muchas chicas normales y aun delegadas, se consideran obesas y tratan de perder kilos; llevada al extremo, esta preocupación por el peso, conduce a la anorexia nerviosa o la bulimia, así como a adoptar otras conductas riesgosas que examinaremos más adelante.

Con lo anterior, y en base a que la imagen del cuerpo posee un gran peso ante una sociedad como la nuestra, es fácil entender porque el preadolescente conceda un gran valor a su cuerpo en cuanto éste signifique algo para los otros (Moradela, 1995).

DESARROLLO INTELECTUAL

El niño de once y doce años va a empezar a exhibir nuevos patrones y formas de conducta que señalarán su próximo ingreso a la etapa preadolescente y adolescente. Ahora es inquieto, curioso e investigador, mostrando una gran preocupación por afirmar su personalidad y por profundizar en la comprensión del mundo adulto. Es probable que los cambios en su evolución intelectual, no se aprecien tan fácilmente; sin embargo, está poniendo fin a su paso de la etapa de las operaciones concretas y a punto de iniciar la fase final del desarrollo cognitivo con el estadio de las operaciones formales.

Piaget (1969), cree que la actividad matriz es la base de las operaciones mentales. Las operaciones cognoscitivas que son necesarias para enfrentarse a la vida van apareciendo a medida que el individuo interactúa con su ambiente.

Peel (1965), opina que el desarrollo intelectual entre los once y los veinte años de edad consiste principalmente en un cambio del pensamiento descriptivo al explicativo; en donde en el primer caso, no se hace más que relacionar entre sí los atributos de un suceso, y en el segundo se relacionan con fenómenos explicativos previamente y con generalizaciones y conceptos apropiados.

Según Piaget (1969), el desarrollo cognoscitivo se divide en diversas etapas o niveles: sensoriomotriz, preoperatoria, operativa concreta y de operaciones formales.

Aproximadamente a los once-doce años, el niño que superado las anteriores etapas del desarrollo cognitivo inicia el estadio de las operaciones formales, que el mismo Piaget en 1969 (pp. 57) definió como *"el punto más alto que alcanza cualitativamente todo individuo en su desarrollo intelectual"*.

En el período anterior, o de operaciones concretas, los niños solo resuelven aquellos problemas en el que los juicios lógicos involucran directamente contenidos concretos, es decir, en donde las representaciones son reales y verdaderas.

En la etapa de operaciones formales, el preadolescente se aparta mucho del contenido figurativo y es capaz de reflexionar y razonar independientemente del contenido, el cual se puede advertir con muchas posibilidades (Peel, 1965).

Los progresos del pensamiento lógico-formal del preadolescente, en la solución de problemas, se pueden resumir en los siguientes puntos (Flavell, 1966, citado en Moradela, 1995, pag. 112-113):

- a) Ahora es capaz de plantear hipótesis de un problema y comprobarlas; es decir ya no tiene que recurrir a pruebas de ensayo y error, ahora puede imaginar y razonar soluciones reales.
- b) Es capaz de utilizar operaciones lógicas como procesos abstractos, es decir independientemente de su contenido concreto.
- c) Tiene la capacidad de tratar relaciones complejas, como por ejemplo relacionar entre sí elementos como el tiempo, la velocidad, el espacio, etc.
- d) Son capaces de reflexionar sobre su propio pensamiento. Critican y justifican valores morales, sociales, religión, justicia, etc.

Es importante señalar que dentro de la etapa de las operaciones formales el ambiente social es indispensable para que el preadolescente pueda plasmar su

capacidad de manejar la lógica combinatoria y para considerar sistemáticamente los muchos factores que entran en una situación problemática.

Finalmente, el pensamiento preadolescente es ahora más abstracto, es decir, menos ligado a conceptos concretos, es más lógico y más introspectivo. También, ahora es capaz de concebir religiones, familias y sociedades ideales, puede organizar y razonar con proposiciones contrarias a los hechos, llegar a conclusiones y comparar sus ideales con los de su propia familia, religión y sociedad

DESARROLLO DE LA INTELIGENCIA DE LOS ONCE A LOS DOCE AÑOS

(Nickel, 1985, pag. 76)

Edad	Pensamiento	Razonamiento	Lógica	Visión del mundo
11	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidad • Reversible • Mayor objetividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reversibilidad del pensamiento en los razonamientos. • Noción de conservación de peso en una disolución. • Parecido al razonamiento científico • Realiza hipótesis • Hipotético-deductivo • Construye teorías 	<ul style="list-style-type: none"> • Lógica concreta • Interrelaciona conceptos sin necesidad de una comparación real. • En el plano de las ideas expresadas en cualquier lenguaje • Puede estar basada en algo ficticio o falso 	<ul style="list-style-type: none"> • *Tranquilidad intelectual • Organización de los conocimientos adquiridos • Libertad interior • Seguridad intelectual al defender opiniones • Revisión de valores • Contraposición con el adulto • Reafirmación personal • Proyectos de reformar el mundo • Inclinación a la autonomía
12	<ul style="list-style-type: none"> • Paso del pensamiento concreto al formal • Pensamiento en el que se manejan abstracciones • Egocentrismo teórico • Reflexiones acerca de sí mismo 			

DESARROLLO AFECTIVO Y SOCIALIZACION

El desarrollo intelectual del preadolescente involucra un estado afectivo, ya que éste es el potencial energético y se desarrolla gracias al poder dinámico de las necesidades, los deseos, las intenciones, los intereses, las emociones y los sentimientos. La afectividad es el elemento dinámico que impulsa a la inteligencia a elaborar soluciones y a organizar la acción.

Según González y Romero (1986), el afecto se puede definir como la inclinación hacia una persona o cosa y engloba todo lo que proviene de la sensibilidad, de la emoción, del sentimiento. El proceso de la afectividad comienza desde los primeros contactos del bebé con su madre y con el medio ambiente, después el énfasis recae en la relación con los demás. Los contactos afectivos son los que permiten al niño, en virtud de las identificaciones y de las incorporaciones, hacer suyas las actitudes, las maneras de pensar y de sentir, así como los valores superiores del medio ambiente en que se encuentra. La afectividad es por su misma naturaleza el fenómeno más íntimo del psiquismo, y un fenómeno eminentemente social.

Esta relación que se presenta desde los primeros años de vida, adquiere una importancia especial durante la preadolescencia. Durante esta etapa los efectos sufren transformaciones que comprenden desde la mera expresión impulsiva hasta la obtención de valores y metas motivacionales con un fin expresado en la sociedad (González y Romero, 1986).

Así también, las profundas transformaciones del metabolismo hormonal y las perturbaciones del equilibrio físico y psíquico en el púber traen como consecuencia profundas perturbaciones en la vida afectiva. Una de estas es la intensa excitabilidad que presenta el preadolescente y que puede ser (Craig, 1988 pp. 98):

- a) *Por una predisposición a las emociones:* Tanto Kroh (1958) como Rempelin (1969), coincidieron en que la tendencia de los arrebatos de ira y cólera, la indignación e impaciencia, la irritación y hostilidad, así como el mal humor es frecuente en los muchachos de esta edad.
- b) *Por un aumento de la tensión nerviosa:* se manifiesta en ciertos hábitos, tales como morderse las uñas o la piel circundante, el chuparse el pulgar, el morderse los labios, el tirarse del pelo, el manosearse la cara, la vuelta a la enuresis, etc.

Otra de las muestras de las alteraciones de la vida afectiva en el púber son las frecuentes oscilaciones de la vida afectiva; ya que el púber atraviesa por estados afectivos extremos y frecuentes en los que se alternan periodos de relajamiento, cansancio y sentimiento de fuerza; satisfacción como disgusto, e incluso alegría y simpatía como tristeza y mal humor evidente (González y Romero, 1986).

Durante la preadolescencia, la tendencia a la ansiedad es relativamente intensa, la cual debe su origen precisamente a la excitabilidad y labilidad afectiva que experimenta el preadolescente. Pero también puede encontrarse que esta ansiedad sea el resultado de la lucha interna entre las fuerzas antagónicas que en esta edad invaden al púber. Esta ansiedad se manifiesta en forma de pesadillas, miedo a la obscuridad, etc., y tiende a ir disminuyendo con la edad (Nickel, 1985).

Así, entonces, las oscilaciones bruscas del ánimo y el humor no son raras durante la preadolescencia. En ocasiones la persistencia de síntomas como la tristeza, la inhibición, el desinterés y los sentimientos de culpabilidad, unidos con mayor o menor intensidad a manifestaciones somáticas (insomnio, anorexia, amenorrea, trastornos digestivos, etc.) hacen pensar en un trastorno psíquico de cierta importancia, conocido bajo el nombre de depresión. Ocasionalmente, el preadolescente

sufrirá de una *crisis de melancolía* en donde destacan la falta de energía en sus actividades, el decaimiento y el bajo rendimiento intelectual (Papalia y Olds, 1995).

Para González & Romero (1986), el origen de esta crisis debe cifrarse en el *duelo por la pérdida de la identidad infantil*, vivido con especial intensidad por aquellos sujetos sobre los que sus padres han mantenido una actitud sobreprotectora. Estas crisis también se pueden desencadenar por heridas narcisistas que sufra el preadolescente como son fracasos reiterados en la vida sentimental, en el ámbito escolar o en el deportivo.

Al llegar a la preadolescencia, con el nacimiento de la introspección, el niño descubre su yo y los valores de su persona. De este modo se manifiesta el narcisismo en el púber especialmente de dos formas: muchas veces, con el afán de hacerse valer, adopta conductas en muchos casos obsesivas por vencer marcas (escolares, deportivas, etc.). Mientras tal afán predomina en los niños, las niñas recurren en ciertas circunstancias a las conquistas amorosas (Moradela, 1995).

Tras el comportamiento ruidoso e impertinente, el preadolescente oculta un afán de hacerse valer; hablando alto, con palabras altisonantes, con ruidosas carcajadas y presumiendo de su fuerza, intenta atraerse la atención de los demás (Papalia y Olds, 1995).

Junto a esta exaltación del yo, presunción y endiosamiento, el preadolescente se ve sometido a profundos y frecuentes sentimientos de inferioridad, de falta de confianza en sí mismo, de pusilanimidad, de abatimiento. Los orígenes de este sentimiento de inferioridad son múltiples. Entre ellos cabe citar la propia labilidad y excitabilidad de los sentimientos, la no integración de las nuevas experiencias que por desconocidas le resultan amenazadoras, el descenso en el rendimiento escolar,

llamadas de atención por parte de los padres, frustraciones en la vida, etc. (Moradela, 1995).

Con lo anterior, encontramos que en la pubertad el niño se presenta con un carácter contradictorio, en el que el sentimiento de exagerada confianza, en sus fuerzas y su valor, se alterna con el desaliento y la desconfianza. En otras palabras, el sentimiento de sí es lábil y oscila continuamente entre sentirse satisfecho y sentirse insatisfecho de sí mismo (Moradela, 1995).

Durante la preadolescencia surge entre los muchachos un impulso a la camaradería y a formar grupos y pandillas entre compañeros de escuela o vecinos. Según Secadas en 1970 (citado en Nickel, 1985, pp. 86), son cuatro los motivos principales que impulsan a los preadolescentes a asociarse:

a) *La evasión.* Existe una sin duda, entre los púberes, la necesidad de evadirse del mundo del hogar e incluso de del los adultos con el que entran frecuentemente en conflicto. El grupo de amigos se convierte en el lugar en donde el preadolescente podrá relajarse, evitar los choques y disputas familiares con sus padres y hermanos, encontrándose en medio de sujetos que sienten como él.

b) *La necesidad de ser aceptado.* La necesidad primaria de aceptación incita a la formación de grupos. La seguridad de ser acogido en compañía y de no encontrar de primera instancia, actitudes defensivas, son factores que favorecen la espontaneidad en el comportamiento. Lo contrario retrae, sobre todo en esta edad en que se teme al ridículo y a la soledad.

No existe un factor particular que determine la aceptación social del preadolescente, pero los siguientes factores pueden desempeñar un papel importante, influyendo en mayor o menor grado: 1) la primera impresión que da un muchacho al

presentarse ante un grupo: 2) el aspecto personal o atractivo exterior; 3) el concepto que se tiene de sí mismo, ya que existe una notable relación entre la aceptación o rechazo del yo y la aceptación o rechazo de los demás; 4) la salud; 5) la posición socioeconómica; 6) la inteligencia, la cual permitirá al individuo tomar iniciativas dentro de un grupo; 7) el grado de actividad hacia sí mismo y a los demás; 8) las habilidades con las que cuenta; 9) la aceptación de los valores del grupo; 10) el tipo de personalidad, ya que el expresivo, simpático y entusiasta será el mejor aceptado; mientras que el reservado, frío e introvertido tiende más al rechazo.

c) *El impulso a la agresión gregaria.* Existe una necesidad de asociarse a los demás, de pertenecer a un grupo como medio de recuperación de la seguridad que, al irse separando del hogar, se va perdiendo.

d) *La rivalidad.* Cuando más se acentúa la rivalidad es en la preadolescencia, ya que según el psicoanálisis esta está relacionada con la agresividad del instinto sexual en el periodo puberal. Esta rivalidad suele manifestarse en forma de riñas y peleas, las cuales muchas veces sirven al preadolescente para demostrar su prestigio o superioridad ante los otros.

e) *La diversión.* El muchacho se divierte en compañía de otros de su edad. Por otra parte, el grupo da importancia a las habilidades que son fundamento de prestigio en su momento evolutivo: la fuerza, la agilidad, el ingenio, etc.

La escuela desempeña, en la etapa de la preadolescencia, un papel importante para la integración del niño a la sociedad así como para su desarrollo personal. Le proporciona ayuda para dominar destrezas intelectuales nuevas, a adquirir un sentimiento de orgullo por la calidad de su propio trabajo, a perseverar en la solución

de problemas y a adquirir relaciones más amplias y significativas con los compañeros de su edad (Moradela 1995).

La vida escolar del niño de once años puede ocurrir entre dos extremos. Algunas veces mantiene el entusiasmo, la adaptabilidad y el carácter disciplinado que tenía en la niñez, pero algunos otros viven este período con verdadera dificultad. La causa de tales problemas radica muchas veces en la actitud del profesor, ya sea por su personalidad, por sus defectos o simplemente por la manera de impartir su clase. De hecho los niños de esta edad suelen preferir un profesor exigente a seguir siendo tratados como niños de primaria (Papalia y Olds, 1995).

Después de cumplir doce años es menos propenso a dejarse influir por la opinión que tenga hacia su profesor, con el que puede mantener casi siempre un buen nivel de comunicación. En general el niño de doce años pide ayuda cuando la necesita y suele mostrar un comportamiento más franco y positivo que en el año anterior (Papalia y Olds, 1995).

No obstante lo anterior, ningún chico de esta edad está exento del fracaso escolar, en donde influyen una serie de factores como pueden ser (Craig, 1988, pp. 69):

- Factores relacionados con el propio preadolescente: aptitudes intelectuales, estrategias de aprendizaje, historia personal de éxitos o fracasos en el estudio, expectativas, etc.
- Factores relacionados con la interacción profesor-alumno: estilos de enseñanza ejercidos por el profesor y las expectativas de éste sobre el rendimiento de sus alumnos.

- Factores relacionados con la familia: nivel cultural de la familia, valoración de la familia al trabajo escolar de los hijos, influencia de un clima familiar equilibrado o problemático.
- Factores relacionados con el grupo de iguales: los compañeros sirven de modelo o punto de referencia de normas, valores, actitudes respecto al estudio y formas de comportamiento escolar.

Por otro lado, es bien sabido que las experiencias en las relaciones familiares que vive un niño son sumamente importantes en la formación de su personalidad.

Mandelbaum (citado por Horrocks en 1986) opina que los preadolescentes recapitulan las actitudes que sus padres tuvieron hacia ellos durante la infancia. Si en la niñez se fue capaz de aprender a tener confianza, armonía y un sentido de identidad, la etapa de la preadolescencia será más fácil y sin mayores problemas, pero si por el contrario en la niñez se ha percibido que los padres se han resistido a la búsqueda de autonomía del niño, la adolescencia suele presentarse como un periodo de rebeldía.

Así, los estudios de Díaz Guerrero (1982) han mostrado la influencia de la familia en la formación de la personalidad del preadolescente y adolescente mexicano. En las familias mexicanas se les exigen cosas diferentes a sus hijos preadolescentes hombres y mujeres. De los primeros se espera que den signos claros de virilidad, es decir, que sea activo en su esfera sexual, y en cuanto a las mujeres lo que las familias mexicanas esperan de ellas es que deben ser dulces, delicadas, hogareñas, maternas, religiosa y sobre todo la sociedad les exige presencia física.

Es importante tomar en cuenta, que en la medida que los niños y niñas cuentan con un mayor nivel educacional, presentan un menor acuerdo con las premisas

histórico-socioculturales como las expuestas anteriormente con respecto de lo que se espera en cuanto a los patrones conductuales y actitudinales de los preadolescentes hombres y mujeres (Díaz Guerrero, 1982).

Aún cuando los preadolescentes de ambos sexos van acrecentando su autonomía, en un estudio realizado por Grinder y Spector (1965, citados en Mc Kinney y cols., 1986) se encontró que los preadolescentes hombres y mujeres diferían en cuanto a la impresión que tienen de sus padres como controladores de recursos importantes, de tal manera que los varones tienden a percibir al padre como el controlador más importante mientras que las mujeres a quienes perciben con esta característica son a las madres. Aunque los preadolescente aparentemente incrementan su preferencia hacia los amigos y compañeros de su misma edad como punto de referencia para la toma de decisiones se ha demostrado que esto no siempre es así, y que a veces depende del contenido o de la importancia de la decisión al determinar si son los padres o los compañeros a los que se ha de consultar.

Según Baumrind en 1967 (citado en Mc Kinney y cols., 1986), clasificó tres tipos de controles que los padres ejercen sobre sus hijos: el autoritativo, el autoritario y el permisivo. El *autoritativo* se interesa por dirigir la actividad del niño, pero no por la obediencia como virtud. El *autoritario* ejerce poder para controlar y limitar la voluntad del hijo. El *permisivo* apenas da muestras de poder y su interés por controlar la conducta del niño es mínima. Baumrind aboga por las ventajas del control autoritativo.

Elder en 1963 (citado en Mc Kinney y cols., 1986), apoya la tesis de Baumrind, ya que demostró que cuando los padres ejercen un poder democrático (autoritativo) sobre los hijos preadolescentes estos tienden a ser independientes y a tener

confianza en sí mismos, a tener compañeros aprobados por sus padres y a tener una motivación académica muy intensa.

Se ha demostrado en diversas investigaciones que cuando el preadolescente o adolescente es apoyado en su autonomía por parte de sus padres, este mantiene estables y armoniosas relaciones con ellos, pero que cuando existen serias colisiones entre los padres y los jóvenes, la autoagresión, la huida del hogar y la delincuencia juvenil suelen ser las reacciones más comunes cuya finalidad es quizá la de manifestar su desacuerdo con sus padres (Grinder, 1989).

Con base a lo anterior, podemos pensar que a pesar de que en la preadolescencia hay una clara tendencia de acrecentar la autonomía, la familia es todavía el punto de referencia más sólido e importante con el que el preadolescente cuenta.

DESARROLLO PSICOSEXUAL

Con los cambios físicos y fisiológicos que traen consigo el proceso de madurez en los jóvenes, surge también en ellos un aumento del erotismo. Los preadolescentes de ambos sexos se sienten gran inquietud por su sexualidad, la cual no alcanzan a comprender del todo.

Los primeros juegos sexuales y las primeras relaciones íntimas son para muchos jóvenes experiencias que dejan huellas profundas. Una de las actividades sexuales a la que recurren con mayor frecuencia los preadolescentes es la masturbación, la cual se podría definir como la autoestimulación de los órganos

genitales para provocar sensaciones agradables. En ella se busca la descarga de la tensión sexual fuera de toda relación real y afectiva con otro (Craig, 1988).

