

01921
91

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE PSICOLOGIA

RELACION ENTRE ESTILO DE CRIANZA Y FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES MEXICANOS

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
ALEJANDRA GONZALEZ SANTAMARIA

DIRECTORA: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

MEXICO, D. F.



A ENERO DE 2003

EXAMENES PROFESIONALES FAC. PSICOLOGIA.

TESIS CON FALTA 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.

AGRADECIMIENTOS

A mi mamá que con su amor y coraje me ha llevado siempre de la mano y me ha enseñado cómo lograr mis metas.

A mis hermanos Hiram y Güero quienes han sido un impulso en mi vida pues siempre han tenido confianza en mis y han estado conmigo.

A mi papá quien siempre ha esperado lo mejor de mi y me ha apoyado aun en los momentos difíciles.

A mis tíos Arturo y Lucha quienes me abrieron las puertas de su casa y me entregaron sus corazones.

A mis amigas y amigos de toda la vida, Argelia y Paty quienes simplemente marcaron una diferencia en mi vida y me acompañaron siempre incondicionalmente. A Adriana quien aunque lejos siempre conserva un lugar en su corazón para mí. A Luis, Liz, Samuel, Paola, y Erica quienes estoy segura me tiene presente en sus pensamientos. Y a Laura quien me ha demostrado su cariño a pesar de la ausencia y la distancia. A todos ustedes, gracias porque me han enseñado el significado de la amistad y están conmigo ahora.

A Eric quien lo es todo para mí, es mi amigo, mi familia, mi compañero y es el amor de mi vida, y me apoya siempre sin perder su ternura, te amo.

A toda mi familia, mis tíos, tías, primos, primas y mi abuela, pues siempre han conservado ese espíritu de unión familiar y están dispuestos a demostrarme su cariño en todo momento.

A mi directora de Tesis la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por brindarme su apoyo y por compartir conmigo su experiencia.

A Gisela, Silvia y Rodrigo por su apoyo, paciencia y cariño, muchas gracias.

A todos los que participaron y colaboraron en esta tesis, a mi facultad y a todos mis profesores por las experiencias profesionales y personales que me brindaron.

A todos, muchas gracias.

INDICE	PAG
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1	3
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
1.1. Antecedentes históricos	3
1.2. Anorexia Nerviosa	10
1.3. Bulimia Nerviosa	13
1.4. Trastorno de la Conducta Alimentaria no Especificado	15
CAPITULO 2	19
FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	
CAPITULO 3	28
LA ADOLESCENCIA	
3.1. Etapas del desarrollo	28
3.1.1. Desarrollo Físico y Fisiológico	30
3.1.2. Desarrollo Intelectual y Moral	31
3.1.3. Desarrollo de Personalidad	33
3.2. Sexualidad en la Adolescencia	34
3.3. Relaciones Sociales	34
3.4. Problemas en la Adolescencia	36
CAPITULO 4	38
SOCIALIZACION EN LA FAMILIA Y PRACTICAS DE CRIANZA	
4.1. Socialización	38
4.2. Definición de Prácticas de Crianza	40
4.3. Clasificación de las Prácticas de Crianza	41
4.4. Las Prácticas de Crianza y su Relación con otras Variables	44
CAPITULO 5	48
METODO	
5.1. PROBLEMAS ESPECIFICOS DE INVESTIGACIÓN	48
5.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO	49
5.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES	50

5.3.1. Definiciones Conceptuales	50
5.3.2. Definiciones Operacionales	51
5.4. SUJETOS Y MUESTREO	51
5.5. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO	52
5.6. INSTRUMENTOS	52
5.7. PROCEDIMIENTO	54
5.8. PROCESAMIENTO DE DATOS	56
CAPITULO 6	57
RESULTADOS	
6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	57
6.2. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES DE ESTUDIO	58
6.2.1. VARIABLES RELACIONADAS CON LOS ESTILOS DE CRIANZA	58
6.2.1.1. Relación con ambos padres	58
6.2.1.2. Decisiones sobre las relaciones sociales de los hijos	59
6.2.1.3. Relaciones intrafamiliares	61
6.2.2. VARIABLES RELACIONADAS CON FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	62
6.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS	66
CAPITULO 7	70
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	
REFERENCIAS	77
ANEXO	84

... a la Dirección General de Bibliotecas de UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Alejandra
González Santamaría

FECHA: 27-01-03

FIRMA: Jacely

RESUMEN

Los trastornos de la conducta alimentaria se han observado cada vez más en nuestro país. Algunos estudios se concentran en estudiar los factores de riesgo de la conducta alimentaria y sus relaciones con otras variables importantes para el desarrollo del individuo. Este estudio¹ exploró la relación entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria y las prácticas de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y, las diferencias existentes en la forma que se da esta relación en hombres y mujeres. Se trabajó con una muestra de 200 adolescentes, hombres y mujeres, del Distrito Federal que cursaban secundaria. Para medir las prácticas de crianza se aplicó una sección del inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento, mientras que para medir los factores de riesgo de la conducta alimentaria se aplicó la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) para mujeres y hombres. Se realizó un análisis descriptivo de los datos para observar la distribución de nuestra variable dependiente y un análisis de varianza (ANOVA) para probar nuestras hipótesis. Se encontró que en general los adolescentes emitieron respuestas en un sentido muy positivo a la mayoría de las variables, excepto en el caso de la variable conducta alimentaria normal, ya que la mayoría reportó preocuparse poco por que su alimentación fuera nutritiva. Otro hallazgo interesante fue que los adolescentes que reportaron recibir una crianza inadecuada por parte del padre o de ambos padres presentaron mayor conducta alimentaria compulsiva que aquellos que reportaron recibir una crianza adecuada. Sin embargo, esta relación no ocurrió con las otras variables. Tampoco se encontraron diferencias en ninguna de las variables para los efectos: sexo o crianza de la madre. Se concluyó que los adolescentes (independientemente de su sexo): con una percepción inadecuada del estilo de crianza de ambos padres o sólo del padre presentan mayor conducta alimentaria compulsiva. La conducta alimentaria normal y de compensación psicológica no depende del sexo ni de la percepción de los estilos de crianza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹ Este estudio forma parte de una investigación mayor titulada: Prevención Primaria: Autodiagnostico de Factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación y la Nutrición. Proyecto No. IN305599 financiado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIT).

INTRODUCCION

En la literatura se menciona que los trastornos de la conducta alimentaria son un problema que prevalece sobre todo en los países industrializados y poco se habla de países como el nuestro que de acuerdo a investigaciones recientes, muestra ya la presencia de este tipo de trastornos en su población en diferentes etapas del desarrollo. Parte de la investigación en México relativa a estos trastornos, se ha concentrado en detectar los factores de riesgo de la conducta alimentaria que se han señalado como factores que anuncian problemas psicológico y/o de salud. Este tipo de datos son importantes ya que permiten el diseño de proyectos de prevención primaria.

Por otro lado considerando el impacto que ejerce la familia durante la primera infancia y aún en etapas posteriores en la adquisición de conocimientos cognoscitivos, reglas de comportamiento, etc. se dice que los patrones de crianza son vitales en la formación de la personalidad. Se conceptúa la crianza, basándola en el papel de los padres como agentes de socialización, es decir, la forma en que estos guían o desalientan a los hijos hacia conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas. La percepción que tienen los hijos sobre las practicas de crianza en sus hogares afecta otros aspectos de su desarrollo como la formación de su autoconcepto, su autoestima, o incluso aquellos que tienen que ver con su conducta alimentaria.

Por lo tanto, en el presente estudio se explorará la relación que existe entre algunos factores de riesgo de la conducta alimentaria y los estilos de crianza que los adolescentes perciben en sus hogares. También se explorara la relación entre la conducta alimentaria normal y dichos estilos de crianza. Además se intentará detectar si existe diferencia en la forma en que estas relaciones se presentan en hombres y mujeres.

CAPITULO 1

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

Comer es un acto que puede asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán emocionalmente significativas para el comedor. Desde su nacimiento el bebe asocia el acto de ser alimentado con otras situaciones de su agrado, la madre al amamantarlo suprime la sensación desagradable de hambre del bebe, además contacta táctilmente con él, le habla, le sonrío, mira sus ojos, le besa y le atiende. De esta manera el bebe no sólo esta pues alimentándose, también esta vinculándose con su madre. La alimentación se realiza siempre en contacto con otras personas y el alimento se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional, es por lo tanto un acto social.

A lo largo de la historia de la humanidad la comida se ha visto matizada por un sinnúmero de significados entre las diferentes culturas y regiones. Podemos investigar acerca de este tema en diferentes épocas y lugares para encontrarnos con variadas actitudes hacia la comida. Por lo que el desarrollo de los ahora denominados trastornos de la conducta alimentaria es el resultado de varios factores interrelacionados que han dado lugar a conductas anormales del comer que no siempre se habían identificado como trastornos (Toro, 1996).

Montanari (1993) hace un recorrido histórico que ilustra la veracidad del párrafo anterior. La recopilación de este autor inicia desde la cultura griega y romana para las que existía un ideal encaminado hacia la mesura, es decir, al comer por placer pero sin voracidad. Sin embargo, ya en aquella época y aún en aquella sociedad en donde dichos ideales predominaban, también se puede

encontrar referencia a algunos emperadores que se conducían por la glotonería y el derroche. En contradicción, la cultura céltica y germánica veían la glotonería como algo positivo y como expresión de superioridad animal sobre sus congéneres. En las regiones de Europa de mayor influencia bárbara el modelo de la mesura no era visto con buenos ojos sino todo lo contrario como un símbolo de debilidad que obviamente era poco aceptado y aún criticable en sus gobernantes y figuras de poder. Los bárbaros además incluían significados de virilidad a la conducta de comer vorazmente, y se dice que Aristóteles tenía razón al afirmar que, estos bárbaros sólo consideraban a un hombre como tal, si era capaz de comerse una montaña.

Además, este mismo autor (Montanari, 1993) menciona que en el mundo eclesiástico también se notan diferencias en las costumbres alimentarias en función de las regiones que habitaban estos cleros. Mientras que en las regiones del norte predominaba el criterio de alimentación rigurosa y se aceptaban el ayuno, las penitencias y las abstinencias alimentarias; en el área mediterránea se aceptaba la alimentación con mesura y con un mayor sentido del equilibrio. Sin embargo, la cultura cristiana se ha caracterizado por un apego al sacrificio, a la privación y se han impuesto estos valores como los ideales a alcanzar aún por aquellos que aspiran a la santidad. Y en cuanto a las actitudes que los campesinos tenían hacia la comida en esa época se puede observar que compartían los valores de los clérigos, pero también es importante resaltar que este grupo habría cambiado sus ideales si su situación social y económica se los hubiera permitido. De tal modo que reservaban las comilonas sólo para ocasiones especiales y no les eran para nada desagradables pues saciaban su hambre y aún su miedo a ella. La extrema pobreza de las clases más bajas en aquella época (incluso hasta el siglo XVII) se vio reflejada pues, en sus hábitos alimentarios y en consecuencia en su complexión y figura raquíticas y malformadas. Por lo tanto, es lógico que en esos tiempos el ideal estético era el ser grueso e incluso obeso. La delgadez aunque era deseada por algunas mujeres, sin embargo, era rechazada culturalmente (Montanari, 1993).

Para los siglos XIV-XVI la alimentación era pues, una cuestión del grupo social al que se pertenecía, se decía que era una cuestión de "calidad". Las personas debían comer de acuerdo a su "calidad". Se consideraba que dicha "calidad" de las personas era una condición inherente y por lo tanto el comer de acuerdo a ella era una necesidad fisiológica; los pobres debían alimentarse con comida podrida y los nobles con platillos delicados y exquisitos para así asegurar la salud de cada uno. Ahora bien, en esta época la calidad se refería ante todo al poder, no por nada hubo médicos y literarios que apoyaron la idea, siempre que sus relaciones permanecieran intactas. De acuerdo con lo anterior podemos aceptar la idea de que los grandes banquetes no significaban otra cosa más que una muestra clara del poder de quien los ofrecía. Y se nota claramente que la función que los alimentos pueden desempeñar en la identidad individual y grupal es a veces más importante que la función de supervivencia (Contreras, 1993; Montanari, 1993).

El valor de la delgadez se renueva hasta el siglo XVIII con el nacimiento de nuevas ideologías. La costumbre de comer mucho se volvió de mal gusto al ser cada vez más practicada por las clases menos privilegiadas que ahora se beneficiaban por la democratización. Las nuevas elites se ven atraídas por nuevos modelos que se dirigen a: comer poco y comer sobre todo vegetales (dieta cada vez más difundida y aceptada en fechas actuales). Durante la primera mitad del siglo XX el modelo alimentario y estético de la delgadez se difunde ampliamente en Europa apoyado por motivos de salud (Contreras, 1993 y Montanari, 1993).

Así pues podemos concluir que la comida y sus significados se ven influenciados por diversos factores como: valores de ética, moral religiosa, razones de hambre y de poder, de salud y de placer, y que estos factores conviven y dan como resultado una variada y contradictoria actitud hacia la comida.

En la actualidad que se cuenta con una situación de abundancia cotidiana, se desplaza el miedo al hambre hacia un nuevo miedo, el miedo a la obesidad, y se cae nuevamente en contradicciones ya que las encuestas muestran que más de la mitad de las personas que se ponen a dieta, no están gordas (Montanari, 1993). Hoy se puede hablar de una cultura de la delgadez aún en los países en vías de desarrollo como México en el que los preadolescentes escolares ya realizan dietas con intenciones de control de peso, siendo este uno de los factores de riesgo socioculturales relacionado con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitre y Avila, 1998).

El aumentado interés en la práctica del ejercicio como medida para bajar de peso es también una muestra clara de la creciente búsqueda de dicha figura ideal y, en los medios masivos de comunicación se divulgan de diversas maneras una serie de ideas erróneas acerca de los efectos del ejercicio y se sobrestiman los hechos y su relación con la reducción de peso corporal (Zelasko, 1995). Además no se debe olvidar la gran cantidad de productos "reductores" (ungüentos, pastillas, bebidas, etc.) que son lanzados al mercado, y que se encuentran expuestos al público en general reforzando aún más la búsqueda de la figura de la delgadez.

De acuerdo con Raimbault y Eliacheff (1991) aspirar a la santidad en el siglo XVI o a la delgadez en el siglo XX sería un signo de diagnóstico capital de trastornos alimentarios como la anorexia nervosa. Este teórico de los trastornos de la conducta alimentaria recopiló la biografía de las que serían consideradas algunas de las primeras mujeres anoréxicas de la historia, aún antes de que este trastorno existiera como tal. Según él una joven con manifestaciones anoréxicas típicas, será considerada como una enferma, una mística o una bruja según la época y el contexto cultural en el que vive.

Una historia registrada en relación a los ideales de santidad en la edad media es la que se refiere a la biografía de Catalina de Siena. Esta mujer fue

considerada en vida como una santa, fue canonizada en 1461, ochenta años después de su muerte, y reconocida más tarde en 1970, como doctor de la iglesia por Paulo VI. Catalina sostenía una relación simbiótica con su madre quien la forzaba a culdar de su apariencia física a fin de un día ser desposada, Catalina inmersa en los ideales religiosos de su época se resiste a los deseos de su madre, y después de una serie de eventos trágicos en su familia se impone un voto de silencio por espacio de tres años y además se agrega otros sacrificios entre los cuales está el de flagelarse tres veces por día. En esa rebeldía a los deseos de la madre, se impone restricciones alimentarias que van mucho más allá de las reglas que seguían aún las personas más piadosas y que respetaban los mandamientos. En ese tiempo se sospecha que el comportamiento de Catalina es obra del diablo y resulta muy difícil a una joven del siglo XIV convencer a las autoridades eclesíásticas de que su conducta era resultado de una inspiración divina (Raimbault y Eliacheff, 1991).

Por su parte en una recopilación de los antecedentes históricos de la anorexia nervosa Holtz (1995) señala al igual que otros autores (Turón, 1997; Chinchilla, 1995; Weiss, 1995), que antes de mediados del siglo XIX las mujeres no presentaban propiamente anorexia nerviosa ya que aún faltaba el componente básico del miedo a engordar como una de las causas de la conducta anoréxica.

Como ya se mencionó arriba, existen evidencias históricas que muestran la existencia de conductas alimentarias inadecuadas desde la antigüedad. Sobre todo la cultura cristiana se ha caracterizado por un apego al sacrificio, a la privación y se han impuesto estos valores como los ideales a alcanzar aún por aquellos que aspiran a la santidad. Las normas de abstinencia en el cristianismo marcan el ideal espiritual que hasta el día de hoy dirige la conducta alimentaria de los devotos sobre todo en épocas de vigilia o cuaresmas. En el siglo XI el castigo al rompimiento de esta norma era incluso la muerte.

