

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO



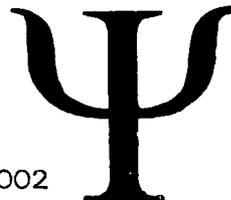
FACULTAD DE PSICOLOGIA

"RELACION ENTRE LA PRESENCIA DE CONDUCTAS  
ALIMENTARIAS DE RIESGO, AUTOESTIMA Y  
CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE  
ENSEÑANZA MEDIA Y MEDIA SUPERIOR"

**T E S I S**

PARA OBTENER EL GRADO DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N :  
**AMARANTA JASSO OSORNO  
Y AEL MUÑOZ LICONA**

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. BLANCA GIRON HIDALGO



MEXICO, D.F.

JUNIO 2002

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

*Mi eterno y sincero agradecimiento a mis padres por haberme enseñado desde pequeña lo bueno y lo malo de la vida, a disfrutar, reír y llorar según el momento lo requiriera; proporcionarme todo lo necesario para salir adelante; darme su fortaleza cuando todo parecía derrumbarse frente a nosotros; inculcarme metas en la vida y a luchar por alcanzarlas. Creo la más importante, está por concluirse. Valoro que hayan estado en todo momento conmigo compartiendo y apoyándonos en cada instante de nuestras vidas como la familia que somos.*

*Sé que el haber llegado hasta este nivel no ha dependido sólo de mí, sino de mi mamá, mi papá, mi hermana y Yo, reconozco su importante colaboración que me brindaron ya que sin ella esto no hubiera sido posible.*

## SINCERAMENTE Y DE CORAZÓN GRACIAS

*A mis tíos que siempre me han procurado y apoyado en todo momento.*

*A Yael por haber compartido conmigo los últimos años de la carrera y la elaboración de este nuestro último y más importante trabajo como estudiantes.*

*Y por último, a todos mis amigos que directa o indirectamente han influido en mi vida ayudándome a ser lo que ahora soy.*

Los quiere

AMARANTJA

*A Jehová que sin su calor, no estuviera aquí, te agradezco por la vida, por cada mañana y por poner en mi camino a gente tan valiosa.....*

*A mis padres Blanca Lilia y Benjamín, les dedico este trabajo, que como ya saben, es resultado de una larga travesía, espero les enorgullezca, como me enorgullece a mí, los quiero mucho.*

*A mi hermana Kineret, sabes lo que significa el terminar un ciclo, tú ya lo viviste, siempre te he admirado por tu sed de conocimiento y superación, te dedico mi último esfuerzo de licenciatura, deseandote seguir tus pasos hacia el crecimiento, gracias.*

*A mi hermano Oliver, espero que te agrade este trabajo que representa una meta de las muchas que tengo, ojalá compartas mi alegría.*

*Sra. Amada Osorno, gracias por su hospitalidad, sus grandiosas comidas y sus amenas charlas de sobremesa, y sobre todo gracias por confiar en que Amaranta y Yo formáramos un buen equipo. Usted es una mujer con la fortaleza que quisiera aprender, la admiro mucho.*

*Amaranta, gracias por confiar en mí, agradezco tu apoyo, disposición y entrega, eres una gran compañera y amiga te quiero.*

*A mis amigos y amigas: David Aguilar, David Olguín, Fernando, Alfonso, Felix y Xochitl, que han compartido su escucha y parte de su vida conmigo, gracias por su apoyo y a mis amigas y amigos de universidad Cynthia, Wendy, Nora, Alma y Christian, que compartieron desvelos, angustias, alegrías, enojos y logros como este que les dedico, los quiero mucho.*

*A mis fieles escuchas y acompañantes de crecimiento: Yael, Miriam, Ale, Marce y Nasheli, gracias por ayudarme a ver lo que no podía.*

*A la Dra Griselda Soto, gracias por su escucha y su apoyo en un el término de este ciclo.*

*Al abuelo Beto, te dedico este trabajo, gracias por tu apoyo, te quiero mucho.*

*A mis primos y tíos: Jam Mares, Jam Salamanca, Jam Muñoz, gracias por todo su cariño*

*Arturo, gracias por todo lo que me has dado, por tu cariño, tu compañía, por hacerme sentir importante y por tu amor. Te dedico este trabajo con todo mi cariño, te quiero mucho.*

*Y A E L*

*Queremos agradecerte Blanca Girón por tu apoyo y dirección de esta tesis, tus comentarios fueron de gran valor, recordaremos siempre tu sonrisa y buena disposición para atendernos, muchas gracias.*

*Gracias Jorge Villatoro, eres un gran investigador, aprendimos mucho de ti, sobre todo a hacer las cosas bien.*

*Gracias Claudia Unikel, por tus comentarios y ayuda, es satisfactorio saber que hay alguien a quien preguntar y sobre todo con la disposición y conocimiento que tu tienes.*

*Gracias a nuestros sinodales: Alberto Cordova, Asunción Valenzuela y Leticia Chavarría, por sus observaciones a la presente.*

*Agradecemos especialmente a nuestra máxima casa de estudios la UNAM por habernos formado y cobijado en sus instalaciones, realmente es incalculable todo el potencial que tiene para generar grandes profesionistas, eres maravillosa.*

*Nuestro agradecimiento y reconocimiento al Grupo Piloto de Clínica, coordinado por la Dr. Bonny Blum y la Lic. Eva Esparza, por los privilegios y enseñanzas que nos brindó.*

*Agradecemos al Instituto Nacional de Psiquiatría sin su apoyo no se hubiera llevado a cabo este trabajo.*

**RELACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO,  
AUTOESTIMA Y CONSUMO DE DROGAS EN ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN  
MEDIA Y MEDIA SUPERIOR**

<b>ÍNDICE</b>	<b>PAGINA</b>
RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	3
<b>CAPÍTULO 1. ADOLESCENCIA</b>	
1.- CAMBIOS FÍSICOS Y BIOLÓGICOS	6
2.- CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES	7
3.- CAMBIOS SOCIALES	8
4.- DESARROLLO COGNOSCITIVO	12
5.- AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA	13
6.- CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA	15
<b>CAPÍTULO 2 TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA</b>	
1.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	24
2.- SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS	27
3.- MODELOS TEÓRICO-EXPLICATIVOS	28
4.- ASPECTOS PSICOLÓGICOS	36
5.- IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y CONDUCTUALES	37
6.- RESULTADOS DE INVESTIGACIONES	48
<b>CAPITULO 3 METODOLOGÍA</b>	
1.- PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	52
2.- PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS	52
3.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	52
4.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	52
5.- POBLACIÓN Y MUESTRA	53
6.- INSTRUMENTO	54
7.- PROCEDIMIENTO	58
8.- ANÁLISIS ESTADÍSTICO	58
<b>CAPITULO 4 RESULTADOS</b>	60
<b>CAPITULO 5 DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b>	68
-REFERENCIAS	72
-ANEXOS	76

## RESUMEN

Para conocer la relación existente entre las conductas alimentarias de riesgo, la autoestima y el consumo de drogas en la población estudiantil de la Ciudad de México, se utilizaron los datos recopilados por la Encuesta sobre la prevalencia del consumo de drogas y alcohol en la población estudiantil del D.F. Medición Otoño del 2000 (proyecto 4320 del Instituto Nacional de Psiquiatría con el apoyo de CONACYT a través del proyecto # 30827).

Se investigaron diferencias por sexo en 2 categorías de ocurrencia (riesgo y no riesgo) de las conductas alimentarias de riesgo. Se utilizó una escala de 11 reactivos con 3 opciones de respuesta para indagar acerca de la presencia de dichas conductas en los últimos 3 meses. Participaron 502 sujetos (212 hombres y 290 mujeres) entre los 12 y 19 años de edad (hombres  $\bar{x}=14.5$  D.E.=1.9 y mujeres  $\bar{x}=14.8$  D.E.=2.0), que fueron clasificadas en grupos de riesgo y no riesgo, con base en los criterios diagnósticos para los trastornos de la conducta alimentaria propuestos por el DSM-IV.

Los indicadores de la conducta alimentaria que se incluyeron son: la preocupación por engordar, la sobrestimación del peso corporal, así como la práctica de métodos restrictivos y/o purgativos para bajar de peso.

Se llevaron a cabo análisis comparativos entre los grupos estudiados con base en las prevalencias de uso de drogas (médicas e ilegales), para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias y cruces de variables, chi-cuadrada y análisis de varianza de 2 factores.

Se encontraron diferencias significativas entre el grupo de riesgo y el de no riesgo de la conducta alimentarias de riesgo. El consumo de drogas es mayor en los adolescentes que pertenecen al grupo de riesgo. Se encontraron diferencias significativas de acuerdo al sexo, al ser las mujeres en riesgo las que consumen en mayor porcentaje cualquier tipo de droga (32.2% vs 11.8%).

Las diferencias encontradas en la presente investigación muestran un posible vínculo entre el consumo de drogas y las conductas alimentarias de riesgo; sin embargo los datos deben ser tomados con cierta precaución, dado que esta línea de investigación requiere de estudios específicamente diseñados para evaluar la relación con mayor nivel de precisión.

El hecho de que las adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo de la muestras comprendida en el presente estudio, reporten mayor consumo de sustancias es una cuestión que revela la urgente necesidad de impulsar la investigación en esta área que permita establecer de manera más comprensiva la naturaleza, evolución y secuelas de los trastornos de la conducta alimentaria.

## INTRODUCCIÓN

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria resulta de gran relevancia, ya que la incidencia de tales trastornos es cada vez más elevada, presentándose predominantemente en población preadolescente y adolescente, por lo que este grupo se considera de alto riesgo. Se ha reportado que en edades de 9 a 12 años ya está presente el deseo de una figura muy delgada y el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo, lo deseable, además de encontrar que el 89% del grupo de preadolescentes estudiado presenta una excesiva preocupación por su peso corporal (Gómez, 1997).

Dentro del campo de estudio de las anomalías de la conducta alimentaria se encuentran dos principales entidades: bulimia y anorexia nerviosa, que se gestan por una estructura social y familiar determinadas, que condicionan ciertas características psicológicas de las personas que las padecen, dichas entidades se desarrollarán más ampliamente en los siguientes capítulos.

La investigación epidemiológica de estos trastornos en México es escasa, aunque se ha intensificado en los últimos años. Algunos estudios reportan la presencia de factores de riesgo, es decir de conductas y prácticas alimentarias que pueden conducir a la gestación y desarrollo de dichas anomalías (Gómez, 1993a). Por su parte Mancilla, et al. (1999) encontraron 44 de 524 (8.3%) casos de chicas universitarias con trastornos alimentarios, a las cuales se les aplicó el EAT-40, BULIT y el EDI, presentaron las conductas alimentarias de riesgo, tales como: distorsión de la imagen corporal, insatisfacción corporal, miedo a engordar (preocupación por el peso), baja autoestima e inseguridad, seguimiento de dietas, entre otras.

Hsu (1983 en González, Lizano, Gómez, 1999) investigó sobre anorexia nerviosa y concluyó que ésta es más frecuente en mujeres que en hombres, predominando más en adolescentes mujeres de la clase social alta en países desarrollados; sin embargo, en la actualidad se observa que ya no pertenecen únicamente a estos países, sino que su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades en las que no predomina necesariamente el alto desarrollo económico, tal parece que ahora el común denominador es la cultura de la delgadez. Johnson y Maddi (1986 en Attie y Brooks-Gunn, 1989) encontraron que jóvenes con trastornos alimentarios manifiestan sentimientos de baja autoestima e inseguridad, tienden a presentar mayores dificultades para entablar relaciones interpersonales óptimas en comparación con las jóvenes sin trastornos. Al respecto Mancilla et al. (op cit) observaron que factores tales como insatisfacción de la imagen corporal, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima tuvieron medias más altas en el grupo con trastorno alimentario (11.16) en comparación con el grupo sin trastorno (1.66).

Ahora bien dentro de la literatura internacional el panorama no es distinto, por ejemplo, en Suiza se encontró que de 1956 - 58 a 1973-75 se incrementó cuatro veces (de 3.98 por cien mil a 16.76 por cien mil) la incidencia de anorexia en mujeres con edades de 12 a 25 años (Willi y Grossman, 1983). En una investigación realizada en

Londres se encontró que por cada 250 estudiantes mujeres inscritas en escuelas privadas, había un caso severo de anorexia (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976). Por su parte Agras (1988), señala que el número de pacientes que se atendía anualmente en la Clínica de Stanford hasta antes de 1979, no excedía a 10, pero que a partir de los primeros años de 1980 se incrementó a 200. Pyle, Halvorson, Newman y Mitchell (1986) encontraron un incremento de 1% al 3.2%, que se dio en relación con atracones y técnicas de purga. En una submuestra tomada de una muestra investigada tres años atrás (en Gómez, 1993a). Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990 en Mancilla et al., op cit), mencionan que la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y trastornos alimentarios han venido incrementándose como problema sobresaliente en colegios. Por su parte Emmons (1992) reportó un alto porcentaje de chicas que utilizaban purgas, laxantes, diuréticos y se provocaban el vómito para ayudarse a perder peso, lo que permite afirmar que las prácticas dietarias son la consecuencia de la gran preocupación existente por el peso, además que están siendo cada vez más comunes en muestras de estudiantes (en Mancilla et al., op cit).

Esto se debe quizás al gran bombardeo que se lleva a cabo a través de los medios masivos de comunicación, las cuales promueven imágenes estereotipadas en donde el tener cuerpo delgado da un cierto estatus a las personas, sobre todo a las mujeres, siendo el grupo de edad más vulnerable como se mencionó anteriormente la población pre y adolescente (Mancilla et al., op cit).

Así, se observa que en la adolescencia se enfatiza la importancia del atractivo físico, ya que es durante esta etapa de la vida cuando pueden modificarse ideas, costumbres, creencias y hábitos, ya establecidos, de aquí que el adolescente puede orientarse a la búsqueda de un concepto y una imagen más acorde con la idealizada y los modelos transmitidos por su núcleo social (De la Fuente, Medina-Mora, Caraveo, 1997).

Campollo (1995) y Hernández (1993 en González, Lizano y Gómez, 1999) afirman que en las ciudades industrializadas existe una actitud negativa hacia la obesidad, lo que contribuye a disminuir la autoestima y a incrementar problemas psicológicos como depresión, hipocondriasis e introversión social. Asimismo, se ha encontrado que los atributos negativos como perezoso, lento y sucio son asociados con las personas obesas, mientras que la belleza, la inteligencia y el ser sociable son relacionados con las personas delgadas (Staffiere, 1972; Dion, 1973 en González et al., op cit).

La anorexia y bulimia nerviosa son trastornos bio - psico - sociales de suma importancia, pues comprometen la salud y el destino de un gran número de población pre y adolescente, así como de mujeres jóvenes. Estos trastornos alimentarios no son un padecimiento de fácil manejo, pues además de poner en peligro la vida de los pacientes por la vía de la desnutrición y de sus complicaciones, es común encontrar una relación comórbida entre dichas conductas y algunos síndromes psiquiátricos, incluyendo el consumo de drogas.

En este sentido se han realizado estudios en donde se ha analizado la relación entre trastornos alimentarios y el abuso de substancias, encontrando que algunos factores de los trastornos de la conducta alimentaria pueden incidir en la prevalencia, frecuencia e intensidad del uso de drogas en población escolar. Krann y cols (1992 en Gutiérrez et al., 2000) al investigar la relación entre prácticas de dietas y el consumo de drogas en escolares, encontraron una relación entre la severidad de las dietas con la frecuencia e intensidad con que se consumía alcohol. Al respecto, estudios clínicos han demostrado que las mujeres diagnosticadas con bulimia son proclives a utilizar alcohol o cocaína para disminuir el apetito, mientras que las mujeres con anorexia consumen excesivamente píldoras para fines de pérdida de peso.

En realidad son escasos los estudios en nuestro país en donde se hable de esta relación; sin embargo, en un estudio realizado en México encontraron que, en un grupo de adolescentes que presentan conductas alimentarias de riesgo, tiene 2 veces más riesgo de consumir drogas alguna vez en la vida (25.2%) que en uno que no presentó conductas alimentarias de riesgo (10.5%). Así mismo, encontraron que el grupo de riesgo tiene además mayor probabilidad de seguir el consumo debido a factores como: preocupación excesiva por el peso, trastornos de la personalidad, depresión, angustia, baja autoestima y abuso sexual infantil (Gutiérrez et al., op cit).

Como hemos revisado, la presencia de conductas alimentarias de riesgo pueden ser semilleros para presentar cuadros clínicos como bulimia o anorexia, y/o además presentar consumo de drogas, por lo que el problema se agrava aun más. Por esta razón, es necesario dirigir más esfuerzos para comprender los mecanismos que llevan a los jóvenes a presentar estas problemáticas, y dado que hay escasas investigaciones en donde se relacionen ambas problemáticas, es de interés para esta investigación recopilar, integrar y generar información acerca de esta asociación con población mexicana adolescente.

Así, este trabajo pretende:

> Describir si existe relación entre las conductas alimentarias de riesgo, autoestima y consumo de drogas.

Es importante reconocer la importancia y la necesidad de la prevención, ya que se ha observado que la presencia de consumo de drogas y/o trastornos alimentarios como son la anorexia o bulimia, entre otros trastornos, trae como consecuencias graves complicaciones clínicas y psicológicas. Por tal motivo se pretende que, con la información y resultados obtenidos en la presente, se trabaje en la prevención de dichas problemáticas, así como de promover la salud e incrementar la calidad de vida de los adolescentes.

## ADOLESCENCIA

El significado etimológico de la palabra adolescencia proviene del verbo latino "adolescere" que significa "crecer", "madurar", "llegar a la maduración" (Fuentes, 1989); ese crecimiento al que alude la raíz verbal, involucra no solo los aspectos físicos, sino también el desarrollo intelectual, emocional y social del individuo.

La edad aproximada de esta etapa se ubica entre los 13 y 19 años. El paso de la niñez a la adolescencia se define por los cambios físicos de la pubertad generalmente, sin embargo, de la adolescencia a la edad adulta no hay cambios físicos o ritos que marquen la transición (Morris, 1987). Así, es importante señalar que no sólo se dan cambios físicos sino también en el desarrollo intelectual, social, emocional, familiar, etc.

## CAMBIOS FÍSICOS Y BIOLÓGICOS

El factor que agiliza las transformaciones psicofísicas que son características de la adolescencia, es el cambio biológico que afecta a todo el organismo y que lleva a cambios de índole intelectual, emocional, etc., y que da como resultado la adquisición de la madurez sexual. Este conjunto de cambios orgánicos debe comprenderse como un todo integral, cuyos elementos son inseparables (Fuentes, op cit).

En lo que respecta a los cambios físicos y biológicos, la adolescencia se caracteriza por un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y del tamaño corporal, un desarrollo rápido de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Algunos de los cambios ocurren en todos los niños y niñas (aumento del tamaño, mayor fuerza y vigor), pero en su mayor parte son propios de cada sexo (Craig, 1994). Es posible decir que después de los 11 años de edad el ritmo de crecimiento es de aproximadamente 4 cm y de 4 kg. por año. Los aumentos en talla y peso son irregulares y arrítmicos, ocurriendo no en forma de progresión paulatina, sino mediante "oleadas" (Fuentes, op cit).

Por lo general, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo, por los que algunos preadolescentes pueden engordar de manera evidente en esta época. También le sigue, al final de la niñez o al principio de la adolescencia, un gran incremento en la estatura. Los huesos y los músculos aumentan en tamaño (Craig, op cit); los músculos aumentan de modo notable su fuerza; esta fuerza tiende a incrementarse en 6 ó 7 veces entre el comienzo y el final de la adolescencia; a su vez, el vigor de la muñeca se duplica entre los 13 y 17 años, y el muchacho aventaja rápidamente a la muchacha en fuerza y volumen muscular. Al final de la adolescencia, los músculos representan el 40% del peso total del individuo (Fuentes, op cit). En el curso de este crecimiento, por lo general, los niños pierden la grasa extra que acumularon al principio; sin embargo, en el caso de las niñas, ellas tienden a conservar la mayor parte de la grasa que acumularon, aún cuando termina distribuyéndose en distintos lugares del cuerpo (Craig, op cit).

Durante las primeras etapas de la adolescencia, las diferentes partes del cuerpo se desarrollan en diferentes proporciones. La cabeza deja de crecer, las manos y los pies alcanzan más o menos su talla adulta, hay un aumento en lo largo de las piernas y de los brazos. El estiramiento físico, que con frecuencia se da en esta época, puede hacer que el adolescente se sienta torpe. Después del crecimiento de las extremidades le sigue un incremento en el ancho del cuerpo, terminando con el completo desarrollo de los hombros (Craig, op cit).

## CAMBIOS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES

La adolescencia incluye una gran cantidad de cambios en todos los aspectos de la vida del niño. Se produce gran expansión e insatisfacción de la vida emocional cuando el adolescente amplía sus actividades buscando nuevas experiencias y conocimientos, pero al mismo tiempo, toma una actitud defensiva contra posibles consecuencias. Comúnmente es un periodo de esperanzas e ideales, de anhelos que, a menudo, están separados de la realidad; hay apasionamiento por asuntos que los adultos consideran de poca importancia. También se puede ver que las emociones tienden a variar mucho más que en los periodos que preceden a esta etapa o que la siguen. Los periodos de mucho entusiasmo y con intentos de alcanzar grandes logros son seguidos por otros de falta de energía, depresión, insatisfacción.

El adolescente enfoca la vida de una manera principalmente inductiva. Su falta de experiencia y su preocupación por el aquí y el ahora lo lleva a generalizar a partir de casos específicos, y a creer que lo que es cierto para algunas personas o para algunos sucesos o épocas específicas, también serán verdaderos en otras circunstancias y en todo momento (Horrocks, 1986).

Se le ha descrito como una persona emocional, sumamente voluble y egocéntrica, que tiene poco contacto con la realidad y que es incapaz de la autocrítica. También se le ha dicho conservador, estereotipado, inestable, perfeccionista y sensible.

Emma (1965 en Horrocks, op cit), considera la maduración gradual de la capacidad racional y el rápido desarrollo de la vida emocional, como los dos fenómenos primordiales de la adolescencia. Este autor incluye la inestabilidad, la incertidumbre, la ambivalencia y la intensidad, como aspectos del desarrollo rápido. Con frecuencia se describe la adolescencia como el periodo durante el cual el individuo se esfuerza mucho para separarse de grupos de personas de otras edades.

Muzio (1970 en Horrocks, op cit) señala esta edad de exclusividad como intentos del adolescente de diferenciarse de los niños más pequeños, pero más de los adultos, ya que la responsabilidad le atemoriza. Se puede suponer que pese a que desea el privilegio de la responsabilidad y lucha por ella, al mismo tiempo quiere protegerse de lo que ésta implica.

Elkind (1978) considera que el egocentrismo es fundamental en la adolescencia, y que representa una falta de capacidad para diferenciar entre los propios intereses cognoscitivos y los intereses de los demás, por lo que tienden a anticipar las reacciones de quienes los rodean; suponen que los otros aprueban o critican con la misma fuerza que ellos mismos se aprueban o critican. Además observa que son idealistas y perfeccionistas, e indica que su búsqueda de la perfección es igualmente crítica para sí mismo que para otros. Hurlock (1968 en Horrocks, op cit) observa que los adolescentes muestran típicamente tendencias bien definidas, no sólo para criticar a otros sino, también para tratar de reformarse a ellos mismos. Supone que esto es un fenómeno de desarrollo, que comienza en la niñez y llega a su extremo en la adolescencia. Elkind y Bowen (1977 en Craig, op cit) mencionan que les inquieta la posibilidad de que los demás descubran sus deficiencias.