Existen diferencias significativas entre la frecuencia masturbatoria entre chicos y chicas. Entre los niños se aprecia un incremento progresivo con los años, ya que tienden más a recurrir a la masturbación como una opción para la salida de sus impulsos sexuales; en cambio en las niñas la frecuencia tiende a disminuir ya que ellas prefieren pasar su tiempo fantaseando romances (Horrocks, 1986).

Según estudios (Moradela, 1995, pp. 78), existen varios motivos por los que los preadolescentes realizan la actividad masturbatoria, los cuales pueden ser:

- Curiosidad por los fenómenos sexuales
- Eliminar la tensión acumulada
- La soledad y la tristeza
- El cansancio
- El fracaso o los contratiempos
- La alegría por algún éxito
- El imaginar una relación heterosexual
- El placer genital

A la etapa masturbatoria le sigue una etapa homoerótica, llamada así porque en ella es frecuente la aparición de amistades de alta afectividad entre preadolescentes del mismo sexo.

Esta etapa representa un avance en la madurez heterosexual, ya que el individuo no busca el placer consigo mismo, sino que lo busca en relación con otra persona. Es aquí que surgen los grupos exclusivos de niños y los de niñas como un primer paso hacia el establecimiento de las relaciones heterosexuales por ser de gran ayuda al preadolescente para salir de su narcisismo (Grinder, 1989).

Alrededor de los 12 o 13 años, los jóvenes comienzan a mostrar un mayor interés en relacionarse con compañeros del sexo opuesto. En estas primeras atracciones, los dos componentes de la sexualidad, la ternura y la genitalidad, permanecen independientes e incluso pueden orientarse a diversas personas, lo que se conoce con el nombre de ensoñaciones o fantasías sexuales.

El descubrimiento de los primeros amores o primeras vinculaciones heterosexuales suele representar, tanto en niños como en niñas, la experiencia única que en ese momento sienten que transforma su vida (Moradela, 1995).

CAPITULO II

“CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN”

CAPITULO II

CONDUCTA ALIMENTARIA Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION

Todo ser vivo, para mantenerse como tal necesita alimentarse. Esta necesidad

también se cumple en el ser humano. La imprescindible nutrición exige la ingesta de alimentos, el acto de comer. Sin comer en cantidad suficiente y sin comer con una mínima variedad alimentaria, no es posible vivir (Toro, 1996).

La alimentación en el ser humano está representada por una respuesta condicionada por factores de índole biológico, psicológico y cultural.

La conducta alimentaria como parte de la conducta humana, es sumamente compleja, ya que, la acción del sistema neuroendócrino que implica la detección de nutrientes y asimilación e incorporación de la información, se integra con elementos psicológico social como pueden ser los afectivos y placenteros convirtiendo la conducta de ingesta en generadora de desordenes del comer (Gómez Pérez-Mitre, 1993).

El comportamiento alimentario tiende a mantener el peso del cuerpo de forma muy estable así, las reservas energéticas pueden reducirse según las circunstancias externas o ambientales, o a voluntad del sujeto. De acuerdo con este concepto, la capacidad de controlar la ingesta de nutrientes con el fin de equilibrar las necesidades corporales requiere de mecanismos que armonicen la información fisiológica del medio interno con la información nutricional del medio externo; estos mecanismos están regulados por el sistema nervioso central (Turón, 1997).

Regulación cerebral y conducta alimentaria

El hipotálamo desempeña, a nivel alimentario, un papel esencial actuando como transductor de los estímulos sensoriales y metabólicos, coordinando la respuesta en relación a la conducta alimentaria.

Si hay una estimulación en el hipotálamo lateral, el individuo reaccionaría comiendo con voracidad; en cambio presentaría saciedad si los estímulos actúan sobre los núcleos ventromediales del hipotálamo, rehusándose a comer aunque se le presente comida apetitosa.

Inversamente, se obtiene el mismo efecto al destruir los núcleos mediales: comerá voraz y continuamente hasta volverse obeso. Por otro lado, si se destruyen los núcleos laterales del hipotálamo desaparece el deseo de alimentarse, apareciendo una inanición progresiva. Se puede llamar entonces a los núcleos laterales del hipotálamo, *centro del hambre o centro de la ingestión de alimentos*, los núcleos ventromediales del hipotálamo serán *el centro de la saciedad* (Guyton, 1971).

Existen otros centros nerviosos encargados de la regulación de la conducta de ingesta alimentaria. Cuando hay una separación del mesencéfalo y el hipotálamo, las funciones básicas de ingesta de alimentos se conservan: hay salivación y el individuo masca el alimento y lo deglute. Por lo tanto, la mecánica de la ingestión de alimentos depende de centros del tallo cerebral, el cual es independiente del cerebro e hipotálamo.

Las funciones propias del hipotálamo consisten en controlar la cantidad de alimento ingerido, no el mecanismo de la ingestión (Guyton, 1971).

Otros centros como la amígdala y las áreas corticales del sistema límbico, actúan sobre todo en el control del apetito. Se ha observado a través de las lesiones destructivas en la amígdala algunas zonas que aumentan netamente el hambre.

mientras que otras las inhiben. La estimulación de algunas zonas de la amígdala desencadenan los mecanismos de la ingestión de alimento.

Pero el efecto más importante de la destrucción de la amígdala en ambos lados del cerebro es una "ceguera psíquica" para la elección de alimentos: la persona pierde gran parte o casi todo el mecanismo de control del apetito por el tipo y la calidad de alimento que consume (Guyton, 1971).

Pero el acto de comer no sólo representa la ingesta de alimento; la conducta alimentaria se ve influenciada por factores que rebasan con mucho únicamente el valor nutricional del alimento y de las necesidades alimenticias del individuo.

Algunos de estos factores son desde las condiciones socio-económicas hasta los ideales de la forma corporal culturalmente impuestos, y muchos de los eventos de la vida cotidianos que abarcan todo tipo de aprendizajes, de estados de ánimo, atributos, etc. (González, Lizano y Gómez Pérez-Mitre, 1999)

Ordenando los múltiples factores que toman parte de la conducta alimentaria estos pueden ser (Braguinsky 1987, pp. 56):

1. - *La experiencia de satisfacción*.- luego del nacimiento la aparición del hambre queda registrada como una situación displacentera, al recibir el objeto que lo provea del alimento requerido se registra lo que sería la experiencia de satisfacción, por lo que más adelante el displacer biológico evocará esta experiencia, despertando el deseo de alimento.

2. - *Los vínculos familiares*.- la ausencia o presencia de los padres en la época infantil puede ser decisiva para la adquisición de experiencias gratificantes o frustrantes.

En situaciones de ausencia materna, es muy común la compensación de afecto y atención a través de los alimentos lo que puede conducir más adelante a una conducta adicta a la comida.

3. - *Los factores socioculturales.*- varios son los factores de está índole entre los cuales podemos citar que la cultura de la delgadez que se ha venido dando a partir de los años 50's ha influido principalmente a la población femenina de clase media y alta promoviendo todo tipo de consejos y sugerencias para obtener la figura perfecta.

Así mismo, el sedentarismo y desorden de la vida moderna impide la práctica regular de cualquier tipo de ejercicio físico recurriendo a métodos drásticos y peligrosos para el control de peso, apareciendo las dietas bajas en calorías y la administración de medicamentos.

Con lo anterior y partiendo que la conducta alimentaria representa una respuesta a la necesidad de nutrientes para la aportación del balance energético indispensable, y que solo el seguimiento de la conducta alimentaria normal puede cubrir estos propósitos; se puede entender por qué la anorexia nervosa, la bulimia y la obesidad representan las principales anomalías de esta conducta y el por qué están consideradas como trastornos de la alimentación.

Así, existen dos teorías fundamentales que explican la etiología de los trastornos alimentarios la teoría de la patología familiar y la teoría sociocultural, las cuales es conveniente revisar ya que la familia es el grupo que tiene mayor influencia en la formación y desarrollo de la personalidad del individuo y las circunstancias socioculturales en las que vive la persona determinan en gran parte su comportamiento (Murrieta, 1997):

Teoría de la patología familiar

Minuchin y sus colaboradores (1978), estudiaron a la familia psicósomática, interesándose en un sistema o modelo abierto que explicara esta enfermedad incluyendo la anorexia nervosa. Este sistema incluyó partes como el estrés extrafamiliar, organización y funcionamiento familiar, la vulnerabilidad del hijo, mecanismos fisiológicos y bioquímicos y el hijo sintomático.

El síntoma o paciente, es una solución protectora, este se sacrifica por defender la homeostásis de la familia. La familia parece funcionar perfectamente cuando alguien está enfermo, descubriendo en las familias sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia, la incapacidad de resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz y una rigidez extrema.

Con los cambios de la interacción familiar significativos, ocurren cambios significativos en los síntomas de la enfermedad psicósomática.

Sin embargo, existen pocos estudios que confirmen que tal interacción patológica se presenta en la anorexia nervosa. (Minuchin y cols., 1978).

Teoría sociocultural

De acuerdo a la amplia gama de literatura, los trastornos alimentarios, son atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas.

El principal motivo es el gran énfasis que se le da al atractivo físico por la influencia de los medios de publicidad visuales, los cuales enfatizan la preocupación de la mujer por conservarse delgada.

Dos creencias dan pie para la búsqueda de este ideal según Brownell (1991), la primera es que el cuerpo humano, si se desea, puede adquirir formas estilizadas y

atractivas siguiendo una dieta adecuada y un riguroso programa de ejercicio físico: es decir, cualquier persona puede tener el peso y la figura perfecta. La segunda es que no importan los medios para conseguir lo deseado, si los beneficios obtenidos serán el cuerpo ideal y las consecuencias de esto serán recompensas como atracción interpersonal, desarrollo profesional, salud y felicidad.

Estas ideas han sido la motivación de muchas personas para practicar dietas, ejercicio y hasta cirugía plástica en niveles inimaginables.

La alta frecuencia de mujeres en programas de reducción de peso, las creencias irracionales de personas que teniendo tallas normales consideran que tienen sobrepeso, el someterse a sí mismas a estados de inanición como en el caso de la anorexia, o autotorturarse como lo hacen las bulímicas, son conductas que tienen un elemento en común: ser delgada (Aguilar y Rodríguez, 1997)

Esto explica el por qué de la alta incidencia de anorexia y bulimia nervosa y por qué estos trastornos alimentarios, entre otros, se han convertido en las enfermedades mentales favoritos de las culturas de opulencia.

Tomando en cuenta que la dimensión del concepto de trastornos alimentarios es extensa y sobre todo influenciado por varias teorías, Perpiña en 1989 (citado en Murrieta 1997, pp. 43), sugiere el siguiente resumen de acuerdo a lo revisado con anterioridad:

Contexto social:

- ◊ Sobrevaloración de la esbeltez como un ideal cultural femenino
- ◊ Cambios sociales rápidos de la occidentalización urbanización o inmigración
- ◊ El ejemplo de los pares y los modelos
- ◊ Trastornos en la dinámica familiar y la lucha por el control
- ◊ La presión para el rendimiento en la danza y el deporte

Contexto psicológico:

- ◊ Falla al establecer un sentido de identidad y autonomía
- ◊ El impedimento de madurez sexual y adultez

ESTUDIOS REALIZADOS EN MÉXICO SOBRE CONDUCTA ALIMENTARIA

En México se han hecho una serie estudios que revelan que la población mexicana no ha quedado exenta de la influencia de los factores que llevan a desarrollar trastornos de la alimentación.

Gómez Pérez-Mitre (1993), realizó un estudio cuyo propósito fue detectar indicadores de la conducta alimentaria anómala, (obesidad, bulimia y anorexia nervosas). La muestra (n=197), se tomo de una población estudiantil que cursaba preparatoria, licenciatura y posgrado. Los resultados mostraron inexistencia del problema de obesidad (2%), en cambio para el problema de sobrepeso la prevalencia fue de 41%. Se hallaron prácticas alimentarias que pueden considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de trastornos alimentarios. Tres factores se relacionaban con esas prácticas: algunas técnicas que pueden ser consideradas como de purga, accesos bulímicos o binge eating, y alimentarse bajo ciertos estados de animo.

En otro trabajo en donde se exploró la conducta alimentaria en dos grupos de estudiantes: uno formado por secundaria y preparatoria de escuelas privadas y el otro por estudiantes de danza clásica. Se obtuvieron los siguientes resultados sin llegar a la patología propiamente dicha. El grupo de danza tenía los mayores porcentajes en el seguimiento de dietas, accesos bulímicos y ejercicio excesivo, otras conductas como el vómito autoinducido y el uso de laxantes se presentaron en porcentajes relativamente bajos en ambos grupos (Unikel y Gómez Pérez-Mitre, 1996).

Gómez Pérez-Mitre y Avila Angulo (1998) realizaron una investigación cuyo propósito fue explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad, comparando estas variables en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal, se trabajó con un diseño de 4 grupos con observaciones independientes, con una muestra no probabilística.

Los resultados mostraron 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. Entre las mujeres el factor conducta alimentaria compulsiva fue de mayor peso, las adolescentes con peso normal son las que respondieron tener menor medida dicha conducta que las adolescentes obesas. Las chicas con peso por debajo de lo normal mostraron mayor tendencia a tener este tipo de conducta que las de peso normal.

Entre los hombres, la conducta compulsiva no aparece diferencialmente significativa.

Así la conducta alimentaria normal tiene mayor presencia entre las adolescentes con peso normal que entre las más delgadas y es entre las chicas con sobrepeso y las obesas en las que se presentan en menor medida.

Se concluye en el estudio citado que , entre las mujeres adolescentes, la variable obesidad mostró estar clara y directamente asociada con conducta alimentaria compulsiva, así como con conductas dietarias (crónicas, restrictivas e hipocalóricas) e inversamente relacionada tanto con la aceptación de atribución de control interno como de control externo en la explicación implícita que hacen de la conducta alimentaria. En los hombres adolescentes, se encontró como factor distintivo de género, un factor compuesto por variables asociadas con conducta compensatoria. Se encontró además un factor común a hombres y mujeres que fue el de preocupación por el peso y la comida.

También Gómez Pérez-Mitre (1999) realizó una investigación titulada "Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos, en la cual se encontró, que son los niños más que las niñas quienes realizan mayor número de comidas al día, esto nos indica que los varones tienen menos preocupación por el peso corporal. En esta línea, se encontró que son los niños de quinto grado, más que los de sexto, quienes comen más, podemos decir con esto que a más edad o mayor acercamiento a la adolescencia hay mayor preocupación por el peso y menos ingesta de alimento.

Los trastornos alimentarios están presentes en nuestra cultura, aunque no de la misma manera en que ocurre en las sociedades desarrolladas; sin embargo es preciso aportar información propia de nuestro contexto y elaborar programas de prevención primaria destinados a atender a la población considerada como de alto riesgo a fin de disminuir la frecuencia de estos trastornos.

ANOREXIA NERVOSA

La anorexia nervosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado principalmente por síntomas como la pérdida de peso como consecuencia de un ayuno prolongado, y en mujeres, la amenorrea. Acompañan a este padecimiento el intenso miedo a subir de peso, la distorsión de la imagen corporal, la práctica de dietas altamente restrictivas y la negación de una enfermedad (Toro, 1987).

Así mismo, la anorexia nervosa se presenta con mayor frecuencia en personas del sexo femenino, pero se considera que esta prevalencia está más relacionada con factores de índole sociocultural que con factores biológicos (Turón, 1997).

Por otra parte se sabe que la edad de aparición de esta enfermedad es al final de la niñez, durante la adolescencia y al inicio de la juventud, pero recientemente se ha descubierto que la edad de aparición es cada vez más precoz.

También en los distintos trabajos epidemiológicos sobre anorexia nervosa, se manifiesta en forma concreta que la enfermedad es predominante en estratos altos y medios altos.

Crispo en 1976 (citado por Toro, 1987), encontró que en las escuelas privadas existía un caso de anorexia por cada 120 alumnas, mientras que en las escuelas públicas era un caso por cada 350 muchachas.

Descripción clínica de la anorexia nervosa

Como se ha señalado, la anorexia nervosa se caracteriza por una pérdida de peso exagerada, debido al seguimiento de dietas restrictivas y el empleo de conductas purgativas, como son el exceso de ejercicio físico, el vómito autoinducido y el abuso de laxantes (Saldaña, 1994).

Estas conductas tienen como motivación el temor intenso a aumentar de peso y una gran ansia hacia la delgadez. Las personas anoréxicas sufren de una alteración de su imagen corporal, la cual Bruchon-Schweitzer, (1992) define como una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante y a través de diversas experiencias.

Esta distorsión de la forma en que se perciben las hace imponerse dietas aún más restrictivas y ayunos prolongados logrando pesos corporales peligrosos para su vida, así como amenorrea, hipotermia, bradicardia (latido cardiaco lento), sequedad de la piel y lanugo, pérdida del cabello y algunos trastornos endocrinológicos debido a la deshidratación (Saldaña, 1994).

Entre los criterios con mayor validez para el diagnóstico de la anorexia nervosa está el del DSM-IV editado por la American Psychiatric Association:

**CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ANOREXIA NERVOSA
PARA EL DSM-IV, 1995. Pag. 553 y 554**

- A. Rechazo a mantener el peso corporal por encima de un mínimo peso para la edad y talla, por ejemplo, pérdida de peso que resulta en el mantenimiento del peso por debajo del 15% de lo esperado; o fracaso en alcanzar la ganancia de peso durante el período de crecimiento, que conduce a mantener el peso por debajo del 15%.
- B. Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- C. Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- D. En mujeres, ausencia de por lo menos tres ciclos menstruales consecutivos cuando se espera que estos ocurran. (Se considera que una mujer tiene amenorrea si sus períodos únicamente ocurren después de la administración de hormonas como los estrógenos).
- Tipo restrictivo: la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nervosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.
 - Tipo compulsivo/purgativo: se caracteriza porque el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos), mediante prácticas tales como: el vómito autoinducido, diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. En algunos casos no presentan atracones, pero suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida.

Alteraciones cognitivas de la anorexia nervosa

Las personas que padecen anorexia nervosa poseen pensamientos alterados relacionados con la comida, el peso y la figura, los cuales se vuelven reiterativos dando origen a una creciente ansiedad.

En ocasiones, lo anterior se debe a factores educacionales cuando los padres tienen una excesiva preocupación por la alimentación, propician las dietas y rechazan todo lo relacionado a la obesidad (Toro, 1987).

Los pensamientos distorsionados de las personas anoréxicas influyen al creer que el proceso de ganancia de peso es indefinido, que los alimentos se pueden convertir en grasas independientemente de la cantidad y del valor calórico, se sienten obligadas a prevenir las complicaciones de una dieta excesiva: hipertensión arterial, hipercolesterolemias (aumento de colesterol en la sangre), obesidad, etc. (Turón, 1997).

Las anoréxicas desarrollan una sensibilidad diferente a las demás personas ante sensaciones de hambre y fatiga, así como algunas complicaciones con la mecánica digestiva: el llenado y vaciado del estómago, el proceso de digestión, los movimientos intestinales y las oscilaciones de peso. Así mismo, presentan alteraciones en la valoración de su figura, teniendo una opinión errónea de las dimensiones de su cuerpo, y no son capaces de reconocer su extrema delgadez. No valoran la gravedad de la situación y exageran las dimensiones de las medidas de su cuerpo y peso provocando una gran resistencia para su recuperación.

Debido a estos pensamientos, constantemente se cree que la persona está bajo mecanismos de tipo delirante totalmente fuera de la realidad (Turón, 1997).

Alteraciones conductuales de la anorexia nervosa

Las alteraciones conductuales de la anorexia se inician cuando se comienza la dieta restrictiva, limitando o suprimiendo los hidratos de carbono y las grasas. Constantemente la familia ignora las conductas alteradas de la enferma, ya que esta adopta una serie de "trampas" para ocultar su rechazo a la comida, dice que no tiene apetito, o que comió horas antes, etc., cuando en realidad malcome o tira la comida (Turón, 1997).