Sin embargo, y a pesar de que historias parecidas a la de Catalina de Siena abundan en la literatura, la anorexia ha sido catalogada como enfermedad desde hace sólo un siglo. Los teóricos estudiosos del tema coinciden en mencionar casos descritos en el pasado, como el recogido en México en 1613 acerca de Jane Balan, de 14 años de edad de la que se dijo que había estado sin comer ni beber durante tres años; el de Marthe Taylor en 1667 que presenta un cuadro de inanición provocado y que es descrito y denominado como "nervous consumption" por Morton en 1689 (citados en Turon, 1997). Pero tanto Chinchilla (1995); Holtz (1995); Weiss (1995) y Turon (1997) reconocen que la descripción clínica clásica de la anorexia nervosa se debe a los trabajos de Lassegue y Gull en 1873 y 1874 y se reconocen sus descripciones como de cuadros anoréxicos, aunque estos últimos consideraron que la histeria es la causa del trastorno y la denominan: anorexia histérica y apepsia histérica respectivamente.

Desde las primeras descripciones se plantea la cuestión de la proximidad nosológica entre los trastornos de conducta alimentaria y los trastornos afectivos. Chinchilla (1995) menciona el caso de Ellen West y muestra las dificultades existentes en la identificación nosológica de la anorexia nerviosa, ya que ante este caso se presentaron diferentes diagnósticos pasando por cuadros de melancolía hasta cuadros de esquizofrenia. La anorexia también llegó a considerarse de origen endocrinológico y aún neurológico siendo actualmente las posturas psicosociales las más ampliamente estudiadas. Hoy en día se considera que la génesis del trastorno debe estar influido por una serie de factores relacionados de orden psicológico, biológico y social que en un determinado momento desencadenan el trastorno. Por su parte Toro (1996) considera que los factores socioculturales forman parte indiscutible y principal en su etiopatogenia.

Por otro lado, la bulimia nerviosa tiene una historia más reciente ya que se trata de un trastorno del que no se hablaba hace dos décadas. Las

referencias más detalladas se encuentran apenas hace 50 años pero el fenómeno ha emergido con fuerza apenas hace 10 años. En general, el término bulimia ha sido utilizado para designar el apetito insaciable e inmoderado. Ya desde la antigua Grecia se usaba el término "boulimos", para referirse a una especie de "hambre de buey", y como se menciona arriba la conducta de glotonería se observaba desde ese entonces en diversas culturas. La bulimia aparece referida casi siempre como un síntoma de la anorexia nervosa, como es en el caso de Ellen West en el que la bulimia era un síntoma fundamental, e incluso en el caso de la santa Catalina de Siena que tenía que mantener una pajilla en el interior de su garganta a fin de vomitar todo lo que ingería (Chinchilla, 1995).

Tanto Holtz (1995) como Chinchilla (1995) coinciden en que es Stunkard en 1990 el que ofrece la primera descripción clínica de la bulimia nerviosa. El trabajo de Stunkard (1990) consiste en una traducción del trabajo de Wulff en 1932 en el que se describen cuatro casos de un desorden alimentario en mujeres que se caracteriza por conducta de comer compulsiva, la presencia de una hipersomnolencia, depresión y distorsión de la imagen corporal. Después del comer compulsivo todas las pacientes presentaban etapas de ayuno y dos de ellas vomitaban. En la discusión que hace Wulf de los casos descritos descarta que el síndrome represente una neurosis compulsiva y se inclina más por una explicación que puede estar entre melancolía y adicción y considera que la conducta de comer compulsivo pueda estar relacionada con una "regresión a una satisfacción puramente oral y erótica... más aún, una perversión sexual".

Sin embargo, varios autores están de acuerdo en que no es sino hasta 1979, que Russell acuña el nombre de bulimia nerviosa y sugiere que este trastorno constituye una entidad independiente de la anorexia. Además este mismo autor expone los criterios diagnósticos para este trastorno que en resumen son. Una necesidad urgente e incontrolable de sobrealimentarse, la presencia de vomito autoprovocado para evitar los efectos engordantes de la

sobreingesta y, se presenta un gran miedo a engordar (Holtz, 1995; Turon, 1997 y Weiss, 1995).

Actualmente en el DSM-IV (APA, 1995) se pueden encontrar las descripciones de los dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa. El DSM-IV también incluye la categoría de "trastorno de la conducta alimentaria no especificado" y otro tipo de trastornos que incluye la categoría "Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez" son por ejemplo: pica, trastorno de rumiación, y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

1.2. ANOREXIA NERVIOSA (DSM-IV)

La anorexia nerviosa se caracteriza esencialmente por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, miedo intenso a ganar peso y una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además de presencia de amenorrea en las mujeres que han pasado por la etapa menarquica. Así entre los criterios diagnósticos de este trastorno se encuentran:

Criterio A. Las personas con este trastorno mantienen un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y talla, es decir por debajo del 85% del peso considerado normal para su edad y talla.

En los criterios del CIE-10 el criterio utilizado es el IMC (Índice de Masa Corporal) que se calcula en metros cuadrados, dividiendo el peso en kilogramos por altura, y se especifica que el individuo debe tener un IMC igual o inferior a 17,5 kg/m².

Criterio B. La persona con este trastorno tiene un miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesa. Dicho miedo no desaparece aunque el individuo pierda peso, y de hecho va en aumento aun cuando el peso va disminuyendo.

Estas personas consiguen disminuir su peso al disminuir su ingesta total. Empiezan por excluir de su dieta los alimentos con alto contenido calórico y acaban restringiendo su dieta a unos pocos alimentos. Además pueden utilizar purgas, o el ejercicio excesivo, para lograr bajar de peso.

Criterio C. Existe una alteración de la percepción del peso y de la silueta corporales. Algunas personas se encuentran "obesas", y otras aunque se dan cuenta de que están delgadas continúan preocupadas por ciertas partes de su cuerpo que les parecen demasiado gordas. Se pesan constantemente en una báscula, se miran repetidamente al espejo para observar las zonas que consideran "obesas". Consideran un logro perder peso y niegan que su delgadez pueda tener implicaciones clínicas graves.

Criterio D. En niñas que ya han tenido su primera regla se presenta amenorrea, o en las niñas prepuberales que presentan anorexia nerviosa se retrasa la aparición de la menarquia.

Normalmente, las personas con este trastorno tienen poca consciencia de su alteración, la niegan y dan explicaciones o historias poco creíbles. Por esta razón la participación de la familia se vuelve necesaria a fin de obtener información para evaluar el grado de pérdida de peso y otras características de la enfermedad.

La anorexia puede dividirse en subtipos según se presenten o no atracones o purgas durante los episodios del trastorno:

Tipo restrictivo: La pérdida de peso se consigue haciendo dieta, ayunando o realizando ejercicio intenso. No se recurre a atracones ni a purgas.

Tipo compulsivo/purgativo. Los individuos recurren a atracones o purgas, se provocan el vómito, utilizan diuréticos, laxantes o enemas de manera excesiva a fin de lograr bajar de peso. En ocasiones aún sin la

presencia de atracones se recurre a todas estas conductas al menos semanalmente.

Las personas que presentan este trastorno llegan a un nivel de semiinanición que puede afectar a la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. Se han observado respuestas anormales a diferentes pruebas endocrinas, por ejemplo, que las mujeres presenten niveles bajos de estrógenos y que los hombres presenten niveles bajos de testosterona. Y finalmente se ha observado un efecto directo en el sistema nervioso sobre todo en las áreas relacionadas con la desnutrición.

El comienzo de esta enfermedad se asocia frecuentemente con algún acontecimiento estresante. La anorexia nerviosa puede transcurrir en una serie de recaídas o terminar incluso en la muerte. Aunque también hay personas que se recuperan totalmente. El trastorno parece prevalecer en sociedades industriales, en donde la comida abunda y la delgadez se relaciona con el atractivo. El trastorno se inicia rara vez antes de la pubertad, siendo la edad promedio de inicio los 17 años o entre los 14 y 18 años. Más del 90% de los casos se observa en mujeres.

La anorexia nerviosa se ha asociado con presencia de síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida de interés por el sexo. Se ha asociado con conducta obsesiva compulsiva, sobre todo relacionadas con la comida, la silueta corporal o el peso. También se ha asociado con otras características como: la preocupación por comer en público, sentimiento de incompetencia, una gran necesidad para controlar el entorno, pensamiento inflexible. Los individuos que presentan un cuadro compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol o de otras drogas, de manifestar labilidad emocional y de ser activos sexualmente. Por otro lado se asocia con ciertas enfermedades médicas como: amenorrea, estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, etc.

1.3. BULIMIA NERVIOSA (DSM-IV)

El otro trastorno especificado en el DSM-IV (APA, 1995) es la bulimia nerviosa que consiste en atracones y métodos compensatorios inapropiados para evitar ganar peso. La autoevaluación del sujeto se ve influida por la silueta y el peso corporales, se siente generalmente muy avergonzado de su conducta e intenta ocultar los síntomas. Realiza los atracones a escondidas y estos pueden durar hasta que el individuo ya no puede más. Los criterios diagnósticos son los siguientes:

Criterio A. Hay presencia de atracones recurrentes que se caracterizan por:

1. ingerir alimento en un espacio de tiempo corto (generalmente inferior a 2 horas) y en mayor cantidad que el común de la gente ingeriría en el mismo tiempo y en condiciones normales. En los atracones se ingieren por lo general alimentos con alto contenido calórico.
2. Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento.

Criterio B. Las conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso son inapropiadas. Se utilizan métodos como provocarse el vómito (práctica muy común entre los que padecen este trastorno) que lo emplean entre el 80% y 90% de los sujetos que acuden en busca de un tratamiento. En algunos casos el vómito se convierte en un objetivo y los sujetos llegan a comer sólo con la finalidad de vomitar después. Otras formas de purgarse son el uso excesivo de laxantes y diuréticos. La persona que padece la bulimia nerviosa puede pasar uno o más días sin comer o realizar ejercicio físico intenso a fin de compensar el alimento que ingirieron durante los atracones.

Criterio C. Las conductas compensatorias inapropiadas deben producirse al menos en un promedio de dos veces en una semana y durante tres meses.

Criterio D. Se pone demasiado énfasis en el peso y la silueta corporales y estos factores son determinantes de su autoestima.

Criterio E. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

En la Bulimia se puede emplear dos subtipos:

Tipo purgativo: Describe cuadros en los que el enfermo se ha provocado el vómito y ha hecho un mal uso de laxantes, diuréticos y enemas durante el episodio.

Tipo no purgativo. Describe cuadros en los que el enfermo ha empleado otras técnicas compensatorias inapropiadas como: ayuno, ejercicio intenso, pero no hace mal uso de laxantes ni se provoca el vómito.

Este tipo de pacientes se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal. El trastorno puede aparecer en individuos con obesidad moderada. Entre atracón y atracón reducen la ingesta calórica y evitan los alimentos que engordan o pueden desencadenar un atracón. Se sufre de síntomas depresivos, al igual que de trastornos del estado de ánimo, y estos pueden preceder o seguir a la bulimia nerviosa. También se sufre de síntomas elevados de ansiedad, y la presencia de todos estos trastornos se puede eliminar al tratar la bulimia nerviosa. En el tipo purgativo el paciente es más depresivo. Se ha encontrado que las purgas conducen a un desequilibrio hidroelectrolítico, una posible alcalosis metabólica o en el caso del uso de laxantes se puede provocar una acidosis metabólica. Los vómitos pueden originar una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, se pueden encontrar aumentadas las glándulas salivales o incluso callosidades en la superficie de la mano debidos a la fricción con la dentadura. Además en las mujeres se presentan irregularidades menstruales y amenorrea.

Se ha visto mayor prevalencia de este tipo de trastorno en los países industrializados, mayoritariamente en personas de la raza blanca y por lo menos un 90% de las personas que lo padecen son mujeres. La bulimia

nerviosa generalmente inicia al final de la adolescencia o al inicio de la edad adulta y, las alteraciones de la conducta alimentaria permanecen al menos durante varios años.

1.4. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (DSM-IV)

Esta categoría se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ninguno de los tipos específicos. Por ejemplo:

1. En mujeres que se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia, pero las menstruaciones son regulares.
2. Se cumplen todos los criterios para la anorexia, excepto que a pesar de existir pérdida de peso significativo, el sujeto aún se encuentra dentro de los límites normales.
3. Se cumplen los criterios para la bulimia nerviosa, pero los atracones y las conductas compensatorias aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.
4. Ejemplo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal.
5. Masticar y expulsar, pero no tragar cantidades importantes de comida.
6. Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes pero sin presencia de conductas compensatorias inapropiadas.

La obesidad es también un problema cada vez más común, y no menos alarmante, en nuestra sociedad. Una definición de la obesidad que ofrece De Girolami (1996) se refiere a ésta como: todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo, o mejor aún en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Entre las mediciones e índices sencillos que permiten clasificar la obesidad se encuentran el uso de la tabla de pesos normales, el índice de masa corporal (IMC), el cálculo del porcentaje de grasa corporal, la circunferencia de la cintura, el índice cintura/cadera (ICC), los pliegues cutáneos y otros métodos más sofisticados que requieren de equipo especializado. Se puede considerar que un individuo se encuentra obeso si cumple con los criterios especificados para obesidad en cualquiera de las mediciones e índices anteriores, o tomando en cuenta los criterios diagnósticos y clasificación de la obesidad de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.

La obesidad representa un factor de riesgo de enfermedad (sobre todo de tipo arterial), este riesgo, sin embargo, se da en diferente medida para los distintos tipos de obesidad. Bouchard (citado en De Girolami, 1996) ofrece una clasificación según la localización predominante del tejido adiposo:

Tipo I. Difusa. Es la que presenta un aumento generalizado del tejido adiposo sin localización preferente en ningún área del cuerpo en particular (riesgo +).

Tipo II. Central (androide de Bouchard). Se la define como la que posee un exceso de adiposidad subcutánea en la región troncoabdominal (riesgo +++).

Tipo III. Abdominovisceral (obesidad visceral). Se caracteriza por un exceso de grasa en la zona abdominal, pero principalmente en el compartimento visceral (riesgo ++++).

Tipo IV. Femoroglútea (ginoide de Bouchard). Presenta un exceso de grasa en la zona gluteofemoral (riesgo ?). (pp. 19)

Otra clasificación que ofrece, es aquella que toma en cuenta las características de la celularidad del tejido adiposo y se divide en:

Hiperplástica: por aumento de la cantidad de células adiposas.

Hipertrófica: por aumento del tamaño del adiposito debido a un exceso en los depósitos grasos intracelulares. (pp. 20)

En países como Estados Unidos este problema constituye casi el 7% de los costos de salud, que es casi el doble de lo que se gasta en otros países. La obesidad significa altos costos en salud debido a que representa un factor de riesgo alto para otras enfermedades, incluyendo la diabetes, las enfermedades cardíacas, alta presión sanguínea, ciertos tipos de cáncer, etc. y se sabe que más de 300 millones de personas alrededor de mundo son obesas (Reaney, 2001). A partir de once encuestas, en México se encontró que la prevalencia de obesidad en población urbana de este país es de 35%, y se concluyó que es un problema de salud público y que se incrementará en el futuro (Braguinsky, 1996).

La obesidad también tiene un costo social, como Montanari (1993) expone, anteriormente la obesidad fue símbolo de poder, bienestar y belleza. Sin embargo, de acuerdo con Toro (1996) en nuestros días ser obeso constituye un verdadero estigma social, ante las reglas de estética corporal vigentes, el rechazo al obeso es inminente. Al parecer este rechazo no es resultado más que de una serie de prejuicios existentes acerca del tipo de persona obesa, si es que realmente se le debe ubicar en un grupo separado. Algunos teóricos afirman que no existen realmente razones por las que se pueda tratar de manera diferente a las personas obesas.

Por otro lado, en un estudio realizado en México por Unikel, Mora y Gómez Peresmitré (1999) se encontró que existe una percepción negativa hacia la gordura, esta se asocia con algo indeseable, que causa problemas psicológicos y de salud, que es antiestético y que repercute en el desempeño y la calidad de vida cotidiana de las personas. Además esta opinión se encontró más difundida sobre todo en estudiantes de ballet en, aunque entre estudiantes de secundaria y preparatoria la percepción oscilaba entre positiva y normal.

En general en relación con los trastornos de la conducta alimentaria se ha encontrado que existen una serie de factores considerados de riesgo. La investigación alrededor de este tema ha aumentado en diversas direcciones, y una de las líneas más importantes es aquella encaminada hacia la creación de programas de prevención, por lo que la búsqueda de dichos factores de riesgo ha sido una fuente importante de información en los últimos años.

CAPITULO 2.

FACTORES DE RIESGO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Aunque durante décadas la prevención primaria en salud mental se ha considerado como una tarea poco menos que imposible, sin embargo, hace relativamente pocos años para los investigadores de la salud mental la prevención ha demostrado un gran potencial en la erradicación de enfermedades de todo tipo, así como en la disminución de los costos asociados con los tratamientos que se requieren para contrarrestarlas. Además la intervención preventiva también provee una fuerte oportunidad para probar teorías causales. En consecuencia la actividad dirigida hacia la prevención ha aumentado en las últimas décadas y varias estrategias metodológicas se han propuesto (Muehrer & Koretz, 1993 & Hernández y Sánchez, 1991).