Las suposiciones referentes a las opiniones de la gente constituyen la "audiencia imaginaria" del adolescente, ellos utilizan esa audiencia como prueba para ensayar "mentalmente" varias actitudes y conductas. Esta "audiencia imaginaria" es al mismo tiempo la fuente de gran parte de la conciencia de sí mismo, de sentirse observado constantemente y de forma dolorosa. Ya que los adolescentes no están seguros de su identidad interna, reaccionan exageradamente frente a las opiniones ajenas al tratar de averiguar lo que realmente son (Elkind, op cit).

Al igual que no diferencian los sentimientos de la gente, puesto que están muy ensimismados en sus propios sentimientos, es decir, creen que sus emociones son exclusivas de ellos, que nadie ha conocido ni conocerá su sufrimiento o éxtasis tan profundos. Como parte de esta clase de egocentrismo, creen que se les debe liberar de las leyes ordinarias de la naturaleza y que vivirán para siempre; este sentimiento de invulnerabilidad e inmortalidad, puede ser la respuesta a algunas conductas riesgosas que son comunes en este periodo. Teniendo nuevos conocimientos críticos, puede ver ahora un número mayor de fracasos personales o de sus padres, por lo que le es difícil imaginar cómo dos personas tan limitadas y ordinarias, pudieron tener una persona tan sensible y especial. El ensimismamiento puede ser un obstáculo en el proceso de aprender a encarar el resto del mundo, pero este problema tiende a desaparecer cuando el egocentrismo empieza a ceder entre los 15 y 16 años, a medida que los adolescentes se empiezan a dar cuenta de que la "audiencia imaginaria" no les da mucha atención y que están sujetos a las leyes de la naturaleza, al igual que los demás (Buis y Tompson, 1989 en Craig, op cit).

## CAMBIOS SOCIALES

Cabe señalar que la adolescencia no es por entero un periodo cronológico, no se rige por intervalo de edades establecido, sino como una etapa de cambio que se da en la vida de todo ser humano, la cual puede presentarse en diferentes edades; a pesar de esto, existen enfoques que la delimitan, como es el caso del enfoque legal, que maneja el término de la adolescencia hasta los 18 años convirtiéndose al joven, a partir

de aquí, en una persona con una responsabilidad propia de su mayoría de edad (Llanes, 1987).

En cambio, desde el punto de vista sociológico, se define por su función en el devenir histórico; así la función del adolescente es la de conservar los valores y estructuras de la sociedad heredadas de generaciones anteriores, lo mismo que en caso necesario, convertirse en promotores de cambios y creadores de nuevas estructuras sociales. En el ámbito psicológico la adolescencia es la edad en la que el individuo se integra dentro de la sociedad de los adultos. Significa el periodo de unificación de la continuidad interna con la identidad social, la recuperación de lo que fue con lo presente y con lo que puede llegar a ser, reconciliando el individuo su autoconcepto con el reconocimiento que la sociedad hace de él (Fuentes, op cit).

La adolescencia son unos años de confusión y de inseguridad, ante la dificultad de manejar los impulsos nacientes frente a una realidad que impone parámetros de conducta y que exacerba el sentido de una conciencia moral, hasta condiciones extremadamente punitivas (Llanes, op cit).

Como menciona Leyva (1988), sin duda la adolescencia representa una fase difícil, plena de angustia e incertidumbre, un periodo de cambios fundamentales que conducen al conflicto de la identidad a la reafirmación de algunos valores y a la negación de otros.

Así pues, el adolescente está en una lucha ambivalente entre la independencia y la dependencia, quiere autoafirmarse pero añora la seguridad que le brindan sus padres, está despertando a un cúmulo de sensaciones sexuales insospechadas para él; se ve como una persona madura, famosa, importante, con una vida plena de aventuras y de honores o favorecida por el otro sexo; pero de una y otra manera, es un momento colmado de vitalidad, fuerza y de entusiasmo por lo nuevo.

En suma y considerando un enfoque sociocultural, la adolescencia no es un proceso aislado en la vida de un individuo, sino un proceso particular inscrito en el contexto de las relaciones familiares, sociales, culturales, geográficas, etc., es decir, la relación del sujeto con su sociedad, con su intimidad y su colectividad, es el momento de transición para abandonar la figura del niño e incorporarse a la del adulto, con todas las implicaciones humanas de un cambio fundamental de actitud, el estudio de la adolescencia quedaría incompleto al no estudiar dicho contexto.

Las diferentes etapas del desarrollo y crecimiento vital de todo ser humano (niñez, adolescencia, juventud, adultez, vejez), implican cada una de ellas diversas necesidades de adaptación e integración al intercambio social.

En lo referente a la etapa de la adolescencia, el adolescente se verá llevado por su propio proceso de crecimiento a distanciarse de su grupo inicial (la familia), tratando de demostrarse así mismo que ya es mayor, pero aun se siente inseguro e inexperto y observa que estas sensaciones son comunes en otros individuos de su edad. En esta

forma comienza el proceso que lo llevará a identificarse con otros en su misma condición. Uniéndose a un grupo de iguales el adolescente se siente apoyado, comprendido, aceptado, y de esta manera va afirmando su confianza en sí mismo e intentando lograr un lugar propio e independiente en la sociedad. Así, la formación de grupos de adolescentes, es considerada como transición necesaria entre el núcleo familiar y la vida social.

Existen distintos tipos de grupos, tanto de un solo sexo como de ambos, que pueden moldear la experiencia adolescente.

Fuentes (op cit), considera 4 grupos:

- ✓ Grupos en proceso de adaptación: son grupos cuya conducta tiende a la imitación fiel de la conducta adulta, sin tomar en cuenta lo que esta puede tener de discutible.
- ✓ Grupo de transgresores: es el grupo que se manifiesta en una rebelión indiscriminada y en la trasgresión a todas las normas de la convivencia.
- ✓ Grupos integrados cristalizados: en este tipo de grupos, los integrantes pertenecen a él durante un prolongado periodo; se rehúsan a admitir nuevos integrantes y a la vez presionan fuertemente cuando alguien quiere alejarse, lo que puede producir un corte en el proceso de maduración.
- ✓ Grupos en verdad transitorios: en estos grupos la importancia de la interacción grupal sólo toma primacía durante un lapso relativamente reducido de tiempo; en esa medida la disolución del grupo por disgregación, producto de la creciente madurez individual de sus integrantes, es el inicio de una progresiva y positiva integración del adolescente a las condiciones de su vida ya prácticamente como joven, lográndose otro periodo vital.

Considerando los tipos de grupos antes mencionados, el adolescente intenta en el grupo compartir inquietudes, dudas, ansiedades y proyectos para poder superar los conflictos que se le presentan y así, las relaciones que se dan en los grupos puedan ser de diversa índole e ir, de acciones que permitan que sus integrantes se superen y desarrollen sus potencialidades, pero también pueden dirigir a sus miembros pautas de comportamiento que perjudiquen su integridad física, mental y/o social; como es el caso de las "bandas", que se ubican en los grupos de transgresores.

La banda es un fenómeno que aqueja a todos los países con alto desarrollo o con desarrollo medio, como es México, existiendo diversas bandas de niños, adolescentes, jóvenes, de hombres y mujeres. La conformada por adolescentes es temida y recelada tanto por padres, como por educadores, legisladores, etc., existiendo cierta tendencia a atribuir los desvíos y excesos de las bandas de los adolescentes en general, siendo que en muchas ocasiones es la propia sociedad la que genera estas manifestaciones.

En la actualidad existen "bandas" que ostentan una vida sana, valorando el cuidado de la salud física y mental por parte de los integrantes de la misma, a través de acciones tales como: campañas de limpieza y reforestación, tardeadas para recaudar fondos y mantener unido al grupo, etc., por esto, es necesario trazar estrategias que permitan aprovechar el papel del grupo en el uso del tiempo libre por parte de los adolescentes, dándole libertad para organizar sus propias actividades, creando espacios donde comience a sentirse integrado y considere dichos espacios como propios.

En las culturas como la nuestra, la sociedad ha estereotipado a los adolescentes, considerándolos como un grupo con características particulares, con un estilo propio en su forma de vestir, hablar y comportarse, siendo los medios de comunicación masiva, en especial la televisión, los que más contribuyen a la formación de dichos estereotipos, provocando así una menor integración entre los adolescentes y los adultos.

Dado que la personalidad del adolescente está en proceso de formación y, puesto que anda en busca de un equilibrio que le permita resolver sus dudas acerca de quién es él, es que se considera más susceptible de ser influenciado por los mensajes que envían los medios.

La imagen del yo físico del adolescente se basa en gran medida en normas culturales y, particularmente, en la interpretación de estas normas aceptadas como normales por el grupo de iguales. Así, las niñas frecuentemente tienen una imagen de feminidad culturalmente aceptada y que está representada por una estrella glamorosa del cine o de la televisión; los niños a menudo seleccionan a una atleta como la imagen ideal masculina, aunque ellos también están influidos, con demasiada frecuencia por actores que son considerados como masculinos.

De manera general, estas imágenes se perciben como metas finales que pueden ser alcanzadas en la edad adulta y, es probable que la imagen física ideal inmediata, esté basada en lo físico de otro adolescente. Una adolescente bien desarrollada y bien arreglada, es con frecuencia la imagen física ideal de otras adolescentes de la misma edad y pueden ser más que un ideal para las niñas menores. Un adolescente bien desarrollado, atlético y guapo, sirve como la imagen física del yo de su grupo y de niños menores. No solamente son importantes los aspectos fisiológicos del desarrollo de los ideales, sino que también lo son su manera de vestir, de cuidar su cabello y el tipo de actividades físicas en las que destaca, todas las cuales son imitadas por las que buscan parecerseles (Powel, 1980).

Ya que el joven busca una nueva identidad y explorar modelos con los cuales identificarse, puede pensarse entonces que ésta es una razón por la que los medios de comunicación masiva pueden de alguna manera, incidir sobre su comportamiento. Todos estamos expuestos a la influencia de dichos medios, pero en la adolescencia es más fácil ser influenciado mayor o menormente debido probablemente al poder omnipresente que los medios tienen, aunado a ciertas características propias de esta

etapa, como la rebeldía, el idealismo, la inseguridad, el deseo de ser independientes, etc.

Esta características reflejan la necesidad del adolescente de ser aceptado, de desarrollar sus capacidades intelectuales y manifestar sus cualidades afectivas y emocionales, las cuales de alguna manera van permitiendo que el joven tome conciencia de sí mismo, adquiriera una mayor capacidad de adaptación y tenga habilidades para aplicar lo aprendido en experiencias pasadas o situaciones nuevas (Jiménez y Rodríguez, 1997).

Casi siempre los adolescentes tienden a mostrar una necesidad mayor de inconformismo. Por tal razón, tienden a ser extremadamente intolerantes ante la desviación, tanto de la constitución corporal (p. ej., una excesiva obesidad o una extrema delgadez), como en la sincronización corporal (p. ej., en el caso de la maduración tardía). Los medios de comunicación manipulan esa tendencia al presentar en los anuncios imágenes estereotipadas de adolescentes atractivas y exuberantes, que pasan por esta etapa de la vida sin barros ni espinillas ni proporciones desgarbadas. Los adolescentes suelen ser muy sensibles y perceptivos respecto a su apariencia física y la de sus amigos; las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que se les muestra en medios como revistas y televisión, puede constituir una fuente de ansiedad (Craig, op cit).

## DESARROLLO COGNOSCITIVO

La adolescencia es la etapa en la que se alcanza el más alto desarrollo intelectual, el de las operaciones formales, su pensamiento se caracteriza por:

- Capacidad de realizar acciones de lógica combinada y considerar todos los factores posibles para la solución de un problema en una situación dada.
- Capacidad de utilizar un sistema de símbolos secundario, es decir un juego de símbolos que representan a otros símbolos.
- Formarse ideales o situaciones contrarios a los hechos, la capacidad de abarcar lo posible quiere decir que el futuro es una posibilidad tan real como la presente y una posibilidad que puede y debe abarcarse.
- Capacidad de razonar sus pensamientos de practicar la introspección. El adolescente puede considerarse como tema, el evaluarse desde el punto de vista de los demás en cuanto se refiere a su personalidad, inteligencia y apariencia. La falta de naturalidad del adolescente respecto a sí mismo no es más que una manifestación de su nueva capacidad de practicar la introspección. Ahora el adolescente puede observarse desde afuera, se preocupa por las reacciones de los demás por lo que a él se refiere. Muchos adolescentes se someten a un régimen de ejercicios físicos o intelectuales porque al

examinarse encuentran diferencias entre lo que son y lo que quieren ser, entre el Yo real y el Yo ideal.

La capacidad de erigir ideales y razonar a base de premisas que se contradicen con los hechos, también tiene un importante papel en la experiencia y comportamiento de los adolescentes, por ejemplo, el joven puede concebir ideales de la familia, religión y la sociedad, y a menudo, al comparar a estos ideales con su propia familia, religión o sociedad, las encuentra deficientes. Estos ideales, no obstante, son casi enteramente imaginarios y el joven tiene muy poca noción de cómo pudieran hacerse realidades y menos interés aún en trabajar para que se cumplan. El mismo adolescente que manifiesta su preocupación por los pobres gasta su dinero en vestidos y discos, no en la caridad (Elkind, op cit).

Sin embargo pese a estas capacidades, la adolescencia es la etapa de la vida en donde hay más contradicciones, las disyuntivas son intensas, pero los recursos reales para enfrentarlos son escasos, debido a la propia inexperiencia natural existente en esta etapa del desarrollo. Las experiencias no han logrado acumularse, ni organizarse en el aparato psíquico, de forma tal, que logren cristalizarse.

## **AUTOESTIMA EN LA ADOLESCENCIA**

Durante la adolescencia aumentan las exigencias sociales, esperándose que el joven defina una vocación, aprenda a relacionarse con el sexo opuesto, defina una identidad personal, adquiera autonomía, etc. Todas estas exigencias tienden a generar un Yo ideal muy alto, que muchos jóvenes sienten que se puede lograr; esto a su vez genera una baja autoestima que les dificulta su identidad social y personal. Es precisamente éste Yo ideal el que se convierte en una fuente potencial de amenaza a la autoestima. En esta etapa, la autoestima colectiva, es decir, la evaluación de la posición o estatus de la persona en ese grupo, contribuyen a definir el autoconcepto del adolescente.

El componente del autoconcepto que surge durante la adolescencia el Yo pensador o el Yo reflexivo, así a través del uso de las operaciones formales, el adolescente puede reflejar sobre su capacidad intelectual sus aptitudes especiales y muchos de sus valores y creencias que todavía no ha examinado. Es precisamente la tarea de construir, revisar e integrar estos elementos dentro de un conjunto de conceptos de sí mismo, la labor más importante de la adolescencia.

Los conceptos del yo que tenga un individuo, producto tanto de las emociones como del intelecto, su confirmación e integración, son cruciales para determinar su conducta personal y social en esta época en que intenta lograr un acuerdo entre sí mismo y el medio ambiente, así como su estatus futuro de individuo funcionalmente maduro.

Según Horrocks (op cit) el Yo es un proceso afectivo - cognoscitivo mediante el cual el individuo infiere y construye conceptos de sí mismo. Este concepto de sí mismo se elabora principalmente mediante el aprendizaje, ya que implica un conjunto de identidades que se desarrollan a partir de su experiencia previa.

Por lo general, la mayoría de los adolescentes encuentran que es tarea difícil integrar todos los conceptos del Yo. Algunas áreas del medio ambiente se convierten en campo de prueba para el desarrollo del concepto del Yo, entre estas se encuentran las áreas referentes a las relaciones entre compañeros, las relaciones heterosexuales, el aspecto físico, la emancipación de la autoridad adulta, la percepción del rol, el aprendizaje y la experiencia académica, la elección vocacional, la aceptación del propio Yo y el desarrollo y evaluación de los valores. Si en éstas interacciones sociales el individuo descubre que sus pruebas de realidad confirman sus percepciones de sí mismo, su concepto del Yo tiende a permanecer más estable que si ocurre lo contrario.

Una vez que el adolescente ha construido un concepto de sí mismo y formado una identidad a partir de éste, surge entonces la pregunta relacionada con la autoestimación, es decir, qué valor le confiere el adolescente al Yo o si mismo que percibe.

Los orígenes y el desarrollo subsecuente de la autoestima son, en gran parte, interacción entre la personalidad del individuo y sus experiencias sociales. De la misma forma como U'Ren (1971 en Villa, 1997) observa, las conductas sociales resultantes de la autoestimación tienen a la vez una influencia sobre la personalidad y la efectividad social. Así, el comportamiento de un individuo en situaciones sociales correlaciona hasta cierto punto con su nivel de autoestima.

Por lo general un adolescente que tiene un desarrollo normal tiende a valorarse positivamente, considerando tanto sus atributos personales como las condiciones medio ambientales. Cernick y Thompson (1966 en Villa op cit) indican que los adolescentes que mejor reconocen sus virtudes y sus defectos propios, presentan un patrón de objetividad, organización, enfoque positivo, y una mayor tendencia a utilizar los recursos derivados del ámbito familiar.

No obstante, cuando las actitudes hacia el Yo son desfavorables, tiende a afectarse el cuadro total de adaptación del adolescente, que en algunos casos puede ser bastante severo.

Horrocks (op cit) indica que también se ha descubierto que las circunstancias sociales y económicas en las que crece un adolescente, están relacionadas hasta cierto punto con la autoestima, aunque sugiere tomar en cuenta las diferencias individuales y las situaciones particulares para evitar realizar generalizaciones injustificadas.

Por otra parte, Steitz y Owen (1992, en Villa op cit) mencionan que las características de la personalidad desempeñan un papel muy importante como

indicador de salud emocional y tienen además un impacto diferencial tratándose de adolescentes varones o mujeres.

En términos generales, la autoestima durante la adolescencia tiene evidentes fluctuaciones debido a los numerosos e importantes cambios que experimenta el sujeto durante ésta etapa, y que llevan a una reestructuración de la imagen corporal, su papel dentro del ámbito familiar, escolar y social, para lograr finalmente su propia identidad.

En este proceso, tiende a evaluar y cuestionar su propia persona tomando como referencia tanto sus características personales, como el medio ambiente que le rodea, valorándose en forma positiva o negativa a sí mismo. Cabe mencionar que esta evaluación no sólo depende de las circunstancias ambientales actuales, sino también de las experiencias previas del adolescente en situaciones similares, y aún de mayor importancia resulta el aprendizaje y formación del concepto de sí mismo en los primeros años de su vida donde, como se ha visto, la familia juega un papel primordial.

Si bien la autoestima se altera en la adolescencia, esta no sólo es el resultado de las modificaciones que experimenta el individuo en ese momento sino como lo señala Coopersmith (1967), el desarrollo de la autoestima tiene como antecedente las experiencias de aprendizaje vividas en los primeros años de vida para la formación del concepto de sí mismo, y en donde el vínculo con los miembros del núcleo familiar juega un papel fundamental.

Para Rosenberg (1973) la autoestima es un medio del autoconcepto, por medio del cual el individuo reconoce sus limitaciones, sus expectativas de desarrollo y percibe los niveles de auto-eficiencia. Cuando una persona tiene una baja autoestima, siente un auto-rechazo, auto-insatisfacción y auto-desprecio. Teniendo de esta manera una auto-representación desagradable deseando ser de otra forma. La auto-imagen se deriva de un grupo de normas internalizadas individualmente que llegan a formar parte del Yo ideal.

Rosenberg dio las siguientes definiciones de la autoestima: "La autoestima son pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como un objeto". En tanto la autoestima alta: "Sentirse suficientemente bueno, es decir, sentirse capaz de mejorar, madurar y lograr cualquier cosa". Y por último la autoestima baja: "Es sentir insatisfacción, rechazo y desprecio hacia sí mismo".

## **CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA**

En el periodo transicional de la adolescencia, las personas tienen contacto con diversos comportamientos y estilos de vida. Adoptan ciertas conductas y evitan otras. Una decisión fundamental que hacen se refiere a la participación en los patrones de uso y abuso de drogas.

El adolescente busca en la droga un suplemento de "punch" en el descubrimiento de sí mismo, un nuevo valor fundamentado en su propia experiencia. Y porque la sociedad, de la que se siente apartado en más de una ocasión, apenas ha preparado esta búsqueda de la identidad –este sentimiento íntimo de la unidad del yo-, recurre a la droga, una de las formas de trasgresión: "Esta trasgresión terrible de la ley de la sociedad y de la ley del padre, esta transgresión que es juego con la muerte, que es búsqueda del placer, pero en la permanente ambigüedad del dolor y de la destrucción". Es la destrucción de un mundo racionalizado de lo que se trata, para encontrar la experiencia interior de los "paraísos artificiales" infinitamente más bellos que la vida cotidiana. En este sentido de la transgresión es donde el usuario acepta un momento –o definitivamente- considerar el "viaje", lo imaginario como más real y más válido que la habitual existencia. Esta necesidad que ha llegado a ser incoercible y que ha tomado un carácter de masa es lo que hace escribir a C. Ollivienstein (1970 en Pepin, 1975): "A tientas, y de una manera torpe, las jóvenes generaciones buscan un sistema de referencia que les ayude a vivir, a sobrevivir, aunque sea el precio de la destrucción de nuestras civilizaciones".

En el último decenio, el uso de drogas por los adolescentes se ha convertido en un problema capital en la mayoría de los países industrializados.

El fenómeno comenzó en los estados Unidos en los años sesenta, y pronto se extendió a los demás países occidentales.

A partir de 1970, el consumo de drogas por los jóvenes ha aumentado considerablemente. Entre los países más afectados encontramos: Suecia, Dinamarca, Australia, Alemania, Suecia, Italia, el Reino Unido, Francia, España y Portugal.

Es muy difícil (casi imposible) encontrar cifras representativas de la utilización de las drogas por los adolescentes; en efecto, las únicas estadísticas a las que podemos referirnos son las de las autoridades policiales (decomisos de drogas y requerimientos), o las de mortalidad por sobredosis (las cuales deben ponerse en tela de juicio) (Baron, 1983 y Cohen, 1981 en Dolto, 1988).

Por una parte, los países se muestran un poco inclinados a comunicar este género de cifras, y por otra, la complejidad del problema de la droga no permite conocer el número real de toxicómanos entre los adolescentes. En efecto, hay que tomar en consideración varias fases: el uso esporádico de las drogas, el abuso y la dependencia. En cada una de estas fases es prácticamente imposible cuantificar el número de jóvenes afectados.

En Estados Unidos, el consumo de drogas se ha vuelto prevalente en la década de los setenta. Hoy, como antaño, el alcohol y la nicotina son consumidos legalmente por millones de estadounidenses; si se contase todos los que usan sustancias psicoactivas que se ingieren con prescripción médica y sin ella (somniaferos, pastillas dietéticas, estimulantes, alcohol, cafeína y nicotina), habrá que concluir que según las

estadísticas, prácticamente no hay un solo estadounidense que no haya ingerido alguna droga en su vida.

A toda droga corresponde un potencial abuso. Las drogas, en dosis moderadas, como calmantes a base de opio o pequeñas cantidades de alcohol, pueden poseer efectos benéficos. Pero cuando se toman en cantidades excesivas respecto a las que se requieren para el alivio del dolor o cuando se toman con más frecuencia de la necesaria, se da el abuso de la sustancia. De todas las drogas legales e ilegales que están ampliamente disponibles en Estados Unidos, la nicotina en forma de tabaco, tiene el potencial más alto para el abuso. Se obtiene legal y fácilmente, y los adultos la usan mucho en este país. En realidad el uso crónico del alcohol y el tabaco es, lamentablemente, un indicio de que ya se es adulto para muchos adolescentes.

La trayectoria que se ha podido apreciar en las diferentes encuestas realizadas en el Distrito Federal es la siguiente: en 1976, la droga preferida por los estudiantes era la marihuana, a partir de 1978 pasaron a ocupar ese lugar los inhalables, los cuales se mantienen hasta la actualidad; es importante señalar que antes de 1980, los que usaban estas sustancias asistían a escuelas de nivel socioeconómico bajo; sin embargo, a partir de esta fecha el uso de inhalables se ha propagado a todos los niveles socioeconómicos (Castro, Maya, Aguilar, 1982 en Rojas, et al., 1998).