También se alteran las normas a la hora de los alimentos, y de ser personas que siguen hábitos de buena educación, comienzan a utilizar las manos, comen lentamente, sacan la comida de la boca para depositarla en el plato, la escupen, la desmenuzan, y terminan por tirar más de la mitad de lo que en realidad ingieren afirmando que han realizado una comida muy copiosa.

Las enfermas anoréxicas, constantemente atraviesan por períodos bulímicos que no son otra cosa que accesos de voracidad con la comida en una forma realmente desmedida y muchas veces prolongada. Tras estos consumos "peligrosos" su acción reparadora es el vómito provocado que con frecuencia es clandestino (Saldaña, 1994).

En muchos casos esta acción se va convirtiendo en un hábito que puede llevarse a cabo aún sin la presencia de períodos de sobreingesta, lo cual se traduce en algo más peligroso, ya que se evita que exista alimento alguno en el estómago provocando grandes daños al organismo

Otra conducta anómala es el uso de laxantes y diuréticos, con el fin de librarse de peso sólido y líquido retenidos en el organismo.

Así mismo comienzan con períodos de hiperactividad imponiéndose rutinas de ejercicio físico de gran intensidad y frecuencia, llevándolos a cabo casi de manera obsesiva (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

Por otro lado las alteraciones del sueño no se hacen esperar, las anoréxicas retrasan su hora para irse a dormir con el fin un gasto energético durante mayor tiempo, además de que el insomnio es uno de los efectos inmediatos de la inanición (Toro, 1987)

Socialmente, la vida de una persona con anorexia nervosa sufre grandes transformaciones, vive exclusivamente pendiente de todo lo relacionado a calorías, dietas, ejercicio físico y peso; además de que siente que nadie entiende su "problema" y prefiere ocultarlo. Estos y algunos otros son factores que contribuyen al retraimiento social.

El interés y las prácticas sexuales disminuyen en las anoréxicas y si llega a existir algún tipo de relación heterosexual estas son generalmente insatisfactorias. La persona anoréxica tiene conflicto con su imagen corporal y por lo tanto con su femineidad, lo que la hace sentir incomoda disminuyendo el instinto erótico.

Cambios emocionales y afectivos de la anorexia nervosa

La ansiedad es, sin duda, el factor emocional constante que caracteriza a la anorexia nervosa. A medida que el cuadro evoluciona, se multiplican los agentes ansiógenos: el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de descontrol, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermar y morir, la percepción de ser diferente y rara, las intervenciones médicas acertadas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social, las molestias y el deterioro físico progresivo. Todo este conjunto de hechos mantienen y aumentan el estado de ansiedad en las pacientes (Turón, 1987).

Otro elemento emocional importante es la fobia al sobrepeso real o supuesto, tratándose en realidad de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que

desencadena una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación.

Por otro lado, las pacientes anoréxicas suelen manifestar sintomatología depresiva: tristeza, reducción de intereses, autoestima baja, retraimiento social, llanto frecuente, insomnio, etc. (Toro, 1987).

Consecuencias físicas de la anorexia nervosa

La primera manifestación clínica como resultado de una conducta anoréxica es la reducción de la velocidad de crecimiento con algunos retrasos en la composición ósea debido a que la mayoría de los y las enfermas se sitúan en edades puberales o adolescentes en donde es necesario el suministro de nutrientes para un óptimo desarrollo.

Algunas circunstancias que obligan a los familiares a buscar ayuda profesional, que no precisamente es la disminución drástica de peso corporal, son cuadros tales como el estreñimiento, insomnio, hinchazón, amenorrea e infertilidad, vaginismo y frigidez, por mencionar algunas (Toro, 1987).

Una vez iniciada la dieta hipocalórica y la restricción con el propósito firme de adelgazar una delgadez extrema, como consecuencia, disminuye la masa del tejido adiposo y muscular, con pérdidas ponderales por lo menos de 25% del peso inicial. Presentan un aspecto marchito y envejecido, la piel aparece seca, a veces como agrietada.

Las manos y pies de estos pacientes están fríos y presentan a veces una cierta cianosis. Las uñas se vuelven quebradizas y puede producirse pérdida del cabello.

Se encuentran alteraciones dentarias, tales como la descomposición del esmalte y caries como consecuencia de los vómitos repetidos (Saldaña, 1994).

El gasto energético se encuentra disminuido como una forma de adaptación a la baja ingesta de calorías. El organismo percibe la carencia alimenticia y empieza a racionalizar el aporte energético para sus funciones.

El cuerpo en el intento por economizar las pocas energías que recibe, comienza a bajar la temperatura corporal que en circunstancias normales es ideal para no sentir ni frío ni calor, es por ello que muchas mujeres anoréxicas constantemente se quejan de sentir frío (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

De acuerdo con Chinchilla (1994, pp. 73), las principales manifestaciones de la Anorexia Nervosa son:

Manifestaciones cardiovasculares.

Bradycardia e hipotensión son muy frecuentes. Con frecuencia se encuentra adelgazamiento de la pared del ventrículo izquierdo, disminución del tamaño de las cavidades del corazón y disminución del trabajo cardiaco (Chinchilla, 1994)

Manifestaciones gastrointestinales

Las pacientes anoréxicas presentan un vaciado gástrico enlentecido y una disminución de la motilidad intestinal que producen sensación molesta de hinchazón y flatulencia acompañado muchas veces de dolor abdominal y estreñimiento. En aquellas enfermas donde se ha producido una rápida e importante pérdida de peso, el duodeno puede quedar comprimido por la arteria superior ocasionando dolor y vómito (Chinchilla, 1994).

Manifestaciones renales

La capacidad de concentración máxima renal puede alterarse en la anorexia nervosa, disminuyendo o desapareciendo la respuesta normal a la administración de la hormona diurética (Chinchilla, 1994).

Manifestaciones hematológicas

La anemia es relativamente frecuente, pero raras veces severa. Además estas pacientes tienen una mayor propensión a sufrir infecciones por sufrir alteración a los mecanismos defensivos inmunológicos (Chinchilla, 1994).

Diagnóstico de la anorexia nervosa

Para Turón (1997, pp. 57), el diagnóstico de la anorexia nervosa debe realizarse solo tras haber hallado los rasgos esenciales que se enlistan a continuación:

Rasgos siempre presentes:

- Conducta dirigida a perder peso.
- Pautas peculiares de manejar la comida.
- Pérdidas considerables de peso a partir del 15%.
- Alteraciones de la imagen corporal.
- Amenorrea en las mujeres

Rasgos asociados más comunes:

- Negación rotunda de la enfermedad
- Desinterés e incluso resistencia por el tratamiento
- Retraso del desarrollo psicosexual en la adolescencia y marcada disminución del interés sexual con el comienzo de la enfermedad en los adultos
- Ligero aumento de peso (cerca de la tercera parte de los pacientes antes del comienzo de la enfermedad)
- Conducta compulsiva diferente a la relacionada con el alimento y pérdida de peso.

El examen del estado mental suele mostrar una mente alerta muy consciente en el tema de la nutrición, y preocupada por el alimento y el peso, desinteresada en todo lo demás. Es necesario que el paciente sea sometido a un examen físico y neurológico general. A menudo la pérdida grave de peso requiere hospitalización para prevenir la muerte por inanición.

El diagnóstico de la anorexia nervosa debe realizarse de una forma estricta, de modo que deben estar presentes todas las alteraciones siguientes (Turón 1997, pp. 91):

a) pérdida significativa de peso (IMC ó IN). Los preadolescentes pueden no experimentar la ganancia de peso propia del período de crecimiento.

b) La pérdida de peso está originada por el propio enfermo, a través de la evitación del consumo de "alimentos que engordan" y por uno o más de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales autoprovocadas, ejercicio excesivo y consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos.

c) Distorsión de la imagen corporal que consiste en una psicopatología específica caracterizada por la persistencia, con el carácter de idea sobrevalorada intrusa, de

pavor ante la gordura o la flacidez de las formas corporales, de modo que el enfermo se impone a sí mismo el permanecer por debajo de un límite máximo de peso corporal.

d) Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipofisiario-gonadal manifestándose en la mujer como amenorrea y en el varón como una pérdida del interés y de la potencia sexual.

e) Si el inicio es durante la pubertad o preadolescencia, se retrasa la secuencia de las manifestaciones de la pubertad, o incluso ésta se detiene. Si se produce una recuperación, la pubertad suele completarse, pero la menarquía es tardía

Es importante constatar que el paciente no tiene ninguna enfermedad médica que explique la pérdida de peso, ya que la pérdida de peso, la conducta alimentaria peculiar y los vómitos autoinducidos pueden aparecer en varios trastornos psiquiátricos. Estos trastornos y la anorexia tienen varios rasgos en común, como un estado de ánimo deprimido, ataques de llanto, alteraciones del sueño, ideas obsesivas y ocasionalmente ideas suicidas.

Sin embargo un paciente con trastornos depresivos tiene pérdida de apetito mientras que el anoréxico niega la existencia de un apetito normal. Solo en las etapas más agudas de la anorexia nervosa el paciente tiene realmente un menor apetito.

En contraste con la agitación depresiva, la hiperactividad observada en la anorexia nervosa es planificada y ritual, como el realizar ejercicios, jogging y marchas ciclistas, la preocupación por el contenido calórico de los alimentos, el coleccionar recetas, etc.; en cambio en el paciente depresivo las fluctuaciones de peso, vómito y el peculiar manejo de la comida puede ocurrir en el trastorno de somatización (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996).

A pesar de que las causas fundamentales de la anorexia nervosa siguen sin ser precisas, Toro y Vilardell (1987) señalan que hay evidencia cada vez mayor de que

existen una serie de factores socioculturales y biológicos que interactúan entre sí contribuyendo a su presentación, en la que participan también mecanismos psicológicos menos específicos y una vulnerabilidad de la personalidad.

El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de las que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales.

La conducta obsesivo-compulsiva, la depresión y ansiedad son otros síntomas psiquiátricos en la anorexia nervosa frecuentemente descritos. Las quejas somáticas, sobre todo el malestar epigástrico, son habituales.

El robo compulsivo, sobretodo de caramelos y laxantes, pero también ocasionalmente de ropa objetos, es también común.

Los pacientes con este trastorno suelen tener una mala adaptación sexual. Muchos anoréxicos preadolescentes tienen un desarrollo psicosexual retrasado, y los adultos tienen con frecuencia una marcada disminución de interés por el sexo al comienzo de la enfermedad. Una habitual minoría de anoréxicos tienen una historia premorbida de promiscuidad o de abuso de drogas o de ambas cosas.

FACTORES PREDISPONENTES, DESENCADENANTES Y DE MANTENIMIENTO EN ANOREXIA NERVOSA (Chinchilla, 1994 , pág. 9)

PREDISPONENTES

Raza caucásica
Clase media - alta
En mujeres, 10 a 1 frente a hombres
preocupación familiar por la apariencia
Disminución de la actividad sexual
Dificultad para ser independientes
Dependencia parental
Identidad personal incompleta
En ciertas profesiones (modelos, bailarinas, etc.) las prevalencias son frecuentes.

DESENCADENANTES

Las familias tienen necesidades neuróticas de prohibir la maduración de las anoréxicas
El 14% son huérfanas de padre el año previo al comienzo de la anorexia
El colegio, el matrimonio, precipita a las anoréxicas
Hacen dieta para controlar algo
Mediadores en conflictos familiares
El estrés precede a la conducta anoréxica e influye en la personalidad, humor y conducta.

MANTENIMIENTO

Las actitudes hacia la comida son determinadas más por influencias externas que internas.
Reducción de carbohidratos y grasas
eractividad (más en solitario o a escondidas, con bicicleta, paseos, etc.) muchos periodos a l día hasta la extenuación
Amplios cambios de humor
Preocupada con pensamientos de comida
Trabajadores duros, ansiosos por el placer profesional

BULIMIA NERVOSA

La bulimia nervosa es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de gran voracidad seguidos de conductas purgativas (vómitos autoinducidos, empleo de laxantes y/o diuréticos y práctica excesiva de ejercicio físico) para contrarrestar la gran cantidad de alimentos ingeridos y controlar el peso. Las pacientes con este trastorno generalmente se dan cuenta de que es un comportamiento desadaptado y a medida se sienten deprimidas y culpables. Además muestran altos índices de ansiedad frente a los alimentos y a la conducta de comer y tienen grandes preocupaciones por su imagen corporal (Saldaña, 1994).

Esta enfermedad aparece generalmente en mujeres jóvenes preadolescentes y adolescentes y suele iniciarse después del intento continuo o repetido de iniciar de una dieta estricta. Antes del inicio de la misma es frecuente que los pacientes tengan sobrepeso, pero normalmente están dentro de los límites ponderales considerados normales (Chinchilla, 1994)

Las personas bulímicas han aprendido o se han predispuesto a utilizar el alimento como un medio de abordar el estrés o los conflictos emocionales, sin embargo, se observa cómo las ideas y valores de éstas personas acerca del alimento y del control de peso, provienen de creencias ordinarias que comparten con familiares, colegas y amigos (Dunker y Slade, 1992).

Existen algunas situaciones emocionales que llevan a un sujeto a una ingesta mayor de lo habitual y que no precisamente se trata de bulimia nervosa; por ejemplo, es frecuente ver a los chicos en época de exámenes debido al estrés, pero la diferencia de la bulimia radica en que la ingesta vuelve a lo normal transcurrido el periodo de exigencia extrema. Algunas enfermedades orgánicas se presentan con

hiperfagia llamativa, por ejemplo, el hipertiroidismo, la diabetes, algunos tumores hipotalámicos, el síndrome de Prader Willi (forma de obesidad congénita), algunas afecciones no tumorales del sistema nervioso con compromiso de la región hipotalámica. Algunas otras situaciones fisiológicas, como el desarrollo puberal especialmente en los varones, pueden generar asombro por las copiosas ingestas que se pueden dar (Mitchell, 1987).

Descripción clínica de la Bulimia Nervosa

Muchos de los patrones de conducta característicos de la bulimia nervosa, se observan muy a menudo en personas que no sufren de trastornos alimentarios como en sujetos con otro tipo de alteraciones como pudieran ser la obesidad, la sobreingesta compulsiva y la misma anorexia nervosa.

Las pacientes bulímicas poseen una edad media de 24 años de edad, con una edad de inicio promedio de 16 a 18 años; sin embargo la bulimia puede aparecer en niñas que van desde los 11 años de edad hasta mujeres de 40 años (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996)

Lo que verdaderamente diferencia a las pacientes bulímicas de las personas normales o de otros pacientes con otro trastorno alimentario es la ejecución de un ciclo repetitivo de ataque de glotonería/conducta purgativa, cuyo objetivo es el mantenimiento del peso corporal, además de que las bulímicas no presentan problemas de peso que ponga en riesgo su vida (Saldaña, 1994).

Según el DSM-IV editado por la American Psychiatric Association, los criterios para diagnosticar la Bulimia nervosa son:

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA BULIMIA NERVOSA PARA EL DSM-IV, 1995. Pag. 559, 560

A. Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

(1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.

(2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. eje., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

B. Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.

C. Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

DD. La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nervosa. EE. Este trastorno está dividido en dos subtipos:

Tipo purgativo. - Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo. - Durante el episodio de bulimia nervosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni uso laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Alteraciones cognoscitivas de la Bulimia Nervosa

Al igual que la anoréxica, la paciente bulímica presenta pensamientos erróneos en relación a la comida, peso y figura. Presentan además, una distorsión de la percepción y valoración de la figura, así como también son muy receptivas a los estereotipos femeninos (Turón, 1997).

A diferencia de las anoréxicas, las bulímicas parecen tener mayor conciencia de enfermedad, y aunque mantengan los síntomas ocultos y se nieguen a un tratamiento, realmente están conscientes que no se les puede considerar normales. Sus pensamientos alterados en cuanto a la comida y la fisiología son sumamente contradictorios e incongruentes (Michel, 1987).

Cambios emocionales y afectos en la Bulimia Nervosa

Estudios recientes han descubierto que la depresión es el trastorno que más se ha relacionado con la bulimia nervosa, sin embargo también se ha visto que estas pacientes registran escalas altas de ansiedad.

Existe una marcada discusión sobre si la depresión es consecuencia de un trastorno afectivo subyacente o si tan solo se trata de una depresión secundaria al trastorno de la alimentación (Turón, 1997).

Por otra parte, la conducta bulímica (episodios agudos de ingesta y vómitos), está siempre acompañada de un estado emocional de tipo ansioso.

En el preludio del atracón, la paciente puede percatarse de un sentimiento de excitación, tensión, angustia y un deseo irrefrenable de comer; incluso ellas mismas afirman que la ansiedad es la que las lleva al atracón (Turón, 1997).

La ansiedad cede durante el atracón, mientras comienzan los sentimientos de culpa y reproche, sin embargo cuando la paciente se siente "llena" estos sentimientos cesan y el temor a engordar le genera una ansiedad insoportable que sólo el vómito puede reducir (Abrham y Beaumont, 1982; citado por Turón en 1997).

Al igual que en la anorexia nervosa, la pacientes con bulimia presentan fobias relacionadas con el trastorno de la alimentación: conocer su peso, las básculas, algunos alimentos o situaciones, y todo esto les puede provocar una intensa ansiedad.

Consecuencia físicas la Bulimia Nervosa

La sintomatología que pueden presentar la mayoría de las pacientes bulímicas puede ser: apatía, fatiga, irritabilidad, cambio del ritmo de sueño, pérdida del rendimiento laboral o escolar y el abandono del cuidado personal.

En los primeros estadios de la enfermedad se puede apreciar una ligera distensión abdominal con estreñimiento, hipertrofia de las glándulas parótidas, pérdida del esmalte dental, edemas en las extremidades, etc. (Michel, 1987).

Las complicaciones asociadas a conductas de purga, se pueden presentar en forma aguda, son imprevisibles y muchas veces letales.

Para Turón (1997, pp. 114), las principales y más alarmantes complicaciones asociadas a la bulimia nervosa son:

Complicaciones digestivas

Se pueden presentar esofaguitis e incluso perforación esofágica en pacientes que vomitan, además de dilatación gástrica y riesgo de muerte por rotura del estómago.

También el estreñimiento es una situación frecuente en las bulímicas, esto como consecuencia de la dieta restrictiva y pobre en fibras, además de la deshidratación crónica debido a los vómitos continuos. Las pacientes que utilizan laxantes, además de las complicaciones electrolíticas, pueden presentar estreñimiento e importantes pérdidas proteicas.

Complicaciones cardiovasculares

La complicación cardiovascular más importante es la hipopotasemia (consecuencia de las conductas purgativas, que llevan a una pérdida de potasio a través de los vómitos o por el abuso de laxantes).

La deshidratación por los vómitos o por el abuso de laxantes puede producir hipotensión ortostática.

Complicaciones dentales

El paso del contenido del estómago (con gran contenido de ácido clorhídrico), por la boca durante los vómitos actúan sobre el esmalte dental, deteriorándolo.

Complicaciones neurológicas

Se han podido detectar en las pacientes bulímicas, dilataciones ventriculares y ensanchamiento de los surcos cerebrales debido a la deshidratación; pero estas se llegan a normalizar al recuperar el equilibrio electrolítico. Pueden aparecer miopatías

secundarias por el déficit de potasio, y neuropatías periféricas por el déficit de vitaminas en pacientes no solo purgativas, sino también con dietas muy restrictivas, en las que puedan estar ausentes vitaminas y minerales esenciales.

Complicaciones endocrinológicas

Las pacientes bulímicas pueden tener ciclos menstruales normales, pero frecuentemente presentan irregularidades o amenorreas, debido al bajo porcentaje de estradiol y progesterona.

Aspectos psicosociales de la Bulimia Nervosa

Diversos estudios coinciden en que las bulímicas son más depresivas, más impulsivas y neuróticamente ansiosas a comparación con la gente "normal".

Existe también una considerable insatisfacción e incluso odio hacia un cuerpo que no logra contener sus afectos. La bulímica se muestra más sensible al rechazo, lo cual le produce sentimientos de incomodidad social y conductas inseguras (Connors y col., 1984).