Las acciones de prevención fundamentalmente consisten en las posibilidades que se tienen de identificar riesgos, predecir sucesos indeseables y manipular factores que eviten, pospongan o aminoren los efectos de dichos factores y, de estos condicionantes depende el nivel de clasificación al que pertenecerá la prevención que puede ir desde lo primario hasta lo terciario. Cabe señalar que los objetos y objetivos naturales de todo programa preventivo son la infancia y la adolescencia, pues generalmente las intervenciones que se aplican de manera temprana producen mejores beneficios que las que se emplean de manera tardía. El impacto que tiene la familia en la calidad de los procesos de crecimiento en estas etapas es fundamental, por lo que la vida familiar se puede constituir como uno de los primeros factores de riesgo y componente social básico a considerar en todo programa de prevención (García, 1993).

Sin embargo, para determinar el impacto de las intervenciones preventivas, se deben establecer varios fundamentos metodológicos como los siguientes:

- a) Tanto las situaciones adversas o de riesgo (a ser prevenidas), como las

situaciones deseables (a ser promovidas) deben especificarse tanto a largo como a corto plazo.

- b) Se debe articular un trabajo teórico que designe la intervención preventiva. En este trabajo se debe hacer énfasis en la forma en que los componentes específicos de intervención modificarán los riesgos conocidos y los factores protectivos.
 - c) Se deben incluir procesos de medición a fin de asegurar que la intervención se implementó y planeó, y a fin de facilitar futuras repeticiones.
 - d) Se deben especificar los tipos de poblaciones y los procedimientos de selección deben justificarse.
 - e) Se deben realizar estudios piloto a fin de determinar si el tamaño de la muestra que se propone será suficiente para detectar efectos de intervención.
 - f) Se debe utilizar un diseño de investigación experimental a fin de examinar potenciales relaciones causales entre los factores de riesgo y protectivos y los resultados de la intervención y.
 - g) Los participantes deben tener un seguimiento longitudinal para determinar si el impacto de la intervención permanece.
- sacado de Muehrer & Koretz (1993).

Hoy en día, los trastornos de la conducta alimentaria se abordan como un fenómeno multifactorial y se han identificado un gran número de factores de riesgo asociados con la presencia de dichos trastornos. La investigación acerca de este tema que está dirigida hacia promover programas de intervención preventiva aún se encuentra en etapas tempranas, y la identificación de factores de riesgo es una de las tareas principales por el momento.

Al definir factores de riesgo asociados con desordenes de la conducta alimentaria se pueden utilizar diferentes criterios y estos incluyen: 1) la presión del ambiente por la delgadez, 2) la psicopatología de los padres (criterio que sería poco factible de considerar o manipular en un tratamiento preventivo), y 3) características intraindividuales (Leung, Geller y Katzman, 1996), a estos

critérios se podría agregar un cuarto criterio que se relaciona con las dinámicas de interacción entre padres e hijos.

El primer criterio se refiere a la presión social que existe por mantenerse delgado, ya que dicha presión se ha relacionado con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria. En un estudio realizado por Unikel y Gómez Peresmitré (1999) se encontró una alta incidencia de trastornos de la conducta alimentaria y de algunos factores de riesgo (de tipo restrictivo, purgativo, y de distorsión de la imagen corporal), en individuos que se desenvuelven en ocupaciones en donde se enfatiza el bajo peso corporal, por ejemplo en bailarinas profesionales de ballet o en estudiantes de esta misma disciplina.

Por otro lado, Gómez-Peresmitré (1999) encontró que en una población de niñas mexicanas también existen factores socioculturales de riesgo para el desarrollo de trastornos de la alimentación. Al elegir lo que las niñas consideraban como la "figura ideal", el 94% de ellas escogió las figuras "muy delgada" (4%) y "delgada" (90%), mientras que sólo el 4% eligió como figura ideal a la de "tamaño medio" y menos del 2% eligieron figuras más gruesas. También es importante mencionar el hallazgo en este mismo estudio de que las niñas de 13 años encuentran más atractiva a una persona conforme menor peso tiene. Por lo tanto se puede ver que ya desde la niñez se acepta el estereotipo social de la cultura de la delgadez. En el mismo estudio se encontró una elevada prevalencia de demasiada preocupación ante un reactivo que les plantea la situación de subir de peso (32%) y ante otro que les plantea la situación de estar obesa (74%).

Hoy en día ser obeso constituye pues un verdadero estigma social debido a las reglas de estética corporal vigentes. Al parecer este rechazo no es resultado más que de una serie de prejuicios existentes acerca del tipo de persona obesa, por lo que importantes estudiosos de este tema, como Toro afirman (1996) que no existen realmente razones por las que se pueda tratar de manera diferente a las personas obesas. Sin embargo, en un estudio

realizado en México por Unikel, Mora y Gómez Peresmitré (1999) se encontró que existe una percepción negativa hacia la gordura, ya que esta se asocia con algo indeseable, que causa problemas psicológicos y de salud, que es antiestético y que repercute en el desempeño y la calidad de vida cotidiana de las personas. Además esta opinión se encontró más difundida en estudiantes de ballet, aunque entre estudiantes de secundaria y preparatoria la percepción oscilaba entre positiva y normal. Y como ya se mencionó arriba la población de niñas mexicanas temen de manera importante a la posibilidad de subir de peso o a estar obesas (Gómez-Peresmitré, 1999). Sin embargo en México (Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2001), se ha encontrado que la figura ideal de los varones no es una muy delgada ni significativamente más delgada que la que eligen como figura actual.

Por su parte Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Roman (1999), encontraron que los factores: "miedo a engordar", "motivación para adelgazar" y "preocupación por la dieta y el peso" tuvieron medias más altas en el grupo que se diagnosticó con trastorno en comparación con el grupo sin trastorno, y esta diferencia fue significativa. Además en lo relativo al factor: "presión social", el grupo con trastorno mostró ser más sensible a la influencia que ejercen la familia, los amigos y los medios masivos de comunicación para que una persona adelgace.

También se puede hablar de los factores de riesgo que tienen que ver con características intraindividuales, que de acuerdo con Holtzman (citado en Leung, Geller y Katzman, 1996), se pueden dividir a su vez en dos tipos: las biológicas y las conductuales. Mientras que las primeras se refieren a aspectos bioquímicos, anatómicos o neuropsicológicos, las segundas se refieren a patrones de conducta observables, signos o síntomas. Sin embargo, al parecer la aplicación de la aproximación de los factores de riesgo biológicos a la prevención es poco práctica y prematura (Leung, Geller y Katzman, 1996) por lo que la atención se ha concentrado en el segundo tipo.

Entre los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria que se consideran de tipo conductual, se pueden encontrar síntomas de la conducta alimentaria, algunos síntomas psiquiátricos, ciertos rasgos de personalidad y ciertas condiciones psicológicas.

En el estudio de Mancilla, Mercado, Manríquez, Alvarez, López y Roman (1999), los autores exploraron la presencia de trastornos de la conducta alimentaria y su asociación con algunos factores de riesgo, en una población de estudiantes universitarias. Encontraron que los factores: "insatisfacción de la imagen corporal", y "sentimientos de baja autoestima" tuvieron medias significativamente más altas en el grupo que se diagnosticó con trastorno en comparación con el grupo sin trastorno. Por otro lado en los factores : "miedo a madurar", "inefectividad" y "perfeccionismo", también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, y esto sugiere que el grupo diagnosticado con trastorno manifiesta más temores a enfrentar las excesivas demandas de la vida adulta, expresa sentimientos más profundos de inseguridad, inutilidad y falta de control sobre su propia vida, también tiende a poner énfasis excesivo sobre el éxito.

Peresmitré y Avila (1998) aplicaron una prueba llamada Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios (EFRATA) (compuesta de nueve factores en su versión para mujeres, y de 8 factores en su versión para hombres) con el objetivo de explorar la relación entre conducta alimentaria y obesidad en muestras de adolescentes hombres y mujeres con diferente peso corporal y encontraron varios factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria en mujeres como son: conducta alimentaria compulsiva (que las adolescentes obesas presentaron en mayor medida, a diferencia de las de peso normal), conducta alimentaria normal (que se presentó con mayor frecuencia entre las adolescentes de peso normal y menos entre las obesas), preocupación por el peso y por la comida (preocupación que se incrementa con el peso corporal), dieta crónica y restrictiva (que se presenta en mayor medida entre las adolescentes obesas),

atribución de control alimentario interno, atribución de control alimentario externo (visto en menor medida entre las obesas), y dieta hipocalórica. En hombres se encontraron los factores: preocupación por el peso y por la comida (que no mostró diferencias entre los adolescentes obesos y de peso normal) y conducta alimentaria compensatoria (que los adolescentes obesos reportaron tener en menor medida que los de peso normal). En general los factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación se presentaron con mayor importancia entre las mujeres que entre los hombres.

En otro estudio titulado "¿Por qué comemos de más? Algunas razones de la conducta alimentaria de sobreingesta" se encontró que la ansiedad constituye un rasgo común que subyace a las interacciones psicosociales y psicoambientales en las que se produce la conducta de sobreingesta y que esta conducta mostró estar significativamente relacionada con el sobrepeso. Sin embargo, en este estudio también se encontraron mujeres delgadas con conducta de sobreingesta y mujeres obesas que no presentaron este tipo de conducta por lo que esta conducta no es exclusiva de las mujeres obesas (Gómez Peresmitré, Unikel y Corvera, 1998).

Moreno y Thelen (1995) exploraron la conducta alimentaria, las actitudes hacia la dieta y la preocupación por el peso corporal en una población de mujeres adolescentes norteamericanas y encontraron que muchas de ellas ya tienen preocupación por el peso corporal incluso desde antes de ingresar a la primaria y un cuarto de la muestra reportó haber practicado dieta a los 12 años de edad o incluso antes. De manera similar en una muestra de preadolescentes mexicanos (con edad promedio de 10 años 8 meses) se encontró que un 25% de ellos realizan dieta de manera intencional tanto para bajar como para subir de peso (Gómez Peresmitré y Avila, 1998).

La satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal también ha sido un factor que se ha considerado como un importante mediador de los trastornos de la conducta alimentaria se ha establecido que es más importante "sentirse

atractivo" que "ser atractivo" (es más importante el cuerpo percibido) (Gómez Peresmitré, 1998).

Pineda, Platas y Gómez Pérez Mitré (1999) encontraron que el 23% de las adolescentes y preadolescentes de su estudio que se habían percibido como muy delgadas (es decir, en niveles de emancipación), se encontraban, sin embargo, insatisfechas y deseaban ser aún más delgadas. Además se encontró que la mayoría de las chicas insatisfechas habían realizado dieta, mientras que las satisfechas casi no presentaban esa conducta. En este estudio también se encontró que mientras más tardaba en presentarse la primera menstruación, mayor era la insatisfacción y por lo tanto mayor el seguimiento de dietas. Sin embargo, la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal sólo se puede explicar a partir de la interacción de la edad de la primera menstruación y, el seguimiento o no de dietas para control de peso.

En otro estudio (Gómez-Peresmitré, Granados, Jáuregui, Tafoya y Unikel, 2001) en el que trabajaron con una muestra del género masculino, se encontró que los estudiantes que estaban insatisfechos porque deseaban una figura más gruesa, tenían bajo peso, según el IMC (Índice de Masa Corporal) y viceversa, lo que tenían sobre peso y obesidad estaban insatisfechos pero deseaban una figura más delgada. Las autoras concluyeron que el IMC afecta de manera inversa el grado de satisfacción/insatisfacción que los estudiantes del género masculino reportan con relación a su imagen corporal y a su vez que existe una relación directa entre satisfacción y atractividad, siendo los más satisfechos los que se consideraron más atractivos. Y es importante recordar que en el caso de los varones la figura ideal no es la misma que en el caso de las mujeres (que en el caso de estas últimas es "muy delgada").

En lo relativo a los factores relacionados con las interacciones familiares, Goldstein en 1981 ya había encontrado relación entre las interacciones familiares desorganizadas y los desordenes de la conducta alimentaria. En su estudio este autor encontró que existe una relación o

convivencia de dependencia entre los padres de pacientes anoréxicos y sus hijos, y al parecer que dicha relación (reflejo de la inseguridad de los padres) sirve a los pacientes como un rol modelo empobrecido. Sin embargo en su estudio el autor no encontró actitud denigrante o de constante crítica hacia los pacientes diagnosticados.

Más tarde Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein, Lepkifker y Minouni (1996), al evaluar la relación entre situaciones psicosociales anormales y desordenes alimentarios en adolescentes, encontraron que muchos eventos de vida y adversidades psicosociales se presentan de manera significativamente diferente en sujetos que padecen trastornos alimentarios y aquellos que no los padecen. En el caso de las jóvenes con desordenes alimentarios fue característica la presencia de presión inapropiada por parte de sus padres. También se encontró relación entre los puntajes del test de actitudes alimentarias y la presencia de hostilidad alrededor de la infancia, la falta de habilidades para relacionarse con pares, la sobreprotección por parte de los padres y ciertos cambios negativos en las relaciones familiares. Estos hallazgos coincidieron con los reportados en la literatura en el sentido de que existe relación entre las relaciones familiares patológicas y los desordenes de la conducta alimentaria.

En otro estudio (Sanders, Patel, Le Grice y Shepherd, 1993) en el que se investigó la relación existente entre los trastornos de la conducta alimentaria y los patrones de interacción padre-hijo se encontró que los padres de niños que padecían algún tipo de desorden alimentario eran más negativos y coercitivos en sus prácticas alimentarias y caían en altos niveles de dar instrucciones aversivas y hacer comentarios negativos en relación con la alimentación.

Por su parte en México Platas, Pineda y Gómez Pérez-Mitré (2000) estudiaron la relación entre la presencia de conductas alimentarias de riesgo y la percepción de la relación materna. Encontraron que las jóvenes que

presentaron percepción de la relación materna negativa tuvieron una mayor insatisfacción positiva dado que deseaban ser más delgadas. También encontraron que sólo un factor de riesgo de la conducta alimentaria: dieta crónica restrictiva, se relacionó significativamente con la percepción de la relación materna, indicando que las chicas con percepción negativa realizaron con mayor frecuencia este tipo de dieta. Estos hallazgos son importantes ya que tanto la insatisfacción con la figura como la practica de dietas crónicas restrictivas son factores de riesgo asociados con los trastornos de la conducta alimentaria.

En este punto se puede decir que la mayoría de los estudios confirman que los factores de riesgo propuestos en otras culturas están muy relacionados con los trastornos alimentarios en muestras mexicanas.

CAPITULO 3.

LA ADOLESCENCIA

3.1. ETAPAS DE DESARROLLO

En el proceso de desarrollo humano se puede observar cómo cambian las personas y como algunos aspectos permanecen con el correr del tiempo. De acuerdo con Papalia, Wendkos y Duskin (2001) dichos cambios pueden ser de dos tipos:

1. **Cambios cuantitativos:** Variación en el número o la cantidad de algo, como la estatura o peso.
2. **Cambios cualitativos:** Se presentan en el carácter, la estructura o la organización, como la naturaleza de la inteligencia de una persona en otros.

Este mismo autor menciona que en el desarrollo humano básicamente se estudian tres aspectos.

Desarrollo físico: Son todos los cambios corporales, de las capacidades sensoriales y de la habilidades motrices que forman parte del desarrollo físico e influyen a sobremanera en el intelecto y personalidad.

Desarrollo Intelectual o cognitivo: Cambios en las facultades mentales como el aprendizaje, la memoria, el razonamiento, pensamiento y lenguaje.

Desarrollo social y de la personalidad: Cambios que se refieren a la forma cómo la persona se relaciona con los demás y expresa sus emociones.

Además Papalia, Wendkos y Duskin (2001) afirma que existen ocho periodos que gozan de aceptación general en las sociedades industrializadas de occidente y éstos son:

1. **Etapa prenatal:** Desde la concepción hasta el parto.

2. Etapa de los primeros pasos o de lactancia: Del nacimiento a los 3 años.
3. Infancia temprana: Desde los 3 hasta los 6 años.
4. Infancia intermedia: Desde los 6 hasta los 11 años.
5. Adolescencia: De los 11 a los 20 años.
6. Adulthood temprana: Desde los 20 hasta los 40 años.
7. Adulthood intermedia: Desde los 40 a los 65 años.
8. Adulthood tardía: 65 años en adelante.

Como se puede observar este autor ubica la adolescencia como un período de transición en el desarrollo entre la niñez y la edad adulta. Por lo general, se considera que comienza alrededor de los 12 o 13 años y termina hasta los 19 o 20, durando casi una década. Comienza con la pubertad que es el proceso que conduce a la madurez sexual (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001). Por su parte Sorenson (citado en Hurlock, 1987) la caracterizó como:

“un período de transición constructivo, necesario para el desarrollo del yo. Es una despedida de la dependencia infantiles y un precoz esfuerzo por alcanzar el estado adulto. El adolescente es un viajero que ha abandonado una localidad sin haber llegado aún a la próxima... Es una suerte de entreacto entre las libertades del pasado... y las responsabilidades y compromisos que vendrán... la última hesitación ante... los serios compromisos que conciernen al trabajo y al amor”.

En términos generales la adolescencia se inicia cuando el individuo accede a la madurez sexual y termina cuando se independiza de los adultos. En ocasiones este criterio depende del país en el que el fenómeno ocurre, por ejemplo, en los Estados Unidos, la ley considera que un individuo es maduro a los 18 años. Ya que no queda muy claro cuándo es que esta etapa inicia y termina incluso se ha llegado a decir que la adolescencia se puede dividir en dos periodos (inicial y final), de hecho se afirma que la pubertad forma parte de la adolescencia aunque no equivale a esta (Hurlock, 1987).