Se ha observado un aumento importante en las cifras de estudiantes que han experimentado tanto con los inhalables como con la marihuana. De 1976 a 1978 el consumo de inhalables se incrementó de 0.85% a 5.4% y el de marihuana se elevó de 1976 a 1980 de 1.6% a 3.5% (Castro, Valencia 1978 y 1980 en Rojas et al. op cit).

De 1976 a 1986, el nivel de consumo de estas dos drogas se modificó en esta entidad, de la siguiente forma: la marihuana aumentó de 1.9% a 3.5% y los inhalables de 0.9% a 4.7%. La cocaína tiene niveles inferiores de ingesta en comparación con estos dos tipos de drogas, no obstante, ha presentado una tendencia sostenida al incremento por ejemplo, de la medición de 1986 a la de 1989, fue el único caso de aumento estadísticamente significativo pasando de 0.9% a 1.61% (De la Serna, Rojas, Estrada, Medina-Mora 1991 en Rojas et al. op cit).

Con respecto a algunas variables asociadas al consumo de sustancias psicoactivas, López y cols. (en Rojas et al. op cit) analizaron la muestra del Distrito Federal de 1989 sobre la percepción de uso de drogas y la tolerancia social, encontrando que: existe una fuerte relación entre el uso de drogas y la percepción de riesgo, esto significa que los estudiantes con mayor consumo, tienen una percepción de riesgo menor, asimismo una cifra más alta de hombres percibió que es menos peligroso consumir drogas en comparación a las mujeres. Acerca de la tolerancia social, un número más alto de no usuarios opinó que sus amigos tolerarían menos que ellos consumieran drogas, en contraste con las que sí las utilizan.

Rojas y cols (op cit) investigaron cuál ha sido la evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal desde 1989, por lo que compararon los

resultados obtenidos por medio de las encuestas epidemiológicas de tipo transversal, con muestras representativas de estudiantes de enseñanza media y media superior de los años 1989, 1991 y 1993. Los resultados de esta comparación indican que: la proporción de estudiantes que ha probado el alcohol y el tabaco ha aumentado significativamente. Al comparar las cifras de consumo de marihuana, cocaína, inhalables y alucinógenos, se observó una tendencia al aumento en el número de estudiantes que declararon haberlas consumido en el mes anterior a las encuestas. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el uso de la cocaína y de los inhalables. Un número más elevado de hombres que de mujeres ha experimentado con las cuatro drogas investigadas. En el mes anterior a la encuesta hubo una tendencia a que aumentara el número de varones que había consumido inhalables y marihuana de 1989 a 1993. La proporción más alta de mujeres está entre las que inhalaron disolventes en las tres encuestas comparadas. Un número mayor de consumidores tenían 17 años o más advirtiéndose una tendencia a que los de marihuana, iniciaran su consumo a una menor edad.

En el cuadro 1 se presentan los datos más importantes de las investigaciones realizadas en nuestro país.

CUADRO 1

Estudio	Población	Resultados
Castro, Rojas, De la Sema. 1985	Submuestra representativa del estrato del Colegio de Bachilleres (zona metropolitana).	Las drogas de preferencia eran la <u>mariguana</u> , las <u>anfetaminas</u> , los <u>inhalables</u> y los <u>tranquilizantes</u> . El patrón de consumo diario de drogas ilegales fue inferior a 1%; la <u>mariguana</u> y los <u>inhalables</u> fueron las sustancias de mayor consumo. La prevalencia de cualquier uso ilícito de las sustancias investigadas, sin incluir el <u>alcohol</u> y <u>tabaco</u> , fue de 13.6%; de lo cual, el 11.3% correspondió a usuarios leves, 1.4% a moderados y 0.9% a fuertes.
SEP e IMP 1976, 86.	1976, 1986 estudios regionalizados y sólo en población urbana.	Entre 1975 y 78, las drogas más consumidas fueron la <u>mariguana</u> , <u>inhalables</u> y <u>anfetaminas</u> . Y en 1978 los <u>inhalables</u> fue la droga de mayor uso. Estos estudios además señalaron el consumo de nuevas drogas como el éxtasis y el crack. En 1986 encontraron variaciones por región, la zona más afectada fue la norte con un consumo de <u>mariguana</u> de 3.7% y de <u>cocaína</u> de 1.3%. En la zona sur el consumo fue menor en ambos casos 1.6 y 0.6% respectivamente.
Castro, Pérez, Rojas, De la Sema. 1987	Alumnos del Colegio de Ciencias y Humanidades	La población resultó predominantemente de usuarios experimentales; excluyendo el <u>alcohol</u> y el <u>tabaco</u> , las drogas más usadas son: la <u>mariguana</u> , los <u>inhalables</u> , las <u>anfetaminas</u> y los <u>tranquilizantes</u> . El uso de <u>mariguana</u> y el de <u>cocaína</u> alcanzan en esta población aproximadamente el doble con respecto al promedio nacional.
IMP, DGE, SSA 1988	Población urbana dentro del rango de edad de 12 a 65 años.	El 7.63% del total de hombres y 2.15% de las mujeres consumió drogas alguna vez en su vida. Al tomar en cuenta el último año, el 3.30% de hombres y 0.93% de mujeres consumió drogas y el 1.46% de hombres y 0.47% de mujeres en el último mes. El mayor consumo fue de <u>mariguana</u> (2.99%) siguiéndole los <u>inhalables</u> (0.76%) y <u>tranquilizantes</u> (0.72%). Las drogas de preferencia de los hombres son la <u>mariguana</u> , <u>inhalables</u> y <u>tranquilizantes</u> (5.89%, 1.52% y 0.87% respectivamente). Las mujeres a su vez prefieren los estimulantes, <u>tranquilizantes</u> y <u>mariguana</u> (0.81%, 0.64% y 0.40% respectivamente).

Estudio	Población	Resultados
De la Sema, Rojas, Estrada, Medina-Mora. 1989	Muestra representativa del Distrito Federal y zona conurbada.	Los <u>inhalables</u> , la <u>marihuana</u> y las <u>anfetaminas</u> , continuaban siendo las drogas de preferencia. Al comparar las cifras de la última encuesta realizada en el D.F. y zona conurbada de 1989, con la misma región estudiada como parte del estudio nacional de 1986, se encontró un ligero aumento en el consumo de <u>marihuana</u> , <u>anfetaminas</u> y <u>alucinógenos</u> ; el uso de <u>cocaína</u> fue el único caso de aumento estadísticamente significativo.
SEP e IMP 1991. Tercera Encuesta Nacional sobre Uso de Drogas en la Comunidad Escolar	Nacional	<p>El 8.2% del total de la muestra ha consumido al menos una droga, que no sea <u>tabaco</u> o <u>alcohol</u>, alguna vez en su vida. El 4.35% lo ha hecho en el último año y 2.49% usó drogas en el mes anterior a la encuesta. La proporción de varones que ha usado drogas al menos una vez es superior al de mujeres.</p> <p>Los <u>inhalables</u> son la droga de preferencia en este grupo, seguidos de la <u>marihuana</u> y <u>anfetaminas</u>. La <u>cocaína</u> y los <u>alucinógenos</u> fueron reportados por uno de cada 100 estudiantes. Cabe resaltar el hecho de que por primera vez 10 estudiantes informaron el uso del derivado de la cocaína conocido como <u>crack</u>.</p> <p>El 14% de los usuarios de <u>heroína</u> reportaron haberlas usado por vía intravenosa. Los varones consumen drogas en mayor proporción que las mujeres. Los hombres consumen con mayor frecuencia drogas no médicas como la <u>marihuana</u> y los <u>inhalables</u>, en cambio las mujeres prefieren el uso de drogas médicas, aunque en el caso de las <u>anfetaminas</u> no se observaron diferencias por sexo; en el uso de <u>tranquilizantes</u> y <u>sedantes</u> la diferencia es notable.</p> <p>El consumo de la mayor parte de las drogas es más alto entre los estudiantes de 16 años o más, la única excepción son los <u>inhalables</u>, cuyo consumo en el último mes, es más frecuente entre los menores de 16 años en comparación con los estudiantes que superan esta edad.</p> <p>Los estados más afectados por el consumo de <u>inhalables</u> son Querétaro 5.82%, Hidalgo 5.73%, Baja California 5.06% y el D.F. 5%. En cuanto al consumo de <u>marihuana</u> se presentó principalmente en Baja California 2.99%, Jalisco 2.87%, D.F. 2.8% y Campeche 2.74%.</p> <p>El consumo de <u>cocaína</u> fue más alto en Baja California 1.91%, Sonora 1.57%, Sinaloa 1.41% y Jalisco 1.36% y en el D.F. 1.03%.</p>

Estudio	Población	Resultados
DGE y SSA 1993	Población urbana dentro del rango de edad de 12 a 65 años.	Al analizar las tendencias de consumo, de cualquier droga ilegal alguna vez como se observó un incremento en el consumo, pasando del 3% al 3.6% en los hombres y de 0.4% al 0.6% en las mujeres.
SEP e IMP 1993	Estudiantes de enseñanza media y media superior del D.F.	Los estudiantes han experimentado con mayor frecuencia con <u>solventes inhalables</u> (4.82%) que con otras sustancias; la segunda droga más usada es la <u>mariguana</u> (3.58%), luego la <u>cocaína</u> (1.66%) y le siguen los <u>alucinógenos</u> (0.82%) y en menor proporción el <u>crack</u> (0.65%). Al considerar únicamente el consumo del último mes, la <u>mariguana</u> ocupa el primer lugar (1.17%) seguida por los <u>inhalables</u> (1.05%). Solamente el 18% de los estudiantes que reportaron haber consumido <u>cocaína</u> y <u>alucinógenos</u> lo hicieron en más de 5 ocasiones; el <u>crack</u> se asocia más frecuentemente con el uso continuado (22% y 31% respectivamente). Los índices de consumo muestran un marcado aumento conforme se incrementa la edad de los usuarios.
SEP e IMP 1997	Estudiantes de enseñanza media y media superior del D.F.	Más hombres que mujeres experimentan con <u>mariguana</u> , con una razón de tres varones por cada mujer, con <u>cocaína</u> 2.8 hombres por cada mujer; la <u>inhalación de solventes</u> se observó en un 1.94% de los varones y 1.14% de las mujeres encuestadas; el índice de consumo de <u>anfetaminas</u> no muestra muchas diferencias (1.68% en los varones y 1.53% en las mujeres) y, el consumo de <u>tranquilizantes</u> es mayor entre éstas (3.83% vs. 2.58%). Se observa un incremento en la proporción de mujeres que se involucran con el consumo de drogas en general (6.6% en 1991 vs 9% en 1997), con una pendiente de incremento superior que la observada para los varones.
CONADIC, SUBSECRETARIA DE PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES, INP. 1998	Encuestas en hogares, población urbana de 12 a 17 y 18 a 65 años.	En el consumo alguna vez en la vida, se encontró que la <u>mariguana</u> es la droga más consumida en hombres (2.47%) y en mujeres (0.45%). Los <u>inhalables</u> ocupan el segundo lugar de consumo entre los hombres (1.08%) y el tercero entre las mujeres (0.20%). El uso de <u>cocaína</u> ocupa el tercer lugar de consumo entre los hombres (0.99%) y el segundo entre las mujeres (0.22%).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Estudio	Población	Resultados
DIF Y UNICEF Robles-Berlanga y Rodríguez 1998	100 ciudades del país no incluye D.F. Infantes entre 0 y 5 y menores de 6 y 17 años que laboran en la economía informal	En lo relacionado con el consumo de drogas, para la población de 12 a 17 años se encontró que se consumen principalmente <u>inhalables</u> (4% hombres y 1.1% mujeres). En tanto, la <u>mariguana</u> es consumida por el 4.4% de los hombres y el 1.1% de las mujeres. Finalmente, el consumo de <u>cocaína</u> presenta índices inferiores (0.9% y 0.5%, respectivamente), al igual que el uso de <u>pastillas psicotrópicas</u> (1% y 0.6% respectivamente). El consumo de <u>meta- anfetaminas</u> o de nuevas presentaciones de drogas ya conocidas como el derivado de <u>cocaína "crack"</u> se manifestó como problema aislado con poca representación en este grupo de población, sin embargo se encontró ya presente.
DIF Y UNICEF Medina-Mora 1999	Menores trabajadores del D.F.	1 de cada 11 menores que han reportado haber estado expuestos a las drogas en sus lugares de trabajo, de hecho, las usan. El lugar de trabajo es un factor que determina el riesgo de exposición a sustancias, ya que sólo al 2.3% de los menores empacadores les han ofrecido drogas, esto aumenta al 10% entre aquellos que sin vivir en la calle trabajan en lugares públicos y es 6 veces más frecuente entre quienes reportaron que la calle era su lugar de residencia (65%). Los índices de consumo siguen la misma distribución 2.4%, 65% y 72.9% respectivamente. El 8% reportó haber probado alguna droga ilícita incluyendo en este grupo a los <u>solventes inhalables</u> y 2.6% consumir una o más de estas sustancias todos los días. Las sustancias más comúnmente reportadas fueron los <u>inhalables</u> (6%), seguidos por la <u>mariguana</u> (2.6%), la <u>cocaína</u> (1.8%) y en proporciones menores las <u>pastillas</u> (0.7%) y otras drogas. El activo es la sustancia más frecuentemente reportada por los usuarios de <u>inhalables</u> 81% de los varones y 90% de las mujeres, el <u>thíner</u> y el cemento ocuparon los siguientes lugares reportados por 32% y 23% de los varones y por 13% y 12% de las mujeres. Si bien más varones reportaron haber consumido drogas, al analizar la frecuencia de consumo de los usuarios se observa que la misma proporción de mujeres y varones consumen en forma diaria (33.6% de los varones y 34.9% de las mujeres). El uso de <u>mariguana</u> y <u>cocaína</u> es poco común en los de menor edad y muestra proporciones similares entre hombres y mujeres del grupo de más años, 36% de los varones y 30% de las mujeres que viven en la calle reportaron haber fumado <u>mariguana</u> y 19% y 17% respectivamente, haber experimentado los efectos de la <u>cocaína</u> .

(Adaptado de Villatoro, 2000, Mariño, Romero, Medina-Mora, 2000, Medina-Mora, 2001).

De estos estudios es importante señalar tres hallazgos importantes. En primer lugar, el aumento que se ha dado en el consumo de cocaína, no sólo en esta población sino en las captadas por los sistemas de información en usuario o en las encuestas nacionales. En segundo término la incorporación de un mayor número de mujeres en el consumo y, en tercer lugar, que el porcentaje de usuarios de cualquier droga se ha mantenido estable alrededor del 12%, de manera que lo que ha cambiado son las características de los usuarios y no la prevalencia global. Estas características son, por ejemplo, que el número de usuarios regulares (que consumen más de cinco veces alguna droga), se ha incrementado, del 20% del total de usuarios de 1991, al 33% en 1997 (Villatoro, 2000).

Como ya se ha revisado en la adolescencia se tiende a evaluar y cuestionar su propia persona tomando en cuenta, tanto sus características personales como el medio ambiente que le rodea, valorándose en forma positiva o negativa. Es posible darse cuenta que la mayoría de los adolescentes están insatisfechos consigo mismos. Aparentemente no hay nada estable, por lo que sienten la necesidad de sentirse seguros y se van con la ilusión de pensar que, si su cuerpo tiene las medidas ideales, pertenecen al grupo más importante de su colonia, consumen drogas, son populares, se visten con ropa de marca, etc., siempre y cuando esto lo indiquen los grupos a los que se pertenece y los medios de comunicación, tendrán la autoestima deseada y ya no se sentirán fuera de lugar. Con tal de lograr la disminución de la ansiedad que provoca el sentirse inseguro, son capaces de hacer cosas sin medir consecuencias por lo que pueden dañarse física y psicológicamente como por ejemplo, practicar conductas alimentarias de riesgo.

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Los trastornos de la conducta alimentaria son patologías en las que los patrones de consumo de alimentos se ven severamente distorsionados. Bajo este rubro se incluyen dos categorías diagnósticas que son: anorexia y bulimia nerviosa cuyas fuerzas motivacionales son el miedo a la obesidad, el deseo de estar delgado, y en ambos se presenta un disturbio en la percepción de la forma y peso del cuerpo (DSM-IV, 1994).

### **Anorexia nerviosa**

Las características esenciales de la anorexia nerviosa consisten en:

A.- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej. pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperado, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el periodo de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperado). Otra guía adicional al respecto usada por el CIE-10 (1992) se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a  $17.5 \text{ kg/m}^2$  (el IMC se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por la estatura). Estos valores límite son sólo una ayuda para el clínico, además este debe considerar también la constitución física y la historia de peso previa del paciente.

B.- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. Este miedo generalmente no desaparece aunque el individuo pierda peso y, de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

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. Algunas personas se encuentran obesas, mientras que otras se dan cuenta de que están delgadas, pero continúan estando preocupadas porque algunas partes de su cuerpo (especialmente el abdomen, las nalgas y los muslos) les parecen demasiado gordas. Pueden emplear una amplia variedad de técnicas para estimar el tamaño y el peso de su cuerpo (pesarse, medirse las zonas consideradas obesas, mirarse al espejo). El nivel de autoestima de las personas que sufren este trastorno depende en gran medida de la forma y el peso del cuerpo. Consideran un logro perder peso y un signo de extraordinaria disciplina; en cambio ven el aumento de peso como un fracaso inaceptable de su autocontrol. Algunas personas son conscientes de su delgadez, pero niegan que esta pueda tener implicaciones clínicas graves.

D.- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer

presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

#### Subtipos

Pueden usarse los siguientes subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

**Tipo restrictivo.** Este subtipo describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. Durante los episodios de anorexia nerviosa, estos individuos no recurren a atracones ni purgas.

**Tipo compulsivo / purgativo.** Este subtipo se utiliza cuando el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (o ambos). La mayoría de los individuos que pasan por los episodios de atracones también recurren a purgas, provocándose el vómito o utilizando diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva. Existen algunos casos incluidos en este subtipo que no presentan atracones, pero que suelen recurrir a purgas, incluso después de ingerir pequeñas cantidades de comida. Parece que la mayoría de las personas pertenecientes a este subtipo recurren a conductas de esta clase al menos semanalmente, pero no hay suficiente información para determinar una frecuencia mínima.

#### Bulimia nerviosa

Las características esenciales de la bulimia nerviosa consisten en:

A.- Presencia de atracones recurrentes (sentimiento de falta de control sobre el comer). 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 tiempo similar y en las mismas circunstancias. El clínico debe tener en cuenta el contexto en que se produce el atracón, lo que se calificaría como consumo excesivo en una comida habitual puede considerarse normal si se produce en una celebración o en un aniversario. Los atracones no tienen por qué producirse en un solo lugar; (p. ej., un individuo puede empezar en un restaurante y continuar después en su casa). No se considera atracón el ir "picando" pequeñas cantidades de comida a lo largo del día. Generalmente el tipo de comida que se consume es aquella con alto contenido calórico. Los individuos con este trastorno se sienten generalmente muy avergonzados de su conducta e intentan ocultar los síntomas. Los atracones se realizan por lo normal a escondidas o lo más disimuladamente posible.

(2) sensación de pérdida de control sobre la ingesta de alimento (p. ej., 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.

D.- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

E.- La alteración no aparece exclusivamente en el trastorno de la anorexia nerviosa.

Los individuos con este trastorno pueden estar sin comer uno o más días, o realizar ejercicio físico intenso, en un intento por compensar el alimento ingerido durante los atracones. Se puede considerar excesivo el ejercicio que interviene de manera significativa las actividades importantes, cuando se produce a horas poco habituales, en lugares poco apropiados, o cuando el individuo continúa realizándolo a pesar de estar lesionado o presentar alguna enfermedad. Excepcionalmente, los individuos con este trastorno toman hormonas tiroideas con el fin de no ganar peso. Los sujetos con diabetes mellitus y bulimia nerviosa pueden suprimir o disminuir la dosis de insulina para reducir el metabolismo de los alimentos ingeridos durante los atracones. Estos sujetos se parecen a los que padecen anorexia nerviosa por el miedo a ganar peso, el deseo de adelgazar y el nivel de insatisfacción respecto a su cuerpo. Sin embargo, no debe realizarse el diagnóstico de bulimia nerviosa si la alteración aparece exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa.

### Subtipos

Tipo purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mayor uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Este subtipo describe cuadros clínicos en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas, como ayunar o practicar ejercicio intenso, pero no se ha provocado el vómito ni ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos o enemas durante el episodio.

## Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificado, se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específico. Algunos ejemplos son:

1.- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.

2.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.

3.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4.- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (p. ej., provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

5.- Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida.

6.- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

- Episodios recurrentes de ingestión voraz.
- Los episodios de ingestión voraz se asocian con tres o más de las siguientes: 1) comer más rápido de lo normal, 2) comer hasta sentirse incómodamente lleno, 3) comer grandes cantidades de alimento cuando no se siente hambre, 4) comer solo porque se siente vergüenza debido a la gran cantidad de comida ingerida, 5) sentirse a disgusto con uno mismo, deprimido o muy culpable después de comer.
- Elevados sentimientos de angustia durante los atracones.
- El episodio de ingestión voraz ocurre en promedio por lo menos 2 veces a la semana durante 6 meses.
- El episodio se encuentra asociado con el uso regular de conductas compensatorias inapropiadas, y no ocurre exclusivamente durante el padecimiento de anorexia o bulimia.

## SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Anorexia nerviosa, bulimia y ciertos tipos de obesidad comparten semejanzas y diferencias. El campo biológico es el lugar de las diferencias, porque

en la obesidad existen fuertes evidencias de factores genéticos decisivos en el desarrollo de la enfermedad. También las alteraciones en distintos niveles de la neurotransmisión y las regulaciones hormonales, implican distinciones cuando pueden ser determinadas. Biológicamente, tanto el exceso de grasa como la desnutrición tienen efectos diferenciales y significativos.

En el campo de la cultura también podemos hallar semejanzas, porque pacientes obesos, bulímicos y anoréxicos tienen un anhelo común que es el adelgazamiento, preocupación extrema por el peso y la forma corporal y el control que se expresa en prácticas reiterativas de control de peso. Justamente se definirán como "pacientes" cuando éstas sean sus demandas. Y a partir de allí se comenzará a conocer su historia, su singularidad, donde existen tanto semejanzas como diferencias. Las primeras probablemente tengan que ver con las atribuciones, muchas veces distorsionadas y parecidas entre sí, que las anoréxicas y las bulímicas hacen sobre el objeto alimento y sobre el propio cuerpo. El alimento adquiere un valor atractivo y peligroso, evacuador y creador de tensiones y, en general en los casos más graves, ajeno a la serie hambre -saciedad. El parecido en las atribuciones sobre el aspecto corporal se refiere a la valoración de la delgadez.

## MODELOS TEÓRICO-EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Tratando de dar una explicación de la etiología de los trastornos de la conducta alimentaria, algunos autores han propuesto modelos, donde desarrollan hipótesis explicativas al acontecer de dichos trastornos, tales modelos, tienen que ver con factores predisponentes y precipitantes. A continuación se describen algunos modelos que se cree, ayudarán a ampliar la panorámica sobre el tópico que nos ocupa.