Las pacientes bulímicas se crean grandes expectativas respecto a sí mismas, que tienen como resultado permanentes sensaciones de vergüenza y culpa, así como una excesiva autocrítica (Connors y col., 1984).

El ámbito familiar, el hogar, el medio social y físico donde se realizan y socializan las comidas, siguen ritos, hábitos y normas pautadas familiarmente. Las dificultades que la persona bulímica muestra para identificar y articular diferentes estados internos, se gestan desde los primeros años bajo la convivencia del niño con sus padres (Martínez-Fornés 1994).

Las familias de los bulímicos manifiestan mayor agresión, mayor cólera y conflicto, utilizan un modelo de comunicación más indirecto, se apoyan y comprometen más entre ellos, poniendo menos énfasis en la afirmación y en la autonomía. Las madres de las bulímicas se describen como hostiles y depresivas, mientras que los padres se conciben impulsivos y a menudo alcohólicos (Martínez-Fornés, 1994).

DIFERENCIAS ENTRE ANOREXIA Y BULIMIA NERVOSAS

(Saldaña, 1994. Pág. 45)

Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio temprano • Dieta restrictiva • Bajo peso • Baja impulsividad • Pocos antecedentes de obesidad previa • Control de peso estable: restricción alimentaria • Hiperactividad • Amenorrea • Dieta restrictiva • Poca psicopatología asociada • Pocas conductas autolíticas directas • Conductas bulímicas en menos del 50% • Conductas médicas crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio más tardío • Dieta variable • Peso con pocas variaciones • Impulsividad • Mayores antecedentes de obesidad previa • Control de peso inestable: restricción, vómitos, laxantes y diuréticos • Hipoactividad • Amenorrea (50%) • Dieta restrictiva y atracones • Mucha psicopatología asociada • Conductas autolíticas más frecuentes • Conductas bulímicas en el 100% • Complicaciones médicas agudas

¿Anorexia nervosa y bulimia nervosa en varones?

Se ha mencionado que los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, pero diversos estudios confirman que cada vez más hombres jóvenes sufren de este tipo de padecimientos; ratificando que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan tendencia a padecer estas patologías y en cambio sí es posible ratificar la teoría de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en los individuos (Toro y Vilardell, 1987).

Las semejanzas entre ambos sexos se extiende a la existencia de factores como (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996, pp. 55):

- historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento.
- fobia ante el peso, ideal de delgadez, clase socioeconómica de procedencia, seguimiento de dietas adelgazantes, etc.
- la fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos.
- la obligación de mantener un peso o figura específicos por su trabajo, etc.

Una diferencia significativa, es que el objetivo de los hombres nunca fue el llegar a un peso determinado como las mujeres, sino que todo empezó por querer modificar alguna parte específica y dar mejor forma, por lo que los hombres no utilizan los laxantes ni las técnicas vomitivas con la frecuencia que lo hacen las mujeres, además de que practican con más exceso deporte y atletismo que las mujeres (Toro y Vilardell, 1987).

O B E S I D A D

La obesidad ha sido considerada como un problema de Salud Pública debido a que en los últimos años se ha encontrado que más del 50% de la población adulta de países desarrollados es obesa.

En México, la Encuesta Nacional de Nutrición informó un 46% de obesidad en la población femenina, clasificada con un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 27, así como con un 10% de sobrepeso (Gómez Pérez-Mitre, 1995).

La obesidad se define como una acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en un aumento del peso corporal, considerándose riesgo para la salud cuando el peso supera el 30% el peso que corresponde por la edad y la talla (Saldaña y Rossell, 1988).

Existen diversas formas de clasificar la obesidad: en función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, de la distribución anatómica del tejido adiposo o también según la causa (Turón 1997, PP. 165-167):

- **Por características del tejido adiposo:**

- 1) **Obesidad hipertrófica.**- aumenta el contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas.
- 2) **Obesidad hiperplástica.**- aumenta el número de células adiposas que pueden acompañarse o no de un mayor contenido lipídico.

Desde el punto de vista clínico-anatómico:

- 1) La obesidad con predominio de la grasa en la mitad superior del cuerpo o tipo manzana (obesidad tipo androide)
- 2) La obesidad con predominio de la grasa en la mitad inferior o tipo pera (obesidad tipo ginoide).

En función de la edad de inicio

- 1) Obesidad infantil.- iniciada en la infancia del sujeto
- 2) Obesidad adulta.- iniciada después de la adolescencia

• Por el grado de obesidad

- 1) Leve, que corresponde del 120 al 140% del peso ideal
- 2) Moderada, que va del 141 al 200% del peso ideal
- 3) Grave o severa, cuando el peso excede el 200% del peso ideal

Según la etiología:

1) Enfermedades endocrinas - secundarias a:

- ▶ Hipotiroidismo
- ▶ Hiperadrenocorticismismo (síndrome de Cushing)
- ▶ Hipogonadismo primario
- ▶ Síndrome del ovario poliquístico (Stein Leventhal)

2) Lesiones hipotalámicas - secundarias a:

- ▶ Tumores

- ▶ Histiocitosis X
- ▶ Traumáticas o quirúrgicas
- ▶ Inflamatorias

3) Síndromes genéticos - asociada a:

- ▶ Laurence Moon Biede
- ▶ Hiperososis frontalis interna
- ▶ Alstrom
- ▶ Prader Willi
- ▶ Pseudohipoparatiroidismo

4) Posible origen genético:

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

5) Obesidad de origen metabólico:

- a) secundaria a ingesta excesiva:
 - ▶ espontánea
 - ▶ experimental
- b) Secundaria a desequilibrio energético
 - ▶ mayor aporte que gasto energético
 - ▶ alteraciones en la termogénesis

Por otro lado, en diversos estudios (Aguilar y Rodríguez, 1997), se ha observado que los factores socioeconómicos tienen gran influencia en la prevalencia

de la obesidad; demostrando que la obesidad es siete veces más frecuente en mujeres de clase social baja, lo que parecería que unos hábitos alimentarios adecuados y un estilo de vida sano estarían asociados a la prevención de la obesidad.

Así mismo, la obesidad se ha vuelto un problema grave entre los niños de los países industrializados y se ha encontrado también que es un trastorno que se puede producir en

ambos sexos, aunque su prevalencia en uno y otro sexo varía con la edad, apareciendo tanto en la infancia y en la edad adulta (Vidal, 1994; citado en Gama 1999, pp. 66).

Con lo anterior se han podido construir algunas hipótesis:

- ◆ La clase baja consume mayor cantidad de alimentos ricos en hidratos de carbono que aportan más calorías que los alimentos ricos en proteínas. Esto se debe al precio más bajo de estos alimentos.
- ◆ La clase baja tiene hábitos alimenticios inadecuados y una educación alimentaria deficitaria. Esto implica una falta de criterio para la selección de los alimentos en función de su valor nutritivo.
- ◆ La clase baja no sigue tan potencialmente los dictados de la moda, ni tiene presiones sociales estéticas tan acentuadas como en los niveles socioeconómicos más elevados.
- ◆ Las clases bajas tienden a confundir frecuentemente gordura con fuerza.
- ◆ Las clases bajas emplean menos tiempo en practicar deportes.

Es preciso mencionar que estas hipótesis se están haciendo extensibles a todos los niveles socioeconómicos debido a diversos aspectos por lo que es necesario enfocar acciones preventivas hacia toda la población.

Complicaciones clínicas

Es claro que la obesidad conlleva a serios riesgos físicos como son: la hipertensión, hiperlipemia, diabetes mellitus, trastornos cardiovasculares, pulmonares y renales, riesgos de intervenciones quirúrgicas, complicaciones durante el embarazo y problemas de articulaciones. Para Campollo (1995, pp. 41-43), algunas complicaciones, consecuencia de la obesidad pueden ser:

Diabetes Mellitus.- la obesidad es uno de los factores de riesgo más importante para la diabetes mellitus noinsuliddependiente, ya que existe una estrecha relación entre su prevalencia y la obesidad si tomamos en cuenta los índices de masa corporal.

Las complicaciones de la diabetes de la obesidad suelen ser las derivadas de una arteriosclerosis, que puede afectar, ya sea los vasos de las extremidades, los vasos cardiacos e incluso los vasos cerebrales .

Enfermedad Cardiovascular.- la obesidad trae como consecuencia hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica.

Se sugiere como causa de la hipertensión a la mayor ingesta de sal y mayor ingesta calórica que suelen tener los individuos obesos; así mismo el percibir una ganancia de peso progresiva se desata el factor estrés.

Así mismo la obesidad ocasiona deterioro en los mecanismos venosos lo que repercute en varicosidades y edemas en las extremidades inferiores.

Alteraciones endocrinas.- la más significativa de las alteraciones hormonales es la hiperinsulinemia que es la concentración excesiva de insulina en la sangre (la insulina es una hormona clave en la regulación del metabolismo de los lípidos y los

hidratos de carbono), esto quiere decir que existe una mayor incorporación de glucosa y ácidos grasos al adipocito.

Otras alteraciones las sufren las glándulas sexuales masculinas, ya que se registran niveles bajos de testosterona, disminución de la libido e impotencia en los varones muy obesos; así mismo en las mujeres obesas las concentraciones de estrógenos se hallan considerablemente elevadas aunque no hay repercusiones clínicas alarmantes en las pacientes (Turón, 1997).

Alteraciones respiratorias.- los pacientes obesos suelen tener una disminución de la capacidad vital acompañada de una disminución del volumen de reserva respiratoria, y para poder mantener el intercambio de gases normales, el paciente hiperventila. Así mismo la acumulación excesiva de grasa en la capa torácica produce un deterioro en las funciones mecánicas y circulatorias del pulmón, cuando esto sucede se produce una serie de complicaciones respiratorias como puede ser la hipoxia que asociada a la obstrucción y restricción de aire, produce hipertensión pulmonar e hipertrofia ventricular derecha, trastornos conocidos como *síndrome de Pickwick*, *síndrome de obesidad-hipoventilación* o *de hipoventilación inducida por la obesidad* (Saldaña y Rossell, 1988).

Obesidad y Personalidad

A través de diversos estudios se ha podido llegar a la conclusión de que el problema de la obesidad es consecuencia de una conducta de sobreingesta y a este respecto la psicología ha tratado de dar algunas explicaciones.

Se dice que las personas obesas tienen problemas de personalidad que alivian comiendo en exceso. También se considera a la ansiedad como un factor

determinante, ya que los obesos tienden a utilizar la sobreingesta para reducir la activación emocional ante una situación de alta ansiedad (Turón, 1997).

Existen diversas teorías de la existencia de rasgos de personalidad característicos de la obesidad. Así autores como Kimm y cols., 1991 (citado por Braguinsky, 1987) reportan la baja presencia de bajos niveles de autoestima junto a mayores niveles de ansiedad y depresión tanto en la población infantil como en la juvenil obesa. Así mismo, encontró un alto número de sujetos que presentaban problemas familiares y sociales.

Favaro, (1993, citado en Campollo 1995), indica que la presencia de madres con alteraciones de la personalidad y sintomatología psiquiátrica significativa se asocia a una obesidad más severa junto a una tendencia de deserción del trabajo terapéutico en los hijos obesos.

En otras investigaciones, Hamburger, 1955 (citado en Saldaña y Rossell, 1988), señaló cuatro factores como causales de la conducta de sobrealimentación: 1) ingesta como respuesta a tensiones emocionales no específicas; 2) sobrealimentación como sustituto gratificante en situaciones vitales intolerables; 3) ingesta como síntoma de enfermedad mental; 4) adicción a la comida.

En conclusión, los sujetos con obesidad presentan como principales síntomas psiquiátricos: agorafobia, fobia simple, estrés postraumático, depresión mayor, bulimia y dependencia al tabaco. Así mismo, se aprecian desórdenes de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una alta ansiedad y conductas de evasión y agresión.

Consecuencias psicosociales de la obesidad

Se sabe, a través de diversos estudios, que existen diferencias notables en la conducta social de los obesos en comparación con personas sin obesidad. Tomando en cuenta las consecuencias negativas que resultan las etiquetas asociadas a la obesidad, se puede comprender la existencia de problemas, tales como la discriminación social y las ideas de culpa que se les asignan a los sujetos con sobrepeso.

Para Grilo y cols. (1989), el hecho de ser objeto de burlas en referencia al tamaño corporal durante la infancia y la adolescencia pueden ser consideradas un factor de riesgo para el desarrollo de una imagen corporal y una autoestima negativas.

Es por ello que se considera importante tomar en cuenta cómo influye la "huella" social de la obesidad en el paciente, haciéndolo llegar al punto de odiar su cuerpo y evitar todo tipo de contacto social.

CAPITULO III
“INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS”

CAPITULO III

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

La evaluación antropométrica consiste en la medición de las dimensiones y de la composición global del cuerpo humano, que se ven afectadas por la nutrición durante el ciclo de vida.

Los indicadores antropométricos miden, por un lado el crecimiento físico del niño y del adolescente así como las dimensiones físicas del adulto, a través de la determinación de la masa corporal total (peso y talla) y por el otro su composición corporal, es decir, la masa grasa y la masa libre de grasa (pliegues y circunferencias).

Los indicadores antropométricos nos reflejan el estado nutricional de un individuo, siendo las mediciones más usadas el peso corporal y la altura; así como el perímetro craneal, el perímetro del brazo y los pliegues cutáneos. Nos permiten valorar la masa corporal y su composición en diversas etapas durante el ciclo de vida.

(Casanueva, Kaufer-Horwitz, Pérez-Lizaur y Arroyo, 1995).

Con la finalidad de hacer más sensibles algunos de estos indicadores se han combinado entre sí, dando origen a nuevos estándares que faciliten y permitan clasificaciones más precisas del estado nutricional. Algunos de estos son: Índice Nutricional, perímetro brazo/perímetro cefálico, Índice de Peso Relativo y el Índice de Masa Corporal. (Hernández, 1993)

ANTROPOMETRIA NUTRICIONAL

La antropometría, como ya se mencionó, se basa en el estudio de un número de medidas somáticas.

Para Saucedo y Gómez Pérez Mitre (1997), las mediciones antropométricas deben contar con las siguientes características:

- No deben requerir equipos costosos, complicados, difíciles de transportar y que se deterioren fácilmente.
- Deben ser accesibles para que personal sin experiencia pueda obtener mediciones con un margen de exactitud y precisión confiables.
- Deben estar validados sensible y específicamente con el estado de nutrición.
- Deben correlacionar con el resto de la información del sujeto, de manera que no sean redundantes pero tampoco insuficientes.

De todos los estándares nutricios, los que se utilizan con mayor frecuencia son el peso corporal, la talla, el perímetro craneal, el perímetro del brazo y el grosor del pliegue cutáneo; sin embargo, Hernández (1993) afirma que el peso, el perímetro del brazo y panículo adiposo son los que reflejan los cambios recientes en la nutrición, siendo la talla solamente afectada en los cuadros crónicos.

Desde el punto de vista fisiológico, el tejido que verdaderamente interesa cuantificar es la grasa o tejido adiposo, cuyo déficit o exceso son dañinos para la salud, ya que representa el balance energético del cuerpo. (Vargas y Casillas, 1993).

PESO CORPORAL

El peso es una medida volumétrica determinada, por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua incluido de tejido óseo y tejido adiposo (Braguinsky, 1987).

En la preadolescencia, el crecimiento y maduración del ser humano es especial muy significativo. El rápido aumento de peso que se da en ambos sexos tiene un lapso prolongado, directamente proporcional al aumento de estatura llamado "brote de crecimiento adolescente" (Watson y Lowrey, 1997).

El registro del peso corporal se hace a través de una báscula que sea resistente, fácil de transportar y exacta.

Para registrar el peso de manera confiable es recomendable según Vargas y Casillas (1993, pp. 35-37), tener en cuenta lo siguiente:

- a) Efectuar el registro por la mañana o a una hora fija, si es que se desean registros comparativos.
- b) Procurar que la persona sea pesada antes de ingerir alimentos y después de haber orinado y defecado; asegurando así un peso basal; ya que si no es así se puedan registrar desviaciones hasta de dos kilogramos
- c) Hacer el registro del peso con la persona descalza y con la menor cantidad posible de ropa.
- d) Cuando se pesan mujeres jóvenes o adultas, debe tomarse en cuenta la variación que implica la retención de líquidos en la etapa premenstrual, que ocasiona cambios hasta de 3 kilogramos de peso corporal.

TALLA

La altura de un individuo es la suma de cuatro componentes: las piernas, la pelvis, la columna vertebral y el cráneo. Por lo general, es suficiente determinar la altura o longitud total. (Kaufer y Casanueva, 1986).

En práctica de campo se recomienda tener en cuenta los siguientes puntos (Vargas y Casillas, 1993, pp. 40,41):

- a) verifique que la persona que va a ser mediada no lleve adornos, peinados altos u otro elemento que interfiera en el registro de la talla.
- b) Apoye la espalda de la persona contra la regla o cinta métrica que está utilizando.
- c) Verifique que la persona adquiera una postura firme y no suba los hombros.
- d) Una vez adoptada la posición adecuada, haga la lectura de la parte más alta de la cabeza, sin que el sujeto se retire y registre.

Una vez con estos datos se pueden calcular otros índices ponderales como son: el peso relativo, el índice de masa corporal y el índice nutricional, el cual es el que se utiliza para medir a los preadolescentes.

PESO RELATIVO

El cálculo del peso relativo consiste en comparar el peso del sujeto con el del promedio de las personas de su mismo sexo y estatura. La fórmula del peso relativo (Vargas y Casillas, 1993):

$$\text{Peso relativo} = \frac{\text{Peso actual en Kg} \times 100}{\text{Peso promedio para la talla y el sexo en Kg}}$$

La interpretación del índice es la siguiente:

Delgadez	menos de 80%
Normalidad	entre 80 y 119%
Sobrepeso grado I	entre 120 y 129.9%
Sobrepeso grado II	entre 130 y 139.9%
Sobrepeso grado III	más de 140%

INDICE DE MASA CORPORAL (QUETELET)

Este índice correlaciona la proporción de grasa corporal en el adulto.

Se ha demostrado que este índice es el que mejor representa el peso relativo en cualquier edad, excepto durante la preadolescencia, ya que los rápidos cambios en el crecimiento somático durante esta etapa, hacen poco válidos los criterios de evaluación de este método (Saucedo y Gómez Pérez-Mitré, 1997).

La fórmula para su cálculo es:

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

El índice se clasifica de la siguiente manera según el resultado de la fórmula anterior:

Emaciación	menor de 15
Bajo peso	entre 15 y 18.9
Normal	entre 19 y 24.9
Sobrepeso	entre 25 y 29.9
Obesidad	entre 30 y 39.9
Obesidad severa	más de 40

INDICE NUTRICIONAL

Es el más utilizado en la etapa preadolescente, debido a que la validez diagnóstica de los índices anteriores es poco confiable para esta población que se caracteriza por un aumento brusco y considerable de todas las dimensiones musculares y esqueléticas del cuerpo

El Índice Nutricional es la comparación de la relación del peso y la talla del paciente con la relación del peso y talla medios para la edad y sexo adecuados. (Saucedo M. y Gómez Pérez-Mitre, 1998, pp. 392-297).

La fórmula para su cálculo es:

$$\frac{\text{Peso actual} / \text{Talla actual}}{\text{Peso medio} / \text{Talla media}} \times 100$$

En donde:

- Menor a 77.5	Muy bajo peso (Emaciación)
- De 77.51 - 83.5	Bajo Peso (Delgadez)
- De 83.51 - 119.5	Peso Normal
- De 119.51 - 136.5	Sobrepeso
- Mayor a 136.5	Obesidad

Existen otros parámetros antropométricos que nos ayudan a brindar información sobre el comportamiento graso y muscular: estos parámetros son los pliegues cutáneos y algunos perímetros cuya medida de espesor permite conocer la cantidad de grasa subcutánea componente de la gras corporal (González y Naranjo, 1984).

Los pliegues más utilizados son el pliegue del tríceps, que estima la obesidad generalizada o periférica, y el pliegue subescapular que mide la obesidad troncular, a la que se le concede un mayor valor como predictor de obesidad en la edad adulta (Hernández, 1993).