La pubertad y la adolescencia no son el mismo proceso, aunque están íntimamente relacionados, sin embargo, en algunos de sus aspectos son independientes por completo. No se deben confundir las variaciones que la pubertad produce en el contorno de la figura humana con la adolescencia ya que esta última no se refiere sólo a lo genital, se refiere a los deseos y aspiraciones, los estados de ánimo y la estimativa de los valores, etc. Y la adolescencia prosigue mucho tiempo después de que la pubertad esté ya totalmente establecida (De Moragas, 1965).

La adolescencia es una de las etapas del desarrollo más difíciles ya que en ésta se dan cambios físicos rápidos y profundos; se inicia la madurez reproductora; se da la difícil búsqueda y consolidación de la identidad; el grupo de iguales ayuda a desarrollar y probar el autocontrol; se desarrolla el pensamiento abstracto y empleo del razonamiento científico; el egocentrismo se presenta en algunos comportamientos y; en términos generales las relaciones con los padres son buenas aunque conflictivas (Sarafino y Armstrong, 1991). La transición desde la infancia hasta la adultez es normalmente un periodo difícil tanto para el grupo social como para el individuo. Hoy en día existe un estereotipo desfavorable del adolescente. Esto tiene un efecto dañino en las actitudes que los adultos tienen hacia los jóvenes y en las relaciones entre los adolescentes y adultos, así como en las actitudes que los jóvenes tienen hacia sí mismos y hacia los adultos. Gracias a esto se da un periodo de ansiedad por parte de los padres motivado por sus dudas respecto a la capacidad de sus hijos adolescentes para enfrentar los problemas, lo cual sólo aumenta la ansiedad de estos y los hace a su vez dudar acerca de si son capaces de asumir las responsabilidades que acompañan a la libertad (Hurlock, 1987).

3.1.1 Desarrollo Físico y Fisiológico:

Las niñas comienzan a presentar el cambio a los 9 o 10 años de edad. El promedio para que los muchachos entren en la pubertad son los 12 años, no

obstante estos cambios pueden pasar antes o después. La pubertad comienza cuando en un determinado momento biológico, la glándula pituitaria envía un mensaje a las glándulas sexuales de una persona joven la cual empieza a segregar hormonas. En las niñas el estrógeno y en los muchachos el andrógeno. El principal signo de madurez sexual en las niñas es la menstruación; en los muchachos es la presencia de esperma en la orina. Las características sexuales primarias que se refieren a los órganos necesarios para la reproducción. Entre las características femeninas están: ovarios, trompas de falopio, útero y vagina, mientras que entre las características masculinas están: testículos, pene, escroto y vesículas seminales. Por otro lado las características sexuales secundarias se refieren a señales fisiológicas de madurez sexual no involucradas directamente con los órganos sexuales, por ejemplo: en las mujeres: senos, vello púbico, vello axilar, cambios en la voz y cambios en la piel, mientras que en los hombres están: vello púbico, vello axilar, vello facial, cambios en la voz y cambios en la piel. Las hormonas también se hallan en estrecha relación con las emociones, específicamente con la agresión de los muchachos y con la agresión y la depresión en las niñas (Aberastury y Knobel, 1970).

3.1.2. Desarrollo Intelectual y Moral.

Entre la infancia y la adolescencia se produce un notable cambio en la esfera intelectual. Se puede decir que la adolescencia representa un cambio profundo en la manera de ser inteligente. El adolescente se encuentra ante la triste situación de que cada vez le es más necesario aprender un mayor número de cosas por su cuenta y que cada día se siente con mayores dificultades para hacerlo. La comprensión del adolescente disminuye porque ahora se encuentra con un mundo propio en el que irrumpen de manera contradictoria un sin número de intereses de naturaleza distinta, entonces por falta de atención disminuye la comprensión. Además el adolescente se ensimisma y, finalmente no se puede olvidar el contenido afectivo de la

inteligencia, ya que las cosas ya no se aprenden sólo porque se entienden sino que también porque se sienten (De Morgas, 1965).

Sin embargo, la capacidad de pensar y razonar alcanza su plena madurez en los años de la adolescencia, se dice que el pensamiento de un adolescente ha alcanzado el nivel de las operaciones formales. Según Piaget la etapa de las operaciones formales, el nivel superior de los procesos intelectuales, surge en la adolescencia y se caracteriza por determinadas aptitudes vitales (Piaget, 1955):

1. pueden aplicar el razonamiento hipotético – deductivo, es decir, puede pensar en términos de posibilidades, tratar problemas de manera flexible y probar hipótesis,
2. pueden aplicar conceptos sumamente abstractos,
3. pueden considerar todas las posibles combinaciones de conceptos, y
4. coordinar simultáneamente varios factores relacionados.

Por otro lado, de acuerdo con De Morgas (1965) uno de los cambios más ostensibles que se producen en el momento de la adolescencia es que aparece la estimativa de los valores y, hay que recordar que los valores pertenecen al mundo de lo abstracto. Los adolescentes se encuentran en el nivel convencional del desarrollo moral, es decir, han internalizado los estándares de los demás y se ajustan a las convenciones sociales, apoyan el statu quo y piensan en términos de hacer lo correcto para complacer a otros o para cumplir la ley, las cosas ya no son buenas o malas, los adolescentes comienzan a actuar por su conveniencia. Muchas veces se produce primero un cambio de los valores estéticos para después dar paso al cambio de los valores vitales que le permiten participar a través de la comunidad, la actuación social, política, religiosa, deportiva, etc.

En esta etapa el joven se aparta de las personas admiradas hasta ese momento; el ideal adopta un carácter más abstracto, se da un descubrimiento

de los valores personales. Durante la adolescencia el joven puede comprender enteramente las ideas abstractas de los valores de bondad, verdad, belleza y santidad en su universalidad, independientemente de toda manifestación concreta (Remplein, 1971).

3.1.3. Desarrollo de Personalidad.

Comúnmente se observa que los adolescentes se sienten poco satisfechos con ciertos aspectos de sí mismos como su apariencia o incluso su personalidad. De acuerdo con la teoría de Eric Erikson (citado en Papalia, Wendkos y Duskin, 2001), la principal tarea de esta etapa de la vida es resolver el conflicto de la identidad versus la confusión de la identidad para poder convertirse en un adulto que pueda cumplir un rol en la vida, para construirla, el "yo" organiza las habilidades, las necesidades y los deseos de las personas para adaptarlos a las exigencias de la sociedad la virtud que debe presentarse es la fidelidad, es decir, la lealtad a toda prueba, confianza o sentimientos de entrega al ser amado, a los amigos o a los compañeros, también implica identificarse con una serie de valores, ideología, una religión, un movimiento político o un grupo étnico. El amor forma parte importante en el camino hacia la identidad ya que permite que el adolescente exponga su propia tentativa de identidad que se ve reflejada en el ser amado y le ayuda a clarificar el yo.

Como ya se mencionó en esta edad ocurren muchos cambios que deben ser beneficiosos y, estos pueden ser cuantitativos o cualitativos, y mientras que en los primeros se produce el fortalecimiento o debilitamiento de un rasgo ya existente, en los segundos un rasgo indeseable se elimina por completo y se sustituye por otro. Sin embargo, se ha visto que hay muchos obstáculos que se interponen en el cambio del adolescente como por ejemplo: algunas creencias tradicionales, los estereotipos de personalidad o sociales, la complejidad del patrón de personalidad, etc. Además de que existen muchos factores que influyen en el desarrollo del autoconcepto, como pueden ser: condiciones físicas, emociones, inteligencia, status social, influencias

familiares, etc. Y se puede hablar de que existen ciertos elementos del autoconcepto: 1) Autoimagen física (cualidades como altura , obesidad, etc.), 2) Autoimagen psicológica (rasgos como la timidez, honestidad, etc.), 3) Autoimagen real (lo que el joven cree que las personas importantes para él piensan acerca de su persona tanto física como psicológicamente) y 4) Autoimagen ideal (son las esperanzas y aspiraciones que el joven tiene acerca de lo que quisiera ser, de acuerdo a lo que considera que el grupo social tiene en alta estima) (Papalia, Wendkos y Duskin (2001). Por otro lado de acuerdo con Hurlock (1987) en la medida que un individuo esta dispuesto a existir con sus características personales se da la autoaceptación o autorrechazo del mismo.

3.2. Sexualidad durante la adolescencia.

Con la pubertad viene no sólo una oleada de hormonas y un rápido crecimiento corporal, sino también un mayor interés por la sexualidad. EL adolescente comienza por examinar su cuerpo y compararlo con los de los demás. Por lo general los muchachos se interesan por "sentirse bien" sexualmente atractivos y, las muchachas por "parecer" sensuales. La adquisición de la identidad sexual es uno de los cambios profundos en la vida de los adolescentes. Acercarse a las personas del otro sexo para establecer amistad y relaciones amorosas se vuelve un aspecto importante en sus vidas. Por lo general, la orientación sexual de una persona se manifiesta en la adolescencia si es consistente sexual y afectivamente con las personas del otro sexo (heterosexual) o con las personas de su mismo sexo (homosexual). Sin embargo, es frecuentemente la masturbación el primer recurso que conduce al adolescente al orgasmo (Sarafino y Armstrong, 1991).

3.3. Relaciones sociales.

El adolescente presenta entre otras cosas una rebelión contra los padres, rechaza los ideales éticos y sociales de los adultos y, esto lo sumerge

en un estado de desorden y a veces de desamparo interior. Él se siente diferente tanto de lo que ha sido como de lo que lo rodea, lo que lo orilla a repliegarse a sí mismo en la soledad. La amistad representa su primer recurso contra la soledad. Se comienzan a dar las relaciones con su grupo de iguales, aunque de manera general la fórmula del grupo parece convenir menos a la naturaleza femenina quien tiende a fraccionarse en grupos pequeños, mientras que a los hombres les resulta más natural el espíritu de equipo y camaradería. Los jóvenes tienden a seleccionar amigos que se les parezcan bastante; por consiguiente, la influencia de éstos es recíproca, lo cual hace que sean parecidos. La amistad es más importante en la adolescencia que en cualquier otra época de la vida. El grupo de adolescentes es muy diferente al de los niños que se buscan para jugar. El adolescente busca una razón de ser, un ideal del yo, una imagen que le dé seguridad. Los lazos que unen a este grupo son más profundos y más inconscientes. El adolescente se afirmará en el grupo, en medio de seres que piensan y sienten como él en donde sabe que podrá expresarse libremente sin temor a no ser comprendido. Sin embargo, existe un riesgo de que el joven se plante en un estado de inmadurez y este riesgo aumenta más, conforme es mayor el poder de atracción del grupo y es más maleable la personalidad de sus miembros (Reymond, 1986 y Coleman, 1985).

En las relaciones con los padres los jóvenes experimentan una constante tensión entre querer alejarse de los padres y darse cuenta de cuanto dependen de ellos. Los padres se encuentran indecisos entre el deseo de que sus hijos se independicen y el de que mantengan la dependencia por lo que es difícil que los dejen partir (Raymond, 1986). Por otro lado hay autores como Coleman (1985), quienes han hecho una recopilación de investigaciones acerca de este conflicto entre padres e hijos adolescentes y han propuesto que el joven no presenta una rebeldía "característica de la adolescencia", sino que más bien ésta se ve motivada por otros factores como por ejemplo el aumento del control que los padres ejercen sobre ellos en esta etapa. Sobre esta línea este autor ya propone un modelo que considera de lo más adecuado para que

los padres mantengan interacción con sus hijos. Afirma que los adolescentes necesitan oportunidad para observar a unos padres que compartan poder e influencia viviendo con ellos, así como la posibilidad de aprender a desempeñar un papel como miembro responsable dentro del proceso de adopción de decisiones familiares, y de esta manera es como deben ser dirigidos.

En términos generales adolescentes y padres no disputan por valores económicos, religiosos, sociales o políticos. La mayor parte de estas disputas se presenta en aspectos como el trabajo escolar, los quehaceres domésticos, los amigos, las citas y la apariencia personal, así como la hora de llegada y el consumo de alcohol (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Sin embargo, la deserción escolar también aumenta, se asume que esto sucede debido a la necesidad del establecimiento de la personalidad, este problema se relaciona pues con serias dificultades vocacionales y sociales. Al parecer por lo menos la mitad de quienes desertan en la preparatoria son estudiantes capaces (Sarafino y Armstrong, 1991).

3.4. Problemas en la adolescencia.

La adolescencia es una época de crisis en la que los cambios físicos dan asentamiento a los cambios psicológicos, y los llevan a un proceso más lento pues están sustentados en el primero. Los cambios bruscos que ocurren en el cuerpo del adolescente reflejan una desestructuración psíquica de esa deformación y transformación que a través de los años buscará de nuevo el equilibrio y logrará la adaptación como un todo psicossomático. Se observa además que los jóvenes presentan una comunicación y expresión grupal propios de la adolescencia y se habla de tres rasgos importantes de esta expresividad: el culto a la corporabilidad, el culto a la comunicación sensorial y el culto a la imagen (Aguirre, 1994). Si ha esto se añade que en la actualidad el modelo cultural estético al que aspiran la mayoría de las jovencitas es a la

delgadez, resulta que cada vez es más frecuente en nuestro país que incluso desde la niñez ya se tenga un deseo por la delgadez y esto representa un riesgo para las jovencitas de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Pérez-Mitre, 1997).

Los trastornos de la conducta alimentaria. La anorexia , también conocida como auto-inanición, es un desorden en la alimentación que se ve especialmente en las mujeres jóvenes, puede afectar a ambos sexual desde la preadolescencia hasta la edad madura, sin embargo, es más probable que se presente en la adolescencia. La bulimia es otro trastorno que afecta en primer lugar a las niñas adolescentes y a las mujeres jóvenes. La obesidad implica una medida de los pliegues de la piel en el percentil 85 y por lo general adolescentes obesos tienden a ser adultos obesos (DSM-IV).

A pesar de todo lo mencionado arriba la adolescencia es un periodo en el que todas las cosas son posibles, los individuos comienzan a conocerse a sí mismos y la gran mayoría no presentan los problemas que se acaban de mencionar, si no que se las arreglan muy bien en esa época. Los adolescentes cuyo comportamiento muestra que tienen problemas deben recibir ayuda de inmediato a fin de que puedan reconocerlos y confiar en sí mismos para una adecuada transición a la edad adulta (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

CAPITULO 4.

SOCIALIZACIÓN EN LA FAMILIA Y PRACTICAS DE CRIANZA

4.1 SOCIALIZACION

El término socialización se refiere a los procesos por medio de los cuales se transmiten las normas de una sociedad específica de una generación a la siguiente. Es un proceso que se lleva a cabo sobre todo en las familias, y en su seno se practica por medio de los padres, se inicia con muestras de conducta muy específicas y concretas como el utilizar una cuchara en lugar de los dedos para comer, etc. La socialización tiene como meta que los niños encajen en una sociedad en particular, por lo que deben adquirir los patrones de conducta aceptables para esa sociedad y, ya que se considera que en muchos aspectos la familia es un reflejo de ésta, entonces el aprendizaje de dichas reglas se inicia en la vida familiar. Además hay que agregar que la socialización no es un asunto fríamente intelectual de aprender, las familias se caracterizan por la considerable intensidad emocional con la que manejan gran parte de sus asuntos, y aunque no se enseña explícitamente a los niños el manejo del amor y del odio por ejemplo, sin embargo, la socialización de las emociones es una de las experiencias más importantes que ofrece la familia. Es importante recalcar que hoy en día es aceptado que en este proceso los niños distan de ser pasivos, ya que desde su más temprana edad toman parte activa en su propia crianza, por lo que el concepto de niño como participante es el apropiado (Schaffer, 2000).

Sin embargo, el ser humano en sus primeros años de vida esta desamparado y todo aquello de lo que carece se lo proporciona la madre ya que en la mayoría de los casos los primeros contactos del infante se presentan con ella. Por su parte el padre también influye en el desarrollo integral de sus hijos y completa así el papel asumido por la madre. El impacto que ejerce la

familia durante la primera infancia es predominante, esta influencia es persistente, continua y personal, y afecta directamente el comportamiento infantil. Los padres son el agente socializador responsable de que el infante adquiera conocimientos cognoscitivos, reglas de comportamiento y motivación desde sus primeras etapas. De esta interacción con su familia, el niño aprende estrategias para afrontar su ambiente y los problemas que se le presentan cotidianamente. "El lazo que se establece entre el recién nacido y sus padres es una de las primeras formas de interacción que va a afectar la manera en que la relación de cada uno de los padres con el bebé evolucione a futuro" (Hernández, 1999).

Al llevar a cabo la crianza de los hijos los padres se ven influenciados por la sociedad. Los patrones de conducta de cada sociedad generalmente son una serie de creencias que se transmiten de generación en generación y que forman un conjunto informal de supuestos acerca de los cuidados y la crianza de los niños. Los patrones de crianza practicados en la familia son vitales en la formación de la personalidad ya que desde el nacimiento las actitudes y los valores referentes a la naturaleza del cuerpo se inculcan, al igual que la aceptabilidad de autoestimulación, el grado adecuado de aproximación física, y hasta su naturaleza básica de seres humanos (Craig, 1992).