## MODELO DE REGULACIÓN DE TRASTORNOS AFECTIVOS

Un modelo que ha recibido considerable atención es la proposición de que la bulimia es una variante de un trastorno afectivo (Tobin, 1991 citado en Polivy 1993), investigaciones han argumentado sobre la asociación de trastornos de la conducta alimentaria y depresión (Strober y Katz, 1989 en Polivy op cit). Algunos autores indican que los trastornos de la conducta alimentaria son producidos por factores que pueden causar depresión, o que los trastornos de la conducta alimentaria en sí mismos causan depresión, también dicen que la pérdida de peso puede causar depresión (Laessle, Schweiger, Fichter, y Pirke, 1988; Strober y Katz, 1988 en Polivy op cit). Estos últimos encontraron en sus investigaciones que, los trastornos de la conducta alimentaria, son variaciones de los trastornos afectivos y que hay una similitud en las condiciones que disparan la sintomatología, como es el curso de la enfermedad, la historia familiar, factores biológicos, estos autores reconocen que los dos trastornos coexisten en algunos

individuos al mismo tiempo, explicaron cuatro posibles explicaciones a esta coincidencia.

1) Una posibilidad es que la depresión incremente el riesgo en algunas personas por la preocupación por el peso y un trastorno de la conducta alimentaria, por medio de agravar sensaciones de efectividad que pueden reflejarse en la alimentación. Los cambios en el apetito y pérdida de peso ocasionalmente causados por la depresión, pueden aumentar el valor de la alimentación y el trastorno de la conducta alimentaria puede comenzar a ser su propio sustento.

2) Una segunda explicación es que los déficit nutricionales y los excesos pueden potenciar desbalances en los neurotransmisores, resultando una depresión. Esto puede ser especialmente cuando hay una predisposición biológica a la depresión.

3) La tercera posibilidad es que el estrés, asociado con un trastorno de la conducta alimentaria, pueden precipitar depresión.

4) Algunas de las formas de los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos afectivos, pueden tener factores comunes de riesgo psicológicos y biológicos, lo cual incrementa la probabilidad de ocurrencia de los dos trastornos.

Otro tipo de modelo enlaza el comer compulsivo y los postulados afectivos, el comer compulsivo sirve como función para regular el afecto, especialmente para la reducción del afecto negativo, el cual mantiene el comer compulsivo, estos individuos de alguna manera aprenden a controlar su disforia a través de la alimentación y más tarde por purgas. En general los modelos nos dicen que parece ser que los comedores compulsivos aprenden a regular, adormeciendo o enmascarando sus emociones negativas usando la alimentación, reduciendo sus efectos displacenteros, de manera precisa, la reducción del afecto negativo a través de la distracción y la sustitución, promoviendo el confort y la reducción de la tensión, la reducción del afecto negativo, refuerza el comer en respuesta a los sentimientos aversivos, estableciendo un patrón condicionado.

## MODELO DEL DESARROLLO

La teoría del desarrollo de la conducta alimentaria trata de explicar dos fenómenos característicos de la misma: la prevalencia mayoritaria de mujeres y su edad de aparición. Según este punto de vista, la presencia mayoritaria en mujeres se encuentra relacionada con la socialización del rol sexual, el cual vuelve vulnerables a las niñas y a las mujeres a la búsqueda extrema de la delgadez y a la experiencia de una auto-consciencia aversiva. En relación con la edad, hace referencia a los retos del desarrollo y a las tareas psicosociales de la adolescencia implicadas en el desarrollo de los trastornos alimentarios.

Parte fundamental del estereotipo del rol sexual femenino es estar preocupada por la propia apariencia y hacer esfuerzos por alcanzar y preservar la propia belleza. Las mujeres atractivas físicamente son percibidas más femeninas y dado el ideal estético actual, no es de sorprender que las mujeres delgadas sean catalogadas más femeninas. Así mismo, las investigaciones han encontrado que las mujeres adaptan su forma de comer para proyectar una imagen favorable de sí mismas. En la medida en que una mujer más se define a sí misma en función de su apariencia física y en sus relaciones con los otros, más vulnerable se encontrará de desarrollar un trastorno alimentario (Striegel-Moore, 1993).

## MODELO DEL CONTINUO

Este modelo propone una continuidad entre lo que se denomina dieta no patológica, trastorno subclínico y trastorno de la conducta alimentaria. No distingue entre entidades diagnósticas porque el supuesto subyacente es que la psicopatología es similar en ambos trastornos. Según los autores, la insatisfacción con la imagen corporal es uno de los aspectos centrales en el origen de los trastornos de la conducta alimentaria. El aumento de peso o los cambios en las relaciones heterosexuales pueden correlacionar con la insatisfacción corporal y esto puede conducir a una dieta no patológica. Cuando estos dos eventos ocurren simultáneamente, aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno subclínico; mientras que para desarrollar un trastorno alimentario es necesario además una serie de deficiencias como son: la insatisfacción, sentimientos de ineficacia, estrés y el llamado complejo de súper mujer, que consiste en creer que la mujer actualmente tiene que cumplir con los papeles tradicionales de su sexo así como un desempeño sobresaliente en el trabajo profesional (Levine y Smolack, 1992 en Raich, 1994).

## MODELO BIOPSIICOSOCIAL

Varios autores han escrito sobre la multideterminación de los trastornos de la conducta alimentaria, es decir que existen diferentes factores que inciden para que se presente el trastorno, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Se necesita de una combinación de los distintos factores, que adquiere características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno del comer, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo. Así Garfinkel y Garner (1980 en Crispo, Figeroa, Guellar, 1996) agruparon una serie de factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de las conductas alimentarias patológicas. Con factores predisponentes se refieren a aquellos que favorecen a la aparición de la enfermedad y estos se dividen en biológicos, individuales, psicosociales y socioculturales. Los factores precipitantes se refieren a los hechos desencadenantes del trastorno, son los factores que marcan el momento de su inicio. Por lo general se hace referencia a factores precipitantes externos, o estresores externos, es decir de carácter observable. Los factores mantenedores

son aquellos que independientemente de las características individuales y psicosociales de la persona, actúan como mantenedores del proceso morboso, llevándolo a una calidad de cronicidad.

<i>FACTORES PREDISPONENTES</i>	<i>FACTORES PRECIPITANTES</i>	<i>FACTORES PERPETUANTES</i>
	ESTRESORES	ATRACONES Y PURGAS
SOCIOCULTURALES	ACTITUDES ANORMALES CON PESO Y FIGURA	
FAMILIARES		SECUELAS FISIOLÓGICAS Y PSICOLÓGICAS
INDIVIDUALES	DIETAS EXTREMAS Y PÉRDIDA DE PESO	

Una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales. Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia por ejemplo), en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y figura precipita el problema. Pero la perpetuación del trastorno, además de lo que puede haberlo disparado en un comienzo y más allá de eso, está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo.

## FACTORES PREDISPONENTES

### Factores Socioculturales

Constituyen los hechos más significativos y eficaces en cuanto a la disposición a los trastornos de la alimentación y su facilitación concreta. Creemos que en su ausencia, sobraría la descripción de los restantes por que prácticamente no existirían los trastornos, como no existe en las sociedades y culturas donde no se dan esos factores. Sin ciertos patrones estéticos corporales leídos, observados, escuchados, difundidos, provocados e interiorizados, no tendrían porqué existir los trastornos.

La trascendencia de estos criterios evaluativos es tanta, tan extendidos, están en el espacio y tan permanentes son en el tiempo que, aunque no hagamos referencia explícita a ello, deberían ser tenidos en cuenta como posibles factores precipitantes e indudables factores de mantenimiento del trastorno.

Una persona de características sociodemográficas bastante precisas (edad, sexo, nivel socioeconómico), se halla sometida a la influencia de un patrón estético corporal propio de una sociedad opulenta. La consecuencia de la presencia ambiental de tal estereotipo es su interiorización, su constitución en realidad cognitivo-emocional. Tal estereotipo depende en gran parte de la acción de los medios de comunicación al tiempo que estos tienden a reflejarlo y encarnarlo en cada momento histórico. Esos medios inciden sobre la persona en cuestión, gestando y reforzando aquella interiorización. La convivencia dentro de un grupo de personas de la misma edad y del mismo sexo, que comparten los mismos criterios y valores de una misma sociedad y los mismos medios de propagación de mensajes, mantiene y/o suscita el seguimiento ciego de dicho estereotipo. Son varios los circuitos reverberantes de efectos explicativos. La resultante final para la práctica totalidad de las adolescentes es una época de incertidumbre e incomodidad consigo mismas; para bastantes de ellas un periodo de crisis de identidad y de autoestima, para algunas un camino hacia la inanición o la muerte (Toro y Vilardell, 1987).

### Rasgos familiares

Resulta complejo diferenciar cuáles son los factores característicos de las familias antes de que se desarrolle un trastorno de la alimentación y los que se desprenden una vez que el mismo se ha instalado.

A veces se dice que las familias con poca comunicación entre sí y con una interrelación pobre, son "causantes" del desarrollo de un trastorno de la conducta alimentaria en uno de sus miembros.

Sabemos que un trastorno de ese tipo termina generando una relación muy distorsionada en el seno de la familia y originando sentimientos de enojo, ansiedad y culpa, luchas por el poder y crecientes dificultades en la comunicación. Tanto la paciente como sus padres o hermanos, pueden ser considerados alternativamente "el que más sufre" o "el más responsable" de lo que sucede.

Y puede afirmarse que este tipo de interacción suele estar más relacionado con la evolución de la enfermedad que con su origen. O sea que no es justo de ningún modo declarar a priori que las familias son las "causantes" de la situación. Consideramos que el hecho de que una familia tenga una crisis no necesariamente implica que sea una familia "patológica".

Se han identificado ciertas características familiares comunes en muchas de las personas con dicho trastorno, sin intención de rotular ni de manifestar que

las familias con estos rasgos "necesariamente van a producir" un trastorno del comer en su seno, las cuales son:

- \* Escasa comunicación entre sus miembros;
- \* Incapacidad para la resolución de los conflictos que se presentan;
- \* Sobreprotección por parte de los padres;
- \* Rigidez y falta de flexibilidad para encarar las situaciones nuevas, o regular las reglas familiares adecuándoles a los cambios de etapa;
- \* Ausencia de límites generacionales (p. ej., jóvenes con el papel de madres);
- \* Expectativas demasiado altas de los padres respecto de sus hijos;
- \* Historias familiares que incluyen trastornos afectivos como depresión o el consumo excesivo de alcohol y/o drogas en familiares de primer grado;
- \* Existencia en el seno de la familia de abuso sexual o físico;

Lo que sí es innegable es que las familias tienden a reflejar en pequeño los conflictos sociales más amplios, o las actitudes e ideologías imperantes en cada época social. Los miembros de cada familia reproducen en sus vidas individuales los valores que absorbieron en su crecimiento.

Para una joven que crece en el seno de una familia donde el cuidado de la imagen externa es lo fundamental, donde la figura y el peso corporal ocupan un lugar predominante en las preocupaciones de los adultos, le es muy difícil escapar a esa influencia (Crispo, et al. op cit).

### Características individuales

#### Problemas con la autonomía:

Una posible predisposición a los trastornos de la conducta alimentaria es la dificultad que tienen ciertas personas para funcionar en forma discriminada de la familia o de otros patrones externos. Esto es, jóvenes que viven muy pendientes de lo que otros esperan de ellas, de cumplir con los ideales de los padres, o darles satisfacción a los demás. La obligación de ser siempre "perfecta" les deja poco margen de seguridad para desarrollar un pensamiento personal o para hacer los planteamientos propios de una etapa de crecimiento. Planteamientos que seguramente mostrarán diferencias con los padres o provocarán distanciamientos o dejarán temporalmente insatisfechos a otros.

Cuando la seguridad está puesta exclusivamente en el exterior, en cumplir con lo que se supone que se espera de uno, en adecuarse a la imagen que otros puedan tener de uno, es inevitable que se tenga cierta ineficacia personal, una gran dificultad para resolver las cosas apelando a recursos personales porque se termina siempre dudando de sí mismo.

En general, las o los jóvenes que padecen estos trastornos transitan una etapa que naturalmente está llena de situaciones bastante cambiantes: cambios

de escuela, de amigos, de barrio, en la relación con los padres o la posibilidad de una relación más íntima con el sexo opuesto, etc. Muchas veces, es la dificultad para encarar estas situaciones y resolverlas, lo que hace que una persona vulnerable a desarrollar un trastorno de la alimentación convierta su cuerpo en símbolo y la fuente de autonomía, control, eficacia personal e identidad. Entonces se interpreta erróneamente la delgadez como un signo de ser "especial" y el hacer dieta y bajar de peso, como indicadores de autocontrol (Crispo, et al., op cit).

### Déficit de autoestima

Las personas desarrollan imágenes sobre sí mismas y fabrican su propio concepto acerca de quiénes son. El grado en que el individuo se acepta a sí mismo es conocido como "autoestima". Cuanto menos parecido a lo que la persona considere como "ideal" es el concepto que tiene de sí misma, más baja estará su autoestima.

Los parámetros para la autoestima varían en ambos sexos. En la mujer de nuestra sociedad, en general, la autoestima está más conectada con factores como la imagen externa o apariencia, la aprobación del otro, cumplir con las expectativas y responder a las necesidades de los demás, etc. De hecho, esta expectativa se confirma constantemente. Una joven puede sentirse tan insegura acerca de sus posibilidades de cumplir con esos parámetros y, por lo mismo, de ser exitosa en sus relaciones, que concentra en el peso el área de triunfo y aceptación.

Esta sensación de baja autoestima que nace de juzgarse a sí misma desde las apariencias, desde lo que los demás consideran valioso, hará que el peso y la figura cobren esencial importancia como formas de lograr elevarla (Crispo, et al., op cit).

### Perfeccionismo y autocontrol

La tendencia hacia el perfeccionismo es bastante común entre los jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria. El sufrimiento y la sensación de ineficacia las hace muy exigentes, a tal punto que nunca sienten que lo que hacen es suficientemente bueno. Esa búsqueda de perfección también se desplaza al peso corporal: para alcanzar la perfección es preciso mantener el cuerpo ideal, a cualquier costo. Terminan convenciéndose de que si logran transformar su silueta, también lograrán transformarse a sí mismas. De este modo, serán seguras y tendrán la confianza suficiente para enfrentar los desafíos que les presenten en la vida.

Paradójicamente, este perfeccionismo refuerza la sensación de inseguridad, porque exige no fallar, en lugar de afirmar al individuo en sus recursos.

También es bastante frecuente encontrar en las jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria una tendencia muy marcada a controlar todo en sus vidas, lo que incluye obviamente, un férreo control del cuerpo. Se sienten poderosas manipulando el peso corporal, seguramente como compensación de sensación de impotencia que surge frente a situaciones que les son difíciles de manejar. Hasta que finalmente comprueban que el sistema de control se les vuelve en contra.

En realidad, no es esperable que alguien que enfrente situaciones nuevas, como las que se describió con anterioridad, sepa desde el comienzo cómo desempeñarse o cómo resolverlas. Pero estas jóvenes no soportan que las cosas no estén bajo su control y tienen una gran dificultad para ensayar alternativas de salida, porque suponen que "deberían saber" cómo hacer todo bien desde el comienzo. Entonces, surge el área de la comida y el peso como un campo que sí es posible controlar, y la ilusión de que al lograrlo tendrán la prueba cierta de su capacidad para enfrentar las cosas en la vida (Crispo, et al., op cit).

### **Miedo a madurar**

Los trastornos de la conducta alimentaria se desarrollan por lo general en el período que va desde la pubertad, pasando por la adolescencia, hasta la juventud. De hecho, es un período de numerosos cambios: a nivel físico, sexual, emocional y social. Algunos jóvenes sienten que son poco hábiles para convivir con estos cambios, que no tienen recursos o que nadie los ayuda a transitarlos.

Los cambios físicos vienen acompañados, entre otras cosas, de un aumento natural del peso corporal, que es lo que finalmente le da al cuerpo una forma más "de mujer". Para muchas jóvenes que tienen trastornos de la conducta alimentaria, este puede ser el factor precipitante. Una intolerancia a esa realidad, una dificultad para aceptar su cuerpo que inevitablemente transmite el mensaje de que ya se ha dejado la infancia.

Generalmente, estas jóvenes están muy "estancadas en la niñez", y tienen temor a crecer y a manejar la independencia que eso implica. O bien, perciben claramente el temor de sus padres a que eso suceda y sufren en realidad por la falta de estímulos de parte de ellos para animarse a entrar en el mundo adulto. Otro aspecto de ese temor a crecer, de ese mantenerse como niños, es que conservan un pensamiento infantil que se mueve entre los extremos: bueno o malo, todo o nada, obeso o delgado (Crispo et al., op cit).

### **FACTORES PRECIPITANTES**

El pase de la virtualidad al acto, depende de la experimentación por parte de la persona afectada de determinados hechos que actúan como desencadenantes o precipitantes del trastorno en cuestión. En tal sentido los factores precipitantes marcan el momento de inicio.

Habitualmente se habla de precipitantes externos, atendiendo al carácter objetivo, manifiesto, observable, de los hechos supuestamente traumáticos que ponen en marcha un proceso morboso. Tal es el caso de hechos, situaciones o estímulos estresantes. El fenómeno del estrés nos explica las conexiones entre las experiencias más simbólicas, por ejemplo, una información verbal y el enfermar humano, planteado éste en términos de adaptación especialmente a los cambios agresivos o nocivos. La adaptación a la experiencia, concretamente a la experiencia aversiva, implica cambios en el sistema nervioso central, en el sistema endocrino, en el sistema inmunológico, en el pensamiento y el comportamiento, cambios que son susceptibles de constituir el sustrato orgánico predisponente inmediato de una enfermedad dada.

Todo ello justifica el poner en relación los "precipitantes externos" o "hechos estresantes" con el inicio de una enfermedad dada, a fin de buscar las relaciones funcionales existentes entre uno y otro suceso. Sin embargo los trabajos dedicados a este fin, están condenados al fracaso ya que es imposible detectar todo cuanto sea estresante para una persona dada. En efecto, sabemos que lo sustantivo en el impacto que una situación concreta ejerce sobre un individuo no es tanto la situación en sí, sino la evaluación o interpretación que de la misma hace el sujeto.

Por otro lado, hay cambios objetivos que no pueden buscarse en la interacción del individuo con su medio, porque se producen en él mismo. Esto es lo que sucede en el caso de las modificaciones biológicas propias de la pubertad. El adolescente puede experimentarlas de modo muy rápido, algunas de forma forzosamente súbita, la menarquia, son cambios a los que debe adaptarse, conceptualizar y evaluar, siendo susceptibles de constituirse en hechos estresantes (Toro y Vilardell, 1987).

## ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Dada la complejidad del fenómeno alimentario, es que autores como Bourges (1987 en Álvarez, Mancilla, Martínez, López, 1998), reconocen que la alimentación en el ser humano ha dejado de ser la respuesta a una mera necesidad instintiva, para convertirse en una respuesta altamente condicionada por factores de otro orden, esto es psicológicos, sociales y culturales. Asimismo agrega que la alimentación obedece en mayor parte a los hábitos y costumbres.

Desde este punto de vista, el estudio de la conducta alimentaria tiene que ir más allá de su base biológica, lo que inevitablemente exige una aproximación multifactorial que conciba al individuo como una unidad funcional, es decir, desde una perspectiva biopsicosocial (Barber, Bolaños - Cacho, López - Jensen y Ostrosky, 1995).

El comer es una actividad cotidiana, importante en la vida de todas las personas, de tal modo que los excesos, las deficiencias, los desequilibrios o desbalances crean problemas en las personas no sólo en el aspecto fisiológico, sino en el psicológico y en el área del intercambio con los demás, de tal forma que de manera circular y multicausante la alimentación influye en esas variables y éstas en la alimentación (Virsedá, 1995 en Álvarez et al., op cit).

El comportamiento alimentario representa además una forma de intercambio del individuo con su entorno, ya que el hombre aprende a alimentarse a partir del contacto con otras personas, de ahí que se diga que el comer es un acto social (Ocampo, Mancilla y López, 1996, en Álvarez et al., op cit).

Sin embargo, para que se desarrolle un trastorno de la conducta alimentaria es necesario que se presenten una serie de factores predisponentes, precipitantes y perpetuantes, he aquí la multideterminación del trastorno de la conducta alimentaria.

## IMPLICACIONES PSICOLÓGICAS Y CONDUCTUALES DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

En la época actual nuestros conocimientos, no pueden entenderse sin la existencia de unos hábitos y valores socioculturales, determinantes y definidores de los estereotipos estéticos concernientes al cuerpo, que constituirá la causa primera más o menos remota pero siempre presente de un modo u otro, de los trastornos de la conducta alimentaria. De ahí lo socio-psico-biológico, de ahí el particular encadenado número de fenómenos que inciden para que finalmente alguien tenga un trastorno de la conducta alimentaria, pero ninguno de ellos es en sí mismo suficiente. Trastornos como la anorexia y la bulimia nerviosas son susceptibles de poner en relación causal algo tan aparentemente abstracto y etéreo como unos criterios estéticos con el desmoronamiento biológico y psicológico de un individuo, y en última instancia la muerte.

Los cuadros que presentan los trastornos de la conducta alimentaria, se constituyen en un complejo conjunto de factores de todo orden que interactúan permanentemente entre sí, condicionándose y/o potenciándose mutuamente. La presencia de anorexia y bulimia nerviosas experimentan modificaciones en prácticamente todas las áreas de su existencia como persona. Los cambios se generan en sus pensamientos, afectan sus emociones y sentimientos, se concretan en su comportamiento, repercuten en su relación con el mundo, y estigmatizan su organismo. Todos estos ámbitos de la experiencia objetiva y subjetiva se modifican y alteran conjunta e interactivamente, constituyendo la dinámica patológica de los trastornos a lo largo del fluir del tiempo.

## CAMBIOS COGNITIVOS

El inicio del cuadro siempre consiste en la aparición y reiteración de una serie de cogniciones relacionadas con el aspecto del cuerpo y la valoración estética del mismo. Al margen de su origen o procedencia, tales pensamientos e imágenes asociadas implican juicios como: "Estoy demasiado gorda", "No me puedo controlar", "Para gustar debo estar delgada", "Si aumento de peso y no me adelgazo seré completamente desgraciada", etc. Estos pensamientos pueden no ser patológicos en un principio, coincidiendo con los que pueden formular ocasionalmente, multitud de personas, especialmente mujeres y sobre todo adolescentes. En cualquier caso, se trata de una preocupación "normal", como demuestra el hecho de que sus compañeras, su propia madre y las amigas de ella, la prensa, la televisión, en una palabra todo el mundo, esté pendiente del tema, hable, se lamente, recomiende, interrogue. Pero lo anómalo se produce en una temática casi exclusiva y asociándose dramáticamente con una creciente ansiedad.

Lo que puede empezar dentro de la normalidad, e incluso corresponder a hechos objetivos, se transforma en auténticas distorsiones cognitivas. Garner y Bemis (1982, en Toro y Vilardell, op cit) han intentado sistematizar las irregularidades del pensamiento una vez instaurado el trastorno. Así, han puesto de manifiesto la existencia de las siguientes alteraciones: abstracciones selectivas, llegando a conclusiones a partir de la consideración exclusiva de aspectos parciales del tema ("Solo puedo controlarme a través de la comida"), generalizaciones excesivas ("Cuando comía hidratos de carbono estaba gorda; por tanto debo evitarlos para no estarlo"); magnificación de posibles consecuencias negativas ("Si aumento un kilo de peso, no lo podré resistir"), pensamiento dicotómico (todo o nada) ("Si no me controlo del todo, no me podré controlar en lo absoluto"); ideas de autoreferencia ("Cuando como parece que todo el mundo me mira"); Pensamiento supersticioso aceptando relaciones causa-efecto entre acontecimientos no contingentes ("Si como un dulce, se convertirá enseguida en grasa en el estomago").