El pliegue tricipital es una medida del grosor del anillo de grasa subcutánea, pero tomando en cuenta que una porción delgada en un brazo musculoso puede contener tanta grasa como una porción gruesa alrededor de un músculo pequeño, esta medición tricipital no debe realizarse como único indicador de las reservas corporales de grasa.

Para realizar las mediciones de los pliegues, se requiere utilizar un calibrador o plicómetro, debiendo dar estas lecturas con exactitud de 0.1 milímetros para una medición precisa y confiable (Kaufer y Casanueva, 1986).

Igualmente la medida de algunos perímetros nos ofrecen información sobre crecimiento y maduración de determinados órganos y de la situación grasa y muscular.

El perímetro craneal es un indicador inespecífico de malnutrición intrauterina y de la primera infancia y es útil especialmente durante los dos primeros años de vida (Hernández, 1993).

El perímetro del brazo es el que tiene mayor interés en antropometría nutricional. Se mide con una cinta métrica inextensible en el brazo izquierdo, tomando como referencia el punto medio entre el acromion y el olecranon.

Así mismo, ya se había mencionado que, tanto los perímetros como los pliegues no deben de utilizarse de manera aislada, ya que estos dependen de la composición de las partes grasas y muscular de cada individuo (Hernández, 1993).

Faulhaber, (1989) considera que el área muscular mide la reserva proteica, mientras que área gras estima indirectamente la reserva energética. A través de ellas se obtiene el "índice adiposo muscular", que es igual al cociente entre el área grasa y el área muscular, así como también el "cociente adiposo muscular", que resulta de dividir el pliegue del tríceps por el perímetro del brazo.

Otros perímetros han sido utilizados también en pediatría para valorar la distribución de la grasa corporal, como son el perímetro de la cintura y el perímetro de la cadera.

CAPITULO IV

**“ALIMENTACIÓN, FAMILIA Y
SOCIEDAD”**

CAPITULO IV

ALIMENTACIÓN, FAMILIA Y SOCIEDAD

Se ha mencionado que los trastornos de la alimentación (anorexia nervosa, bulimia y obesidad), son problemas de salud con una etiología multifactorial; es decir, son el resultado de una serie de "coincidencias" entre factores incidentes, que más que verlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

Estos factores predisponentes, como los llamó Garner y Garfinkel en 1980 (citados por Crispo, Figueroa y Guelar, 1996), pueden ser:

- Familiares
- Socioculturales

LA FAMILIA COMO FORMADORA DE HÁBITOS

A lo largo de nuestra vida como seres humanos, vivimos experiencias compartidas, ya que ninguno de nosotros vive solo.

Nuestros años tempranos solemos compartirlos casi exclusivamente con los miembros de nuestra familia. La familia esta considerada como la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización y fracaso. Y muchas veces es también considerada como unidad básica de la enfermedad y la salud.

La constante transformación de la familia a través del tiempo es el resultado de un constante proceso de evolución: la forma de la familia se amolda a las condiciones de vida que dominan en un lugar y tiempo dados. Actualmente, la familia

está cambiando su dinámica a una velocidad notablemente acelerada, acomodándose a la llamada "crisis social" por la que indudablemente estamos pasando.

No es imperceptible para muchos, que actualmente muchas familias se han estructurado más que como unidad biológica natural en una unidad económica de conveniencia mutua.

Así los vínculos familiares se hacen a través de una combinación de factores: biológicos, psicológicos, sociales y económicos. Biológicamente la familia sirve para perpetuar la especie. Es la unidad básica de la sociedad que se encarga de la unión del hombre y la mujer para engendrar descendientes y asegurar su crianza y educación (Hoffman, 1992).

Los miembros de la familia están ligados psicológicamente en una interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas, pero también están ligados económicamente en interdependencia mutua para la provisión de sus necesidades materiales.

Según Andolfi (1994), la familia es en todo sentido el producto de una evolución. Es una unidad flexible que se adapta sutilmente a las influencias que actúan sobre ella, tanto desde dentro como desde fuera. En sus relaciones externas debe adaptarse a las costumbres y normas morales prevalecientes y debe hacer conexiones amplias y viables con fuerzas raciales, religiosas, sociales y económicas.

Es a través de todo el proceso que la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas así como también como por su organización interna. Al igual que en el desarrollo de la persona hay crisis decisivas, así también en la vida de la familia hay periodos críticos en los que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse (Andolfi, 1994).

Fundamentalmente la familia hace dos cosas: asegura la supervivencia física y construye lo esencialmente humano del hombre. La satisfacción de las necesidades biológicas básicas es esencial para sobrevivir, pero socar solamente estas necesidades no garantiza de ninguna manera que se desplieguen las cualidades humanas.

Para Hoffman (1992, Pág. 39), los fines sociales que cumple la familia moderna son:

1.- Provisión de alimento, abrigo y otras necesidades materiales que mantienen la vida y proveen protección ante los peligros externos, función que realiza mejor bajo condiciones de unidad y cooperación social.

2.- Provisión de unión social, que es la matriz de los lazos afectivos de las relaciones familiares.

3.- Oportunidad para desplegar la identidad personal, ligada a la identidad familiar; este vínculo de identidad proporciona la integridad y fuerza psíquicas para enfrentar experiencias nuevas.

4.- El moldeamiento de los roles sexuales, lo que prepara el camino para la maduración y realización sexual.

5.- La ejercitación para integrarse en roles sociales y aceptar la responsabilidad social.

6.- El fomento del aprendizaje y el apoyo de la creatividad e iniciativa individual.

Las actitudes y acciones emocionales de cualquier miembro de la familia, se expresan en lo que necesita, cómo intenta conseguirlo, qué está dispuesto a dar en retribución, qué hace si no lo consigue, y cómo responde a las necesidades de los otros. El proceso íntegro de distribución de satisfacciones en la familia está dirigido por los padres (Gómez, Sos, Randall y Vaquero 1991).

En el curso habitual de los acontecimientos de la vida en familia, todos están destinados a experimentar alguna desilusión; a consecuencia de esto, se suscita en alguna medida enojo y temor. Un exceso de frustración, dolor y odio pueden provocar un serio perjuicio para un desarrollo saludable. Sin embargo es esencial para el desarrollo emocional experimentar cierta desilusión, desarrollar tolerancia a la frustración, y aceptar resultados que no colmen completamente lo esperado. Sin esto habría un estímulo insuficiente para nuevas experiencias y nuevas conquistas.(Eguiluz, 1991).

Así, la tarea de la familia es socializar al niño y fomentar el desarrollo de su identidad. Hay dos procesos centrales involucrados en este desarrollo: primero, el paso de una posición de dependencia y comodidad infantil a la autodirección del adulto y sus satisfacciones concomitantes; segundo, el paso de un lugar de importancia infantil, magnificada, omnipotente a una posición de menor importancia, esto es, de la dependencia a la independencia y desde el centro de la familia a la periferia (Gómez y cols, 1991).

El grupo familiar ejecuta la tarea crucial de socializar al niño, y moldea el desarrollo de su personalidad, determinando así en gran parte su destino mental.

La configuración familiar estructura la forma y escala de oportunidades para la seguridad, placer y autorrealización. Moldea el sentido de responsabilidad que debe tener el individuo por el bienestar de los otros. Proporciona modelos de éxito y fracaso en la actuación personal y social. (Hoffman, 1992).

La estabilidad de la familia y de sus miembros depende de un patrón sutil de equilibrio e intercambio emocional. Cada miembro influye en la conducta de todos los otros.

La enfermedad emocional puede integrar o desintegrar la relación familiar. La enfermedad emocional de un miembro puede complementar la de otro o tener efectos antagónicos. Algunas formas de enfermedad pueden ser compartidas por dos o más miembros de la familia. Una crisis en la vida de la familia puede tener efectos profundos y de gran alcance en la salud mental de la familia y de sus miembros individuales. (Andolfi, 1994)

Considero pertinente citar tres principios de Andolfi, (1994), para de una manera poner énfasis de la importancia de una dinámica familiar adecuada para lograr una estabilidad emocional saludable que nos lleve a la adopción de conductas adecuadas dentro de una sociedad:

1.- La conducta anormal de los adultos tiene raíces significativas en la experiencia de integración de la infancia en una familia especial, pero continúa moldeándose en la experiencia familiar corriente.

2.- Es imposible la evaluación diagnóstica de un niño si se lo considera como un ser separado de su medio familiar. La unidad adecuada para estudio y tratamiento es el niño considerado como parte de la familia, y la familia como parte del niño.

3.- Pueden entenderse mejor los trastornos de conducta, y en este caso los de la alimentación, así como las perturbaciones en la adaptación social de los adultos si se los examina sin aislarlos, sino viéndolos como una estructura dinámica cambiante, continuamente influenciada por los efectos recíprocos de la interacción familiar.

Así, en las familias se forman las personas y es en ella donde se adquieren las primeras enseñanzas, la interrelación familiar actúa como la primera forma de *SOCIALIZACION* y como el medio más óptimo para un adecuado desarrollo del niño. La vinculación de la familia es principalmente con identidad, autonomía,

hábitos, costumbres, comportamientos, actitudes, ideologías y conductas anormales (Gómez y Cols. ,1991).

Los padres preocupados por la socialización del niño , deben poner especial atención al momento de aplicar recompensas y castigos para cada situación determinada; así como atender y conocer los valores que tiene el pequeño para establecer cuando merece una recompensa, o en su defecto, un castigo (Vandereycken, Castro y Vanderlinder, 1995).

Las conductas infantiles que los padres pueden o no recompensar, están especialmente relacionadas con la formación de conductas sociales, particularmente con aquéllas del área de aprendizaje, de lenguaje, apariencia y arreglo personal y en las conductas y hábitos del comer (Saucedo, 1996).

Los padres que proporcionan modelos adecuados, provocan así mismo, conductas socialmente aceptadas. Aún cuando se este hablando de un problema clínico, el modelo del adulto siempre es tenido como un factor importante en el establecimiento del problema. En un ejemplo de niños diagnosticados con obesidad precoz que, frecuentemente se continúa hasta en la adolescencia, se descubrió que la mayoría tenía familias en donde por lo menos uno de los padres era obeso y cuyas preocupaciones estaban enfocadas alrededor de la comida.

También se descubrió que era común en estas familias, la presencia de un ambiente en donde se promovían y reforzaban aquéllas conductas alimentarias incitadoras a una sobre ingesta y una actividad física sedentaria (Saucedo, 1996).

Resumiendo, la iniciación de una conducta, depende de la actitud y la persistencia de la misma hasta formarse un hábito. Los hábitos son transmitidos por

el ambiente familiar y se consideran acciones que por haberse realizado muchas veces se han convertido en automáticas (Gómez y cols., 1991).

Los padres, al momento de educar a sus hijos, determinan el estilo de crianza para la transmisión de normas y valores, dependiendo de la concepción que ellos tengan sobre necesidades físicas, afectivas y sociales del niño.

Las pautas de educación así mismo, están reguladas por la cultura y la sociedad, ya que son diferentes para cada sexo y estrato social.

Según Saucedo (1996), los modelos más comunes de crianza son:

Burocrático.- Se tiene un alto grado de seguridad laboral, ya que el sostén económica se ocupa en trabajos asalariados.

Promueven las relaciones igualitarias y el contacto social. Los niños se inclinan por actividades cooperativas.

Empresarial.- Los padres son sus propios jefes en el negocio propio, mostrando modelos de toma de decisión y competencia.

Son promotores de la independencia, la auto confianza y la competitividad.

Autoritario.- Los padres tienen un alto grado de control sobre los hijos. Son "fanáticos" de la obediencia y la adherencia a los valores familiares. Son partidarios de las medidas disciplinarias punitivas y enérgicas, ya que tienen la creencia de que un golpe a tiempo convierte a un niño en un adulto obediente y responsable. Se cree que el adoptar este estilo es resultado de la influencia de factores como: la ignorancia; la juventud; bajo nivel educativo, socioeconómico y ocupacional; asinamiento; conflictos conyugales; poca comunicación familiar; situaciones estresantes; personalidad obsesivo-compulsiva; baja tolerancia a la

frustración, etc., por lo que es fácil adivinar que la comunicación entre padres e hijos es prácticamente nula.

De autoridad.- Los padres de familia son firmes y racionales. Se muestran complacientes ante los intereses del niño y lo conducen hacia la autonomía y disciplina. Utilizan el poder y la razón para alentar al niño al mismo tiempo que enseñan disciplina. Actúan libremente al comunicarse con sus hijos, evitando la sobre restricción y la sobreprotección.

Son afectivos, estimulantes y a través del ejemplo proporcionan a los hijos seguridad personal, auto confianza, autonomía y salud física y mental.

Permisivo.- No son punitivos y frecuentemente acceden a los impulsos, deseos y acciones de los hijos; tomándoles en cuenta sobre políticas familiares. Se exhibe poco control sobre ellos, ya que no hay ingerencias sobre orden y responsabilidad en el hogar; por lo que la disciplina llega a ser laxa y continuamente se observa negligencia y descuido de los hijos.

Así mismo, a estos estilos de crianza se asocian dos factores que influyen en la socialización de los niños: cordialidad y control.

La cordialidad es la aceptación que tienen los padres hacia sus hijos manifestada en las muestras de afecto verbal y físico; *el control* es aquél poder que muchas veces es deseado para influir en las acciones y decisiones del niño (Saucedo, 1996).

Resumiendo, es la manera que tienen los padres de educar y el equilibrio entre el control y la cordialidad lo que en definitiva influye para que un niño adquiera

las normas, valores, hábitos, actitudes y creencias transmitidas para el proceso de socialización.

Así, desde el nacimiento, comer es un acto social. La comida, o el hecho de ingerir alimento, se asocia a vivencias distintas de lo meramente nutricional.

Desde la misma cuna, para el bebé, alimentarse es una de las principales formas de socializar, principalmente con la figura materna, con quien el pequeño empieza a asociar con sensaciones como por ejemplo, el hambre.

El bebé no solamente se alimenta, también está contactándose sentimentalmente con la madre: ya que esta le habla, le mira a los ojos, le sonríe, lo besa, etc (Segal, 1996).

La cantidad de alimento y la selección que hagamos de este va a ser determinado a lo largo de nuestra infancia de acuerdo a los hábitos familiares. Los hábitos alimentarios van formándose entonces, de acuerdo al tipo de alimento que se toma, así como a las cantidades, los horarios, las actitudes y conductas que se tienen hacia la comida (Saucedo, 1996).

Comunmente es la madre la que va formando los hábitos alimentarios en el niño, ya que cuando fomenta un clima de bienestar y tranquilidad a la hora de los alimentos, crea también actitudes positivas hacia estos; contrariamente, cuando en este ambiente familiar prevalece un ambiente hostil y agresivo, esto puede influir para que se genere en los miembros de la familia, una preocupación marcada hacia todo lo relacionado con la comida (Toro, 1996).

Dentro de la dinámica familiar, la comida deja de ser simplemente alimento para desdoblarse en premio o castigo, en aprobación o desaprobación social, en algo capaz de elevar la autoestima o provocar sentimientos de frustración y culpa.

En la alimentación infantil se deben considerar cinco puntos básicos para poder comprender la formación de los hábitos alimentarios en los pequeños, estos son: qué comen los niños, cuándo comen, cómo comen, que contexto social los rodea durante las comidas y, quién controla qué y cuánto comen y cómo ejerce este control. (Saucedo, 1996).

Según un estudio realizado por Dettwyler (1989), citado por Saucedo en 1996), las variaciones que pueden existir en cuanto a quién y cómo controla la alimentación de los pequeños, van desde las extremadamente negativas hasta las más positivas, estas pueden ser: forzar y obligar a comer; castigar físicamente; restricciones físicas durante la comida evocando frases de culpabilidad; distracciones; juegos; estímulos o coacción; adulaciones, alabando o engrandeciendo la comida; comidas especiales para los niños; total libertad de elegir alimentos, etc.

Con lo anterior podemos enfatizar que los padres influyen en gran medida en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de moldeamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso (Woody, 1992).

Se ha insistido que la anorexia nervosa y la obesidad infantil, están relacionadas con distorsiones en el proceso de concientización interna. Los niños no son capaces de reconocer cuando tienen hambre y cuando están satisfechos, así mismo no pueden diferenciar la necesidad de alimentos de otras sensaciones y sentimientos desagradables.

Las madres de estos pequeños dan respuestas inapropiadas e inconsistentes a las necesidades de sus hijos, tienden a ser negligentes o sobreprotectoras, limitantes o indiscriminadamente permisivas, lo que crea en el niño una gran confusión (Vanderweycken y cols., 1995).

Para Lissau y Sorensen (1994), citados por Saucedo en 1996, la negligencia y el abandono paterno incrementan el riesgo de obesidad infantil, en comparación con unos padres que proporcionen un apoyo familiar armonioso.

En diversas investigaciones como la de Gordon en 1989, citados por Crispo y cols. en 1996, se ha encontrado que las pacientes anoréxicas y bulímicas referían la relación madre-hija como emocionalmente fría, distante, indiferente y rechazante en comparación con chicas normales. La protección materna la consideraban significativamente más intrusiva, con excesivo contacto, infantilizante y limitante en conductas de independencia al compararlas con personas normales.

Así mismo se identificaron, cinco patrones predominantes en familias de anoréxicas y bulímicas, que pudieran ser consideradas causantes de dichas patologías: entrapamiento, sobreprotección, autoritarismo, evasión de conflictos y poca capacidad para la resolución de problemas.

La comunicación en las familias con pacientes anoréxicos o bulímicos, es ambigua, con afectos negativos, inseguridad a la independencia y desapego emocional.

Los bulímicos perciben a sus familias como poco cohesivas, expresivas y con más conflictos de lo que ellos consideraban normal (Crispo y cols., 1996).

Humphrey (1986), citado por Saucedo en 1996, describe a las madres de anoréxicas como: intrusivas, sobreprotectoras, ansiosas, perfeccionistas y temerosas de separarse de sus hijos. Los padres son descritos como: obsesivos, pasivos, volubles, emocionalmente reprimidos y lejanos.

También propone que, la bulimia es el reflejo de un sentimiento profundo de dolor y resentimiento por no haber sido cuidado con amor y como un remedio para compensar el haberse sentido rechazado y solo.

INFLUENCIA SOCIAL Y CULTURAL EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

En la actualidad, tanto en hombres como en mujeres, el cuerpo ha tomado relevancia significativa ante los ojos de una sociedad cada vez más exigente con los patrones de "belleza".

las mujeres tienden a cifrar su autoestima en lo que ellas piensan de su propio cuerpo y en lo que creen piensan los demás acerca del mismo.

El autoconcepto femenino suele fundamentarse significativamente en su atractivo corporal, mientras el de los varones acostumbra a basarse en la eficacia y en el estar en forma.

La valoración subjetiva y social del cuerpo, al igual que cualquier otra atribución de valores, está determinada en su totalidad por la cultura ambiental (Estrada y Zuñiga, 1997).

En la antigüedad, la mayoría de las sociedades consideraban que las mujeres gordas eran poseedoras de mayor atractivo sexual que las delgadas. Una mujer gruesa constituía una señal de estatus elevado y prestigio.

Durante los siglos XV a XVIII la mujer gruesa continuó siendo apreciada. Su función reproductora proseguía impregnando su imagen social.

La mujer gruesa, incluso gorda era considerada erótica y elegante (Toro, 1996).

En el siglo XIX, la clase burguesa era la responsable de encarnar hábitos, actitudes y valores peculiares los cuales se ven difundidos con mayor intensidad, debido a que los medios de comunicación, prensa y revistas ilustradas empiezan a cobrar auténtica importancia social (Toro, 1996).

La familia era responsable de inculcar y hacer practicar las estrictas normas morales de la época. Los métodos de control se asociaban frecuentemente a los alimentos.

Los niños debían comer cuanto se preparara para ellos, y si un alimento les disgustaba, eran castigados obligándoles a ingerir raciones extras. Por el contrario, irse a la cama sin cenar era la forma usual de castigar el comportamiento incorrecto.