En las antiguas culturas mexicanas, la madre estaba a cargo de la crianza de los hijos, sobre todo de los de menor edad. La educación era predominantemente autoritaria y a los niños no se les tomaban en cuenta sus opiniones, se les educaba de una manera dominante y eran los padres quienes decidían lo más conveniente para ellos, por lo que se puede decir que la educación era estricta y dominante en ese entonces, a principios del siglo XIX aún prevalecía la idea de que la disciplina rígida permitiría prevenir que el niño adquiriera malos hábitos (Osorio y Sánchez, 1996). Hoy en día las prácticas anteriores han recibido la influencia de corrientes extranjeras, principalmente de Estados Unidos. Mucha de esta influencia llega a través de las recomendaciones que generalmente proporcionan médicos, psicólogos,

educadores, etc. No es sino hasta finales de ese mismo siglo cuando surge una concepción en la que se enfatiza la bondad, inocencia e inmadurez de la infancia. Con esto se recomendaba a los padres mayor comprensión hacia sus hijos, una actitud más benevolente y una disciplina menos severa, fue entonces cuando se colocó al niño como alguien que no podía asumir una responsabilidad adulta ni comportarse como tal (Becker, 1987). En esa época varios autores plantearon sus teorías psicoanalíticas a favor de otra visión del infante y, posteriormente alrededor de los años 20's y 30's también las teorías del aprendizaje comenzaron a influir sobre el cuidado infantil y en general convergen con las teorías psicoanalíticas en la importancia de las primeras experiencias infantiles como determinantes para el funcionamiento personal y social en la vida adulta (Osorio y Sánchez, 1996).

En tiempos actuales, el papel que desempeñaban el marido y la mujer en el hogar se ha modificado profundamente en un proceso acelerado de desarrollo de las sociedades que presentan como consecuencia más exigencias al individuo. Por lo que ahora se puede observar que aunque anteriormente el hombre abandonaba el hogar para "ganarse el pan", y la mujer se quedaba en casa para hacerse cargo de las tareas domésticas y de la crianza y cuidado de sus hijos, sin embargo, ahora las mujeres se incorporan también al mercado de trabajo y eso supone que otras instituciones sociales lleven a cabo algunas de las funciones que desempeñaba la familia (Alvarado y Moreno, 2000 y Becker, 1987).

4.2. DEFINICIÓN DE PRACTICAS DE CRIANZA

No existe un acuerdo en la literatura sobre una definición específica de la crianza. Los estudios del tema se han dedicado básicamente a definir las dimensiones y variables que intervienen en la crianza utilizando indiscriminadamente los términos estilo, práctica o patrón de crianza (Osorio y Sánchez, 1996).

Davidoff (1979) conceptúa la crianza, basándola en el papel de los progenitores como agentes de socialización, es decir, la forma de guiar o desalentar a los hijos hacia conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas. Por su parte Whittaker y Whittaker (1987) señalan las "normas sociales" en la familia como modos normales de conducta y de pensamiento, menciona aquellas relacionadas con la manera de comer y dice que todas ellas son vitales para el buen desarrollo del individuo.

Osorio y Sánchez (1996) concluyen que el término más adecuado para denotar la forma en que los padres actúan hacia sus hijos es el de práctica de crianza, siempre que el término "práctica" se utilice como hábito, uso continuado, costumbre o estilo. Y que el término "práctica" y "estilo" se usa indiscriminadamente.

4.3. CLASIFICACIÓN DE LAS PRACTICAS DE CRIANZA

Existen varias clasificaciones de los estilos de crianza:

En 1949 Baldwin propuso una clasificación de estilos de crianza en cuanto a las características del comportamiento en el hogar:

Hogares democráticos: Se evitan decisiones arbitrarias, existe nivel elevado de contacto verbal entre padres e hijos, se explican las razones del establecimiento de normas, se premia la conducta de curiosidad del niño. Los niños de estos hogares se muestran activos, competitivos, extrovertidos, agresivos, con espíritu de mando, curiosos, inconformes con las demandas culturales.

Hogares controlados: Se restringe tajantemente la conducta, hay baja fricción por los procedimientos disciplinarios, no se premia la curiosidad en los niños. Los niños de estos hogares presentan poco espíritu de pelea, son negativistas, agresivos y desobedientes.

Hogares con control y democracia: Se hace uso de ambas dimensiones anteriores. En estos hogares los niños son tranquilos, con buena conducta, enemigos de la resistencia y carentes de agresividad social.

En otros estudios (Becker, 1964) (citado en Osorio y Sánchez, 1996) se ha encontrado que la conducta de los padres no es unidimensional y se afirma que la conducta de los padres oscila a lo largo de varias dimensiones, es decir, pueden ser afectuosos y dominantes a la vez, o afectuosos y permisivos. Basándose en estos hallazgos las dimensiones también se han conceptualizado como continuos a lo largo de los cuales varía el comportamiento de los padres, en donde los extremos son:

Afecto – Hostilidad

Restrictividad – Permisividad

Las combinaciones posibles entre los polos de las dimensiones antes mencionadas, dan como resultado los siguientes tipos de hogares:

Hogares afectuosos-permisivos

Hogares afectuosos-restrictivos

Hogares hostiles-restrictivos

Hogares hostiles-permisivos

Otros enfoques se han centrado en la explotación de *la percepción de los hijos de la crianza que recibieron*. Elder (1962) así lo hizo y las respuestas de los adolescentes dieron lugar a una clasificación de siete tipos de crianza:

Autocrática. No se permite que los hijos expresen sus ideas o su participación activa, ni la iniciativa para dirigir su propia vida.

Autoritaria. Los hijos externalizan sus opiniones pero son los padres quienes toman finalmente las decisiones.

Democrática. Los hijos expresan sus ideas libremente, pueden tomar sus propias decisiones, aunque siempre hay dirección por parte de los padres.

Igualitaria. Padres e hijos participan de igual manera en la toma de decisiones relevante a los hijos.

Permisiva. Los hijos participan más activamente que sus padres en lo concerniente a su propia conducta.

Liberal. La toma de decisiones es aún más activa por parte de los hijos y estos pueden o no acatar la opinión de sus padres.

Indiferente. Existe indiferencia por parte de los padres en lo que respecta a la dirección de la conducta de sus hijos.

Este autor concluye que los adolescentes perciben como más autocráticos o autoritarios a sus padres que a sus madres, mientras que a sus madres las percibieron más permisivas, comprensivas, expresivas de afecto y con un mayor interés en ellos. Parece que la crianza democrática e igualitaria fomenta una mayor comunicación e identificación, por el contrario de la crianza autocrática que produce con frecuencia el resentimiento de los adolescentes, mientras que la crianza que permite una mayor participación de los adolescentes (democrática, igualitaria y permisiva) provoca menos resentimientos en el adolescente. Además en general, los estilos de crianza que permiten un alto grado de participación de los hijos y un interés directivo de los padres fomentan la independencia, la responsabilidad y los sentimientos de aceptación por parte del hijo, así como una identificación con el adulto.

En la literatura se presume que la percepción que tienen los hijos acerca de sus padres es más válida que los propios inventarios dirigidos a los padres, ay que estos últimos se inclinan a contestar de determinada forma para aparentar ser buenos padres y además frecuentemente los investigadores se

enfrentan con el problema de que la observación directa no siempre es posible (Osorio y Sánchez, 1996).

4.4. LAS PRACTICAS DE CRIANZA Y SU RELACIÓN CON OTRAS VARIABLES

Diversos estudios que han explorado las diferentes dimensiones de los estilos de crianza han encontrado su relación con otras variables.

Oropeza (1995) en un estudio que realizó en una población de adolescentes encontró una interacción entre los estilos de crianza y la parte evaluativa del autoconcepto y, señaló que las prácticas de crianza inadecuadas generaron sentimientos de autoevaluación y desesperanza que se reflejaron a través de signos desadaptativos como deformaciones en la imagen corporal, depresión ansiedad, etc. En otro estudio (Suárez y Arias, 1997) también realizado en una población de adolescentes, se encontró que las prácticas de crianza y el género afectan la autoestima cuando interactúan entre sí.

Por su parte Saucedo (1996) al estudiar los factores de crianza e interacción familiar como predictores de trastornos alimentarios en una población de adolescentes, encontró que cuatro expresiones concretas de los estilos de crianza funcionan como predictores de las alteraciones alimentarias. Las actitudes que los padres tuvieron con sus hijos de bajo peso fueron de rechazo, hostilidad, comparaciones desfavorables y mandatos ofensivos. Además en ese mismo estudio se encontró que los sujetos obesos por lo general se encontraban en hogares con estilos de crianza permisivos y laxos en normas. Se confirmó que en la adolescencia ya existe una preocupación por el peso y la forma corporal, así como por la comida. En otro estudio Sanders, Patel, Grice y Shepherd (1993) encontraron que los padres de niños que padecían algún trastorno de la conducta alimentaria eran más negativos y coercitivos en sus prácticas alimentarias, y presentaban niveles más altos de

instrucciones aversivas, comentarios negativos relacionados con la comida, etc. Concluyeron que existe una fuerte y significativa relación entre conductas coercitivas por parte de los padres y la presencia de problemas alimentarios en la muestra de su estudio en general.

Resultados muy parecidos fueron encontrados por otros autores (Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein y Lepkifker, 1996) acerca de que la presión inapropiada de los padres hacia los hijos es casi específica de sujetos que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria, comparado con otro tipo de pacientes psiquiátricos. Encontraron que los puntajes de la escala de actitudes alimentarias tenía una correlación significativa con la hostilidad hacia el niño, sobreprotección de los padres, presión inapropiada de los padres y cambios negativos en las relaciones familiares (divorcios, muerte de algún integrante de la familia, etc.) sus resultados confirmaron lo encontrado en la literatura acerca de la relación entre desordenes familiares y desordenes de la conducta alimentaria.

Sobre una línea de investigación en México, Platas, Pineda y Gómez Perez-Mitré (2001) encontraron que la insatisfacción con la imagen corporal (factor de riesgo de los trastornos alimentarios) se presenta con mayor frecuencia en mujeres que tienen una percepción de la relación materna negativa. Además relacionaron la insatisfacción con la presión social que existe hacia la mujer acerca de que al poseer un cuerpo más delgado serán más atractivas. En ese mismo estudio se encontró que la práctica de Dieta Crónica Restrictiva se relacionaba con la percepción materna negativa.

López, Mancilla y González (1995) encontraron que la comunicación de las familias obesas se caracteriza por el uso de amalgamientos, descalificaciones, coaliciones, metamensajes y rechazos, a diferencia de las familias de normo peso que presentan más alianzas y atenciones de tipo verbal y corporal y sugirieron que la comunicación de las familias obesas, en comparación con la de los normo peso, difieren de manera importante.

Por su parte Alvarado y Moreno (2000), encontraron que la percepción del peso corporal en la familia tiene relación con la alteración de la imagen corporal. Encontraron que existe relación con los hábitos alimentarios inadecuados y los antecedentes familiares como factor de riesgo. Además sus resultados mostraron que lo que los infantes manifestaron en relación con ser delgado se vinculó con la socialización familiar alimentaria inadecuada, hábitos inadecuados y percepción de los pares del peso corporal. Entre sus principales aportaciones encontramos que la mitad de las madres de la muestra en general sólo conocen un grupo de alimentos y sólo la tercera parte de ellas reportó conocer dos grupos, reflejando esto un escaso conocimiento nutricional y tal vez esto repercute en la alimentación de toda la familia. Estas autoras también observaron que si la madre presenta insatisfacción de la imagen corporal lo mismo ocurre en sus hijos.

Por último citaremos los estudios de González, Lizano y Gómez Pérez-Mitre (1999) y Sanders et. Al. (1993) en los que encontraron que existe relación entre la presencia de problemas de la conducta alimentaria y las relaciones familiares autoritarias, negativas y coercitivas, así como con un mayor número de instrucciones aversivas y comentarios negativos acerca de la comida en casa, y que además esto ocurre ya desde la preadolescencia o la edad escolar.

González, Lizano y Gómez Pérez-Mitre (1999) concluyeron que es necesario realizar más estudios de este tipo en etapas específicas del desarrollo. Esta investigación resulta de suma importancia por los datos que estos estudios proveen para el diseño de programas de prevención primaria de los trastornos de la conducta alimentaria. Y la influencia que ejercen en estas áreas las dinámicas en la familia son de suma importancia ya que cuando los padres tiene una buena relación con sus hijos, les muestran su cariño o los escuchan, los apoyan y participan en sus problemas contribuyen a su salud física y psicológica (Sánchez Sosa y Hernández, 1992).

Conociendo la importancia que la familia tienen en la formación sana del individuo y, la influencia que tiene sobre su desarrollo la forma en que los adolescentes perciben las relaciones familiares, el presente estudio tiene como objetivo explorar la relación que existe entre algunos factores de riesgo de la conducta alimentaria y los estilos de crianza que los adolescentes perciben en sus hogares. También se explorará la relación entre la conducta alimentaria normal y dichos estilos de crianza. Además se explorará si existe diferencia en la forma en que estas relaciones se presentan en hombres y mujeres.

CAPITULO 5.

METODO

Con la finalidad de que el presente estudio contribuya a la investigación realizada en la línea de los factores de riesgo de la conducta alimentaria y su relación con factores del desarrollo integral en el presente estudio se plantearon los siguientes problemas:

5.1. PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento de Problemas Específicos

- ¿Existen diferencias en la conducta alimentaria compulsiva de los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares?
- ¿Existen diferencias en la conducta alimentaria normal de los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares?
- ¿Existen diferencias en la conducta alimentaria de compensación psicológica de los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares?
- ¿Existen diferencias en la conducta alimentaria compulsiva de los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares y del sexo?
- ¿Existen diferencias en la conducta alimentaria normal de los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares y del sexo?

- ¿Existen diferencias en la conducta alimentaria de compensación psicológica de los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares y del sexo?

5.2 HIPÓTESIS DE TRABAJO

- La conducta alimentaria compulsiva se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares.
- La conducta alimentaria normal se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares.
- La conducta alimentaria de compensación psicológica se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares.
- La conducta alimentaria compulsiva se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares y del sexo.
- La conducta alimentaria normal se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares y del sexo.
- La conducta alimentaria de compensación psicológica se presenta de manera diferente en los adolescentes en función de las prácticas de crianza que perciben en sus hogares y del sexo.

5.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE. Factores de Riesgo de la conducta alimentaria.

VARIABLE INDEPENDIENTE. Prácticas de crianza y Sexo.

5.3.1. Definiciones Conceptuales

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO. Se define como los patrones distorsionados de consumo de alimentos, en este estudio se entenderá por conducta alimentaria de riesgo el presentar conducta alimentaria compulsiva, atracones o episodios de ingesta voraz (Wilson y Walsh, 1991), conducta alimentaria de compensación psicológica o hábitos inadecuados de la conducta alimentaria y conducta alimentaria normal se considerará aquella que no se guía por hábitos, la ingesta se realiza bajo el control, medida y conocimiento del individuo (Gómez Pérez-Mitre, 1998).

PRACTICAS DE CRIANZA. Los estudios del tema se han dedicado básicamente a definir las dimensiones y variables que intervienen en la crianza utilizando indiscriminadamente los términos estilo, práctica o patrón de crianza (Osorio y Sánchez, 1996). Davidoff (1979) conceptúa la crianza, basándola en el papel de los progenitores como agentes de socialización, es decir, la forma de guiar o desalentar a los hijos hacia conductas, valores, metas y motivaciones que la cultura considera apropiadas. Se considerará inadecuada aquella que se aleje de lo que la cultura considera apropiado y adecuado aquella que promueva conductas consideradas apropiadas por la sociedad.

SEXO. Diferencia biológica que permite distinguir a las mujeres de los hombres

5.3.2. Definiciones Operacionales

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO. Los puntajes obtenidos de las respuestas dadas en la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) (Gómez Pérez-Mitre y Ávila, 1998) en ambas versiones, para mujeres y hombres a los reactivos que miden la conducta alimentaria de riesgo:

- Conducta Alimentaria Compulsiva.
- Conducta Alimentaria de Compensación psicológica y
- Conducta Alimentaria Normal.

PRACTICAS DE CRIANZA. Los datos derivados de las respuestas dadas a los reactivos que miden las prácticas de crianza, en el inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC), (Sánchez Sosa y Hernández Guzmán, 1996). Se formaron tres grupos de variables de la escala del SEVIC para explorar estilos de crianza en adolescentes y dichas variables se agruparon para evaluar: 1) estilos de crianza de la madre, 2) estilos de crianza del padre y 3) estilos de crianza de ambos padres. Después se establecieron dos puntos de corte para obtener así dos estilos de crianza: 1) adecuado (percentil 25) y 2) inadecuado (percentil 75).

SEXO. Respuesta que los sujetos dieron a la pregunta ¿cuál es tu sexo ?