Estos pensamientos facilitan la precipitación del cuadro, más concretamente la toma de decisiones inicial encaminada a la práctica de una dieta restrictiva. Pero a lo largo del proceso del trastorno, sin duda constituyen un poderoso factor de mantenimiento, sumamente resistente a la crítica racional. Se trata de cogniciones sumamente desadaptadoras, que encierran en sí mismas un notable potencial ansiógeno, al tiempo que generan una gran parte de la conflictividad existente entre la persona con el trastorno y las personas con las que ellas viven (Toro y Vilardell, op cit).

## CAMBIOS CONDUCTUALES

Comportamiento ingestivo: Evidentemente, los primeros cambios a considerar son los que guardan relación directa con la ingestión de alimentos. El

inicio de una dieta restrictiva suele ser la obertura pública, manifiesta del drama que se avecina. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono, acostumbra a prolongarse mediante la reducción o supresión de las grasas y acaba con la limitación de la ingesta proteica. No es infrecuente cuando el trastorno está avanzado, que la anoréxica se mantenga diariamente con uno o dos yoghurts, algún trozo de queso, ciertas verduras y ensaladas sin aceite, y esporádicamente una pequeña cantidad de carne. En casos muy extremos, y ya en plena inanición, se llega incluso a la restricción de la dieta líquida.

Alrededor de la mitad de las anoréxicas, especialmente a partir de los 18 ó 19 años, pasan por episodios bulímicos (Atracones). Estos episodios, auténticos accesos de voracidad, implican ingestas desmesuradas y a veces prolongadas, de periodicidad irregular, que acaban con crisis inmediatas de ansiedad, disforia, sentimientos de culpa y, frecuentemente, con ideas de suicidio. A través de estos atracones la paciente reconoce implícitamente que padece un hambre que se hace desesperante. Puede, así, satisfacer un apetito largamente coartado en su satisfacción, pero el costo es muy elevado. La bulímica simple o la anoréxica bulímica, especialmente tras los episodios en cuestión, se odia a sí misma, se desprecia intensamente. Además, estos consumos críticos de alimento conllevan, en la inmensa mayoría de los casos, otra irregularidad conductual: Las purgas, que son conductas compensatorias que en la fantasía del sujeto sirve para "anular" el episodio compulsivo y recuperar el control perdido en el atracón. Las más habituales son el vómito autoinducido o voluntario, comer y escupir, el uso de diuréticos y laxantes o la actividad física intensa.

Vómitos voluntarios. El vomitar se percibe como una forma de regular la ingesta desequilibrada por su crítica voracidad. El episodio bulímico entraña una ingestión excesiva de alimento, ésta provoca una intensa respuesta de ansiedad incrementada por todos los pensamientos superpuestos a ella: autocondena por la pérdida de control, empeoramiento de la autoimagen, etc. Todo ello, además está condicionado y condimentado por las consecuencias de la clandestinidad en que suelen desarrollarse estos anómalos festines, se trata de un acto vergonzoso que nadie debe contemplar, ni nadie puede saber que ocurre. La ocultación incrementa desde un principio el carácter ansiógeno de toda la situación. El caso es que el vómito, al "reparar" todo o parte del daño cometido tiene un cierto papel purificador; es como si se estableciera aunque sea parcialmente el equilibrio perdido. En consecuencia, la tendencia a vomitar va a mantenerse y probablemente a incrementarse, con las consecuencias de todo orden que con ello conlleva.

Una vez establecido el vómito como hábito más o menos circunstancial, puede practicarse aun en ausencia de episodio bulímico. Así, con cierta frecuencia, las anorexicas vomitan no en relación con una ingesta crítica excesiva, sino en función de sus sobrevaloradas molestias postprandiales. La menor ingesta desencadena malestar y éste parece desaparecer con el vaciado del estómago. Tras un periodo de práctica intensiva, no puede sorprender que en algún caso, el

vómito sea siempre plenamente voluntario ya que puede asumir características reflejas, es decir, condicionadas.

El uso de laxantes constituye otras de las anomalías conductuales. La restricción alimentaria suscita constipación. La anoréxica suele padecer un estreñimiento sumamente pertinaz. Para vencerlo utiliza laxantes de todo tipo. Por otro lado la constipación facilita, real y subjetivamente, la experimentación de molestias abdominales difusas, las cuales le impelen a un mayor consumo de laxantes. Así mismo las distorsiones conceptuales les llevan a pensar en el estreñimiento y la ingesta en términos exclusivamente mecánicos: "a más retención, más peso".

La utilización de diuréticos, disminuyendo así la retención líquida y por tanto el peso, es otra de las peligrosas conductas que pueden y suelen practicar ciertas anoréxicas.

Además de todos estos comportamientos, suelen presentarse conductas que suelen catalogarse como extravagantes, raras o compulsivas, como son conversaciones, lecturas y observaciones de contenidos directamente relacionados con la alimentación y el peso.

## CAMBIOS EMOCIONALES

Todos los cambios en los pensamientos así como en la conducta de las personas con algún trastorno de la conducta alimentaria, van sistemáticamente acompañados de cambios emocionales. La ansiedad se identifica con el cuadro. Los trastornos de índole obsesiva son muy frecuentes. La patología afectiva, la depresión, parece sumarse a todo ello con sospechosa asiduidad.

A lo largo de la evolución del cuadro 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", el convencimiento de qué es lo que perciben los demás, las ambigüedades e incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural en favor del adelgazamiento temido/deseado, las intervenciones médicas acertadas e iatrogénicas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social por lo menos subjetivo, las molestias y el deterioro físico progresivo. Todo ese conjunto de hechos, acciones y reacciones, interpretaciones y anticipaciones, tienen un resultado común: mantener y aumentar la ansiedad.

Existe pues una ansiedad difusa, constantemente experimentada, que tiende a agudizarse e incrementarse con el devenir del trastorno. Cimentándola, constituyendo su armazón psicopatológica central: la fobia al sobrepeso real o supuesto. Expliquemos esto con más detalle:

El proceso anoréxico por ejemplo, se inicia a partir del momento en que determinada aprehensión crítica del propio cuerpo conduce a la decisión de perder peso mediante la reducción de la dieta alimenticia. Esa percepción crítica supone una percepción y evaluación negativas del cuerpo en general o de algunas partes del mismo en particular. Por supuesto, estamos refiriéndonos a una valoración estética negativa del mismo. Ese cuerpo, por sí solo, en cuanto ente físico que es, no produce molestia o daño alguno a la interesada. El daño viene producido por la valoración que comentamos. Se trata de un pensamiento, un juicio, un hecho cognitivo, que desencadena una ansiedad suficientemente intensa para tomar una decisión radical de disminuir drásticamente la alimentación. Este proceso supone que el propio cuerpo así evaluado se transforma en un estímulo fóbico. Unos criterios externos, adquiridos, forman en determinadas circunstancias un contenido de pensamiento negativo respecto al propio cuerpo; este contenido despierta ansiedad y la asociación pensamiento - realidad conduce a que el propio cuerpo suscite la respuesta ansiosa. Es éste el inicio de un fenómeno fóbico, cuyos antecedentes serían única y exclusivamente cognitivos, en el bien entendido de que, si previamente se han producido situaciones traumáticas -por ejemplo, burlas, críticas, comparaciones odiosas o humillantes-, éstas sólo pueden incidir sobre el individuo reforzando el carácter negativo de sus autovaloraciones corporales.

Una vez establecido el propio cuerpo -su tamaño, su volumen, algunas de sus partes- como estímulo fóbico, los acontecimientos se precipitan. La interesada convive permanentemente con su cuerpo. Esa exposición permanente al estímulo fóbico debiera acabar con la respuesta de ansiedad, al facilitar la natural extinción de la misma. Pero eso, probablemente, no es posible debido al constante reforzamiento sociocultural del enjuiciamiento negativo que la anoréxica hace de sí misma. Enfrentada de continuo al estímulo fóbico, a unos tamaños / volúmenes que le resultan aversivos, lo lógico es que incurra en las conductas de evitación consiguientes. Sabe que volumen / tamaño es de algún modo igual a peso. No puede huir o evitar directamente un volumen, pero si puede huir de, o evitar, un peso. Su cultura le ha enseñado cómo hacerlo (por supuesto, un animal no puede contraer una anorexia nerviosa). Así se empieza a reducir la ingesta. Cuando tal cosa se produce, el propio peso es ya un estímulo fóbico.

Obsérvese que si el cuerpo es una realidad, el peso es una abstracción, unas cifras, unos dígitos que parecen revestidos de extraños poderes ansiógenos o placenteros. La anoréxica huye de su peso actual, cualquiera que sea en cada momento. Lo importante, lo significativo ya no es la apariencia física objetiva de su cuerpo, sino la cifra que le suministra la báscula. Después se produce una generalización compleja de la fobia al cuerpo/peso, a cierto grupo de alimentos relacionados al aumento de peso (carbohidratos, grasas). Cuando la anorexia se agrava, suele suceder que ya no hay comidas concretas, sino toda la comida, el alimento en general también despierta la respuesta fóbica, más tarde los estímulos aversivos ansiógenos son de todo orden, objetos y/o hechos reales (los propios muslos, los pasteles), simbólicos verbales (cifras referidas a kilos) (Toro y Vilardell, op cit).

La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables importantes dentro de los estudios sobre los trastornos de la conducta alimentaria, constituye un común denominador de las mismas, es decir se encuentra en cuadros como anorexia y bulimia nerviosa, formando parte, en consecuencia, de la etiología multifactorial de su complejo cuadro sintomático, es por eso que a continuación presentamos una breve reseña de lo que es la imagen corporal y las implicaciones que conlleva su alteración.

## ALTERACIONES DE LA IMAGEN CORPORAL

El concepto de las preocupaciones patológicas acerca de la apariencia física tiene una historia más larga que la de su inclusión en el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal en los DSM. El término dismorfofobia fue introducido por Morselli en 1886 (en Raich, 2000). La fobia no estuvo muy detallada en su explicación, pero el término que acuñó significa, literalmente, miedo a la propia forma.

El primer artículo publicado en inglés por Hay data de 1970. La esencia del trastorno fue clasificada no como miedo a volverse deforme, sino como a convicción irracional de ser anormal y miedo a las reacciones de los demás.

El problema de la imagen corporal es multidimensional. Por ello si se usa el término "trastorno de la imagen corporal" queda claro:

- a) que se trata de una constelación de aspectos como un conjunto.
- b) que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos o una simple alteración.

En este sentido, J. C. Rosen (1990 en Raich, 2000) propone que el trastorno de la imagen corporal se defina como una preocupación exagerada, que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o extremado de la apariencia física.

Perceptualmente, la persona ve su defecto como mayor, más pronunciado o más desviado de lo que es en realidad; es lo que se llama "distorsión perceptual". El ejemplo más corriente hoy en día es el de las chicas jóvenes que teniendo un peso normal se ven gordas.

En el campo de los trastornos de la conducta alimentaria se ha trabajado durante muchos años sobre este tema. Se formuló la hipótesis de que las personas, especialmente las que presentan anorexia nerviosa, tenían un defecto de percepción. No eran capaces de ver las cosas como las demás personas.

El filósofo Epicteto (en Raich, 2000) dijo: "lo que perturba a la gente no son los acontecimientos, o sea, lo que les sucede, sino las interpretaciones que hacen de ellos". Recientemente los psicólogos cognitivos han elaborado una teoría y una terapéutica basada en la interpretación de los acontecimientos. Siguiéndoles,

Cash (en Raich, 2000) ha elaborado la "docena sucia" de pensamientos distorsionadores o errores cognitivos respecto de la apariencia.

Las cogniciones sobre la apariencia pueden formar parte de "errores cognitivos" o distorsiones, tal como lo plantea Beck (en Raich, 2000), creencias irracionales, expectativas desafortunadas, atribuciones, etc. Todas estas son maneras de interpretar los acontecimientos y de prever cómo será el futuro a partir de la observación de la realidad.

De esta forma la docena sucia, acuñada por Cash, comienza con:

La bella o la bestia.

Cuando los pensamientos que se tienen están en la línea del blanco/ negro, de "si no soy la mejor, soy la peor", se está cometiendo un error de tipo dicotómico, una exageración donde no caben tonos intermedios y que te condena irremediamente a la más fea fealdad sino se está en la más estricta belleza. Esta distorsión es muy frecuente y lo que hace es polarizar el pensamiento entre dos contrarios absolutos.

La idea irreal.

Consiste en evaluar la apariencia a partir de un estándar irreal (mujer alta, delgada, escultural). Cuando se perciben desajustes entre su apariencia y el ideal, se centra en sus defectos: "soy demasiado baja", "demasiado gorda", "no soy guapa".

La comparación injusta.

Consiste en comparar la propia apariencia con la gente atractiva que nos rodea y considera más atractiva que nosotros. Nos fijamos en algún aspecto atractivo de alguien y nos comparamos con él.

La lupa.

Consiste en centrarnos en aspectos de nuestra apariencia que no nos gustan y exagerar su importancia. A las personas que lo practican se les hace difícil pensar en la propia apariencia sin centrarse en este aspecto desagradable. Tienen a creer que este aspecto representa la totalidad de la apariencia.

Es un error cognitivo que se llama atención selectiva. Esta distorsión está relacionada íntimamente con la siguiente.

La mente ciega.

Se trata de ignorar o minimizar aspectos favorables de la apariencia física. Como nos sentimos bien con ellos, no pensamos en ellos.

La educación ha consistido en muchas ocasiones, en aprender a ser modestos y a no presumir de las propias cualidades. Esto está bien, puesto que no se podría soportar a las personas que se mantuvieran todo el tiempo alabándose. Pero, a veces, tiene unos efectos exagerados y devastadores, especialmente en aquellas personas con trastorno de la imagen corporal, puesto que parece que no se

autoricen a ver lo positivo de su físico, mientras se dan cancha amplia en la crítica y desmerecimiento de otras partes.

La fealdad radiante.

La insatisfacción con un aspecto de la apariencia se generaliza a otras características físicas. El descontento por un aspecto lleva a encontrar defectos en otros.

El juego de la culpa.

Atribuir decepciones, rechazos u otros acontecimientos negativos a un aspecto de la apariencia con el que se está insatisfecho.

La mala interpretación de la mente.

La suposición o creencia de que soy poco atractivo me hace suponer que los demás me ven también así. Los demás me ven exactamente como yo me veo.

Prediciendo desgracias.

Esperar que el mal aspecto físico tenga efectos negativos en el futuro, en experiencias sociales futuras. Implica una mala interpretación de la mente (suposiciones sobre lo que los demás pueden pensar), pero no es sobre lo que una persona en concreto pensó o piensa, sino en lo que un grupo o la gente en general pensará y cómo reaccionará.

La belleza limitadora.

Restringimos o limitamos nuestro comportamiento por las preocupaciones por nuestra apariencia. Mantenemos creencias de que no podemos hacer ciertas cosas por culpa de nuestra apariencia. La creencia de la belleza limitadora (no poder hacer ciertas cosas por la apariencia) puede deberse a predicciones catastróficas.

Sentirse feo.

La interpretación se convierte en certeza. Estamos preocupados por nuestra fealdad; entonces empezamos a justificarla.

El reflejo del mal humor.

El mal humor por razones no relacionadas con la apariencia física se desborda sobre nuestra apariencia, criticándola y explayándonos en ella.

Estas distorsiones cognitivas son las más frecuentes. A veces adoptan formas de obsesiones y preocupación por la imagen corporal no sólo es exagerada, sino que ocupan, una gran cantidad de tiempo diario e interfiere en las actividades de la vida diaria.

Las distorsiones cognitivas nos predisponen a sentirnos de determinada manera. Nadie es capaz de creer seriamente que es una persona horriblemente fea y despreciable y estar pensándolo alegremente. Todas las distorsiones ayudan

a procurar emociones negativas y evidentemente este conjunto lleva a actuar de manera errónea.

Las creencias y pensamientos que presentan las personas con trastornos de la imagen corporal se han descrito como obsesiones, ideas sobre valoradas o delirios. Es difícil distinguir entre ellos y parece que no existe un único patrón de pensamientos.

Phillips y McElroy (1993 en Raich, 2000) concluyen que el pensamiento varía en un conjunto que va desde una ligera convicción hasta el diario. El delirio en el trastorno de la imagen corporal está confinado al defecto que se atribuye. El pensamiento obsesivo en el trastorno de la imagen corporal, se refiere a los pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de la apariencia. Pueden reconocer que su preocupación es excesiva aunque estén convencidos del defecto de su apariencia. Esta ideación sobrevalorada representa el aspecto cognitivo de este trastorno.

Aunque la insatisfacción corporal es muy frecuente, sobretodo en las mujeres, esto no es suficiente para definir el trastorno de la imagen corporal. Los individuos con este trastorno devalúan su apariencia instantáneamente, se imaginan que la otra gente se fija y se interesa por su defecto, ponen mucho énfasis en el defecto de su apariencia y cuando hacen una jerarquía de valores personales, lo suelen colocar en primer lugar, con lo que tienden a subestimarse. Creen que su defecto es una prueba fehaciente de la imposibilidad de ser queridos o apreciados y una muestra de debilidad, pereza o de algún defecto de carácter. Aunque esta preocupación puede presentarse en cualquier momento del día, es aún más intensa en situaciones sociales en las que la persona se siente autoconsciente y espera ser escudriñada por la otra gente.

Conductualmente organizan su estilo de vida alrededor de su preocupación corporal. Estas personas pueden consumir gran cantidad de horas al día comprobando su defecto ante el espejo o ante cualquier superficie reflejante. Algunos utilizan lupas para poder observar mejor su defecto. Puede existir un comportamiento de limpieza y aseo excesivo. Algunos evitan mirarse al espejo, mientras que otros lo hacen compulsivamente solicitan continuamente información tranquilizadora sobre su defecto y se compara con otros individuos. Realizan maniobras de camuflaje, tapándose con ropas holgadas o con flequillo u otras argucias, y sobretodo evitando las situaciones sociales en las que creen que se fijarán en su defecto o será rechazado por su apariencia.

Estas conductas tienden, por un proceso de reforzamiento negativo, a mantener e incrementar la ansiedad por su apariencia. Es decir, cuando haciendo cualquier cosa puedo evitar o huir de una consecuencia aversiva (sentirme observado en mi defecto, sentirme criticado, sentirme mal), lo realizo y esto inmediatamente me confortará mucho, pues habré evitado algo tan desagradable como la ansiedad. Y como resulta inmediatamente efectivo, tenderá a repetirlo cada vez que se presente una ocasión semejante.

La mayoría de las personas que tienen trastorno dismórfico no cuentan sus penalidades ni a sus íntimos amigos, porque "naturalmente ellos conocen el defecto que yo tengo, pero no les explico cuánto sufro porque me da vergüenza", pero en cambio preguntan muy a menudo sobre cómo les ven los demás. Se reaseguran de que el defecto no es tan evidente o de que han conseguido disimularlo suficientemente. Preguntan: "¿Qué tal estoy?" o "¿No se nota, ¿verdad?". A veces la pregunta es la contraria: "¿Has visto qué gorda se me ve?" o "Seguro que se me nota los granos bajo el maquillaje", siempre con la ilusión de que le contradigan.

En ocasiones las personas con trastorno dismórfico recurren a diferentes médicos en busca de solución a su problema, para corregir un problema inexistente: a oftalmólogos, dentistas, dermatólogos, urólogos, etc.

Hacer dieta y ejercicio físico de una manera obsesiva y continua también son conductas de evitación de la visión de un defecto que puede ser el verse el cuerpo demasiado gordo o delgado, o desarrollar o disminuir determinada parte de éste.

La medición de determinadas partes del cuerpo, de manera repetida y continua, perpetúa el interés o la ansiedad sobre el defecto. Desde las conocidas mediciones de pecho, cintura y caderas en mujeres, hasta la medición de partes del cuerpo como el pene, que pueden llevar a cabo repetidamente estas personas una forma de medida continua muy frecuente es pesarse de manera compulsiva.

Concluyendo, el trastorno de la imagen corporal es una condición multidimensional que está asociada con gran malestar subjetivo y puede ser perpetuador, especialmente para la relación social.

Las personas que presentan este trastorno están en un rango clínico en cuanto a psicopatología y diferentes medidas de autoestima. Sus manifestaciones se superponen al trastorno obsesivo-compulsivo, a la fobia social y a los trastornos de la conducta alimentaria.

El desagrado con el peso puede y tiene diferentes significados según el sexo. Los hombres suelen desear pesar más, no porque deseen estar gordos, sino porque quieren tener más masa muscular y saben que ésta pesa. El modelo estético masculino es mucho más saludable que el femenino y en su definición entra el poseer una buena musculatura.

Los problemas con la imagen corporal tienen que ver con gran cantidad de alteraciones o disgustos que se producen concomitantemente de una manera regular. Por ejemplo, es muy generalizado el que una pobre imagen corporal vaya asociada a una baja autoestima. Es decir, que uno se siente poco adecuado como persona. No se autovalora. Los estudios confirman que por lo menos un tercio de la propia autoestima se refiere a lo positiva o negativa que resulta tu autoimagen.

Si a uno no le gusta su cuerpo es difícil que le guste la persona que vive en él. Asimismo, es muy difícil que se sepa apreciar indistintamente cualidades de destreza o trabajo o incluso inteligencia, separadamente del aprecio por el propio cuerpo, especialmente en mujeres, que suelen subordinar muchas de estas cualidades al atractivo.

También está relacionada la insatisfacción con la imagen corporal, con la identidad de género, o los sentimientos de femineidad. Algunas personas creen que no poseen las cualidades que deberían por pertenecer a uno u otro género. O, por el contrario, creen que poseen unas características que son más propias del otro género que del que uno tiene.

Una imagen corporal negativa puede causar ansiedad interpersonal. Si uno no es capaz de aceptarse creerá que los demás tampoco podrán hacerlo. Como resultado de esto no es de extrañar que la persona se sienta incómoda o inadecuada en sus interacciones sociales. A veces puede suceder con personas del propio sexo y a veces del sexo contrario.

Estar preocupado por el propio cuerpo puede causar problemas de relación sexual, pues puede provocar miedos a mostrar el cuerpo desnudo, especialmente la parte que se considera más desagradable, lo que influye decisivamente en la calidad de la relación. Las personas que están tan preocupadas en esconder o disimular una parte de su cuerpo difícilmente pueden dejarse ir en la relación amorosa. Por una parte debemos tener en cuenta la particular visión del cuerpo que se puede experimentar en las primeras relaciones sexuales, y más en el género femenino. Aunque no es popular, es lógico suponer que las primeras relaciones sexuales pueden abocar al fracaso, por propio desconocimiento y por la dificultad de coordinación con la pareja, sin hablar ya de los mitos sexuales que envuelven a esta realización ("el hombre lo ha de saber todo", "el hombre ha de conseguir que la mujer disfrute en la relación sexual", "el papel de la mujer es pasivo" o "la mujer debe ser pluriorgásmica", etc.). Si a estas dificultades se añade la de considerar que la relación sexual será como un examen en el que se pondrá a prueba el o los defectos corporales que pueden creer que tienen, se está elaborando una fórmula perfecta para justificar el fracaso de la relación en el defecto corporal.

Los trastornos de la conducta alimentaria tienen como característica central el trastorno de la imagen corporal. La similitud de los dos trastornos es evidente en los criterios diagnósticos: "Preocupación persistente con el peso y la silueta" o "La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales" (DSM-IV, 1994 en Raich, 2000). De hecho, una gran proporción de mujeres con diagnóstico de trastorno dismórfico, tiene una historia o presentan los criterios necesarios para el diagnóstico de trastorno de la conducta alimentaria. Los trastornos de la conducta alimentaria en personas con una apariencia normal son esencialmente trastornos dismórficos más anomalías en la conducta alimentaria (Rosen, 1995, en Raich, 2000). Las conductas purgativas en las bulimias son equiparables a los remedios de belleza utilizados por las personas

con trastorno dismórfico. Asimismo, las personas con trastornos de la conducta alimentaria tienen otras preocupaciones corporales que las estrictamente referidas al peso o la silueta (Rosen, Reiter y Orosan, 1994, en Raich, 2000).