Los adolescentes de esa época tenían prohibido todo género de alimentos "inflamatorios", es decir: café, té y chocolate; carnes condimentadas y especias; pan y alimentos calientes; confitería, nueces, uvas y por supuesto alcohol. Todos estos productos se decía estimulaban la naturaleza sensual de las muchachas. (Toro, 1996).

Más adelante se puntualizó que las modificaciones corporales obligan a atender de manera minuciosa al cuerpo. Los cambios críticos, como la pubertad con mucha más razón. La adolescente percibe la velocidad y relevancia de esos cambios a través de unas expectativas y unos puntos de referencia suministrados por la cultura en donde se desarrolla. Los trastornos del comportamiento alimentario, se inician, como ya habíamos comentado en los alrededores de la pubertad y se basan en "fijaciones" corporales más o menos ansiógenas (Escobar, 1992).

El descenso progresivo de la edad de la menarquía, fruto de las mejoras nutricionales y de las condiciones generales de vida, ha conseguido que sea cada vez más temprano el momento en que el cuerpo se ponga en cuestión. Ello trae como consecuencia que la adolescente de la actualidad, tenga que afrontar su problemática corporal siendo cada vez menor, es decir, con menos experiencia y menos posibilidades de crítica y autocrítica que sus congéneres de épocas anteriores (Estrada y Zuñiga, 1997)

Es a partir de 1925 cuando los cánones de belleza femenina dan un giro importante, ya que con la desaparición total del corsé (que se usó casi 4 siglos), la mujer comienza a mostrar su cuerpo de otra manera. En este año aparecen por primera vez los figurines de moda en los que se apunta una estilización progresiva: se acortan los vestidos, se enseñan las piernas y hay una supresión de curvas. Coincide con la incorporación de la mujer al deporte en la alta burguesía y comienza la moda de mujeres delgadas que incluso se vendaban el pecho para iniciar el sutil camino a la androginia (Holtz, 1995).

Esta progresiva exhibición del cuerpo femenino es imparable y hace que la mujer se preocupe, ya que comienza a ser observado y criticado. Sin embargo los modelos de belleza de los años cincuenta como Marilyn Monroe o Ava Gardner siguen mostrando una mujer más llena de curvas, aunque no gorda (Holtz, 1995).

Es a partir de los años 50's cuando la preocupación por los trastornos de la alimentación es evidente, por que se empiezan a estudiar desde diferentes líneas, considerando no sólo los factores biológicos y psicológicos sino también los sociales y educativos que influyen en esta nueva cultura de la delgadez (Holtz, 1995).

También el papel de la mujer es analizado a partir de los años 60's, no solo en relación con la moda, sino por el cambio social que se produce a partir de su incorporación masiva al mundo laboral.

La ausencia de una persona que se responsabilice de los horarios de comida (papel tradicional atribuido a la madre), la desaparición del hábito de comer en familia, la supresión de la merienda y la cena, se destacan como factores que pueden conducir a una dieta errónea. Así como los diferentes estilos de vida que han impuesto los trabajos de jornada prolongada (tanto para hombres como para mujeres), los

traslados en la ciudad a los centros de trabajo, el frenético ritmo urbano que han propiciado que el comer fuera de casa sea a veces imprescindible.

El ritmo de vida actual conlleva a que muchos trabajadores y estudiantes compartan sus comidas cotidianas -o sus ayunos- con compañeros. De ellos vendrán pues, las influencias sociales inmediatas que irán decidiendo las conductas y los contenidos de los hábitos alimentarios usuales (Holtz, 1995).

Las "comidas rápidas", en general, rápidas y escasas, han ocupado el lugar de muchas "comidas lentas", hogareñas. Estas comidas, tan desorganizadamente realizadas, carecen del control social tradicional que suministraba la convivencia familiar. Estos "hábitos", se dan preferentemente en adolescentes y jóvenes, es decir, en la población de mayor riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario. El control social familiar sobre una alimentación correcta suele quedar sustituido por la autocensura alimentaria determinada por la convivencia con otras personas, compañeras, amigas, de trabajo o estudio: acompañantes en el camino del adelgazar muchas veces vistas como modelos o peor aún, como competidoras (Sheppard, 1996).

Así, bajar de peso es una moda que de pronto se ha impuesto en nuestra sociedad. Actualmente es muy común ver, principalmente en televisión una gran variedad de métodos y productos para lograrlo; además de una proliferación de publicaciones ilustradas, revistas, carteles de todo orden, videos y toda clase de publicidad pro-adelgazamiento que aprovecha masivamente los medios de comunicación (Toro, 1996).

La observación del cuerpo ideal delgado a través de dichos medios se relacionó con patología alimentaria, la cual estaba mediada por la interiorización de las presiones socioculturales. De hecho la exposición a los medios de comunicación predecía un incremento de la identificación con el papel femenino. Esta identificación

se asociaba a la interiorización del estereotipo de cuerpo ideal, hecho éste relacionado con el incremento de la insatisfacción suscitada por el propio cuerpo. Y esta insatisfacción guardaba estrecha relación con los síntomas de trastorno del comportamiento alimentario (Toro, 1996).

Las competiciones por un cuerpo se oficializan y se extienden por el mundo occidental. Los concursos de belleza hacen del cuerpo femenino objeto de contemplación, valoración y comparación colectivas.

Los estándares de belleza actuales y el rechazo social a la obesidad hacen que las adolescentes sientan un impulso irrefrenable de estar tan delgadas como las "top models" que la publicidad presenta a diario.

Así, la preocupación por el peso y la imagen corporal está tan extendida, especialmente entre las mujeres, y ha alcanzado proporciones tales, que hoy en día es un fenómeno que puede considerarse como una parte normal de la conducta femenina (Estrada y Zuñiga, 1997).

El hecho de que las adolescentes resulten más afectadas ante modelos adultos que ante modelos propios de su edad es interpretado a través de la teoría de la *identidad social* (Turner 1981, citado por Toro, 1997). Ello supone que las modas, en este caso los cuerpos, propios de las mujeres adultas de la sociedad en que viven constituyen elementos identificadores de la aceptación social en el grupo.

El interés por la génesis de los trastornos del comportamiento alimentario nos conduce a ocuparnos especialmente, de la consideración que su cuerpo merece a los preadolescentes (chicos y chicas de 9 a 11 años de edad). En última instancia son ellos los que están dirigiendo su atención hacia los modelos, aprobaciones y desaprobaciones de los adultos como referencia ineludible para autoevaluarse (Estrada y Zuñiga, 1997).

Estudios centrados en la adolescencia y pubertad, indican que precisamente a esta edad es cuando se experimenta la más intensa orientación hacia la apariencia física, especialmente por parte de las chicas.

En la niñez, alrededor de los siete u ocho años, ya se han interiorizado los criterios básicos sobre la estética corporal incluyendo el rechazo de la obesidad; por lo que es muy importante escudriñar las posibles influencias de la publicidad pro-adelgazamiento en esas edades.

A este respecto es de tomar en cuenta, que se está reduciendo la edad en que más se experimenta e interioriza la presión pro-adelgazamiento; serían todavía niñas algunas de las que están empleando métodos peligrosos para perder peso (Holtz, 1996).

Los niños y niñas están identificando delgadez con éxito y aceptación social. Al iniciar la escuela primaria, muchos niños buscan la aceptación del grupo mediante el adelgazamiento. Como en estas edades se consumen productos que incluyen muchos azúcares, tales chicos acaban por rechazar todo alimento o realizar prácticas vomitivas (Holtz, 1992).

Los niños no suelen tener contacto directo con el mundo de la moda, con los productos adelgazantes, con sus anunciantes y voceros. Pero el niño o puber, está rodeado de adultos y jóvenes preocupados por estas cuestiones.

Los juegos en que el niño representa papeles le permiten interpretar, practicar, adquirir, asumir y, en última instancia, interiorizar una gran parte de conductas de los adultos junto con las actitudes a ellas asociadas (Toro, 1996).

En las niñas, las muñecas han desempeñado un papel importante; con ellas habla, ríe, canta e inclusive riñe. Estas muñecas tradicionalmente eran figuras de niñas o bebés, lo cual dirigía el juego a despertar la actitud maternal en las pequeñas. Sin

embargo se han empezado a difundir muñecas con cuerpo y gestos femeninos adultos con las cuales la niña difícilmente puede interpretar papeles de mamá, maestra, etc., lo cual cambia la dinámica del juego siendo este ahora más bien un vehículo con el que la niña se va a identificar con la muñeca adulta que tiene a su lado (Trigo 1994, citado por Toro, 1996).

La más popular e influyente de estas muñecas es sin duda la muñeca *Barbie*, prototipo indiscutible de la delgadez extrema. Con una talla de 28 cm., cuenta con 12 cm. de busto, 7 cm. de cintura y 12 de caderas; se pueden trasladar estas dimensiones a una talla de 1.63 m., las mencionadas medidas serían 69-41-68 cm. cuando en realidad las medidas normas de una mujer de esta talla serían 92-70-91 cm. Con esta diferencia podemos imaginar la realidad del impacto de la silueta de una de las imágenes femeninas más admiradas por las niñas de todo el mundo. (Sanders y Bazalgette, 1994, citado por Toro, 1996).

Es por eso que insistimos en la importancia de la influencia de los mensajes suministrados por la televisión, las muñecas delgadas como modelos corporales y la aparición de literatura y las imágenes favorecedoras de la pérdida de peso en las revistas para adolescentes, revistas que son leídas por los hermanos pequeños, acelerando, en la aparición de hábitos alimentarios restrictivos.

Conviene precisar que pese a la creciente difusión social de la ideología de la delgadez, su integración en la vida de los individuos está mediada por la cultura de la clase socioeconómica perteneciente.

En las chicas, la pertenencia a una clase social alta se asocia a pesar menos, tener un índice de masa corporal más bajo y, pese a todo ello, experimentar un mayor deseo de delgadez. Asimismo, la clase social alta se correlaciona con una mayor prevalencia de dietas alimentarias restrictivas y de ejercicio físico.

En el sexo masculino, la dieta restrictiva y el ejercicio físico no guardan relación alguna con la clase social.

Es por ello que consideramos a la anorexia y la bulimia como enfermedades de ricos que afectan a hijos de políticos, de periodistas, artistas y de personas con un estatus social alto preocupados intensamente en la moda y su imagen (Aguilar y Rodríguez, 1997).

CAPITULO V
“PLAN DE INVESTIGACIÓN”

CAPITULO V

PLAN DE INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA GENERAL DE INVESTIGACIÓN

El propósito de la presente investigación fue conocer cuál es la relación que existe entre conducta alimentaria de riesgo con el peso corporal en una muestra de preadolescentes (9 y 12 años de edad) mujeres y hombres mexicanos.

PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Se relaciona conducta alimentaria de riesgo con el sexo de los sujetos de la muestra?
- ¿Se relaciona conducta alimentaria de riesgo con el peso corporal (normal y sobrepeso/obesidad) de los sujetos de la muestra?

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables Independientes

PESO CORPORAL

Definición Conceptual.-

Medida volumétrica determinada por todos los componentes del organismo: agua, músculo esquelético, protoplasma sin agua incluido de tejido óseo y tejido adiposo (Braguinsky, 1987).

Definición Operacional.-

Para fines del presente estudio se define operacionalmente el peso corporal a través del Índice Nutricional como:

$$\frac{\text{Peso actual (Kg) / talla actual (cm.)}}{\text{Peso medio(Kg) / talla media (cm.)}} \times 100$$

Donde el valor de este índice permite diferenciar cinco situaciones:

- Menor a 77.5	Muy bajo peso (Emaciación)
- De 77.51 - 83.5	Bajo peso (Delgadez)
- De 83.51 - 119.5	Peso normal
- De 119.51 - 136.5	Sobrepeso
- Mayor a 136.5	Obesidad

(Saucedo y Gómez Pérez-Mitre, 1998)

SEXO

Definición Conceptual.-

Diferencia física y constitutiva del hombre y de la mujer, del macho y de la hembra: sexo masculino, femenino (Larousse, 1996).

Definición Operacional.-

Respuesta hombre o mujer a la pregunta del sexo al que pertenece.

Variables Dependientes

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Definición Conceptual.-

Variable compleja que engloba patrones distorsionados de ingesta. El miedo a la obesidad y el deseo de estar delgado son los principales factores motivacionales que llevan a la práctica de conductas inapropiadas del comer con la posibilidad de desarrollar desórdenes alimentarios graves como la anorexia y la bulimia nervosas, sin descartar aquellas categorías no especificadas que no por no cumplir con los criterios diagnósticos son menos importantes y menos riesgosas para la salud.

La conducta alimentaria de riesgo por excelencia es el seguimiento de dieta intencional. (Unikel, 1998).

Definición Operacional.-

Respuestas "frecuentemente", "muy frecuentemente" y "siempre", dadas al cuestionario en la parte que explora los patrones de conducta relacionados con la alimentación

HIPÓTESIS DE TRABAJO

- 1) Las mujeres preadolescentes mostrarán mayor problema en la conducta alimentaria de riesgo que los varones preadolescentes.
- 2) El peso corporal (normal y sobrepeso/obesidad) se relaciona directamente con la conducta alimentaria de riesgo

MÉTODO

Diseño de Investigación

La presente investigación es , de tipo de tipo transversal, de campo y *expost-facto*, de acuerdo con un diseño factorial de 2 x 2 con observaciones independientes en donde se compara la conducta alimentaria de riesgo en relación con el sexo y al peso corporal (normal y sobrepeso/obesidad).

Muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística, de carácter intencional, que se extrajo de una población formada por preadolescentes (9-12 años) que cursan actualmente primaria y secundaria, y acuden a escuelas públicas en el Distrito Federal.

El tamaño de la muestra fue de N=186, dividida de la siguiente manera:

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PESO NORMAL	n=66	n=65	131
SOBREPESO/OBESIDAD	n=24	n=31	55
			N=186

INSTRUMENTOS Y APARATOS

Se aplicó un instrumento de formato mixto (preguntas abiertas, cerradas, escalares, etc.), en sus dos versiones: masculino y femenino (Gómez Pérez-Mitré, 1995), el cual explora las siguientes áreas:

1) Sociodemográfica (preguntas 1, 2, 3, 6, 7 y 8)

Donde se pregunta por edad, escolaridad, con quién vive, ocupación de los padres, etc. (ver anexo 1 y 2)

2) Madurez fisiológica (preguntas 9, 10 y 10-a)

Donde se pregunta sobre la primera menstruación o primera emisión nocturna (ver anexo 1 y 2)

3) Conducta alimentaria de riesgo (reactivos 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 y 20) Con las que se explora los patrones de conducta relacionados con la alimentación (ver anexo 1 y 2)

El peso corporal se midió con una báscula de piso marca Torino, de 140 kg. de capacidad. La talla o estatura se determinó a través de un estadiómetro de madera de 2 metros que especificaba centímetros y milímetros

PROCEDIMIENTO

Se acudió a escuelas primarias y secundarias públicas, a solicitar la cooperación de las autoridades para la realización de la investigación. Una vez obtenida ésta, se procedió a seleccionar la muestra de acuerdo con las características antes descritas, hasta alcanzar un número de participantes que en este caso fue de N=186.

El instrumento se aplicó de manera colectiva en los salones de clase, dándose las siguientes instrucciones:

"La Facultad de Psicología de la UNAM está llevando a cabo una investigación cuyo propósito es conocer hábitos alimentarios, formas de ser y de pensar de los (las) estudiantes mexicanos (as), relacionados con la alimentación y con la salud en general. El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración: que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible. Contesta de forma individual. Gracias".

Posteriormente a la aplicación del cuestionario, se llevó a cabo la medición antropométrica, de los sujetos participantes.

CAPITULO VI
“RESULTADOS”

CAPITULO VI

RESULTADOS

El propósito de esta investigación fue aportar conocimientos sobre la conducta alimentaria y el tipo de ingesta alimentaria en preadolescentes de escuelas públicas, y determinar si se relacionan con el peso corporal y el sexo.

Así mismo, se realizaron análisis estadísticos de los datos con el paquete estadístico SPSS versión 8.1, cuyos resultados se exponen a continuación:

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

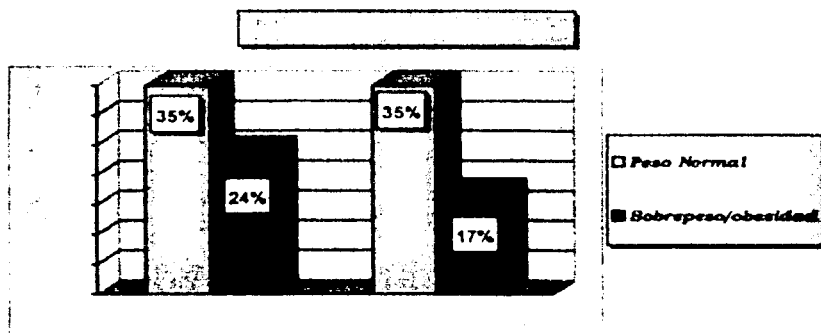
Sexo y Peso Corporal

Se seleccionó una muestra total no probabilística de hombres y mujeres preadolescentes con peso corporal normal y sobrepeso/obesidad (N= 186). De esta muestra (n=90) 48% fueron hombres y (n=96) 52% fueron mujeres.

Según el peso corporal, 70% registraron peso normal y 30% un sobrepeso/obesidad. Es decir, 35% fueron preadolescentes varones con peso normal y 13% preadolescentes varones con sobrepeso/obesidad; de la misma manera, 35% fueron preadolescentes mujeres con peso normal y 17% preadolescentes mujeres con sobrepeso/obesidad. (Ver Tabla 1 y Gráfica 1.)

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS VARIABLES SEXO Y PESO CORPORAL

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
PESO NORMAL	(n=66) 35%	(n=65) 35%	(n=131) 70%
OBESIDAD/SOBREPESO	(n=24) 13%	(n=31) 17%	(n=55) 30%
TOTAL	(n=90) 48%	(n=96) 52%	(N=186) 100%



E.d.a.d.

El rango de edades de los preadolescentes varones fue de un mínimo de 9 años a un máximo de 12 años con un promedio de 11 años y una desviación estándar de .73. (X=11, D.E.=0.73). Entre las mujeres preadolescentes, se encontro un rango de edad de 9 años a 12 años con un promedio de 11 años y una desviacion estandar de .75 (X=11, D.E.=0.75) (Ver Tabla 2)

TABLA 2 MEDIA Y DESVIACIÓN ESTANDAR DE LAS VARIABLES SEXO Y PESO CORPORAL

	X	S	EDAD MÍNIMA	EDAD MÁXIMA
HOMBRES	11.0	.73	9	12
MUJERES	11.0	.75	9	12

Grado Escolar

En lo referente al grado escolar por sexo y peso corporal se encontró lo siguiente: la mayoría de los hombres, tanto con peso normal (53%), como con sobrepeso/obesidad (62%), se encontraban en el 5° grado de primaria, de igual manera para las mujeres de peso normal (52%) y sobrepeso/obesidad (55%), los mayores porcentajes se ubican en el 5° grado de primaria Cabe destacar que no hubo participantes con sobrepeso/obesidad que estuvieran cursando el 2° y 3° de secundaria. Estos resultados se observan con mayor claridad en la Tabla 3.

TABLA 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE GRADO ESCOLAR POR SEXO Y PESO CORPORAL

GRADO ESCOLAR	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
5° PRIMARIA	53%	52.3%	62.5%	54.8%
6° PRIMARIA	39.4%	40.0%	33.3%	35.5%
1° SECUNDARIA	6.1%	3.1%	4.2%	9.7%
2° SECUNDARIA	0	3.1%	0	0
3° SECUNDARIA	1.5%	1.5%	0	0
TOTAL	100%	100%	100%	100%

Ocupación del Padre.

De acuerdo a las respuestas dadas al reactivo "¿en qué trabaja tu papá?", los padres de la mayoría de los hombres con peso normal son empleados en una empresa privada (29%), al igual que los padres de los hombres con sobrepeso/obesidad (69%). De igual manera el mayor porcentaje de los padres de las mujeres se ubicó en la misma categoría: mujeres con sobrepeso/obesidad (33%), y mujeres con peso normal (21%).