5.4. SUJETOS Y MUESTREO

Se trabajo con una muestra seleccionada de forma intencional que originalmente quedó formada por 200 adolescentes mexicanos, de ambos sexos (40% de mujeres y 60% de hombres), de escuelas publicas del Distrito Federal. Los adolescentes cursaban de primero a tercero de la escuela secundaria y tenían una edad entre los 12 y 17 años de edad, con un promedio de \bar{X} = 14.5 años y una

1. En el último año:

- A) Subí de peso
B) Bajé de peso
C) Subí y bajé de peso
D) No hubo cambios en mi peso corporal

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

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

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

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

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

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

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

- A) No
B) Sí

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

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

7. El problema consiste en que:

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

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

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	---	----------------------------	--------------

1. Cuido que mi dieta sea nutritiva. (A) (B) (C) (D) (E)
 2. Siento que la comida me tranquiliza. (A) (B) (C) (D) (E)
 3. Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
 4. Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. (A) (B) (C) (D) (E)
 5. Procuro comer verduras. (A) (B) (C) (D) (E)
 6. Me la paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas. (A) (B) (C) (D) (E)
 7. Comer de más me provoca sentimientos de culpa. (A) (B) (C) (D) (E)
 8. Soy de los que se hartan (se llenan de comida). (A) (B) (C) (D) (E)
 9. Ingiero comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. (A) (B) (C) (D) (E)
 10. Me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
 11. Como lo que es bueno para mi salud. (A) (B) (C) (D) (E)
 12. Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
 13. Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. (A) (B) (C) (D) (E)
 14. Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. (A) (B) (C) (D) (E)
 15. Procuro mejorar mis hábitos alimentarios. (A) (B) (C) (D) (E)
 16. Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
 17. "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas. (A) (B) (C) (D) (E)
 18. No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene. (A) (B) (C) (D) (E)
 19. Como de steping y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
 20. Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado. (A) (B) (C) (D) (E)
 21. No me gusta comer con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conducta Alimentaria Normal : compuesta por 7 reactivos en la versión para mujeres y 6 para la versión de hombres.

Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica : compuesta por 5 reactivos en la versión para mujeres y 4 reactivos para la versión de hombres. (Ver los reactivos y la integración de los factores en el anexo)

Para medir las practicas de crianza se utilizó el inventario de Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEVIC) el cual es un instrumento desarrollado por Sánchez Sosa y Hernández Guzmán (1990), que contiene 204 reactivos con escalas con cinco opciones de respuesta y se divide en dos secciones: la primera consta de 98 reactivos que exploran el deterioro de la salud psicológica, en términos de problemas adaptativos frecuentes. La sección de estilos de crianza e interacción familiar consta de 106 reactivos que recolectan datos sobre variables de crianza, relación con hermanos, padres, maestros y compañeros; problemas conductuales de los progenitores tales como alcoholismo y otras adicciones, prácticas afectivas, prácticas y problemas relacionados con la sexualidad, relaciones laborales, amistades y escuela. Finalmente, 14 reactivos exploran las principales características sociodemográficas de los participantes. Esta prueba fue diseñada como parte del programa de Prevención Primaria del Posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM (Ver anexos). Con base en un análisis de respuestas de una muestra de 3700 adolescentes la prueba arrojó valores alfa de Crombach que oscilan entre el .68 y el .80.

Para elegir los reactivos relacionados con las practicas de crianza se agruparon aquellos que estaban relacionados con tres diferentes tipos de personas: 1) aquellos relacionados con la crianza por parte de la madre, 2) con la crianza del padre y los que tenían que ver con 3) la crianza que involucraba a ambos padres.

5.7. PROCEDIMIENTO

La aplicación de los instrumentos se realizó conjuntamente ha hombres y mujeres en los grupos de las escuelas a que pertenecían. Se contó con dos aplicadores por grupo, uno encargado de las instrucciones y otro para apoyo. Las instrucciones se dieron a los sujetos tanto por escrito como verbalmente, y para la aplicación del EFRATA fueron:

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

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

GRACIAS."

(Ver anexos para instrucciones para cada sección).

Una vez que las instrucciones quedaron claras y no existían dudas al respecto se les permitió a los adolescentes contestar el EFRATA.

Después de que los jóvenes terminaron de contestar esta prueba se les leyeron las instrucciones correspondientes al inventario SEVIC. En el caso de las aplicaciones de este inventario las instrucciones se presentaron como sigue:

"Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se

trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar.

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso, rellenando completamente el circuitito correspondiente en la hoja de respuestas como se muestra en el ejemplo. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

La primera sección de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. La segunda sección tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. No escriba ni haga marcas en este cuestionario.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: con toda confianza, conteste con la verdad"

Al terminar de leer las instrucciones el aplicador no realizó ninguna otra intervención, a menos que alguno de los sujetos hiciera alguna pregunta. En ese caso el aplicador aclaró las dudas, tratando siempre de evitar cualquier opinión personal en sus explicaciones que pueda influenciar las respuestas de los sujetos. Finalmente el aplicador les indicó a los encuestados que iban terminando el

cuestionario que lo depositaran sobre el escritorio y, les agradeció nuevamente su colaboración.

5.8. PROCESAMIENTO DE DATOS

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a la captura de la información en una base de datos computarizada y para tal efecto se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), así como para realizar el análisis de dichos datos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO 6. RESULTADOS

Como se mencionó en el capítulo dedicado a la metodología el propósito general del presente trabajo fue investigar la relación entre los estilos de crianza y el sexo de los adolescentes con los factores de riesgo de trastornos alimentarios. Con este objetivo, se procedió al análisis de datos a través del programa estadístico SPSS versiones 5.0 y 8.0 para Windows, los principales resultados se muestran a continuación.

6.1 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.

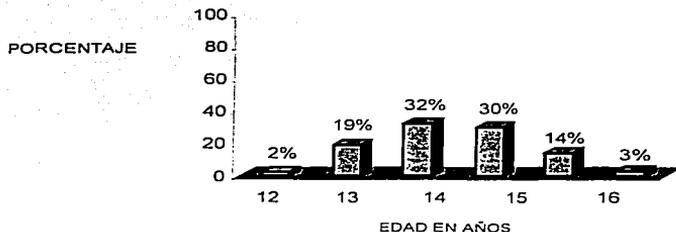
La muestra quedó formada por 200 adolescentes mexicanos, de ambos sexos (40% de mujeres y 60% de hombres), de escuelas públicas del Distrito Federal. Los adolescentes cursaban de primero a tercero de la escuela secundaria y tenían una edad entre los 12 y 17 años de edad, con un promedio de $X = 14.5$ años y una desviación estándar de $S = 1.11$. (Ver Tabla 1 y Figura 1)

Tabla 1. Distribución en frecuencias y porcentajes del tamaño de la muestra por sexo.

GENERO	N	PORCENTAJE
MASCULINO	120	60%
FEMENINO	80	40%
TOTAL	200	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 1. Distribución porcentual de la variable edad de la muestra.



6.2 DESCRIPCION DE VARIABLES DE ESTUDIO

6.2.1 Variables relacionadas con los estilos de crianza

6.2.1.1 Relación con ambos padres

En general los adolescentes reportaron tener buena relación tanto con el padre (hombres 79% y mujeres 70%) como con la madre (hombres 86%, mujeres 72%) ya que la mayoría contestó tener una "muy buena" o "buena" relación con ambos padres, aunque los hombres en mayor medida que las mujeres. Además de que la respuesta de relación "muy mala" no se dio en ningún caso en lo que se refiere a la relación que sostenían con la madre, como se puede ver en las Figuras 2 y 3.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Figura 2. Distribución porcentual del tipo de relación sostenida con el padre por sexo.

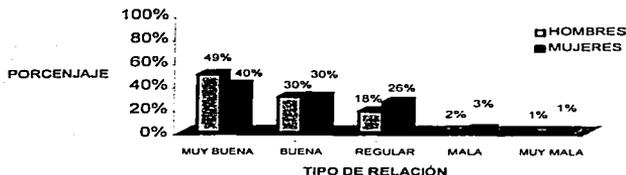
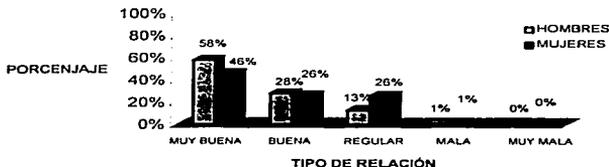


Figura 3. Distribución porcentual del tipo de relación sostenida con el madre por sexo.



6.2.1.2 Decisiones sobre las relaciones sociales de los hijos

Por otro lado en lo que se refiere a la libertad que se les daba para decidir cómo pasar su tiempo libre se observó que tanto hombres (59%) como mujeres (49%) gozaban de esta libertad "siempre o casi siempre" o "frecuentemente", aunque al parecer las mujeres concentraron más respuestas en las categorías de "pocas veces" a "nunca" con un 36% mientras que sólo el 20% de los hombres reportaron este tipo de respuestas, como muestra la tabla 2.

CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Distribución porcentual de la frecuencia con que se le permitía decidir cómo pasar su tiempo libre, por sexo.

FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	41%	35%	39%
FRECUENTEMENTE	18%	14%	17%
A VECES SI A VECES NO	19%	15%	17%
POCAS VECES	8%	17%	11%
CASI NUNCA	5%	5%	5%
NUNCA	9%	14%	11%
TOTAL	100%	100%	100%

Como se puede observar en la tabla 3, tanto a hombres como a mujeres los padres les daban la misma libertad para escoger a sus amistades libremente. La mayoría de los hombres (66%) como de las mujeres (67%) contestaron recibir esa libertad de "frecuentemente" a "siempre".

Tabla 3. Distribución porcentual de la frecuencia con que se le permitía escoger a sus propios amigos por sexo.

FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NUNCA	11%	10%	11%
CASI NUNCA	6%	5%	6%
POCAS VECES	9%	8%	8%
A VECES SI A VECES NO	8%	10%	9%
FRECUENTEMENTE	10%	10%	10%
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	56%	57%	56%
TOTAL	100%	100%	100%

6.2.1.3 Relaciones intrafamiliares

De igual manera se observan porcentajes muy parecidos en lo que se refiere a la frecuencia con que se les reconocían los esfuerzos especiales para lograr sus objetivos tanto a hombres como a mujeres, observándose una ligera diferencia de sólo el 5% en la respuesta de recibir este reconocimiento "siempre o casi siempre" por parte de los hombres con un 49% y las mujeres un 44% (ver Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de la frecuencia con que se le reconocían los esfuerzos especiales para lograr sus objetivos, por sexo.

FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	49%	44%	47%
FRECUENTEMENTE	18%	20%	19%
A VECES SI A VECES NO	8%	15%	11%
POCAS VECES	15%	14%	14%
CASI NUNCA	3%	2%	3%
NUNCA	7%	5%	6%
TOTAL	100%	100%	100%

Finalmente en lo que se refiere a las relaciones en casa, en general los hombres percibían más muestras de amor o cariño entre sus padres que las mujeres con el 67% de ellos reportando esta situación "frecuentemente" o "siempre o casi siempre", mientras que sólo el 50% de las mujeres reportó esta situación con la misma frecuencia como se puede ver en la tabla 5.

Tabla 5. Distribución porcentual de la percepción de los adolescentes acerca de la frecuencia con que sus padres se mostraban su amor o cariño el uno al otro, por sexo.

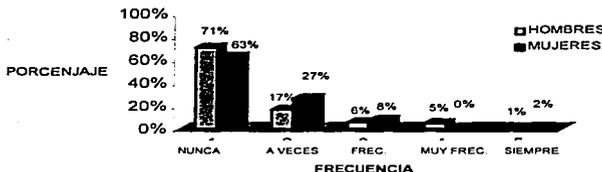
FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NUNCA	8%	10%	9%
CASI NUNCA	4%	7%	5%
PÓCAS VECES	10%	17%	13%
A VECES SI A VECES NO	11%	16%	13%
FRECUENTEMENTE	17%	12%	15%
SIEMPRE O CASI SIEMPRE	50%	38%	45%
TOTAL	100%	100%	100%

6.2.2 Variables relacionadas con factores de riesgo de la Conducta Alimentaria

En lo relativo a las variables de conducta alimentaria se analizaron sólo los dos reactivos con mayor carga en el análisis factorial de cada uno de los tres factores que se relacionan con este estudio, es decir, dos reactivos del grupo del factor "Conducta Alimentaria Compulsiva", dos de la "Conducta Alimentaria Normal" y dos de la "Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica".

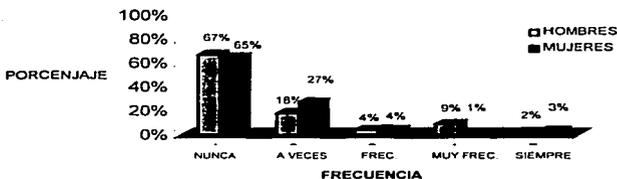
Se encontró que en general "nunca" o sólo "a veces" pierden el control en su forma de comer tanto hombres como mujeres, aunque el 71% de los hombres reportó "nunca" hacerlo a diferencia del 63%, mientras que el 27% de la mujeres reportaron perder el control "a veces" a diferencia del 17% de lo hombres, todo esto se puede ver en la Figura 4.

Figura 4. Distribución porcentual de la frecuencia con que la forma de comer sale de su control, por sexo.



De manera similar la mayoría de los sujetos (hombres y mujeres) reportaron "nunca" o sólo "a veces" comer sin medida, mostrando muy pocas diferencias entre hombres y mujeres, por lo que muy pocos concentraron sus respuestas en "frecuentemente", "muy frecuentemente" o "siempre" con sólo el 15% de los hombres y el 8% de las mujeres, de acuerdo a la Figura 5.

Figura 5. Distribución porcentual de la frecuencia con que se come sin medida, por sexo.



En lo relativo a la conducta alimentaria normal, Al ver la Tabla 6 llama la atención que los hombres (42%) reportaron con mayor frecuencia "nunca" cuidar que su dieta sea nutritiva ante un 35% de las mujeres, aunque la

diferencia es de sólo el 7%, mientras que en el resto de las respuestas los porcentajes se agruparon de manera muy parecida tanto para hombres como para mujeres.

Tabla 6. Distribución porcentual de la frecuencia con que se cuida que la dieta sea nutritiva, por sexo.

FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NUNCA	42%	35%	39%
A VECES	38%	38%	38%
FRECUENTEMENTE	10%	10%	10%
MUY FRECUENTEMENTE	2%	4%	3%
SIEMPRE	8%	13%	10%
TOTAL	100%	100%	100%

Y en lo relativo a la frecuencia con que se come lo que es bueno para su salud las respuestas se agruparon de forma muy parecida tanto para hombres como para mujeres, aunque en general la mayoría reportó hacer esto sólo "a veces" con un 45% en contraste con sólo el 21% que reportó hacer esto "siempre" o sólo el 8% que reportó hacerlo "muy frecuentemente" (ver Tabla 7).

Tabla 7. Distribución porcentual de la frecuencia con que se come lo que es bueno para su salud, por sexo.

FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NUNCA	13%	11%	12%
A VECES	43%	47%	45%
FRECUENTEMENTE	13%	15%	14%
MUY FRECUENTEMENTE	10%	5%	8%
SIEMPRE	21%	22%	21%
TOTAL	100%	100%	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otro lado se encontró que en general la comida no funciona como un tranquilizante o remedio para la depresión ni para hombres o mujeres ya que el 48% de los sujetos en general reportaron "nunca" sentir tranquilizarse con la comida y el 66% reportaron "nunca" tenerla como remedio para la tristeza o depresión, aunque un 44% de las mujeres contra un 30% de los hombres reportaron "a veces" sentir que la comida los tranquiliza, pero sólo un 24% de las mujeres y un 20% de los hombres tienen la creencia de que es un remedio para la depresión o la tristeza, como se puede ver en las tablas 8 y 9 respectivamente.

Tabla 8. Distribución porcentual de la frecuencia con que se tiene la sensación de que la comida los tranquiliza, por sexo.

FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NUNCA	51	43%	48%
A VECES	30	44%	36%
FRECUENTEMENTE	8	4%	6%
MUY FRECUENTEMENTE	3%	1%	2%
SIEMPRE	8%	8%	8%
TOTAL	100%	100%	100%

Tabla 9. Distribución porcentual de la frecuencia con que se cree que la comida es un buen remedio contra la tristeza o depresión, por sexo.

FRECUENCIA	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
NUNCA	67%	64%	66%
A VECES	20%	24%	21%
FRECUENTEMENTE	6%	3%	5%
MUY FRECUENTEMENTE	5%	0%	3%
SIEMPRE	2%	9%	5%
TOTAL	100%	100%	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.3 PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

Como se mencionó el objetivo principal del presente trabajo fue investigar la relación existente entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y los factores de riesgo de la conducta alimentaria, además de si existían diferencias por sexo; con tal propósito se procedió a formar tres grupos de variables de la escala del SEVIC que explora estilos de crianza en adolescentes y dichas variables se agruparon para evaluar: 1) estilos de crianza de la madre, 2) estilos de crianza del padre y 3) estilos de crianza de ambos padres, para después establecer dos puntos de corte para obtener así dos estilos de crianza: 1) adecuado (percentil 25) y 2) inadecuado (percentil 75). A continuación se presentan los resultados del ANOVA factorial simple teniendo como variables independientes en todos los casos el sexo y los estilos de crianza y como variables dependientes los factores resultantes del EFRATA.