## RESULTADOS DE INVESTIGACIONES

### Epidemiología Nacional

El estudio de los trastornos de la conducta alimentaria es un área de investigación relativamente nueva en México, pero en años recientes se ha incrementado el interés por estudiar estos trastornos.

Las investigaciones hasta ahora realizadas parecen indicar que los trastornos de la conducta alimentaria aún no representan un problema de la magnitud con la que se presenta en otros países. No obstante, en años recientes se ha observado un aumento en la demanda de tratamiento en centros especializados como es el Instituto Nacional de Nutrición, en donde se recibe un promedio de 10 llamadas telefónicas mensuales solicitando tratamiento para algún trastorno de la conducta alimentaria y de los cuales, aproximadamente 4 se corroboran con diagnóstico de anorexia o bulimia nerviosa (Unikel, 1998).

Gómez y Ávila (1998) encontraron que en edades muy tempranas (10 y 11 años), ya estaba presente el deseo de una figura muy delgada y el estereotipo de delgadez asociado con lo atractivo, lo deseable, además de encontrar que el 25% realiza dietas intencionales, el 19% con la finalidad de bajar de peso y el 6% para subir de peso, sin diferencias entre niños y niñas. El principal método por el cual estos niños pretendían bajar de peso, es reduciendo el consumo de alimentos "engordadores".

Algunos estudios reportan la presencia de factores de riesgo, es decir de conductas y prácticas alimentarias que pueden conducir a la gestación y desarrollo de dichas anomalías (Gómez, 1993a). Por su parte Mancilla, et al. (op cit) encontraron 44 (8.3%) casos de chicas con trastornos alimentarios. Dentro de estos estudios se observaron que factores tales como insatisfacción de la imagen corporal, miedo a engordar y sentimientos de baja autoestima, tuvieron medias más altas en el grupo con trastorno alimentario (11.16) en comparación con el grupo sin trastorno (1.66). Estos datos son similares a los que Johnson y Maddi (1986 en Attie y Brooks-Gunn, 1989) encontraron en que los jóvenes con trastornos alimentarios manifiestan sentimientos de baja autoestima e inseguridad en sí mismas, tienden a presentar mayores dificultades para entablar relaciones interpersonales óptimas en comparación con las jóvenes sin trastornos.

Gómez (1997) investigó acerca de las alteraciones de la imagen corporal en preadolescentes, por lo que aplicó un cuestionario a 200 preadolescentes con edad promedio de 10.8 años que se encontraban cursando los dos últimos años de la enseñanza primaria en escuelas públicas. El propósito fue conocer si entre

los preadolescentes se presentan o no problemas con la imagen corporal, ampliamente documentados en población de adolescentes como factores de riesgo para desarrollo de conducta alimentaria. Entre los hallazgos de mayor relevancia deben señalarse la presencia de indicadores de riesgo similares a los referidos en las muestras de adolescentes, por ejemplo, distorsión e insatisfacción de la imagen corporal, así como una fuerte motivación y disposición favorable hacia la delgadez, sobresaliendo como una de sus expresiones más claras, la elección de una figura prácticamente anoréctica. Fue notoria por otra parte, la distribución del Índice de Masa Corporal (IMC), debido a que se presentaron preadolescentes con pesos muy bajos y en porcentajes más altos de los que se han informado en otros estudios y observado en las muestras de adolescentes mexicanos.

Unikel, et al. (2000), utilizaron los datos recopilados por la Encuesta sobre la Prevalencia del Consumo de Drogas y Alcohol en la población estudiantil del Distrito Federal de 1997, para conocer la presencia de conductas alimentarias de riesgo propias de los trastornos de la conducta alimentaria en la población estudiantil de la Ciudad de México. Mencionan que es importante considerar las consecuencias de la distorsión de la imagen corporal. En tal sentido se observó que los sujetos que sobrestimaron su peso, presentaron mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo y son los que se encuentran ante mayor riesgo de desarrollar una patología.

### Epidemiología Internacional

En algunos otros países se han realizado un mayor número de estudios al respecto. Por ejemplo, en los Estados Unidos los trastornos de la conducta alimentaria afectan a un estimado de 5 millones de mujeres cada año. En adición a sus efectos psicológicos, tienen efectos potencialmente devastadores sobre la salud a consecuencia de las secuelas fisiológicas del estado nutricional alterado o las purgas. La tasa de mortandad asociada sólo a la anorexia es de 0.56% al año, 12 veces más alta que la tasa de mortandad entre mujeres jóvenes en la población en general, y usualmente ocurren en adolescentes o mujeres jóvenes, aunque del 5 al 15% de los casos aparecen en niños y hombres. Aunque generalmente se desarrollan estos trastornos en la adolescencia, pueden aparecer después de los 40 años y cada vez son más vistos en niños pequeños. Cerca de la mitad de los pacientes que sufren de anorexia o bulimia se recuperan totalmente, aproximadamente el 30% tienen una recuperación parcial y el 20% no tienen mejoría substancial en los síntomas (Becker, y cols., 1999 en Silva, 2001).

Cifras aportadas por Walsh y Devlin en 1998 (en Silva, op cit), muestran que estas enfermedades afectan a cerca del 3% de las mujeres en algún momento de sus vidas, y la bulimia, el trastorno más común, parece estar aumentando su incidencia, pues varios estudios de principios de los 80's sugieren que la frecuencia de este trastorno entre mujeres universitarias ha llegado a tener proporciones epidémicas. Sin embargo, aunque la bulimia parece ser más común

que la anorexia, los trastornos psicológicos son menos severos y casi no hay mortandad asociada pues, en contraste con los pacientes con anorexia, que por definición están significativamente bajos de peso, la mayor parte de los individuos con bulimia, tienen un peso corporal normal o superior al correspondiente.

Algunas investigaciones refieren un incremento dramático en la incidencia de los trastornos de la conducta alimentara en jóvenes adolescentes (Killen, Taylor, Telch, Saylor; Maron y Robinson, 1986). La respuesta inicial a este problema ha sido la creación de centros de tratamiento y procedimientos terapéuticos que se han venido desarrollando rápidamente como respuesta al gran número de trastornos alimentarios.

La literatura internacional señala que la tendencia de los sujetos es sobrestimar su peso corporal (Nylander, 1971 y Stunkard, 1984 en Unikel, et al., 2000) influenciado por la conocida intención de alcanzar una delgadez idealmente impuesta por las normas sociales. La presencia de sobrepeso es menos aceptada en la mujer que en el hombre, y la respuesta de hombres y mujeres ante esta misma condición, se encuentra matizada culturalmente, esto es, para los hombres es una característica aceptable y en ocasiones deseable, mientras que para la mujer es una condición estigmatizante.

Hsu (1983 en González, Lizano, Gómez, 1999) investigó sobre anorexia nerviosa y concluyó que ésta es más frecuente en mujeres que en hombres, predominando más en adolescentes mujeres de la clase social alta en países desarrollados. Sin embargo, en la actualidad se observa que ya no pertenecen únicamente a estos países, sino que su prevalencia se está extendiendo hacia sociedades en las que no predomina necesariamente el alto desarrollo económico, tal parece que ahora el común denominador es la cultura de la delgadez. Johnson y Maddi (1986 en Attie y Brooks-Gunn, op cit) encontraron que jóvenes con trastornos de la conducta alimentaria manifiestan sentimientos de baja autoestima e inseguridad en sí mismas, tienden a presentar mayores dificultades para entablar relaciones interpersonales óptimas en comparación con las jóvenes sin trastornos.

En Suiza se encontró que de 1956-58 a 1973-75 se incrementó cuatro veces (de 3.98 por cien mil a 16.76 por cien mil) la incidencia de anorexia en mujeres con edades de 12 a 25 años (Willi y Grossman, 1983). En una investigación realizada en Londres se encontró que por cada 250 estudiantes mujeres inscritas en escuelas privadas, había un caso severo de anorexia (Crisp, Palmer y Kalucy, 1976). Por su parte Agras (1988), señala que el número de pacientes que se atendía anualmente en la Clínica de Stanford hasta antes de 1979, no excedía de 10, pero que a partir de los primeros años de 1980 se incrementó a 200. Pyle, Halvorson, Newman y Mitchell (1986) encontraron un incremento de 1% al 3.2%, que se dio en relación con accesos bulímicos y técnicas de purga. En una submuestra tomada de una muestra investigada tres años atrás (en Gomez, 1993a). Klemchuk, Hutchinson y Frank (1990 en Mancilla, et al., op cit), mencionan que la insatisfacción corporal, preocupación por el peso y

trastornos alimentarios han venido incrementándose como problema sobresaliente en colegios.

No se ha elaborado un modelo epidemiológico en el cual se muestre la incidencia y como ha incrementado los trastornos alimentarios en población mexicana adolescente, sin embargo como arriba se mencionó existen investigaciones que nos muestran como se ha incrementado la presencia de conductas alimentarias de riesgo, así como el deseo de cada vez más chicas por tener un cuerpo delgado como el de las modelos de televisión o revistas.

Para fines de nuestra investigación requerimos tomar en cuenta dichas investigaciones que nos sirvan de parámetro para conocer el incremento en la incidencia de tales conductas.

#### Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas

De entre las investigaciones realizadas en relación al consumo de drogas y trastornos de la conducta alimentaria se puede mencionar, desafortunadamente sólo una en México; Gutiérrez et al., (2000) encontraron que un grupo de adolescentes que presentaban conductas alimentarias de riesgo tiene dos veces más riesgo de consumir drogas alguna vez en la vida (25.2%) que un grupo que no presentaba conductas alimentarias de riesgo (10.5 %). Así mismo dentro de la literatura internacional esta asociación de trastornos ha generado muchas investigaciones, tal es el caso de Henzel (1984) que en un estudio con 15 sujetos diagnosticados con Anorexia encontraron que el 33% de estas tenían dificultades asociadas con el consumo de sustancias incluyendo un probable diagnóstico de alcoholismo, por su parte, Cantwell, Sturzenberg, Burrough, Salkin, Green, (1977) reportaron que al menos uno de cuatro de una muestra de 26 pacientes con anorexia nerviosa, presentaban alcoholismo o abuso de drogas. Laessle, Kittl, Fichter, Wittchen, Pirke, (1987) observó que los sujetos con anorexia cubrían el criterio de dependencia de anfetaminas. En otra investigación con 105 mujeres con anorexia el 6.7% presentó alguna vez en su vida abuso de alcohol o dependencia de drogas (Eckert, Goldberg, Halmi, Casper, Davis, (1982). Garfinkel, Moldofsky Garner, (1980) indicó que el 5% de 73 individuos con anorexia restrictiva consumían alcohol y 12% han usado drogas ilegales. Goldbloom, Naranjo, Bremner, Hicks, (1992) encontró que 22 (30%) de 73 mujeres en tratamiento uso de sustancias demostraron tener problemas relacionados con la alimentación (en Schuckit et al. 1996).

Así pues se puede ver que se han generado innumerables investigaciones en torno a la relación de estos trastornos, no así en México, es por esto que con esta investigación se propone ahondar en el conocimiento de esta relación en población adolescente mexicana, retomando el factor autoestima. Siendo de importancia para la misma describir la relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo y el consumo de drogas, así como el papel que desempeña la autoestima en la presencia de ambos trastornos. Para tales fines, se propone la siguiente metodología:

## **METODOLOGÍA**

El presente estudio forma parte de una investigación mayor realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. Utilizando la base de datos de la Encuesta de estudiantes del 2000 (Villatoro y cols., 2002), que presenta las siguientes características metodológicas.

La metodología empleada mantuvo los aspectos básicos de las mediciones anteriores que se han realizado en el D.F., esto facilitó la evaluación de las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco, y de los cambios en los factores de riesgo asociados al consumo de dichas sustancias.

## **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

Detectar si existe alguna relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo, autoestima y consumo de drogas en una muestra de estudiantes de nivel secundaria, bachillerato y bachillerato técnico.

## **PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS**

- Existe relación entre la conducta alimentaria de riesgo y la autoestima.
- Existe relación entre la conducta alimentaria de riesgo y el consumo de drogas.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Prevalencia de la conducta alimentaria de riesgo.
- Relación entre la conducta alimentaria de riesgo y Autoestima.
- Relación entre la conducta alimentaria de riesgo y Consumo de Drogas.

## **DEFINICIONES CONCEPTUALES**

Rosenberg en 1973 dió las siguientes definiciones:

**Autoestima:** Pensamientos y sentimientos de la persona en referencia a sí misma como un objeto.

**Autoestima alta:** Sentirse suficientemente bueno, es decir, sentirse capaz de mejorar, madurar y lograr cualquier cosa.

**Autoestima baja:** Es sentir insatisfacción, rechazo y desprecio hacia sí mismo.

**Conducta alimentaria de riesgo:** Son las conductas relacionadas con problemas de la ingesta alimentaria, por ejemplo seguimiento de dietas con el propósito de

controlar el peso, dieta restrictiva, exclusión de alimento con alto contenido calórico, hábitos inadecuados, ayuno y atracones. (Gómez, Saucedo y Unikel citado en León 1998).

**Consumo de drogas:** Se define a una droga como una sustancia orgánica o química que al ser introducida en el cuerpo afecta el sistema nervioso. La droga que receta un doctor con propósito terapéutico o profiláctico, tiene connotación favorable. Teniendo entonces que el consumo de drogas es aquella administración de esa sustancia por parte del individuo (Bruyn, 1969 en Grinder, 1997).

## **DEFINICIONES OPERACIONALES**

**Autoestima** se define operacionalmente como la puntuación obtenida a través de las escalas que exploran dichos fenómenos, siendo éstas definidas en la sección de Instrumento.

**Consumo de drogas.** Las preguntas de cada droga se dividen en prevalencias (total, último año y último mes) y en el número de veces que se ha consumido la droga. Con objeto de que el indicador de consumo esté medido por la frecuencia de consumo y por el número de drogas que ha consumido. El número de drogas se obtendrá como el número de respuestas SI's a las preguntas iniciales (las correspondientes a la prevalencia total) de consumo de drogas. En tanto, el número de veces que ha consumido se obtendrá del valor mayor que haya contestado a las preguntas de frecuencia de consumo (pregunta opción "e") de cualquiera de las drogas.

## **Población y Muestra**

El diseño de muestra plantea la estimación de las tendencias sobre el uso de drogas en los estudiantes de enseñanza media y media superior del DF, especificando el grado de contribución de cada delegación política a la magnitud del problema. Para la estimación del tamaño de muestra se consideró:

A) La distribución del uso de drogas por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

B) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso de alcohol y tabaco por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio.

C) Las prevalencias a nivel delegacional para el uso de inhalables, anfetaminas, marihuana, tranquilizantes y cocaína, por sexo, grupos de edad, nivel escolar y tiempo dedicado al estudio. El marco muestral fueron los registros oficiales de la SEP de las escuelas de enseñanza media y media superior, los que se encuentran en una base de datos computarizada.

Se seleccionaron aleatoriamente escuelas al interior de cada una de las 16 delegaciones políticas. El diseño de muestra fue estratificado, bietápico y por conglomerados, la variable de estratificación fue el tipo de escuela: secundarias, bachilleratos y escuelas técnicas o comerciales a nivel bachillerato. La unidad de selección en la primera etapa fueron las escuelas y después el grupo escolar al interior de estas. Se planeó por conglomerados (grupos) con la intención de optimizar los tiempos de los aplicadores y disminuir costos de trabajo de campo. La muestra obtenida de grupos y alumnos es autoponderada por delegacional, con objeto de facilitar el mecanismo de estimación y el procesamiento de datos.

Se consideró una tasa de no-respuesta del 15%, que es la que se ha encontrado en estudios previos. El nivel de confianza de la muestra será del 95%, con un error absoluto promedio del 0.004. La prevalencia más baja a considerar será para la cocaína con un 2% para el consumo del último mes. Con base en estos parámetros se calculó una muestra aproximada, tomando en cuenta la tasa de no-respuesta, de 340 grupos escolares, con una media de 35 alumnos por grupo. Para secundaria, solo 2 escuelas de las seleccionadas rehusaron participar.

Debido a que la sección de trastornos de la conducta alimentaria sólo se incluyó en la Forma A, y siendo esta sección la que se requiere para la presente investigación, nuestra muestra será la tercera parte del total de la muestra quedando así 3,293 estudiantes de los cuales sólo 251 presentaron 3 ó más síntomas de la conducta alimentaria de riesgo. De los sujetos restantes se obtuvo una muestra aleatoria de igual número, resultando una muestra final de 502 estudiantes, siendo 212 hombres y 290 mujeres, con una edad comprendida entre 12 y 19 años.

## **Instrumento**

La información se obtuvo mediante un cuestionario estandarizado, que ha sido aplicado en anteriores encuestas y que ha sido previamente validado. Las variables que se emplearon se definen en el anexo 1 del proyecto.

El instrumento fue aplicado en tres formas debido a su extensión, la aplicación promedio fue de 75 minutos. De esta manera, las secciones que se mantienen iguales para todos los sujetos fueron:

Datos sociodemográficos, consumo de drogas, alcohol y tabaco, problemas relacionados con el consumo de drogas, conducta antisocial, ámbito social, ámbito interpersonal, ámbito personal:

Cada forma se aplicó a una muestra de tamaño similar e incluye lo siguiente:

En la forma A se incluye la evaluación del tiempo libre, trastornos de la conducta alimentaria, nivel de depresión, la relación de los medios de comunicación con el consumo de tabaco y alcohol y los hábitos de estudio. Las secciones de la forma B son la conducta sexual, percepción de los maestros y fuentes de apoyo. En la forma C, las secciones adicionales son lugares donde los adolescentes acostumbran beber y comprar bebidas alcohólicas, medidas para disminuir el consumo de alcohol, creencias, razones y problemas asociados con el consumo de alcohol.

Para este estudio en especial se utilizarán las siguientes secciones de la Encuesta de Estudiantes del 2000 (Villatoro, et al., 2002).

**ESCALA DE AUTOESTIMA.** Se incluyó la escala de Rosenberg (1965). Consta de 10 preguntas originales sobre sentimientos hacia sí mismo que contemplan dos dimensiones, atributos positivos y negativos de autoestima. Dicha escala es tipo Likert, contiene cuatro opciones de respuesta: 1=Totalmente en desacuerdo, 2= En desacuerdo, 3= De acuerdo 4= Totalmente de acuerdo, donde a mayor puntuación, mayor autoestima. Las propiedades psicométricas de la escala fueron probadas con un grupo de 5,000 adolescentes de diversos grupos étnicos y raciales en los Estados Unidos. Investigaciones subsiguientes han incluido miles de adolescentes y adultos con un gran rango de ocupaciones y niveles socioeconómicos (Salgado, 1987). Esta escala ya ha sido validada y revalidada para estudiantes mexicanos de secundaria y bachillerato por González-Forteza (1993,1996,1997). En 1993, se obtuvo una consistencia interna global de 0.75 (González-Forteza y Rodríguez,1993). En 1997 el análisis factorial arrojó dos factores: Autoestima positiva y Autoestima negativa, obteniendo una consistencia interna de 0.70 y 0.59, respectivamente mientras 0.68 a lo que se refiere a la consistencia global (González-Forteza, Andrade y Jiménez, 1997).

Para el presente estudio sólo se emplearán 4 preguntas positivas, ya que son las que consistentemente han mostrado mayor confiabilidad y validez en los estudios mencionados, y en otros a nivel internacional (Marsh, 1996). La calificación de autoestima es la suma de las 4 preguntas, divididas entre el número de preguntas, por lo que las calificaciones variarán de 1 (baja autoestima) a 4 (alta autoestima). En este caso, la autoestima se espera que sea un factor protector, de manera que a mayor autoestima, haya una mayor percepción de riesgo y menor tolerancia social y en consecuencia no se involucre en el consumo de drogas (en Alcántar et al., 1999).

**ESCALA DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO.** La escala que se utilizará para medir las conductas alimentarias de riesgo fue elaborada para una investigación previa, con base en los lineamientos propuestos por el DSM - IV. Se incluyen 11 preguntas relativas a la conducta alimentaria: preocupación por engordar, comer compulsivo y sensación de falta de control al comer, dietas, ayunos, ejercicio y vómito autoinducido; uso de laxantes, diuréticos o pastillas para

bajar de peso, y uso de enemas, supositorios o lavativas. Las preguntas se refieren a la práctica de dichas conductas en los tres meses previos a la realización de la encuesta, con tres posibilidades de respuesta: 1) No, 2) algunas veces y 3) dos o más veces en una semana (Unikel, et al., 2000).

Se preguntó la propia percepción del peso y la estatura para calcular el Índice de Masa Corporal-Percebido (IMC-P) con la fórmula peso / estatura<sup>2</sup>. Asimismo se incluye una pregunta acerca de la autopercepción del peso corporal en una escala de 1 a 5, desde muy delgado hasta muy gordo, pasando por la opción "ni gordo ni delgado" (Gómez, 1993, 1995, 1997, y Unikel 1998 citado en Unikel, et al., 2000).

La distorsión de la imagen corporal, se conoce como el menor o mayor alejamiento concreto del peso imaginario con respecto con el peso reportado por el sujeto. Para conocer la distorsión de la imagen corporal, se utiliza la fórmula IMC-P autopercepción de peso corporal. La operación se lleva a cabo con los valores del IMC-P convertidos en las categorías de peso arriba mencionadas y sus equivalentes para la pregunta sobre autopercepción del peso corporal. La diferencia positiva que resulta se expresa en términos de sobrestimación, la diferencia negativa como subestimación; una diferencia igual a cero se interpreta como la ausencia de distorsión en la imagen corporal (Gómez, 1995).

Al ser esta escala de reciente elaboración todavía no cuenta con confiabilidad ni validez, pero se considera válida y confiable ya que está elaborada bajo los criterios diagnósticos del DSM-IV (Unikel, et al., 2000).

Con esta escala se pueden obtener 4 indicadores clínicos, que son:

a) sobrestimación del peso corporal, b) preocupación por engordar, c) prácticas de tipo restrictivo: ayunos, dietas, ejercicios y uso de pastillas para bajar de peso, y d) práctica de tipo purgativo: vómito autoinducido, uso de laxantes, diuréticos y enemas.

Se considera grupo de riesgo cuando presenta 3 ó más síntomas de la conducta alimentaria de riesgo y no riesgo cuando presenta 2 ó menos.

**ESCALA DE CONSUMO DE DROGAS.** El instrumento que se ha venido utilizando con estas muestras de estudiantes, ha sido sometido a pruebas de confiabilidad y validez en los siguientes aspectos:

El hecho de que no todos los estudiantes que consumen drogas lo digan en el cuestionario, es inherente a la técnica de auto-reporte. Castro y Valencia (1978), en un estudio de seguimiento, estimaron una tasa de bajo-respuesta de 3.9% para el uso de cualquier droga que al compararse con los intervalos de confianza de las muestras, concluyeron que el cuestionario da cifras de prevalencia subestimadas, pero que éstas no son muy altas (Castro, 1987).

El grado de consistencia de las respuestas de los alumnos se probó a través de dos procedimientos:

1.-Prueba de confiabilidad en dos aplicaciones a la misma muestra test-retest: En el estudio de validez del cuestionario (Medina-Mora, Gómez-Mont y Campillo 1981), se encontraron diferencias que oscilaron del 1% al 3% entre la primera y la segunda aplicación, lo cuál habla de que es un método confiable.

2.-Tanto en la prueba piloto como en otras aplicaciones, el índice de incongruencias no fue superior al 10%, incluyendo dentro de este porcentaje a los rechazos y cuestionarios no aplicados por problemas ajenos al marco muestral (p. ej. festivales, huelgas o paros de maestros, etc.).