Ocupación de la madre.

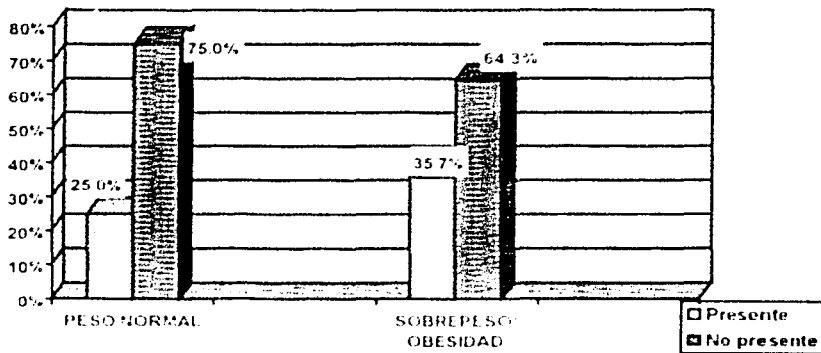
Parte importante también de esta investigación, es conocer la ocupación de la madre de los sujetos participantes. En la mayoría de los hombres con peso normal (42%) y sobrepeso/obesidad (51%), su mamá se dedica al hogar. De igual manera, en los dos grupos de mujeres: el mayor porcentaje de las madres de las mujeres con peso normal (40%) y sobrepeso/obesidad (62%) es ama de casa.

Madurez Sexual.

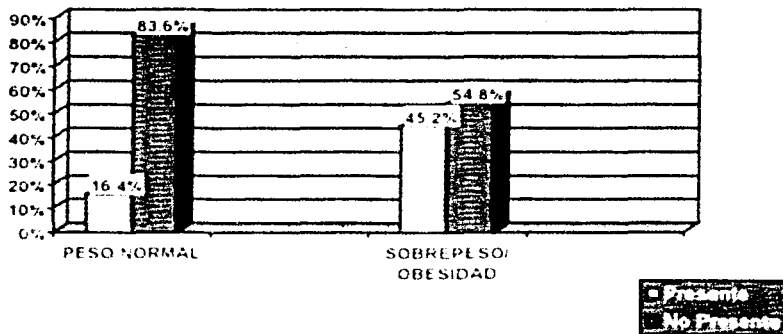
De acuerdo con la variable de madurez sexual, se encontró que, los porcentajes más altos entre los preadolescentes hombres con peso normal (75%) y con sobrepeso/obesidad (64%), todavía no habían presentado la primera emisión nocturna.

Lo mismo se encontró entre las mujeres, donde la mayoría no ha tenido su primera menstruación; esto es tanto para el grupo con peso normal (84%) como para el que presenta sobrepeso/obesidad (55%). (Ver Gráficas 2 y 3).

GRAFIA 2 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS VARIABLES PRIMERA EMISION NOCTURNA POR PESO CORPORAL



GRAFICA 3 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA VARIABLES PRIMERA MENSTRUACION POR PESO CORPORAL



Así mismo, se consideró importante conocer la edad en la que se presentó la primera emisión nocturna o la primera menstruación. De acuerdo a esto, los porcentajes más altos entre las mujeres, independientemente del peso corporal, se encontrará entre los 11 y 12 años (peso normal: 64%; sobrepeso: 77%). Mientras que entre los hombres con sobrepeso sobresale el alto porcentaje (75%) que tuvo su primera emisión nocturna a los 12 años.

Otro de los resultados que llama la atención es el que señala que el 8% de las mujeres con sobrepeso/obesidad tuvieron su menarca a los 9 años en comparación con el 0% de las mujeres con peso normal y el 0% de hombres con peso normal y sobrepeso/obesidad (Ver Tabla 4).

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE EDAD SEGÚN LA APARICIÓN DE LA PRIMERA MENSTRUACIÓN O PRIMERA EMISIÓN NOCTURNA POR PESO CORPORAL

EDAD	PESO CORPORAL			
	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDAD	
	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES
9	0	0	7.7%	0
10	36.4%	44.4%	15.4%	25%
11	54.5%	33.3%	53.8%	0
12	9.1%	22.2%	23.1%	75%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE INTERÉS

La conducta alimentaria de riesgo que estamos explorando en esta muestra de preadolescentes, fue analizada a través de las respuestas dadas a las preguntas significativas que reportaron con variables que a continuación se presentan:

"Como tan rápido que siente que la comida se me atraganta"

Con esta pregunta exploramos uno de tantos hábitos que los jóvenes pueden tener a la hora de consumir sus alimentos y que puede ser considerada una conducta de riesgo relacionada con las definiciones de atracción (*binge eating*)

En la Tabla 5 podemos observar las distribuciones resultantes, en donde se muestran que los mayores porcentajes en los cuatro grupos de jóvenes: hombres con peso normal, hombres con sobrepeso/obesidad, mujeres peso normal, mujeres con sobrepeso/obesidad, reflejan que nunca han tenido problemas por comer demasiado rápido. Sin embargo también son altos los porcentajes que cayeron en la categoría "a veces".

TABLA 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA VARIABLE DE ATRACÓN, SEGÚN PESO CORPORAL Y SEXO

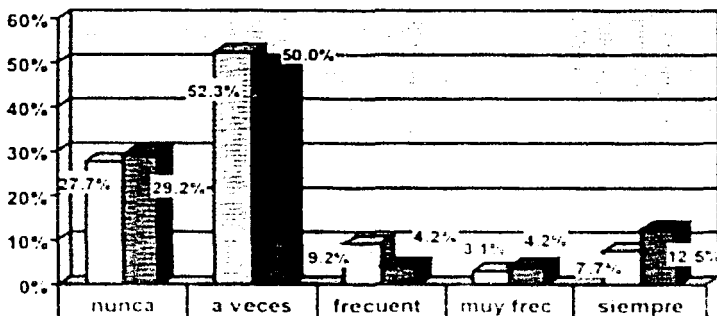
FRECUENCIAS	PESO CORPORAL			
	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
NUNCA	54%	60%	58.3%	71%
A VECES	37.5%	36.9%	25%	29%
FRECUENTEMENTE	3%	1.5%	4.2%	
MUY FRECUENTEMENTE	1.5%		8.3%	
SIEMPRE	3%	1.5%	4.2%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%

"Comer frente al T.V."

Uno de los hábitos más comunes que tienen los y las preadolescentes es comer mientras realizan otras actividades, las cuales pueden ser entre otras, el estar frente al televisor sin percatarse realmente lo que están comiendo. Es por ello que con el reactivo "como mis alimentos frente al T V" podemos conocer con qué frecuencia los jóvenes de la muestra caen en esta conducta que puede ser de riesgo para su forma de alimentarse: en la Gráfica 4 se puede observar que en los dos grupos de hombres, la mayor prevalencia se sitúa en que "a veces" comen frente al T.V. y en la respuesta "siempre" hay una diferencia por el hecho de que los hombres con sobrepeso/obesidad, son más dados a comer viendo la T.V. con regularidad

GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA CON QUE LOS JÓVENES COMEN FRENTE AL TV

HOMBRES

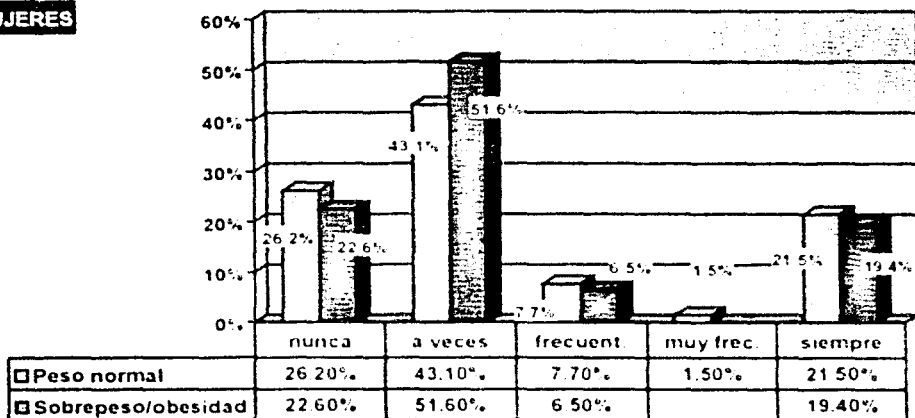


□ peso normal	27.70%	52.30%	9.20%	3.10%	7.70%
■ sobrepeso/obesidad	29.20%	50%	4.20%	4.20%	12.50%

Para las mujeres, los dos grupos presentan porcentajes altos y similares, en cuanto a que "a veces" toman sus alimentos viendo el televisor. Aunque también es oportuno mencionar que una parte considerable de estas mujeres "siempre" observan la T.V. a la hora de comer, lo que nos indicaría que tanto para las chicas con peso normal como para las de sobrepeso/obesidad, éste hábito representa un foco de atención, ya que podría ser considerado como un patrón conductual significativo para la aparición de trastornos del comer. (Ver Gráfica 5)

GRAFICA 5. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA CON QUE LAS JOVENES COMEN FRENTE AL TV.

MUJERES



"Consumo de Comida Chatarra"

Conocer la frecuencia con que los jóvenes consumen comida "chatarra" es de gran importancia, debido a que de eso dependerá en gran parte el peso corporal que tengan y por lo tanto las actitudes que adaptarán ante ella. En la Tabla 6 se puede observar que el grupo que más consume comida chatarra "a veces" es el de las mujeres con sobrepeso/obesidad, pero es importante mencionar que en los otros grupos también la opción que se mostró más significativa fue la opción "a veces".

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA CON LA QUE LOS JÓVENES CONSUMEN COMIDA CHATARRA

FRECUENCIAS	PESO CORPORAL			
	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
NUNCA	9.2%	10.8%	20.8%	3.2%
A VECES	64.6%	64.6%	66.7%	74.2%
FRECUENTEMENTE	9.2%	6.2%	4.2%	6.5%
MUY FRECUENTEMENTE	7.7%	9.2%		9.7%
SIEMPRE	9.2%	9.2%	8.3%	6.5%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

"Comer entre comidas"

Otro punto importante, es conocer si los preadolescentes toman algún alimento entre comidas, es decir, entre el desayuno y la comida y entre la comida y la cena, ya que esto podría indicar una sobreingesta o algún otro patrón de conducta considerable al momento de distinguir la presencia de algún trastorno del comer.

En este punto, la opción "a veces" en los cuatro grupos, es la que registró los porcentajes más altos; sin embargo también resulta interesante notar que en la categoría "muy frecuentemente", las mujeres con sobrepeso/obesidad, en comparación con los otros tres grupos de estudio y en particular con los hombres con sobrepeso/obesidad, no registró respuestas en esta variable (Ver Tabla 7).

TA B LA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA CON QUE LOS JOVENES HACEN CONSUMOS DE ALIMENTOS ENTRE COMIDAS

FRECUENCIAS	PESO CORPORAL			
	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
NUNCA	38.5%	42.2%	25%	35.5%
A VECES	47.6%	45.3%	54.2%	45.2%
FRECUENTEMENTE	6.2%	3.1%	8.3%	6.5%
MUY FRECUENTEMENTE	1.5%	4.7%	12.5%	
SIEMPRE	6.2%	4.7%		12.8%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

"Alimentos bajos en calorías"

En los cuatro grupos de participantes de esta investigación, se registró que la mayoría de ellos "nunca" consume alimentos de bajo contenido calórico de manera intencional, no obstante las mujeres con sobrepeso/obesidad son las que ocupan el porcentaje más representativo en cuanto a esta aseveración, seguidas por las mujeres con peso normal, los hombres con sobrepeso/obesidad, y finalmente por los hombres con peso normal (Ver Tabla 8)

TABLA 8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE ACUERDO A LA FRECUENCIA CON QUE LOS JOVENES CONSUMEN ALIMENTOS BAJOS EN CALORIAS

FRECUENCIA	PESO CORPORAL			
	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
NUNCA	49.2%	58%	52.2%	64.5%
A VECES	40%	31.3%	30.4%	29%
FRECUENTEMENTE	3.1%	3.1%	4.3%	3.3%
MUY FRECUENTEMENTE	1.5%	3.1%	4.4%	
SIEMPRE	6.2%	4.5%	8.7%	3.2%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

"Rapidez al comer y percepción de la cantidad"

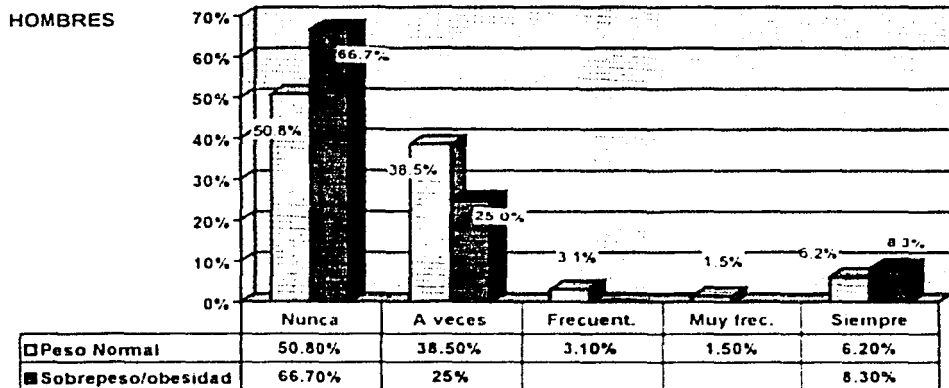
La percepción que tienen los preadolescentes de la muestra de qué tan rápido comen y de la cantidad de alimento se puede observar en las Gráficas 6 y 7 para varones y mujeres respectivamente.

Así, la respuesta al reactivo "*como rápido y mucho*" los porcentajes de respuesta de los preadolescentes varones, tanto con peso normal como con sobrepeso/obesidad se ubicaron en que *nunca* comen rápido y en grandes cantidades.

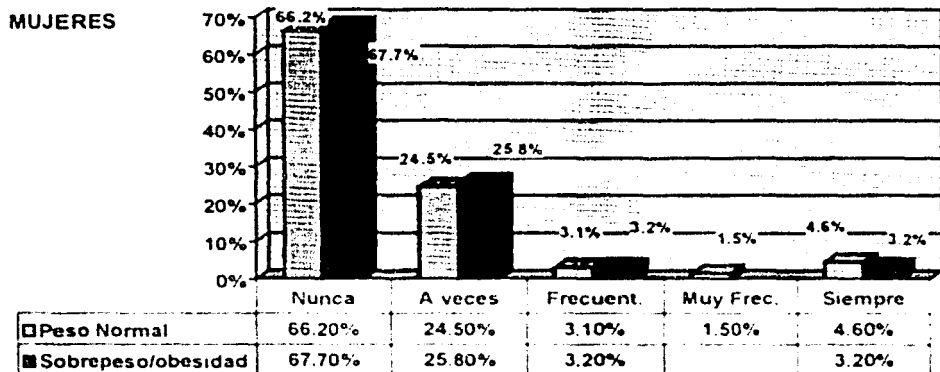
Cabe destacar el 0% que tuvo la frecuencia de la respuesta de los hombres con sobrepeso/obesidad a las opciones "*frecuentemente*" y "*muy frecuentemente*"

En cuanto a las mujeres, se observan similitudes en la distribución, ya que los porcentajes mayores, tanto para peso normal como para sobrepeso/obesidad, están ubicados en la opción "*nunca*", mientras que cabe destacar el 0% de las chicas con sobrepeso/obesidad a la respuesta "*muy frecuentemente*"

GRAFICA 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS A LA PERCEPCION DE LA VELOCIDAD AL COMER Y LA CANTIDAD DE COMIDA INGERIDA



GRAFICA 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS DE LA PERCEPCION DE LA VELOCIDAD AL COMER Y LA CANTIDAD DE COMIDA INGERIDA



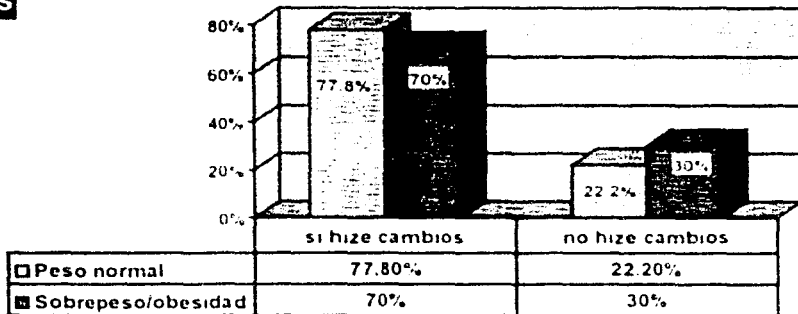
"Cambios en la alimentación"

Dentro de los patrones de conducta de gran importancia por explorar, esta el conocer si el preadolescente ha realizado cambios en su alimentación. Por ello se preguntó a los participantes de la investigación, si habían realizado cambios en su estilo de alimentación en el último año, y resulta significativo observar que en la mayoría de los hombres con peso normal y de sobrepeso/obesidad si hicieron cambios en su alimentación en el último año.

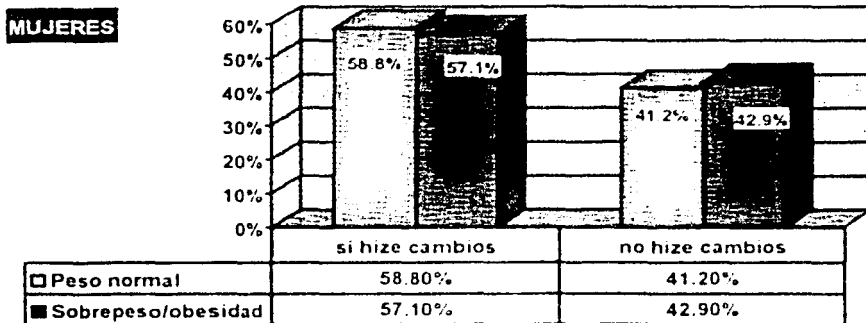
En las mujeres también resulta importante resaltar estas similitudes, ya que la mayoría de ellas han hecho cambios en su alimentación (Ver Gráficas 8 y 9).

GRAFICA 8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA "EN EL ÚLTIMO AÑO HIZE CAMBIOS EN MI ALIMENTACIÓN"

HOMBRES



GRAFICA 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA RESPUESTA DE LA PREGUNTA ¿EN EL ÚLTIMO AÑO HIZE CAMBIOS EN MI ALIMENTACIÓN?



Estos cambios fueron para...

Para la presente investigación es importante conocer con qué finalidad los jóvenes hicieron cambios en su alimentación.

Podemos observar de manera relevante que un porcentaje considerable de hombres con peso normal y mujeres con peso normal, realizaron estos cambios con el propósito de bajar de peso, mientras que un porcentaje mas representativo de hombres con sobrepeso / obesidad y mujeres con sobrepeso / obesidad indica que realizó estos cambios pero con una orden médica previa.

Sin embargo también es oportuno mencionar que en los cuatro grupos de jóvenes un porcentaje de respuestas estuvo ubicado en que deseaban subir de peso (Ver Tabla 9)

TABLA 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS OPCIONES POR LAS QUE SE FUJERON HACER CAMBIOS EN LA ALIMENTACIÓN

OBJETIVO	PESO CORPORAL			
	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
PARA BAJAR DE PESO	44%	35%	12.5%	16.7%
MEJORAR MI SALUD	8%	30%		33.3%
ORDEN MEDICA	32%	20%	50%	33.3%
SUBIR DE PESO	16%	15%	25%	16.7%
OTRA			12.5%	
TOTAL	100%	100%	100%	100%

"Persona que recomendó los cambios"

La mayoría de las mujeres con peso normal y de las mujeres con sobrepeso / obesidad, realizaron esos cambios por iniciativa propia, sin la supervisión de un adulto o un doctor. Sin embargo, un porcentaje significativo de hombres con peso normal y mujeres con sobrepeso / obesidad, realizaron estas modificaciones en su alimentación por indicaciones de sus padres (Ver Tabla 10)

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS RESPUESTAS A LA PREGUNTA "¿QUIÉN SUGIRIO LOS CAMBIOS?"