Como se observa en las tablas 10 y 12, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria compulsiva dependiendo del estilo de crianza del padre ($F(1,53) = 4.216, p < .05$) y también del estilo de crianza de ambos padres ($F(1,63) = 5.808, p < .05$). Las medias incluidas en las tablas 11 y 13 indican que fueron los adolescentes (independientemente del sexo) que recibieron una crianza inadecuada por parte del padre y de ambos padres aquellos que presentaron mayor conducta alimentaria compulsiva en comparación con aquellos que recibieron una crianza adecuada. Estos resultados permiten confirmar la hipótesis de trabajo 1 que afirma que "Los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares se relaciona significativamente con la conducta alimentaria compulsiva."

Tabla 10. Resultados ANOVA (Factorial simple) Conducta Alimentaria Compulsiva por sexo y estilo de crianza del padre.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	G L	Media cuadrada	F	Sig de F
Efectos principales	.912	2	.456	3.214	.048
Sexo	.314	1	.314	2.212	.143
Crianza del padre	.598	1	.598	4.216	.045
Interacción de doble entrada	.132	1	.132	.933	.338
Sexo por crianza del padre	.132	1	.132	.933	.338
Explicada	1.044	3	.348	2.453	.073
Residual	7.517	53	.142		
Total	8.561	56	.153		

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$, se rechaza
 $H_i = X_1 \neq X_2 \neq 0$, se acepta
 Se confirma la hipótesis de trabajo 1

Tabla 11. Medias y Desviaciones Estándar de la variable conducta alimentaria compulsiva por el estilo de crianza del padre

Crianza del padre	Media	Desviación Estándar
Adecuado	1.9994	.3341
Inadecuado	2.1982	.4280
Total	2.0936	.3910

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Tabla 12. Resultados ANOVA (Factorial simple) Conducta Alimentaria Compulsiva por sexo y estilo de crianza de ambos padres.

Fuente de Variacion	Suma de cuadrados	G.L.	Media cuadrada	F	Sig de F
Efectos principales	.612	2	.306	3.061	.054
Sexo	.031	1	.031	.313	.578
Crianza de ambos padres	.581	1	.581	5.808	.019
Interacción de doble entrada	.203	1	.203	2.028	.159
Sexo por crianza de ambos padres	.203	1	.203	2.028	.159
Explicada	.815	3	.272	2.716	.052
Residual	6.300	63	.100		
Total	7.115	66	.108		

$H_0 = X_1 = X_2 = 0$, se rechaza
 $H_i = X_1 \neq X_2 \neq 0$, se acepta
 Se confirma la hipótesis de trabajo 1

Tabla 13. Medias y Desviaciones Estándar de la variable conducta alimentaria compulsiva por el estilo de crianza de ambos padres.

Crianza de ambos padres	Media	Desviacion Estandar
Adecuada	1.9757	.2660
Inadecuada	2.1503	.3777
Total	2.0513	.3283

Siguiendo con esta misma variable (conducta alimentaria compulsiva) no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en las variables independientes sexo ($F(1,67) = 2.295, p = .134$) y crianza de la madre ($F(1,67)$

= .798, $p = .375$). Estos resultados no permiten confirmar la hipótesis de trabajo 4 que señala que: "La relación entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y la conducta alimentaria compulsiva se presenta de manera diferente en sujetos de diferente sexo".

De igual manera no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria normal para ninguno de sus efectos: sexo ($F(1,65) = .290, p = .592$), estilo de crianza del padre ($F(1,55) = .035, p = .852$), de la madre ($F(1,69) = .022, p = .882$) o la de ambos padres ($F(1,65) = .405, p = .503$). Por lo que no se confirman las hipótesis de trabajo 2 y 5 que afirman: " Los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares se relacionan significativamente con la conducta alimentaria normal" y "La relación entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y la conducta alimentaria normal se presenta de manera diferente en sujetos de diferente sexo".

En lo que se refiere a la variable de conducta alimentaria de compensación psicológica tampoco se produjeron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los efectos principales: sexo ($F(1,69) = .391, p = .534$), estilo de crianza de la madre ($F(1,69) = .000, p = .989$), del padre ($F(1,55) = .168, p = .684$) o la de ambos padres ($F(1,66) = 2.247, p = .139$). Por lo que no se confirman las hipótesis de trabajo 3 y 6 que afirman: " Los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares se relacionan significativamente con la conducta alimentaria de compensación psicológica" y "La relación entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y la conducta alimentaria de compensación psicológica se presenta de manera diferente en sujetos de diferente sexo".

CAPITULO 7.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como propósito principal en el presente estudio se plantearon dos objetivos, por un lado encontrar si existe relación entre las practicas de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y ciertos factores de riesgo de la conducta alimentaria como son: la conducta alimentaria compulsiva, la conducta alimentaria normal y la de compensación psicológica, y por otro lado si estas relaciones se daban de forma diferente en hombres y mujeres respectivamente.

La importancia de esta investigación radica en que los trastornos de la conducta alimentaria se han observado en nuestro país cada vez con mayor frecuencia, aunque en la literatura se menciona que este tipo de problemas prevalecen sobre todo en los países industrializados y poco se habla de países como el nuestro. Gómez Pérez-Mitre y Avila (1998), encontraron por ejemplo que en México hoy en día se puede hablar de una cultura de la delgadez y que los preadolescentes escolares ya realizan dietas con intenciones de control de peso, siendo este uno de los factores de riesgo socioculturales relacionado con el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

Explorar la relación que existe entre los factores de riesgo de la conducta alimentaria y las practicas de crianza es de suma importancia considerando el impacto que ejerce la familia durante la primera infancia y aún en etapas posteriores en la adquisición de conocimientos cognoscitivos, reglas de comportamiento, etc. pues la percepción que tienen los hijos sobre las practicas de crianza en sus hogares puede afectar otros aspectos de su desarrollo como la formación de su autoconcepto, su autoestima, o incluso aquellos que tienen que ver con su conducta alimentaria (Hernández, 1999). Los datos que arrojan este tipo de investigaciones son importantes ya que permiten el diseño de proyectos de prevención primaria.

En el análisis descriptivo de las variables se encontró que los jóvenes reportaron sostener buenas relaciones tanto con la madre como con el padre aunque las relaciones de tipo "muy mala", no se dieron en ningún caso en lo que se refiere a la madres, esto puede estar relacionado con que históricamente ha existido una mayor atención por parte de la madre a la crianza de los hijos lo que puede estar fomentando una mejor comunicación con ellos (Osorio y Sánchez, 1996) y es consistente con los hallazgos de Elder (1962) ya que este autor concluye que los adolescentes perciben como más autocráticos o autoritarios a sus padres que a sus madres, mientras que a sus madres las percibieron más permisivas, comprensivas, expresivas de afecto y con un mayor interés en ellos.

Sin embargo, no se debe ignorar que hoy en día las mujeres se incorporan también al mercado de trabajo y dedican así menor tiempo al cuidado de los hijos que antaño (Becker, 1987). Además en estudios como el de Andrade (1998), se ha encontrado tanto la madre como el padre son percibidos como fuentes de amor y comprensión y esto puede justificar el hecho de que en general no hubo muchas diferencias en el tipo de relación que los jóvenes reportaron sostener con su padre o su madre.

Por otro lado aunque anteriormente las practicas de crianza solían ser muy estrictas, hoy en día éstas han recibido la influencia de corrientes extranjeras, principalmente de Estados Unidos. Dicha influencia se ha dirigido a enfatizar la bondad, inocencia e inmadurez de la infancia. Con lo que se recomienda cada vez más a los padres mayor comprensión hacia sus hijos, una actitud más benevolente y una disciplina menos severa, colocando al niño como alguien que no podía asumir una responsabilidad adulta ni comportarse como tal (Becker, 1987). Todo lo anterior es consistente con lo encontrado en el presente estudio, ya que en lo que se refiere a la libertad que se daba a los adolescentes para decidir cómo pasar su tiempo libre se observó que tanto hombres como mujeres gozaban de esta libertad con mucha frecuencia. Y de igual manera se obtuvieron resultados en lo referente a la libertad para escoger

a sus amistades libremente, contestando en altos porcentajes recibir esta libertad tanto hombres como mujeres. Y en la frecuencia con que se les reconocían los esfuerzos especiales para lograr sus objetivos tanto a hombres como a mujeres, se observaron resultados muy positivos también

Como se observa, en general altos porcentajes de los adolescentes reportaron tener buena relación tanto con el padre como con la madre, recibir libertad para manejar su tiempo y relaciones, percibir relaciones de afecto entre sus padres y recibir reconocimientos ante sus logros, lo cual es congruente con lo encontrado por Andrade (1998) quien encontró medidas altas para su muestra total en cada una de las dimensiones del ambiente familiar en lo que se refiere a Apoyo tanto del padre como de la madre, así como en la caracterización que se hace de ambos. Sin embargo, estas respuestas que se dieron en un sentido tan positivo también pueden ser explicadas por la deseabilidad social, ya que este tipo de resultados se han encontrado en otras investigaciones como lo es en la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal en las que cuando se les pregunta directamente a los adolescentes si están satisfechos con su imagen respondiendo en altos porcentajes afirmativamente; no obstante cuando se evalúa indirectamente esta variable se encuentran altos porcentajes de insatisfacción (Gómez Pérez-Mitre, 1998)

Algo a recalcar en los hallazgos del presente estudio es que un gran porcentaje de los adolescentes reportó no cuidar que su dieta sea nutritiva o comer lo que es bueno para su salud con muy poca frecuencia, lo cual es alarmante pues refleja una falta de conciencia en general en lo que se refiere a la alimentación adecuada, esto puede estar relacionado con lo reportado por Alvarado y Moreno (2000) quienes en uno de sus estudios encontraron que la mitad de las madres de la muestra en general sólo conocen un grupo de alimentos y sólo la tercera parte de ellas reportó conocer dos grupos, reflejando esto un escaso conocimiento nutricional que tal vez repercute en la alimentación de toda la familia.

Como se mencionó el objetivo principal del presente trabajo fue investigar la relación existente entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y los factores de riesgo de la conducta alimentaria, además de si existían diferencias por sexo y se encontró que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria compulsiva dependiendo del estilo de crianza del padre y también del estilo de crianza de ambos padres, indicando que fueron los adolescentes (independientemente del sexo) que reportaron recibir una crianza inadecuada por parte del padre y de ambos padres aquellos que presentaron mayor conducta alimentaria compulsiva en comparación con aquellos que reportaron haber recibido una crianza adecuada. Estos resultados confirmaron la hipótesis de trabajo 1 que afirma que "Los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares se relaciona significativamente con la conducta alimentaria compulsiva." Y están de acuerdo con los hallazgos que en general se encuentran en la literatura, comenzando con lo reportado por Gómez Pérez-Mitre, Acosta, Llopis, Pineda y Platas (2002) quienes reportaron que la conducta alimentaria compulsiva se presenta con mayor frecuencia como factor de riesgo en México que en otros países como por ejemplo España donde se presenta con mayor frecuencia el factor de la dieta restrictiva.

Además de que es consistente con los hallazgos de varios estudios que indican que las prácticas de crianza que en general son inadecuadas se relacionan con la presencia de trastornos de la conducta alimentaria como son los reportados por ejemplo por Saucedo (1996), quien al estudiar los factores de crianza e interacción familiar como predictores de trastornos alimentarios en una población de adolescentes, encontró que cuatro expresiones concretas de los estilos de crianza funcionan como predictores de las alteraciones alimentarias. Las actitudes que los padres tuvieron con sus hijos de bajo peso fueron de rechazo, hostilidad, comparaciones desfavorables y mandatos ofensivos. Además en ese mismo estudio se encontró que los sujetos obesos por lo general se encontraban en hogares con estilos de crianza permisivos y laxos en normas. Mientras que en otro estudio Sanders, Patel, Grice y

Shepherd (1993) concluyeron que existe una fuerte y significativa relación entre conductas coercitivas por parte de los padres y la presencia de problemas alimentarios en la muestra de su estudio en general.

Resultados muy parecidos fueron encontrados por otros autores (Horesh, Apter, Ishai, Danziger, Miculincer, Stein y Lepkifer, 1996) acerca de que la presión inapropiada de los padres hacia los hijos es casi específica de sujetos que sufren de algún trastorno de la conducta alimentaria, comparado con otro tipo de pacientes psiquiátricos.

En México, Platas, Pineda y Gómez Perez-Mitré (2001) han encontrado que la insatisfacción con la imagen corporal (factor de riesgo de los trastornos alimentarios) se presenta con mayor frecuencia en mujeres que tienen una percepción de la relación materna negativa, aunque esto es contradictorio con el hecho de que en el presente estudio la crianza de la madre no tuvo una influencia significativa en la variable de la conducta alimentaria compulsiva, como lo tuvo la crianza ejercida por el padre o por ambos padres.

Por su parte López, Mancilla y González (1995) encontraron que la comunicación de las familias obesas se caracteriza por el uso de amalgamamientos, descalificaciones, coaliciones, metamensajes y rechazos, a diferencia de las familias de normo peso que presentan más alianzas y atenciones de tipo verbal y corporal y sugirieron que la comunicación de las familias obesas, en comparación con la de los normo peso, difieren de manera importante.

Finalmente se pueden citar los estudios de González, Lizano y Gómez Pérez-Mitre (1999) y Sanders et al. (1993) en los que encontraron que existe relación entre la presencia de problemas de la conducta alimentaria y las relaciones familiares autoritarias, negativas y coercitivas, así como con un mayor número de instrucciones aversivas y comentarios negativos acerca de la

comida en casa, y que además esto ocurre ya desde la preadolescencia o la edad escolar.

Como ya se dijo arriba, en esta misma variable (conducta alimentaria compulsiva) no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en las variables independientes sexo y crianza de la madre. Estos resultados no permiten confirmar la hipótesis de trabajo 4 que señala que: "La relación entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y la conducta alimentaria compulsiva se presenta de manera diferente en sujetos de diferente sexo". Cabe mencionar que estos hallazgos no coinciden con los reportados por Miranda y Muñoz (2002) quienes encontraron diferencias estadísticamente significativas en uno de sus efectos principales que fue sexo y en una interacción de sexo y vida sexual, estas autoras reportaron que fueron las mujeres, más que los hombres, quienes presentaron el problema de conducta alimentaria compulsiva en mayor medida y sobre todo aquellas que no habían iniciado su vida sexual activa. Sin embargo la relación de esta variable con las practicas de crianza ha sido poco explorada por lo que es necesario investigar más al respecto.

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria normal ni conducta alimentaria de compensación psicológica para ninguno de sus efectos: estilo de crianza del padre, de la madre o la de ambos padres. Por lo que no se confirman las hipótesis de trabajo 2 y 5 que afirman: " Los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares se relacionan significativamente con la conducta alimentaria normal", "La relación entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y la conducta alimentaria normal se presenta de manera diferente en sujetos de diferente sexo", ni las hipótesis 3 y 6 que afirman: "Los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares se relacionan significativamente con la conducta alimentaria de compensación psicológica" y "La relación entre los estilos de crianza que perciben los adolescentes en sus hogares y la conducta alimentaria de

compensación psicológica se presenta de manera diferente en sujetos de diferente sexo".

Con base en lo anterior se puede decir que es necesario realizar más estudios de este tipo en etapas específicas del desarrollo que busquen encontrar la forma en que se relacionan los factores de riesgo de la conducta alimentaria relacionados sobre todo con el manejo del estrés y con la conducta alimentaria normal con las prácticas de crianza ejercidas en los hogares mexicanos.

Así pues partiendo del análisis de los resultados de la muestra de la presente investigación, se puede concluir que:

- Los adolescentes (independientemente de su sexo): con una percepción inadecuada del estilo de crianza de ambos padres o sólo del padre presentan mayor conducta alimentaria compulsiva.
- La conducta alimentaria normal y de compensación psicológica no depende del sexo ni de la percepción de los estilos de crianza.

REFERENCIAS

1. Alvarado, H. G. y Moreno, E. L. O. (2000). Socialización familiar alimentaria como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
2. American Psychologist Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Barcelona: Masson.
3. Andrade, P. P. (1998). El ambiente familiar del adolescente. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
4. Baldwin, A. L. K., Kalhorn, J. y Breese, F. H. (1949). The appraisal of parent behavior. Child Development, 63, 299.
5. Becker, G. (1987). Tratado sobre la familia. Madrid: Alianza.
6. Bolaños, M. C. R. (1998). Diferencias que existen en la autopercepción de la imagen corporal entre adolescentes del sexo masculino y femenino. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM
7. Braguinsky, J. (1996). Epidemiología. En J. Braguinsky (comp). Obesidad. (pp. 40-53). Buenos Aires: El Ateneo.
8. Chinchilla, A. (1995). Guía teórico-práctico de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia. Barcelona: Masson.
9. Contreras, H. J. (1993). Antropología de la alimentación. Madrid: Eudema.
10. Coleman, J. C. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.