En un estudio coordinado por la Organización Mundial de la Salud, en el que participaron junto con México siete países más (Smart et al. 1980), se incluyeron 2 preguntas acerca de qué tan dispuesto estaba el estudiante para declarar su consumo de marihuana y heroína, tanto estos resultados como los de 1986, (Castro, 1987) señalan que los porcentajes mayores se encontraron entre los que sí sentían confianza para reportar su consumo de drogas.

En el estudio piloto de 1977, se aplicó el cuestionario a 47 estudiantes de quienes se sabía, por estudios anteriores, tenían un elevado índice de consumo de drogas. También se encuestó a 49 estudiantes con antecedentes conocidos de bajo consumo de drogas, los resultados obtenidos son los que se esperaban, ya que el grupo de consumidores declaró mayor uso de drogas que los de bajo consumo (Medina-Mora, Gómez-Mont y Campillo op cit en Villatoro, 2000).

Estas observaciones llevan a suponer un grado de confianza aceptable en el cuestionario en lo que se refiere a comprensión del lenguaje utilizado, estructura funcional del mismo y de la validez del autorreporte. Si bien se sabe que probablemente pueda esperarse un ligero índice de bajo respuesta, no existe alternativa real ya que la validación a través de la determinación de uso de drogas a través de fluidos biológicos resultaría demasiado costosa, y de que sólo proporciona información de la presencia de drogas en el organismo en el momento del estudio, sin proporcionar información sobre la experiencia del alumno con sustancias psicoactivas ni de sus patrones de uso o problemas asociados.

Las preguntas de cada droga se dividen en prevalencias (total, último año y último mes) y en el número de veces que se ha consumido la droga. Con objeto de que el indicador de consumo esté medido por la frecuencia de consumo y por el número de drogas que ha consumido.

El número de drogas se obtendrá como el número de respuestas SI's a las preguntas iniciales (las correspondientes a la prevalencia total) de consumo de drogas.

En tanto, el número de veces que ha consumido se obtendrá del valor mayor que haya contestado a las preguntas de frecuencia de consumo (pregunta opción "e") de cualquiera de las drogas.

### **Procedimiento**

Como parte del diseño operativo de la encuesta, incluyó un Coordinador Central, tres Supervisores y 30 encuestadores, seleccionados de entre un total de 40 sujetos capacitados. El curso de capacitación tuvo una duración de 18 horas, e incluyó aspectos conceptuales relacionados con las adicciones, antecedentes y los objetivos del proyecto, el manejo del cuestionario y las instrucciones para su aplicación y para la selección de los grupos. Se puso especial cuidado en que los encuestadores supieran transmitir instrucciones que garantizaran a los alumnos la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Además, se trataron todos los aspectos administrativos relacionados con la función de los encuestadores. El coordinador fue responsable del control del trabajo de campo, de la entrega de materiales y del ejercicio financiero. Los supervisores vigilaron el trabajo de campo en una zona o delegación específica, y ayudaron a los encuestadores a solucionar problemas como localización y permisos de entrada a las escuelas. Los encuestadores realizaron la selección predefinida de grupos en la escuela y de la aplicación de los cuestionarios.

Posteriormente a la aplicación, tanto los supervisores como el coordinador central hicieron una verificación adicional con el fin de: i) clasificar las sustancias reportadas por los estudiantes, ii) verificar que se trataba de una droga y que se usara con motivos de intoxicación, y iii) detectar, corregir o, en su caso, eliminar cuestionarios inconsistentes. Para la captura y validación de la información, se elaboró un programa de cómputo que analiza la congruencia de las respuestas y después, se llevó a cabo una nueva depuración por programa y con base en los cuestionarios.

### **Análisis Estadístico:**

Para llevar a cabo los análisis de datos de la presente tesis, se utilizó el programa SPSS versión 10.0.

Para el primer objetivo, se utilizaron frecuencias y cruces de variables por sexo y edad de los adolescentes, y se aplicó la prueba de  $X^2$  cuando correspondía. Esto es porque cada síntoma se analizó como presente / ausente y las variables de sexo y edad definen grupos de muestras independientes.

Para alcanzar el segundo objetivo se utilizó la prueba el análisis de varianza de dos factores (si está o no en riesgo de presentar problemas alimentarios y cada sexo). La variable de interés –autoestima-, se mide a nivel intervalar.

Por último, para desarrollar el tercer objetivo, se utilizó la prueba de  $X^2$ . Esto es porque la variables de consumo de drogas, alguna vez, último año, último mes y si son drogas médicas, ilegales, etc., se miden a nivel nominal y se cuenta con dos grupos (los que están o no en riesgo de presentar problemas alimentarios).

## RESULTADOS

El primer conjunto de análisis de datos (obtención de prevalencias y de comparaciones entre la presencia de síntomas entre hombres y mujeres), se realizó con el total de los sujetos de 12 a 19 años ( $N = 3, 293$ ) a los que se les aplicó la escala de conducta alimentaria de riesgo, con objeto de permitir la comparación de estos datos con estudios anteriores llevados a cabo en poblaciones similares (Unikel, et al., 2000). El segundo bloque de análisis se llevó a cabo con los 251 estudiantes que presentaron 3 ó más síntomas de conducta alimentaria de riesgo y de los sujetos con menos de 3 síntomas, se obtuvo una muestra aleatoria del mismo número de sujetos, con objeto de tener grupos similares y no sesgar los análisis de datos.

### Prevalencia de síntomas de conductas alimentarias de riesgo.

La Prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo es observada mayormente en mujeres ( $N = 171$ ), que en hombres ( $N = 80$ ).

Para conocer la presencia de las conductas alimentarias de riesgo se analizó por sexo la ocurrencia de cada indicador. En este análisis se observan mayores porcentajes en las mujeres. Cabe mencionar que el uso de laxantes es más frecuente en los hombres (2.7%), que en las mujeres (1.7%). En el caso de preocupación por engordar es más frecuente en las mujeres (30.9%), que en hombres (9.6%), al igual que en la práctica de vómito autoinducido (7.2% mujeres, 2.9% hombres), práctica de ayunos (8.4% mujeres, 3.2% hombres) y falta de control al comer (4.6% mujeres, 2.7% hombres). En los indicadores restantes (práctica de atracones, seguimiento de dietas, práctica de ejercicio y uso de pastillas y diuréticos), el comportamiento es igual para hombres que para mujeres. Adicionalmente, el indicador que más se presenta es la preocupación por engordar (20.5%) y el que menos se presenta es el uso de laxantes (2.2%) (Cuadro 1).

El 2.3% de los sujetos encuestados no reportaron el peso y/o estatura, por lo cual no se les pudo calcular su IMC-P (Índice de Masa Corporal- Percibido). Los puntos de corte del IMC-P fueron calculados con base en los percentiles por sexo de acuerdo con los cortes utilizados por Unikel et al., 2000.

Los datos del IMC-P obtenidos para la muestra indican que en las mujeres casi el 70% se encuentran con un peso normal, en segundo lugar se encuentra el sobrepeso y obesidad con 16.6% y, por último, el peso bajo y muy bajo con 13.6%. En el caso de los hombres los resultados son muy similares con una diferencia del 1% por arriba de las mujeres. Sólo en el caso del sobrepeso llega a alcanzar el 12.6%. Lo cual es similar a lo señalado en la encuesta anterior, con excepción de que ahora hay más sujetos obesos que con peso bajo.

Con respecto al indicador sobrestimación se puede observar que el 29.6% del total de los encuestados lo reportan, presentándose en un 10% más en las mujeres (34.4%) que en los hombres (24.4%) (Cuadro 2).

**Cuadro 1 Presencia de síntomas última semana**

<b>2 ó más veces en una semana</b>	<b>Hombre %</b>	<b>Mujer %</b>	<b>Total %</b>	<b>X<sup>2</sup></b>	<b>P</b>
Preocupación por engordar	9.6	30.9	20.5	230.45	.000
Práctica de atracones	6.5	7.6	7.0	1.45	.227
Sensación de falta de control al comer	2.7	4.6	3.6	8.18	.004
Práctica de vómito autoinducido	2.9	7.2	5.1	31.36	.000
Práctica de ayunos	3.2	8.4	5.9	39.37	.000
Seguimiento de dietas	6.6	7.2	6.9	.46	.495
Práctica de ejercicio en exceso	2.6	3.5	3.1	2.35	.125
Uso de pastillas	2.5	2.5	2.5	.007	.933
Uso de diuréticos	2.4	2.1	2.2	.221	.638
Uso de laxantes	2.7	1.7	2.2	4.12	.042

**Cuadro 2 Percentil y Distorsión por sexo**

	<b>Hombre %</b>	<b>Mujer %</b>	<b>Total %</b>
<b>Percentil IMP</b>			
Muy bajo	6.0	4.8	5.4
Bajo	7.2	8.8	8.1
Normal	67.3	69.8	68.6
Sobrepeso	12.6	10.3	11.4
Obesidad	6.9	6.3	6.6
<b>Distorsión Corporal</b>			
No distorsiona	39.3	40.3	39.8
Subestima	36.3	25.3	30.6
Sobrestima	24.4	34.4	29.6

Si hacemos una comparación entre hombres y mujeres con respecto a la presencia de por lo menos 3 ó más síntomas en la última semana, se puede observar que es el doble de mujeres (10.1%) que de hombres (5%) las que los presentan. Adicionalmente, considerando que el instrumento empleado es de tamizaje (solo permite conocer quiénes están en posible riesgo o que posiblemente presentan el trastorno), se incluyen otros posibles indicadores en el cuadro 3, de manera que en todos los casos las mujeres muestran mayores porcentajes de presencia de los síntomas.

**Cuadro 3 Presencia de síntomas por sexo**

Presencia de la Conducta Alimentaria	Hombre %	Mujer %	Total %	$\chi^2$	P
<b>Alguna vez</b>					
Por lo menos 1 síntoma	66.9	84.1	75.7	132.06	.000
Por lo menos 3 síntomas	20.8	38.5	29.9	123.16	.000
<b>Última semana</b>					
Por lo menos 1 síntoma	37.4	55.4	46.6	107.33	.000
Por lo menos 3 síntomas	5.0	10.1	7.6	30.61	.000

¿Quiénes están en riesgo de padecer trastornos de la conducta alimentaria?

Los hombres que presentan conductas alimentarias de riesgo, principalmente son aquellos que están cursando la secundaria y que cuentan con una edad de 14 años o menos. Además, no fueron estudiantes y trabajaron de tiempo completo el año anterior al estudio. Con respecto a su padre, éste es sustituido por un familiar, no así con la madre ya que ésta es sustituida por otra persona.

En las mujeres esto es un poco diferente, ya que son principalmente aquellas que están cursando el bachillerato y que cuentan con una edad de 17 años o más. Además no fueron estudiantes y trabajaron el año anterior al estudio. El lugar de sus padres es ocupado por otras personas que no son de su familia.

Se observa que la variable escolaridad de los padres no tiene relación con la presencia del trastorno de la conducta alimentaria, puesto que se presentan los más altos porcentajes de incidencia tanto en "sin escolaridad formal" como en "post-grado", lo cual indica que los trastornos de la conducta alimentaria no son característicos de algún nivel de preparación en especial (Cuadro 5).

#### **Relación de la conducta alimentaria de riesgo con otros factores (muestra de riesgo y no riesgo)**

Antes de proceder al análisis de esta sección, es importante mencionar que, para poder hacer comparable este estudio con investigaciones previas, se seleccionó sólo a los sujetos con una edad de entre 12 y 19 años, de éstos sólo 251 reunían las características para pertenecer al grupo de riesgo (3 ó más síntomas presentes).

Para obtener al grupo de no riesgo y hacerlo comparable con el de riesgo, del total de sujetos en no riesgo (2 síntomas presentes o menos), se seleccionó aleatoriamente a 251 estudiantes, de manera que para esta sección contamos con

un total de 502 sujetos, de los cuales 290 son mujeres y 212 hombres, con una media de edad de 14.5 años en hombres y 14.8 en mujeres.

**Cuadro 5 Descripción de Adolescentes que tienen riesgo**

	Hombres %	Mujeres %	Totales %
<b>Dominio de Estudio</b>			
Secundaria	6.3	8.7	7.5
Bachillerto	3.4	11.8	8.0
Bachillerto Técnico	2.9	12.9	6.9
<b>Edad</b>			
14 ó menos	6.0	9.0	7.5
15	2.8	7.3	5.0
16	4.5	10.3	7.5
17	4.9	14.3	9.8
18 ó más	3.7	16.2	10.0
<b>Estudió</b>			
No fui estudiante el año pasado	7.3	12.6	10.1
Fui estudiante de medio tiempo	4.7	10.7	7.0
Fui estudiante de tiempo completo	4.9	9.6	7.4
<b>Trabajó</b>			
No trabajé	4.5	9.8	7.4
Si trabajé medio tiempo	6.1	13.0	8.3
Si trabajé tiempo completo	9.9	13.8	11.4
<b>¿Tienes papá?</b>			
Tengo papá	5.0	9.1	7.1
Lo sustituye un familiar	5.4	14.0	10.1
Otro	2.9	17.0	11.6
<b>¿Tienes mamá?</b>			
Tengo mamá	5.0	9.9	7.5
Lo sustituye un familiar	3.2	18.5	10.3
Otro	7.1	20.0	12.5
<b>Escolaridad del jefe de familia</b>			
Sin educación formal	8.9	14.3	11.5
Escuela primaria	3.5	9.1	6.5
Secundaria o equivalente	4.6	10.2	7.5
Preparatoria o equivalente	4.9	8.6	6.8
Escuela vocacional	9.2	5.9	7.4
Universidad	4.2	11.7	7.8
Post-grado	8.8	14.1	11.6
Otro	6.3	13.5	10.1

Nota: Los porcentajes que aquí se reportan se complementan al 100% con los que pertenecen al grupo sin riesgo.

**a) Autoestima y Conducta Alimentaria de Riesgo.**

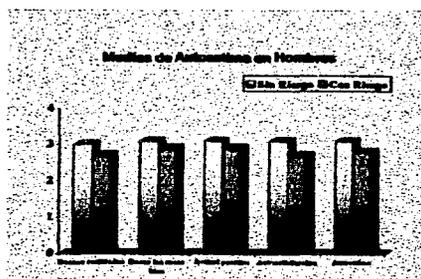
En la relación de conductas alimentarias de riesgo y autoestima, al comparar las medias de los grupos de riesgo y no riesgo se encuentran diferencias estadísticamente significativas, de forma que la autoestima es menor en el grupo

de riesgo ( $\bar{x} = 2.8$ ), en comparación con los de no riesgo ( $\bar{x} = 3.0$ ). La diferencia entre los grupos de riesgo y no riesgo se mantiene al interior de los hombres y de las mujeres. Cuando se analiza por separado cada uno de los indicadores de autoestima, se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo y no riesgo. Sólo en el caso del indicador "Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente" muestra que el comportamiento es igual en los 4 grupos (Cuadro 6 y Gráficas 1 y 2).

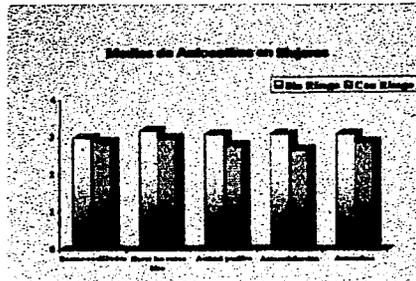
**Cuadro 6 Medias de Autoestima por Sexo y Riesgo**

		Hombre		Mujer		F	P
		No riesgo	En riesgo	No riesgo	En riesgo		
Autoestima calificación global	$\bar{x}$	3.1	2.8	3.1	2.9	4.784	.003
	DE.	.8	1.0	.8	.9		
Siento que tengo buenas cualidades	$\bar{x}$	3.0	2.7	3.0	2.9	3.204	.023
	DE.	.9	1.1	.8	1.0		
Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente	$\bar{x}$	3.1	2.9	3.2	3.0	1.219	.302
	DE.	.9	1.2	.9	1.0		
Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	$\bar{x}$	3.1	2.9	3.1	2.8	5.653	.001
	DE.	.9	1.2	.9	1.0		
En general estoy satisfecho conmigo mismo	$\bar{x}$	3.1	2.7	3.1	2.7	6.543	.000
	DE.	1.0	1.2	.9	1.0		

**Gráfica 1**



**Gráfica 2**



**b) Consumo de Drogas y Conducta Alimentaria en Riesgo.**

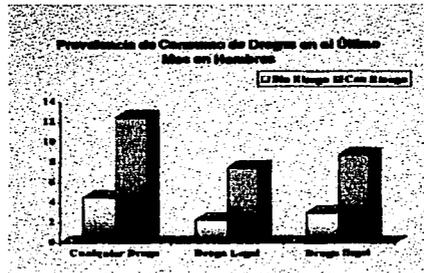
Al comparar el grupo de riesgo con el de no riesgo considerando el sexo del adolescentes, se encuentra que el grupo de riesgo consume significativamente en mayor proporción droga que los de no riesgo. En algunos casos los hombres (cualquier droga alguna vez o drogas ilegales alguna vez), estén o no en el grupo de riesgo tienen un consumo similar entre ellos.

En el caso de las mujeres esta diferencia es más notoria ya que en algunos casos llega a ser del 20% mayor en el grupo de riesgo. Sólo para el caso de cualquier droga ilegal se observa que la probabilidad asociada indica que el comportamiento de los 4 grupos en sus 3 diferentes cortes es igual (Cuadro 7 y Gráficas 3 y 4).

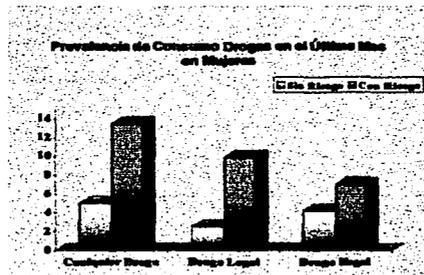
**Cuadro 7 Prevalencia por clasificación de drogas por sexo**

	Hombre		Mujer		X <sup>2</sup>	P
	No riesgo %	En riesgo %	No riesgo %	En riesgo %		
<b>Prevalencia de cualquier droga</b>						
alguna vez	18.2	18.8	11.8	32.2	19.4	.000
último año	9.8	12.5	9.2	23.4	15.9	.001
último mes	4.5	12.5	5.0	13.5	10.8	.013
<b>Prevalencia de cualquier droga médica</b>						
alguna vez	7.8	13.8	8.4	28.7	32.9	.000
último año	5.3	5.0	5.0	21.1	30.2	.000
último mes	2.3	7.5	2.5	9.9	11.1	.011
<b>Prevalencia de cualquier droga ilegal</b>						
alguna vez	15.2	12.5	8.4	18.1	5.7	.124
último año	6.8	10.0	5.9	10.5	2.7	.442
último mes	3.0	8.8	4.2	7.0	4.2	.235

**Gráfica 3**



**Gráfica 4**



Al analizar los tipos de drogas en forma específica, como las anfetaminas y los tranquilizantes se observa mayor consumo, en los cortes de Alguna Vez y Último Año, en los 2 grupos de riesgo, en las mujeres.

En tanto que en el consumo de Marihuana su comportamiento es igual para los 4 grupos en los mismos cortes de tiempo. En el consumo de drogas del Último Mes no se pudo obtener su probabilidad por no tener los datos suficientes para su análisis (Cuadro 8 y Gráfica 5).

**Cuadro 8 Prevalencia de consumo de drogas por sexo**

	Hombre		Mujer		X <sup>2</sup>	P
	No riesgo	En riesgo	No riesgo	En riesgo		
	%	%	%	%		
<b>ALGUNA VEZ</b>						
Anfetaminas	3.0	6.3	5.0	17.0	22.48	.000
Tranquilizantes	5.3	7.5	3.4	18.7	24.53	.000
Mariguana	7.6	8.8	5.0	12.3	4.93	.176
Cocaína	6.1	8.8	5.0	9.9	3.05	.384
Crack	2.3	6.3	2.5	2.9	2.99	NA
Alucinógenos	-	3.8	2.5	4.1	5.47	NA
Inhalables	5.3	3.8	5.0	4.1	.435	.933
Sedantes	-	-	.8	2.9	7.019	NA
Heroína	.8	1.3	.8	1.2	.210	NA
<b>ÚLTIMO AÑO</b>						
Anfetaminas	2.3	2.5	2.5	10.5	15.10	.002
Tranquilizantes	3.0	2.5	2.5	15.2	27.13	.000
Mariguana	4.5	7.5	3.4	6.4	2.21	.530
Cocaína	2.3	6.3	.8	4.1	5.36	NA
Alucinógenos	-	3.8	2.5	3.5	4.79	NA
Inhalables	1.5	1.3	2.5	2.3	.655	NA
Sedantes	-	-	.8	2.3	5.29	NA
Heroína	-	1.3	.8	.8	1.48	NA
<b>ÚLTIMO MES</b>						
Anfetaminas	.8	3.8	1.7	4.7	5.07	NA
Tranquilizantes	2.3	3.8	-	6.4	9.55	NA
Mariguana	3.0	6.3	1.7	4.7	3.36	NA
Cocaína	.8	5.0	.8	2.3	5.65	NA
Alucinógenos	-	3.8	2.5	1.2	5.35	NA
Inhalables	-	1.3	1.7	1.8	2.28	NA
Sedantes	-	-	.8	1.2	2.33	NA
Heroína	-	1.3	.8	.6	1.48	NA

NA: No se aplica, ya que la frecuencia esperada en estos casos es menor que 5 para el 20% o más en las casillas.

**Gráfica 5**



## DISCUSIÓN

En la literatura se señala que la edad de gestación de los trastornos de la conducta alimentaria se ubica entre los 14 y 18 años (Halimi, Casper, Eckert, Goldberg, Davis, 1979 citados en Unikel, et al., 2000), lo que concuerda con los resultados arrojados por la presente investigación, ya que fueron los varones de 14 ó menos y las mujeres de 18 años o más los que presentan dichas conductas.

De acuerdo con los criterios clínicos del DSM-IV, se puede pensar que los sujetos que presentaron 3 ó más indicadores clínicos en la ocurrencia "última semana", son aquellos que se encuentran ante un riesgo importante de padecer un trastorno de la conducta alimentaria al empezarse a establecer un mecanismo recurrente que precipita la aparición de dichos trastornos, y que de acuerdo con los resultados obtenidos son el 5% de hombres y el 10.1% de mujeres de la muestra de 12 a 19 años, por lo que se puede concluir que tales indicadores clínicos, típicos de los trastornos de la conducta alimentaria, se presentan principalmente en población femenina, tendencia que se corrobora al comparar estos resultados con los de Unikel, et al. (2000) en donde se observa que en tres años aumentó considerablemente más en mujeres (7.3%), que en hombres (4.1%). Al analizarse junto con la población de Mancilla, et al. (op cit), se puede observar que en la población femenina aumentó 1.8% en un año.

El IMC-P se distribuye en la muestra con un 68.65% en el peso normal, 19.5% entre peso bajo y sobrepeso, y 12% entre muy bajo y obesidad. Si se compara con la investigación ya mencionada (Unikel, et al. 2000) se observa que los resultados se presentan con la misma tendencia.