QUIÉN SUGIRIO EL CAMBIO	PESO CORPORAL			
	PESO NORMAL		SOBREPESO/OBESIDAD	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
MAMÁ O PAPÁ	44.2%	18.2%	27.8%	36.4%
ABUELITA	3.8%		16.7%	
TÍA	1.9%	2.3%	5.6%	
HERMANA (O)	1.9%	2.3%		
AMIGA	1.9%	2.3%		
DOCTOR	13.5%	11.4%	22.2%	4.5%
YO MISMO	32.7%	63.6%	27.8%	59.1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%

PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

De acuerdo con los resultados anteriores y con la finalidad de realizar la confirmación de las hipótesis planteadas en el capítulo de metodología, a los reactivos que conforman la variable dependiente se les aplicó un análisis factorial, teniendo en todos los casos las variables independientes sexo y peso corporal. Los resultados se observan en la Tabla 11: en donde podemos notar que solamente se presentan diferencias estadísticamente significativas en el reactivo 6 que dice *"como tan rápido que siento que la comida se me atraganta"* pero solo en el efecto principal sexo ($F(1,185)= 4.107, p= 0.044$).

Tabla 11. ANOVA VARIABLES RELACIONADAS CON CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y HÁBITOS ALIMENTICIOS EN ADOLESCENTES POR SEXO Y PESO CORPORAL

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS	g.l.	MEDIAS CUADRADAS	F	SIG.
<i>"Como tan rápido que siento que la comida se me atraganta"</i>					
Sexo	2.636	1	2.636	4.107	.044
Peso Corporal	2.914E-02	1	2.914E-02	.045	.831
<i>Ho=X1=X2=0, se rechaza</i>					
<i>H1=X1>X2>0, se acepta</i>					
<i>"Como mis alimentos frente a la televisión"</i>					
Sexo	5.150	1	5.150	3.026	.084
Peso Corporal	1.407E-03	1	1.407E-03	.001	.977
<i>"Consumo alimentos chatarra"</i>					
Sexo	.293	1	.293	.261	.610
Peso Corporal	.937	1	.937	.835	.362

"Acostumbro comer entre comidas (entre el desayuno y la comida o entre la comida y la cena o merienda".

Sexo	1.408E-02	1	1.408E-02	.012	.911
Peso Corporal	1.940	1	1.940	1.718	.192

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$, se acepta

$H_1 = X_1 > X_2 > 0$, se rechaza

"Trato de comer alimentos bajos en calorías como: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc."

Sexo	.762	1	.762	.458	.500
Peso Corporal	4.572E-04	1	4.572E-04	.000	.987

"Creo que como más rápido de lo que comen los demás"

Sexo	1.601	1	1.601	1.573	.211
Peso Corporal	.536	1	.536	.526	.469

"Como rápido y mucho"

Sexo	1.486	1	1.489	1.386	.241
Peso Corporal	8.186E-02	1	8.186E-02	.076	.783

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$, se acepta

$H_1 = X_1 > X_2 > 0$, se rechaza

TABLA 12 MEDIAS Y DESVIACIONES ESTANDAR DE LA VARIABLE "COMO TAN RÁPIDO QUE SIENTO QUE LA COMIDA SE ME ATRAGANTA" POR SEXO

	X	S
MUJERES	1.4062	.6254
HOMBRES	1.6444	.9518

Como puede observarse en la tabla 12, fueron los preadolescentes varones, independientemente de su peso corporal, quienes presentaron mayor problema en la conducta de atracción ("Como tan rápido que siento que la comida se me atraganta")

en comparación con las mujeres de ambos grupos quienes manifestaron valores más bajos.

Con base a estos resultados, ninguna de las hipótesis de trabajo planteadas, se confirman, puesto que a pesar de que en la variable que mide conducta de atracón (conducta alimentaria de riesgo), se produjeron diferencias estadísticamente significativas por sexo, no se presentaron en la dirección esperada, ya que la hipótesis de trabajo no 1) dice: "*Las mujeres preadolescentes mostrarán mayor problema en la conducta alimentaria de riesgo que los varones preadolescentes*".

“DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES”

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente estudio es contribuir al conocimiento en torno a la conducta alimentaria de riesgo y peso corporal entre los preadolescentes mexicanos, con el propósito de prevenir estas enfermedades en nuestro país, principalmente en grupos vulnerables como lo son los preadolescentes y los adolescentes.

Con respecto a la distribución del peso corporal se encontró que los preadolescentes en la mayoría de los casos estaban en la categoría de peso normal, como era lo esperado, confirmando diversas investigaciones donde también se ha encontrado que la mayoría de los preadolescentes y adolescentes presentan normopeso (Murrieta, 1997).

Tomando en cuenta que estudios anteriores (Unikel y Gómez Pérez-Mitre, 1996, Gómez Pérez-Mitre, 1999) confirmaban que las mujeres eran el grupo que más presentaba conductas alimentarias de riesgo, en resultados encontrados en esta muestra se puede observar que también los varones presentan señales donde se muestra que cada vez más los preadolescentes hombres pueden convertirse en un grupo de riesgo a considerar, ya que han adoptado el seguimiento de conductas atípicas que rápidamente los puede llevar a desarrollar hábitos alimentarios riesgosos para su salud; esto puede complementar el estudio realizado por Gómez Pérez-Mitre y Ávila Angulo en 1998 donde en una muestra de niños entre 10 y 11 años de edad, el 25% realiza dietas intencionales, el 19% con la finalidad de bajar de peso y el 65% para subir el mismo, sin diferencias de hombres y mujeres.

En lo que se refiere a la variable "comer entre comidas", se encontró que los preadolescentes hombres y mujeres con peso normal algunas veces recurren a esta práctica, sin llegar a ser de tipo compulsivo, debido a que en esta edad los jóvenes

permanecen mucho tiempo fuera de casa en actividades tanto académicas como recreativas y eso los obliga a ingerir algo de comida para "resistir" la jornada diaria; como lo documentan Gómez Pérez-Mitre y Ávila Angulo en 1998, cuando confirman que los grupos cuyo peso se encuentra fuera de lo normal (con peso por abajo y por arriba de lo normal) presentarán más conductas alimentarias anómalas (conducta compulsiva) y menos conducta alimentaria normal.

Con lo anterior, es preciso aclarar que no fue posible determinar en forma exacta, en qué momento la ingesta de los preadolescentes varones pasa de la cantidad normal debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran en donde lo que necesitan es ingerir una gran cantidad de alimentos ricos en carbohidratos, proteínas y grasas para un óptimo desarrollo; y cuándo ya se trata de una ingesta compulsiva y anormal que los llevará a desarrollar sobrepeso y por consiguiente una insatisfacción con su imagen corporal.

Por lo tanto, esta investigación deja abierta la posibilidad para seguir profundizando en el desarrollo de instrumentos que identifiquen pautas de conducta alimenticia que detecten ese momento en que la ingesta pasa de lo normal a lo compulsivo y riesgoso.

Sugerencias y Limitaciones

La principal limitación que se encontró en el presente estudio se relaciona con la selección no aleatoria de la muestra, lo cual no permite generalizar los resultados a toda la población mexicana.

Se sugiere, realizar programas de prevención con base a las aportaciones de este y otros trabajos similares, poniendo especial atención a niños, preadolescentes y adolescentes de zonas urbanas que son los con mayor frecuencia presentan serios factores de riesgo asociados con conducta alimentaria en la génesis de trastornos alimentarios.

No descuidar a la población de varones suponiendo que no es tan relevante, ya que en los últimos años no se han presentado diferencias en cuanto a las mujeres en la prevalencia de conductas de riesgo y en la presencia de otros factores de igual importancia.

“REFERENCIAS”

REFERENCIAS

Aguilar, C. I. y Rodríguez, C. A. (1997) Relación entre nivel socioeconómico, la autopercepción de la imagen corporal y la autoatribución en adolescentes del nivel superior. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Andolfi, M. (1994) Terapia Familiar. México: Paidós.

Braguinsky, S. J., (1987). Obesidad, patología y tratamiento. Buenos Aires: Promedicina.

Brownell, K. D. (1991). Dieting and the research for the perfect body: where physiology and culture collide. Behavior Therapy, 22, 1-12.

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

Campollo, R. O. (1995) Obesidad: bases fisiopatológicas y tratamiento. México: Porrúa.

Casanueva E., Kaufer H. M., Pérez-Lizaur A. B. Y Arroyo P. (1995) Nutriología médica. México: Médica Panamericana.

Chinchilla A., (1994) Guía teórico-práctica de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nervosas. Barcelona: Masson.

Connors M. Y col. (1984). Treatment of bulimia with brief psychoeducational group therapy. American Journal of Psychology, 141 (12) 1521-1526.

Craig J. G. (1988). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall Hispanoamericana

Crispo R., Figueroa E. y Guelar D. (1996). Anorexia y bulimia, lo que hay que saber. Madrid: Gedisa

Díaz G. E. (1982) Psicología del mexicano. México: Trillas.

Duker M., Slade R. (1992) Anorexia nervosa y bulimia. México: Limusa.

Eguiluz L. L. (1991) El cambio epistemológico y la investigación en la terapia familiar sistémica. Tesis de Maestría. Universidad de las Américas.

Escobar G. M. (1992) Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la Ciudad de México. Tesis de Grado. Universidad Iberoamericana.

Estrada R. D. Y Zuñiga F. T. (1997) Relación que existe entre significado psicológico de imagen corporal y autopercepción de esta en estudiantes adolescentes de escuelas privadas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Faulhaber J. (1989) Crecimiento: somatometría de la adolescencia. México: UNAM.

Fuente R. De la (1996) Psicología médica. México: Fondo de Cultura Económica

Gama A. E. (1999) Factores de Riesgo para los trastornos de la alimentación: relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Gómez G., Sos F., Randall E. y Vaquero F. (1991) Estudio comparado del comportamiento de niños educados en un medio ambiente familiar y niños educados en instituciones. Una perspectiva ecológica. Infancia y Aprendizaje, 56 105-122.

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

Gómez Pérez-Mitre, G. (1995) Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología. 12(2), 185-197.

Gómez Pérez-Mitre G. (1999) Preadolescentes mexicanos y la cultura de la delgadez: figura ideal anoréctica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1), 153-165.

González N. J. J., Romero A. (1986) Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México: Trillas.

González R. A. Y Naranjo B. A. (1984) Estudio comparativo de diferentes índices antropométricos del estado nutricional. Boletín médico del Hospital Infantil México. 41(11) 594-604.

González S. L. M., Lizano M. M. Y Gómez Pérez-Mitre G. (1999) Factores de riesgo en desórdenes del comer: hábitos alimentarios y autoatribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología. 16 (1) 117-126.

Grilo C. M. (1989) Teasing, body image and self esteem in a clinical sample of obese women. Adictive Behaviours. 19 (4) 443-450.

Grinder R. E. (1989) Adolescencia. México: Limusa.

Guyton A. (1971) Tratado de fisiología médica. México: Interamericana.

Hernández R. M. (1993) Alimentación Infantil. Madrid: Díez de Santos.

Hoffman L. (1992) Fundamentos de terapia familiar. México: Fondo de Cultura Económica.

Holtz V. (1992) Factores bio-psico-sociales de los desórdenes de la alimentación. Estudio piloto en una preparatoria. Tesis de Licenciatura. Universidad Iberoamericana.

Holtz V. (1992) Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. Addictus. 9

Horrocks J. E. (1986) Psicología de la adolescencia. México: Trillas.

Kaufer M. Y Casanueva E. (1986) Los cómo, cuándo y dónde de la antropometría. Cuadernos de Nutrición. (2) 13-17.

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

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

Mc Kinney J. P., Fitzgerald, H. E., Strommen, E. A. (1986) Psicología del desarrollo: edad adolescente. México: Manual Moderno.

Minuchin S., Rosman B. L. Y Baker L. (1978) Psychosomatic families: anorexia nervosa in context. Harvard University Press: Cambridge, Mass.

Mitchell, E. (1987) Medical complications and medical management of bulimia. Psychology Medical. 107, 71-77.

Moradela, M. (1995) Psicología del desarrollo. Barcelona: Boixareu Universitaria.

Murrieta C. M. (1997) Relación entre distorsión de la imagen corporal y el nivel socioeconómico en adolescentes mexicanos. Tesis de Licenciatura. UNAM.

Nickel H. (1985) Psicología del desarrollo de la infancia y de la adolescencia. Barcelona: Herder.

Papalia D. Y Olds S. (1995) Desarrollo psicológico. México: Mc Graw-Hill.

Peel E. A. (1965) Fundamentos psicológicos de la educación. Madrid: Colección psicología y educación.

Piaget J. (1969) Psicología del niño. Buenos Aires: Editor 904.

Saucedo M. T. J. (1996) Factores de crianza e interacción familiar. Predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM.

Saucedo M.T. J. Y Gómez Pérez-Mitre G. (1997) Validez diagnóstica del Índice de Masa Corporal en una muestra de adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica Mexicana. 18, 19-27.

Saucedo M. 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. 40 (5).

Saldaña C. Y Rosell, R. (1988) Obesidad. Barcelona: Martínez Roca.

Saldaña C. (1994) Trastornos del comportamiento alimentario. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Segal H. (1996) Introducción a la obra de Melanie Klein. México: Paidós.

Sheppard K. (1996) Comer.....cautomedicarse?. Addictus. 12

Toro J. Vilardell E. (1988) Anorexia nervosa. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud. Salud 2000. Barcelona: Martínez Roca.

Toro J. (1996) El cuerpo como delito: Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel Ciencia.

Turón, G. V. J. (1997) Trastornos de la alimentación: anorexia nervosa, bulimia y obesidad. Barcelona: Masson.

Unikel S. C. Y Gómez Pérez-Mitre G. (1996) Trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de mujeres adolescentes, estudiantes de danza y estudiantes de secundaria y preparatoria. Psicopatología. Madrid 16, 121-126.

Vargas L. A. y Casillas L. E. (1993) Indicadores antropométricos. Cuadernos de Nutrición. 16 (5) 34-36.

Watson E. N. Y Lowrey G. H. (1997) Crecimiento y desarrollo del niño. México: Trillas.

Woody, H. (1992) School psychology. Boston M. A: Allyn an Bacon.

“ANEXOS”

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XX
ANEXO 1**

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos formas de ser y de pensar de las estudiantes mexicanas relacionados con la alimentación y con la salud en general

El éxito de nuestra tarea depende de ti de tu colaboración que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN

SECCION A

Nombre _____

1 - Tipo de Escuela a la que asistes Privada ()
Publica ()

2 - Grado que cursas _____

3 - Fecha de nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____

4 - ¿Cuanto pesas? _____ Kg Si no sabes con exactitud ¿Cuanto crees que pesas? _____ Kg

5 - ¿Cuanto mides? _____ Mts Si no sabes con exactitud ¿Cuanto crees que mides? _____ Mts

6 ¿En que trabaja tu papa?
No tiene trabajo ()
Obrero ()
Empleado ()
Vendedor Ambulante ()
Comerciante Establecido ()
Profesionista ()
Empresano ()
Otra cosa _____ ()

7 ¿A que se dedica tu mamá?
Ama de casa ()
Empleada doméstica ()
Empleada (comercio u ofiana) ()
Vendedora Ambulante ()
Comerciante Establecido ()
Profesionista ()
Empresana ()
Otra cosa _____ ()

8 ¿ Que lugar ocupas entre tus hermanos ?
Eres hja unica ()
Eres la mas chica ()
Ocupas un lugar intermedio ()

ESTA PARTE NO LA CONTESTES
En: _____
Pr: _____

Eres la mayor ()

9. ¿Ya estás menstruando?

NO.... () Pasa a la pregunta 12

SI..... () Pasa a la pregunta siguiente

10. Edad en que tuviste tu primera menstruación _____

10-A.- Tu menstruación se presenta

regularmente (todos los meses) ()

irregularmente (unos meses si, otros no)..... ()

11.- Como tan rápido que siento que la comida se me "atráganta"

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

12.- Como mis alimentos frente a la T. V.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

13.- Consumo alimentos "chatarra"

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

14.- Acostumbro comer entre comidas (entre el desayuno y la comida o entre la comida y la cena o merienda)

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

15.- Trato de comer alimentos bajos en calorías como carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

134

16.- Creo que como más rápido de lo que comen los demás.

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

17. Como rápido y mucho

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

18.- A mis padres o tutores les da lo mismo si como alimentos o no

Nunca	A veces	Frecuentemente (mas del 50% de las veces)	Muy Frecuentemente	Siempre
()	()	()	()	()

19.- En el último año:

No he hecho cambios en mi alimentación ()

Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

para bajar de peso..... ()

para subir de peso..... ()

por otra razón..... ()

qué_____

) explica para

20.- En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

Mamá o papá..... ()

Abuelita(o)..... ()

Tía(o)..... ()

Hermana(o)..... ()

Amiga(o)..... ()

Doctor(a)..... ()

Nadie, lo decidí yo mismo ()

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD
PREADOLESCENTES
FORMA XY
ANEXO 2

Este cuestionario tiene la finalidad de conocer hábitos, formas de ser y de pensar de los estudiantes mexicanos, relacionados con la alimentación y con la salud en general.

El éxito de nuestra tarea depende de ti, de tu colaboración que respondas lo más cuidadosa y honestamente posible.

MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACION

SECCION A

Nombre _____

1 - Tipo de Escuela a la que asistes _____

Privada ()

Publica ()

ESTA PARTE NO LA CONTESTES	
Ex:	_____
Pr:	_____

2 - Grado que cursas _____

3 - Fecha de Nacimiento Dia _____ Mes _____ Año _____

4 - ¿Cuanto pesas ? _____ Kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuanto crees que pesas ? _____ Kg.

5 - ¿Cuanto mides ? _____ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuanto crees que mides ? _____ Mts.

6 - ¿En que trabaja tu papa?

No tiene trabajo ()

Obrero ()

Empleado ()

Vendedor Ambulante ()

Comerciante Establecido ()

Profesionista ()

Empresario ()

Otra cosa _____ ()

7 - ¿A que se dedica tu mamá?

Amo de casa ()

Empleada domestica ()

Empleada (comercio u oficina) ()

Vendedora Ambulante ()

Comerciante Establecido ()

Profesionista ()

Empresaria ()

Otra cosa _____

8 - ¿Que lugar ocupas entre tus hermanos ?

Eres hijo unico ()

Eres el mas chico ()

Ocupas un lugar intermedio ()

Eres el mayor ()

9 - ¿Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones) ?

NO () Pasa a la pregunta 11

SI () Pasa a la siguiente pregunta

10 - Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas _____

- 11.- Como tan rápido que siento que la comida se me "atráganta".
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
- 12.- Como mis alimentos frente a la T. V.
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
- 13.- Consumo alimentos "chatarra"
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
- 14.- Acostumbro comer entre comidas (entre el desayuno y la comida o entre la comida y la cena o merienda)
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
- 15.- Trato de comer alimentos bajos en calorías como: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
- 16.- Creo que como más rápido de lo que comen los demás.
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
- 17.- Como rápido y mucho
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |
- 18.- A mis padres o tutores les da lo mismo si como mis alimentos o no
- | | | | | |
|-------|---------|---|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente
(50% de las
veces) | Muy Frecuentemente | Siempre |
| () | () | () | () | () |

19.- En el último año:

No he hecho cambios en mi alimentación ()

Si hice cambios en mi alimentación ()

Estos cambios fueron

para bajar de peso..... ()

para subir de peso..... ()

por otra razón..... () explica para qué _____

20.- En caso de que hayas hecho cambios en tu alimentación, ¿quién te lo recomendó?:

Mamá o papá..... ()

Abuelita(o)..... ()

Tía(o)..... ()

Hermana(o)..... ()

Amiga(o)..... ()

Doctor(a)..... ()

Nadie, lo decidí yo mismo ()