Al comparar los presentes resultados de los síntomas de la conducta alimentaria con los de Unikel, et al. (2000), se observa que hay un incremento como sería en el caso de la preocupación por engordar que aumentó de 5.3% a 9.6% en hombres y 15.4% a 30.9% en mujeres, la práctica de vómito autoinducido de 0.6% a 2.9% en hombres y 1.2% a 7.2% en mujeres, la práctica de ayunos de 1% a 3.2% en hombres y 2.7% a 8.4% en mujeres, práctica de atracones de 5.3% a 6.5% en hombres y 4.9% a 7.6% en mujeres, sensación de falta de control de 2.6% a 2.7% en hombres y 3.3% a 4.6% en mujeres, uso de pastillas de 0.7% a 2.5% en hombres y 1.4% a 2.5% en mujeres, uso de diuréticos de 0.4% a 2.4% en hombres y 0.8% a 2.1% en mujeres, uso de laxantes de 0.5% a 2.7% en hombres y 0.5% a 1.7% en mujeres y, por último, el seguimiento de dietas que de 2% aumentó a 6.6% en hombres y 4% a 7.2% en mujeres. Además, se encuentra un decremento en la práctica de ejercicio que de 17.3% disminuyó a 2.6% en hombres y 15% a 3.5% en mujeres. Esta disminución en parte podría ser resultado de la modificación del reactivo, ya que en la anterior investigación decía "Hago ejercicio para bajar de peso" y en la actual "He hecho ejercicio en exceso (más de una hora al día) para tratar de bajar de peso". Este cambio fue para crear un filtro y así poder captar a los sujetos que en realidad tuvieran el síntoma. También podría ser consecuencia de los anuncios de televisión, que hace 2 ó 3 años anunciaban aparatos para hacer ejercicio, los cuales, al parecer, ya pasaron de

moda y en estos momentos el auge es del consumo de pastillas que aunque no presentan un alto porcentaje (2.5%) si han tenido un incremento.

Otro indicador muy importante es la sobrestimación del peso corporal al ser uno de los puntos clave para desarrollar un trastorno de la conducta alimentaria, se presenta en un porcentaje bastante considerable (hombres 24.4% y mujeres 34.4%) que es un 10% más en las mujeres. Esto quizá se deba a que al patrón estético de la cultura mundial moderna que impera en la actualidad y que hemos introyectado, coadyuvando a una intolerancia a la gordura en las mujeres ya que para poder ser considerada como atractivas tienen que ser forzosamente delgadas, esto aunado a la acción que ejercen los medios de comunicación y promueven este estereotipo haciendo cada vez más vulnerables a las mujeres a esta presión de "deber" estar delgadas.

Cabe mencionar que la convivencia que tienen los jóvenes con su grupo de iguales (con los mismos criterios y valores estéticos) refuerza el seguimiento de este patrón estético, ya que para poder ser aceptado, el joven tiene que encajar en el estereotipo que comparte con el grupo (Toro y Vilardell, 1987).

Además de las presiones culturales a las que el adolescente se enfrenta, es importante considerar el factor personalidad que puede ser principalmente aquellas personas que viven pendientes de las expectativas que los otros tienen hacia ellas, que desean cumplir con los ideales de los padres y se dejan llevar por los mensajes de los medios de comunicación.

En el caso de las mujeres es muy importante la presencia de los padres ya que se encontró que sólo el 9.1% de las que tienen papá y sólo el 9.9% de las que tienen mamá pertenecen al grupo de riesgo, aumentando el porcentaje de mujeres en riesgo en ausencia de éstos (sustitución del papá por un familiar 14% u otro 17%, sustitución de la mamá por un familiar 18.5% u otro 20%). Esta tendencia no se presenta en los hombres.

Con respecto a la escolaridad del jefe de familia se puede concluir que no es muy determinante, ya que es muy poca la diferencia entre los porcentajes de los que no tienen educación formal y los que cuentan con estudios de post-grado, por lo que se piensa que este trastorno no es característico de algún estrato social y/o cultural en específico.

Si se observan los perfiles de los sujetos en riesgo se puede ver que las edades con mayor porcentaje coinciden con los cambios de la escuela (ingreso al bachillerato) y si se agrega que 11.6% de los que no tienen papá, 12.5% de los que no tienen mamá, 10.1% no fueron estudiantes el año anterior y 11.4% de los que trabajaron tiempo completo pertenecen al grupo de riesgo, se puede pensar que estar inmersos en un campo laboral que implica cumplir con responsabilidades (comportarse como adulto), ser inexpertos por lo que no se cuenta con tantas oportunidades de trabajo y no tener una figura de apoyo, como lo podrían ser los padres, sin dejar de lado todos los cambios normales de la

adolescencia, hacen del paso por esta etapa doblemente estresante. De manera que aumenta el riesgo de incurrir en conductas alimentarias de riesgo, al pertenecer éstos a los factores precipitantes estudiados por Garfinkel y Garner (en Crispo, Figueroa y Guellar, 1996) en su modelo biopsicosocial, en donde se habla de la multideterminación de los trastornos de la conducta alimentaria

Sobre la autoestima no se puede hablar de una diferencia significativa puesto que tanto el grupo de riesgo como el de no riesgo presentan una buena autoestima ( $\bar{x}=3$ ). Se puede pensar que esto es porque los sujetos que están en riesgo, pudieron haber contestado en la encuesta que tenían una buena autoestima como resultado de estar satisfechos por el control ejercido en su ingesta y actividad diarias, y así sentirse capaces de hacer las cosas tan bien como los demás. Además, pueden estar muy contentos porque poco a poco están llenando los requisitos que la sociedad les impone para ser aceptados y queridos y así, en cierta forma, sentirse adecuados y con buena autoestima sin que esto sea en realidad autoestima.

El estudio mostró que existen diferencias significativas entre el grupo de riesgo y el de no riesgo de trastornos de la conducta alimentaria en cuanto al consumo de drogas en las tres prevalencias (alguna vez, último año y último mes), por lo que hace posible sustentar la relación del consumo de sustancias con los trastornos de la conducta alimentaria. Este hallazgo coincide con los reportados en Gutiérrez et al. (2000) que también encontraron consumo de drogas en mujeres con conductas alimentarias de riesgo. Así también Henzel (1984), Cantwell, Sturzenderg, Burrough, Salkin, Green, (1997), Graner y Garfinkel, (1980), encontraron la asociación entre sujetos con diagnóstico con trastorno de la conducta alimentaria y problemas relacionados con el consumo de drogas (en Schuchit, et al., 1996).

Cabe mencionar que en los hallazgos de la presente investigación se obtuvo que, el tipo de droga médica de la que se tiene mayor consumo por parte del grupo de riesgo en las prevalencias alguna vez y último año, son las anfetaminas (17% y 10.5%) y los tranquilizantes (18.7% y 15.2%). Esto coincide con resultados reportados por Laessle, Kittl, Fichter, Wittchen, Pirke, (1987), Holderness, Boocks, Warren (1994 en Schuchit, et al., op cit), Wiederman, Pryor (1996) en donde mencionan que los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria tienden a utilizar frecuentemente sustancias médicas como las anfetaminas, tranquilizantes, para disminuir el apetito y contrarrestar el problema del peso corporal, o también como un medio para enfrentar la preocupación generada por estos problemas.

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación se puede concluir que el grupo más vulnerable ante los trastornos de la conducta alimentaria son las mujeres, sin perder de vista a los hombres que aunque el porcentaje de incidencia

es todavía pequeño (5%), va en aumento así como la práctica de conductas alimentarias de riesgo como son el vómito autoinducido y el uso de pastillas que se ha cuadruplicado, el uso de diuréticos que se incrementó 6 veces y el uso de laxantes que quintuplicó su incidencia en 3 años. Cabe mencionar que el pertenecer al grupo de riesgo los hace más propensos a consumir drogas, como por ejemplo, anfetaminas y tranquilizantes, lo que hace pensar en una comorbilidad entre ambos fenómenos además de presentarse una incidencia cada vez mayor, lo que debe alertar sobre la gravedad del problema en que los adolescentes pueden incurrir si no se toman medidas al respecto, como pueden ser la creación de programas de prevención de trastornos de la conducta alimentaria como sería el impartir talleres en las escuelas primarias en donde se hable de:

- a) Nutrición para que, desde edades tempranas, aprendan a balancear su comida y así evitar el sobrepeso y si alguien llegara a caer en esta característica, en vez de que haga dietas o incurra en alguna conducta alimentaria de riesgo, comience a ingerir alimentos sanos combinándolos correctamente.
- b) Comiencen a conocer las características propias de su grupo étnico, y aprendan a apreciar a los demás por lo que son y no por lo que aparentan.
- c) Autoestima en donde se acepten y quieran con virtudes y defectos además de reconocer sus habilidades y potencialidades propias que, por sí mismas, lo hagan valioso como ser humano.
- d) Enseñarlos a ser más críticos ante los mensajes de la sociedad y de los medios de comunicación.
- e) Informar tanto a niños como a padres acerca de los riesgos que implica el practicar técnicas de reducción de peso.

Adicionalmente se requiere una vasta difusión que alerte a la población de la gravedad y consecuencias de los trastornos de la conducta alimentaria ya que en esta y en otras investigaciones previas, se ha asociado con patologías como consumo de drogas, por mencionar algunas, Gutiérrez et al. (op cit), ansiedad y depresión en Toro y Vilardell (op cit), por lo que se debe informar a los padres, tutores y maestros de estas consecuencias a manera de que estén más pendientes de ideas, comentarios y deseos respecto al peso que tengan sus hijos, esto con el fin de prever el inicio de conductas alimentarias de riesgo y sus concomitantes. Además de la creación de programas preventivos así como tratamientos multifactoriales en centros de salud y escuelas principalmente.

## REFERENCIAS

Alcántar, E. Villatoro, J. Medina-Mora, M.E. Fliez, C. Navarro, C. Blanco, J. (1999). ¿Es la autoestima un factor que ayuda al adolescente a tener éxito académico?. Servicios de Salud Mental 3,1, 5-8.

Álvarez, G., Mancilla, J., Martínez, M. y López, X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Revista psicología y ciencia social 2,1, 50-58.

Attie, y. Brook-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: A longitudinal study. Developmental Psychology 25, 1, 70-79.

Barber, S., Bolaños-Cacho, P., López-Jensen, Ch. y Ostrosky, A. (1995). Los extremos es los trastornos alimenticios: Anorexia y Obesidad. Psicología Iberoamericana 3 (2).

CIE-10, (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Organización mundial de la Salud. Madrid.

Coopersmith, S, (1967): The antecedents of self - esteem. San Francisco: Freeman.

Craig, G, (1994). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall

Crisp, A., Palmer, R. y Kalucy, R. (1976). How common is anorexia nervosa? A prevalence study. British Journal of Psychiatry, 218, 549-554.

Crispo, R., Figueroa, E., Guellar, D. (1998). Anorexia y Bulimia, lo que hay que saber. Un mapa para recorrer un territorio trastornado Barcelona. Edit Diana.

De la Fuente, R., Medina Mora, M.E y Caraveo, J. (1997). Salud Mental en México. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Edit Fondo de cultura económica. México.

Dolto, F. (1988). "La causa de los adolescentes". Edit Seix Barral

DSM-IV. (1994). Asociación Psiquiátrica Americana Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

Elkind, D. (1978). En niños y adolescentes. Ensayos interpretativos sobre Jean Piaget. Edit. Morata Barcelona

Fuentes, G. (1989). Conocimiento y formación del adolescente. México Continental.

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

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

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997) Alteración de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista mexicana de Psicología. 14 (1) 31-40.

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

González, L., Lizano, M., Gómez, Pérez-Mitré, G. (1999). Factores de Riesgo en Desórdenes del Comer: Hábitos Alimentarios y Auto-Atribución en una Muestra de Niños Escolares Mexicanos. Revista Mexicana de Psicología ,16, 1, 117-126.

Gutiérrez, R., Mora, J., Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E. y Fleiz, C., Navarro., C. (2000). Consumo de drogas en Mujeres que presentan conductas alimentarias de riesgo. La Psicología Social en México Vol. VIII, 610 - 616.

Grinder, R. (1997). Adolescencia. México Limusa.

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

Jiménez, R. y Rodríguez, R. (1997) Algunas consideraciones acerca de la influencia que los medios de comunicación masiva tienen en la identidad, autoconcepto y autoestima del adolescente. Tesis de Licenciatura Facultad de Psicología, UNAM

Killen, J. D., Taylor, C.B., Telch, M.J., Saylor, K.E., Maron, D.J. y Robinson, T.N. (1986). Self-induced vomiting and laxative and diuretic use among teenagers: Precursors of the binge-purge syndrome? Journal of the American Medical Association 255.

León, Y. (1998). Factores de riesgo asociados con conducta alimentaria percepción de apoyo social y afrontamiento al estrés. Tesis de Licenciatura en Psicología UNAM.

Leyva, J. (1988) Adolescencia. Revista IC y T Vol 10

Llanes, J. (1987) La juventud y las drogas México, Ed. Concepto

Mancilla, J. Mercado, L., Manriquez, E., Alvarez, G., López, X., Román, M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 16(1) 37-46.

Mariño, H., Romero, M., Medina-Mora, ME. (2000) Juventud y Adicciones. en Jóvenes: una evaluación del conocimiento. la investigación sobre Juventud en México 1986-1999. Tomo II.

Medina-Mora, ME. (2001). Abuso de Sustancias, en: F. Robles y J. Castañares. Estudio de niñas niños y jóvenes trabajadores en el Distrito Federal. DIF, México.

Morris, C.G. (1987). Psicología un nuevo enfoque. México Prentice-Hall Hispanoamérica

Pepin, L. (1975) La Psicología de los adolescentes.

Polivy, J. (1993). Etiology of Binge Eating: Psychological Mechanism. Epidemiology and Etiology cap 9 193-199.

Powel, M. (1980). La Psicología de la adolescencia Editorial Fondo de Cultura Económica.

Raich, R. (1994). Anorexia y Bulimia: trastornos alimentarios. Madrid Edit. Pirámide

Raich, R. (2000). Imagen corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo. Edit. Pirámide.

Rojas, E., Medina-Mora, M.E., Villatoro, J., Juárez, F., Carreño, S., Berenzon, S. (1998). Evolución del consumo de drogas entre estudiantes del Distrito Federal. Salud Mental. 21(1) 37-42.

Rosenberg, M. (1973). "La autoimagen del adolescente y la sociedad". Buenos Aires. Paidós

Salgado, N. (1987) "The role of ethnic loyalty among mexican immigrant women". Hispanic Journal of Behavioral Sciences 3:287-298.

Schuckit, M., Tripp, J., Anthenelli, R., Bucholz, K., Hesselbrock, V., Nurnberg, J. (1996). Anorexia nervosa and bulimia nervosa in alcohol - dependent men and women and their relatives. American Journal of psychiatry, 153(1) 74-82.

Silva, G. (2001) Caracterización de un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria: estudio descriptivo. Tesis Maestría UNAM

Striegel-Moore (1993) Etiology of Binge eating: a developmental perspective. en Binge Eating.

Toro, J. y Vilardell, E. (1987). Anorexia Nervosa México. Edit. Martínez Roca.

Unikel, C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales del ballet. Tesis de Maestría UNAM

Unikel, C., Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Fleiz, C., Alcántar, E., Hernández, S., (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. Datos en población estudiantil del Distrito federal. La Revista de investigación clínica. 52(2) 140-147.

Willi, J. y Grossman, S. (1983). Epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. American Journal of Psychiatry. 140, 564-567.

Villa, P. (1997). Autoestima en adolescentes con trastornos Afectivos y Trastornos de conducta. México Tesis Licenciatura UNAM.

Villatoro, J. (2000). Desarrollo de un modelo para la comprensión del consumo de drogas en los adolescentes. Proyecto doctoral.

Villatoro, J., Medina-Mora, M.E., Rojano, C., Fleiz, C., Bermúdez, P., Castro, P. y Juárez, F. (2002). ¿Ha cambiado el consumo de drogas de los estudiantes?. Resultados de la encuesta de estudiantes. Medición otoño del 2000. Salud Mental. 25(1): 43-54.

Zukerfeld, R. (1996). Acto Bulfímico Cuerpo y Tercera Tópica. Edit Paidós.

ANEXO 1

INDICADORES UTILIZADOS PARA EL MODELO DE CONSUMO DE DROGAS

1a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes, para perder o no subir de peso o dar energía como el Exstasis o la Efedrina, etc. sin que un médico te lo recetara?	Si .....	1
	No .....	2
1b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	Si .....	1
	No .....	2
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	3
1c. En el último mes, ¿has consumido <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes sin que un médico te lo recetara?	No .....	1
	Si, de 1 a 5 días .....	2
	Si, de 6 a 19 días .....	3
	Si, 20 días ó más .....	4
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	5
1d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>anfetaminas</b> u otros estimulantes, sin que un médico te lo recetara?	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he usado <b>anfetaminas</b> .....	6

2a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>tranquilizantes</b> para calmar los nervios o dormir como Librium, Valium, Diacepam, etc., sin que un médico te lo recetara?	Si .....	1
	No .....	2
2b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>tranquilizantes</b> sin que un médico te lo recetara?	Si .....	1
	No .....	2
	Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> .....	3
2c. En el último mes, ¿has consumido <b>tranquilizantes</b> sin que un médico te lo recetara?	No .....	1
	Si, de 1 a 5 días .....	2
	Si, de 6 a 19 días .....	3
	Si, 20 días ó más .....	4
	Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> .....	5
2d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>tranquilizantes</b> , sin que un médico te lo recete?	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he usado <b>tranquilizantes</b> .....	6

3a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>mariguana, hashish?</b>	Si.....	1
	No.....	2
3b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>mariguana?</b>	Si .....	1
	No .....	2
	Nunca he consumido <b>mariguana</b> .....	3
3c. En el último mes, ¿has consumido <b>mariguana?</b>	No .....	1
	Si, de 1 a 5 días .....	2
	Si, de 6 a 19 días .....	3
	Si, 20 días ó más .....	4
	Nunca he consumido <b>mariguana</b> .....	5
3d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>mariguana?</b>	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he consumido <b>mariguana</b> .....	6

4a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>Cocaína?</b>	Si .....	1
	No .....	2
4b. En los últimos 12 meses, ¿has usado <b>cocaína?</b>	Si .....	1
	No .....	2
	Nunca he consumido <b>cocaína</b> .....	3
4c. En el último mes, ¿has usado <b>cocaína?</b>	No .....	1
	Si, de 1 a 5 días .....	2
	Si, de 6 a 19 días .....	3
	Si, 20 días ó más .....	4
	Nunca he consumido <b>cocaína</b> .....	5
4d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado <b>cocaína?</b>	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he consumido <b>cocaína</b> .....	6

5ª. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado <b>alucinógenos</b> como <b>hongos, peyote, mezcalina, LSD, etc.?</b>	Si .....	1
	No .....	2
5b. En los últimos 12 meses, ¿has consumido <b>alucinógenos?</b>	Si .....	1
	No .....	2
	Nunca he consumido <b>alucinógenos</b> ...	3
5c. En el último mes, ¿has consumido <b>alucinógenos?</b>	No .....	1
	Si, de 1 a 5 días .....	2
	Si, de 6 a 19 días .....	3
	Si, 20 días ó más .....	4
	Nunca he consumido <b>alucinógenos</b> ...	5

5d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado alucinógenos?	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he consumido alucinógenos ..	6

6a. ¿Alguna vez en tu vida has tomado, usado o probado inhalables como thiner, activo, pegamento, pintura, cemento, etc. para elevarte?	Si .....	1
	No .....	2

6b. En los últimos 12 meses, ¿has usado inhalables para elevarte?	Si .....	1
	No .....	2
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme .....	3

6c. En el último mes, ¿has usado inhalables para elevarte?	No .....	1
	Si, de 1 a 5 días .....	2
	Si, de 6 a 19 días .....	3
	Si, 20 días ó más .....	4
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme .....	5

6d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado inhalables para elevarte?	1-2 veces .....	1
	3-5 veces .....	2
	6-10 veces .....	3
	11-49 veces .....	4
	50 ó más veces .....	5
	Nunca he inhalado sustancias para elevarme .....	6

7a. ¿Has usado alguna vez en tu vida sedantes (Rohypnol, ecuanil, mandrax) sin que un médico te lo recetara?	Si .....	1
	No .....	2

7b. En los últimos 12 meses, ¿has usado sedantes, sin que un médico te lo recetara?	Si .....	1
	No .....	2
	Nunca he usado sedantes .....	3

7c. En el último mes, ¿has usado sedantes, sin que un médico te lo recetara?	No .....	1
	Si, de 1 a 5 días .....	2
	Si, de 6 a 19 días .....	3
	Si, 20 días ó más .....	4
	Nunca he usado sedantes .....	5

7d. ¿Cuántas veces en tu vida has usado sedantes, sin que un médico te lo recetara?	De 1 a 2 veces .....	1
	De 3 a 5 veces .....	2
	De 6 a 10 veces .....	3
	De 11 a 49 veces .....	4
	50 veces o más .....	5
	Nunca he usado sedantes .....	6

8a ¿Has usado alguna vez en tu vida heroína (arpon)?	Si .....1
	No .....2
8b. En los últimos 12 meses, ¿has usado heroína?	Si.....1
	No .....2
	Nunca he usado heroína.....3
8c. En el último mes, ¿has usado heroína?	No .....1
	Si, de 1 a 5 días .....2
	Si, de 6 a 19 días .....3
	Si, 20 días ó más .....4
	Nunca he usado heroína .....5
8d. ¿Cuántas veces en tu vida has consumido heroína?	De 1 a 2 veces .....1
	De 3 a 5 veces .....2
	De 6 a 10 veces .....3
	De 11 a 49 veces .....4
	50 veces o más .....5
	Nunca he usado heroína.....6

### INDICADORES UTILIZADOS PARA EL MODELO DE AUTOESTIMA

15. Por favor indica qué tan de acuerdo o en desacuerdo estás con cada una de las siguientes oraciones. (Marca una opción por cada inciso)	Total desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Total acuerdo
a) Siento que soy una persona que vale, al menos igual que los demás.	1	2	3	4
b) Siento que tengo buenas cualidades	1	2	3	4
c) En general me inclino a pensar que soy un fracaso	1	2	3	4
d) Soy capaz de hacer las cosas tan bien como casi toda la gente	1	2	3	4
e) Siento que no tengo mucho de qué estar orgulloso	1	2	3	4
f) Tengo una actitud positiva hacia mi mismo	1	2	3	4
g) En general estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4
h) Desearía tener más respeto por mí mismo	1	2	3	4
i) Ciertamente a veces me siento inútil	1	2	3	4
j) A veces pienso que soy un bueno para nada	1	2	3	4

## INDICADORES UTILIZADOS PARA EL MODELO DE CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Ahora te haremos algunas preguntas sobre tus hábitos alimenticios. (Por favor circula tu respuesta).

65. Aproximadamente, ¿Cuánto mides?	Centímetros ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
66. Aproximadamente, ¿Cuánto pesas?	Kilos ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
67. ¿Desayunas en tu casa los días que vas a la escuela?	Siempre ..... 1 A veces ..... 2 Nunca ..... 3
68. Generalmente ¿Cuántas veces comes al día?	Una vez ..... 1 Dos veces ..... 2 Tres veces ..... 3 Más de tres veces ..... 4
69. ¿Tú te consideras?	Muy gordo(a) ..... 1 Gordo(a) ..... 2 Ni gordo(a) ni delgado(a) ..... 3 Delgado(a) ..... 4 Muy Delgado(a) ..... 5

**70.-EN LOS ULTIMOS TRES MESES:**  
(Marca una opción para cada inciso)

	No	Algunas veces	2 ó más veces en una semana
a) Me ha preocupado engordar	1	2	3
b) En ocasiones he comido grandes cantidades de comida en un periodo corto de tiempo y he tenido la sensación de no poder detenerme	1	2	3
c) He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso	1	2	3
d) He hecho ayunos (dejar de comer por un día o más) para tratar de bajar de peso	1	2	3
e) He hecho dietas para tratar de bajar de peso	1	2	3
f) He hecho ejercicio en exceso (más de una hora al día) para tratar de bajar de peso	1	2	3
g) He usado pastillas para tratar de bajar de peso	1	2	3
h) He tomado diuréticos (sustancias que ayudan a eliminar agua) para tratar de bajar de peso	1	2	3
i) He tomado laxantes (sustancias que ayudan eliminar agua) para tratar de bajar de peso	1	2	3
j) He usado enemas (introducido líquido por el ano para ayudarte a evacuar) para tratar de bajar de peso	1	2	3

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**