11. Craig, G. (1992). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall. Hispanoamericana.
12. Davidoff, L. (1979). Introducción a la psicología. New York: Mc Graw-Hill.
13. De Girolami, D. H. (1996). Definición y medios diagnósticos. En J. Braguinsky (comp). Obesidad, (pp. 15-39). Buenos Aires: El Ateneo.
14. De Moragas, J. (1995). Psicología del niño y del adolescente. Barcelona: Labors.
15. Elder, G. H. (1962). Structural variations in the child rearing relationship. Sociometry, 25, 241-262.
16. García, H. V. (1993). Prevención en desarrollo psicológico infantil y adolescente: el papel de la familia y la escuela. En M. E. Galvan., B. J. Reid, y H. V. García (comp). Prevención en psicología, (41-60). Facultad de Psicología, UNAM. CONACYT.
17. Goldstein, M. J. (1981). Family factors associated with schizophrenia and anorexia nervosa. Journal of Youth and Adolescence, 10 (5) 385-405.
18. Gómez- Pérez-Mitre, G. (1998). Desórdenes del comer: la imagen corporal en México. La Psicología Social en México, VII, 277-282.
19. Gómez Peresmitré, G. (1998). Imagen corporal: ¿qué es más importante, "entirse atractivo" o "ser atractivo"? Revista Psicología y Ciencia Social, 2 (1) 27-33.

20. Gómez-Peresmitré, G. (1999). Preadolescentes mexicanas y la cultura de la delgadez: figura ideal anorectica y preocupación excesiva por el peso corporal. Revista Mexicana de Psicología, 16 (1) 153-165.
21. Gómez Pérez-Mitre, G., Acosta, M. V., Llopis, M. J. M., Pineda, G. G. y Platas, A. S.(2002). Una escala para el estudio transcultural (España/México) de factores de riesgo asociados con trastornos de la conducta alimentaria. Memorias del II Congreso de Investigación mediante Encuestas, Sociedad Internacional de Profesionales de la Investigación en Encuestas.
22. Gómez-Peresmitré, G. y Avila, A. E. (1998). Conducta Alimentaria y Obesidad. Psicología Iberoamericana, 6 (2) 10-21.
23. Gómez-Peresmitré, G. y Avila, A. E. (1998). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6, 37-45.
24. Gómez-Peresmitré, G., Granados, A., Jáuregui, J., Tafoya, S., y Unikel, C. (2001). Trastornos de la alimentación: factores de riesgo en muestras del genero masculino. Revista de Psicología Contemporánea, 7 (1) 4-15.
25. Gómez Peresmitré, G., Unikel, S. C. y Corvera, P. (1998). ¿Por qué comemos de más? algunas razones de la conducta alimentaria de sobreingesta. Memorias. II Congreso Iberoamericano de Psicología.
26. González, S. L. M., Lizano, M. M. y Gómez Pérez-Mitre, G. (1999). Factores de riesgo en desordenes del comer: Hábitos alimentarios y auto-atribución en una muestra de niños escolares mexicanos. Revista Mexicana de Psicología, 16, (1). 117-126.

27. Hernández, G. L. (1999). Hacia la salud psicológica: niños socialmente competentes. México: Facultad de Psicología. UNAM.
28. Hernández, G. L. y Sánchez, S. J. J. (1991). Prevención primaria del deterioro psicológico: factores de riesgo y análisis etiológico a través de un modelo interactivo. Revista Mexicana de Psicología, 8 (1 y 2) 83-89.
29. Holtz, V. (1995). Antecedentes históricos de la anorexia nervosa. Psicología Iberoamericana, 3 (2), 5-14
30. Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, y Miculincer, M., Stein, D. Lepkifker, E. y Mlnouni, M. (1996). Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. Child Adolescence Psychiatry, 35 (7) 921-927.
31. Hurlock, B. E. (1987). Psicología de la adolescencia. México. Paidós.
32. Kaplan, L. J. (1991). Adolescencia. El adiós a la infancia. Argentina: Paidós.
33. Leung, F., Geller, J. y Katzman, M. (1996). Issues and concerns associated with different risk models for eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 19, (3) 249-256.
34. López, A. X., Mancilla, D. J. M. y González, V. A. (1995). Evaluación de los patrones de comunicación en familias obesas. Revista Mexicana de Psicología, 12, (2). 199-210.
35. Mancilla, D. J. M., Mercado, G. L., Manríquez, R. E., Alvarez, R. G. L., López, A. X. y Roman, F. M. (1999). Factores de riesgo en los trastornos alimentarios. Revista Mexicana de Psicología, 16, (1) 37-46.

36. Miranda, G. C. B. y Muñoz, S. M. L. (2002). Relación entre Imagen corporal: satisfacción/insatisfacción, conducta alimentaria y vida sexual activa, en hombres y mujeres adolescentes: Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
37. Montanari, M. (1993). El hambre y la abundancia: historia y cultura de la alimentación en Europa. Barcelona: Crítica.
38. Muerhrer, P. y Koretz, D. S. (1993). Issues in preventive intervention research. En M. E. Galvan., B. J. Reid, y H. V. García (comp). Prevención en psicología. (1-18). Facultad de Psicología, UNAM. CONACYT.
39. Oropeza, T. R. (1995). Estilos de crianza y autoconcepto en adolescentes. Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
40. Osório, R. S. A. y Sánchez, M. S. (1996). Estilos de crianza en México: estudio epidemiológico: Tesis de Licenciatura en Psicología. UNAM.
41. Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, F.R. (2001). Desarrollo humano. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.
42. Pineda, G. G., Platas, A. S. y Gómez Pérez Mitré, G. (1999). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes. La Psicología Social en México, VIII, 660-667.
43. Platas, A. S., Pineda, G. G. y Gómez Pérez-Mitre, G. (2001). Percepción de la relación materna y conductas alimentarias de riesgo. La Psicología en México, VIII, 668-678.
44. Raimbault, G. y Eliacheff, C. (1991). Las indomables figuras de la anorexia. Buenos Aires: Nueva Visión

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

45. Reaney, P. (2001). Obesity drives up the cost of health. <http://dailynews.yahoo.com/h/p/nm/2001/0531/ts/world>
46. Remplein, H. (1971). Tratado de la psicología evolutiva el niño el joven y el adolescente. Barcelona: Labor.
47. Reymond, R. B. (986). El desarrollo social del niño y del adolescente. Barcelona: Herder.
48. Sánchez Sosa, J. J. Y Hernández Guzmán, L. (1992). La relación del padre como factor de riesgo psicológico en México. Revista Mexicana de Psicología, 9, (1). 27-34.
49. Sanders, M. R., Patel, R. K., Grice, B. L. y Shepherd, W. R. (1993). Children with persistent feeding difficulties: an observational analysis of the feeding interactions of problem. Health Psychology, 12, (1). 64-73.
50. Sarafino, P. E. y Armstrong, W. J. (1991). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Trillas.
51. Saucedo, M. T. J. (1996). Factores de crianza e interacción familiar predictores de trastornos alimentarios. Tesis de Maestría en Psicología escolar. Facultad de Psicología. UNAM.
52. Schaffer, H. R. (2000). Desarrollo social. México: Siglo XXI.
53. Stunkard, A. (1990). A description of eating disorders in 1932. American Journal of Psychiatry, 147 (3), 263-268

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

54. Suárez, E. A. y Arias, M. M. (1997). La influencia de las prácticas de crianza y el género en la autoestima del adolescente: análisis retrospectivo. Tesis de Licenciatura de Psicología. UNAM.
55. Toro, J. (1996). El cuerpo como delito anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
56. Turon, G. V. J. (1997). Trastornos de la alimentación. Barcelona: Masson.
57. Unikel, S. C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Percepción de la gordura en adolescentes y su relación con las conductas anómalas del comer. Revista Interamericana de Psicología, 33, (1), 11-29.
58. Unikel, S. C. y Gómez Pérez-Mitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. Psicología Conductual, 7, (3) 417-429.
59. Vázquez, A. R. y Raich, E. R. M. (1998). Dinámica familiar y actitudes paternas hacia los modelos estéticos corporales en familias con trastorno alimentario. Revista Psicología y Ciencia Social, 2, (1), 56-69.
60. Weiss, M. G. (1995). Eating disorder and disordered eating in different cultures. Cultural Psychiatry, 18, (3) 537-553.
61. Whittaker, J. O. y Whittaker, S. J. (1987). Psicología. México: Nueva Editorial Interamericana.
62. Zelasko, Ch. J. (1995). Exercise for weight loss: what are the facts?. Journal of the American Dietetic Association, 12, 1414-1417

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

Anexo 1.

Factores EFRATA (Escala E)

Hombres adolescentes

Se aplicó un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas alimentarias a un total de 1494 sujetos hombres adolescentes. El modelo final con 11 factores explica el 48.5% de la varianza. La escala total obtuvo un α de .8660.

Los factores de interés para este estudio quedaron integrados como sigue:

Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva		
E16	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.41342
E18	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.64982
E34	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.74363
E14	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.70806
E28	No soy consciente de cuanto como.	.66876
E29	Siento que no puedo parar de comer.	.71884
E30	Como sin medida	.72548
E31	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.50121
E27	Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come	.41833

Eigen value = 11.23 Varianza explicada=15% α =.8602

Factor 3: Conducta Alimentaria Normal		
E1	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.72204
E11	Como lo que es bueno para mi salud.	.73430
E13	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.70004
E15	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	.70341
E5	Procuro comer verduras.	.69631
E25	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61762

Eigen value = 4.20 Varianza explicada=5.6% α =.8121

Factor 6: Conducta Alimentaria Compensatoria		
E2	Siento que la comida me tranquiliza	.60707
E4	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.69850
E45	Si me despierto tengo que comer para conciliar el sueño	.57886
E37	Me sorprendo pensando en comida	.53705

Eigen value = 2.18 Varianza explicada=2.9% α =.6529

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

Factores EFRATA (Escala E).

Mujeres adolescentes

Se aplico un análisis factorial de componentes principales a los reactivos que conforman las escalas alimentarias a un total de 1915 sujetos mujeres. El modelo final quedo integrado por 7 factores que explican el 42.8 % de la varianza. La escala total obtuvo un alpha de .8876.

La distribución de los factores que a este estudio interesan quedo como sigue:

Factor 1 (Conducta alimentaria compulsiva)		
E16	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre.	.46365
E18	No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
E34	Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
E14	Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo dificilmente puedo detenerme.	.74727
E28	No soy consciente de cuanto como.	.66033
E29	Siento que no puedo parar de comer.	.80983
E30	Como sin medida.	.79753
E31	Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.62831
E46	Dificilmente pierdo el apetito.	.40022
E8	Soy de los que se hartan(se llenan de comida).	.52215
E27	Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
E10	Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
E33	Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587

Eigen value =12.4 Varianza explicada=16.5% alpha=.9051

Factor 3 (Conducta alimentaria normal)		
E1	Cuido que mi dieta sea nutritiva.	.74462
E11	Como lo que es bueno para mi salud.	.73346
E13	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra.	.71196
E15	Procuro mejorar mis hábitos alimentarios.	.73420
E45	Como con moderación	.45378
E5	Procuro comer verduras.	.71369
E25	Procuro estar al día sobre lo que es una dieta adecuada.	.61685

Eigen value =4.39 Varianza explicada=5.9% alpha=.6944.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Factor 5: Conducta Alimentaria de Compensación Psicológica		
E41	Cuando estoy aburrido me da por comer	.58951
E42	paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar	.53921
E2	Siento que la comida me tranquiliza	.67344
E4	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.70703
E37	Me sorprendo pensando en comida	.43349

Eigen value =2.56 Varianza explicada=3.4% alpha=.7434

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Inventario de

Salud, Estilos de Vida y Comportamiento (SEViC)

Este cuestionario trata de investigar cómo algunos problemas de salud pueden deberse a muchas de las cosas que hacemos todos los días. También se trata de buscar maneras de mejorar nuestro bienestar y salud y la de nuestra familia. El cuestionario es completamente anónimo, no escriba su nombre ni haga anotaciones que le puedan identificar. Esta información se usará exclusivamente con fines de análisis estadístico y para diseñar programas preventivos o de ayuda. **No hay respuestas buenas ni malas, por favor conteste las preguntas con toda franqueza, diciendo la verdad. Trate de no dejar ninguna pregunta sin contestar, a menos que sienta que la pregunta no se aplica a usted en lo absoluto.**

Las preguntas empiezan con una parte escrita y después tienen varias posibilidades para escoger. Por favor escoja la opción que refleje mejor su propio caso, **rellenando completamente el circulito correspondiente en la hoja de respuestas** como se muestra en el ejemplo más adelante. Recuerde, no hay respuestas buenas ni malas, por tanto, no se preocupe por puntajes ni calificaciones. Por favor lea cuidadosamente cada pregunta o enunciado y conteste con la verdad. Recuerde que de este estudio se podrán derivar recomendaciones muy útiles para usted mismo(a) o para otras personas y familias. Si tiene alguna pregunta o duda, con toda confianza pregúntenos y con mucho gusto le orientaremos.

La primera sección de este cuestionario contiene información general además de una lista de problemas de salud que cualquiera de nosotros puede tener en distintos momentos de nuestra vida. La segunda sección tiene preguntas o enunciados sobre nuestra historia familiar o personal. **No escriba ni haga marcas en este cuestionario.**

EJEMPLO: En un día normal yo hago:

(En la Hoja de Respuestas)

- a - una comida
- b - dos comidas
- c - tres comidas
- d - cuatro comidas
- e - cinco comidas
- f - seis comidas o más

Esto significaría que en un día regular, come tres veces.

Reciba de antemano nuestro agradecimiento por su cooperación y recuerde: **con toda confianza, conteste con la verdad.**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

74. He tenido problemas sexuales durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

75. He tenido problemas con el sueño (o al dormir), durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

76. He tenido problemas con mi pareja durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

77. Pienso que la comunicación que tengo con mis familiares actualmente es:

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

78. He tenido problemas por mi agresividad durante:

- a. Una semana a un mes
- b. De dos a cinco meses
- c. De seis meses a un año
- d. De uno a cuatro años
- e. Cinco años o más

SEGUNDA SECCION.

A CONTINUACION, CONTESTE POR FAVOR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, TAMBIEN EN SU HOJA DE RESPUESTAS

79. Mi edad:

- a. De 15 a 20 años
- b. De 21 a 30 años
- c. De 31 a 40 años
- d. De 40 a 50 años
- e. De 50 a 60 años
- f. Más de 60 años

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

80. Sexo:

a - Masculino

b - Femenino

81. Mi estado civil (marque uno):

a - Soltero(a)

b - Casado(a)

c - Unión libre

d - Separado(a) o divorciado(a)

e - Viudo(a)

82. Si es casado(a) o vive en unión libre, ¿desde cuando?

a - hace menos de un año

b - de uno a dos años

c - de dos a tres años

d - de tres a cinco años

e - cinco años o más

83. En mi educación escolar llegué hasta:

a - nunca fui a la escuela

b - primaria

c - secundaria

d - comercio o técnico

e - bachillerato

f - profesional o superior

84. Mi lugar de nacimiento es:

a. Distrito Federal

b. Interior de la República

c. Extranjero

85. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), la situación económica de mi familia podría describirse como:

a. En asistencia social o beneficencia

b. Clase trabajadora

c. Clase media-baja

d. Clase media

e. Clase media-alta

f. Clase alta

86. En la actualidad yo diría que mi nivel económico es:

a. En asistencia social o beneficencia

b. Clase trabajadora

c. Clase media-baja

d. Clase media

e. Clase media-alta

f. Clase alta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

87. He vivido en la Ciudad de México durante:

- a. Menos de un año
- b. De uno a cinco años
- c. De seis a diez años
- d. Diez a veinte años
- e. Más de veinte años

88. En total tengo:

- a. Cero hermanos(as)
- b. Un hermano(a)
- c. Dos hermanos(as)
- d. Tres hermanos(as)
- e. De cuatro a seis hermanos(as)
- f. Siete o más hermanos(as)

89. Mi lugar en el orden de nacimiento de mis hermanos(as) es, soy el (la):

- a. primero(a)
- b. segundo(a)
- c. tercero(a)
- d. cuarto(a)
- e. quinto(a) o posterior
- f. último

90. El hermano(a) de mi mismo sexo, que me sigue (mayor) es (número de años) mayor que yo:

- a. uno
- b. dos
- c. tres
- d. cuatro
- e. cinco
- f. seis o más

91. En general, mi relación con mi(s) hermano(s)(as) ha sido:

- a. Muy mala
- b. Mala
- c. Regular
- d. Buena
- e. Muy buena

92. Pienso que mis padres preferían a alguno(s) de mis hermanos(as) más que a mí:

- a. Nunca
- b. Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c. Pocas veces (de 20% al 40% del tiempo)
- d. A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e. Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f. Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

**TESIS CON
FALLA DE OFICINA**

93. De chico(a), (como hasta los 14 años de edad) me crié principalmente con:

- a. Mis padres naturales
- b. Con mi padre
- c. Con mi madre
- d. Con uno de mis padres y padrastro o madrastra
- e. Padres adoptivos u otros parientes o familiares
- f. En un orfanato, casa hogar u otra institución

SI SUS PADRES VIVEN, PASE A LA PREGUNTA 98.

94. Mi edad al morir mi padre era:

- a. De cero a 5 años
- b. De 6 a 10 años
- c. De 11 a 15 años
- d. De 16 a 20 años
- e. De 21 a 25 años
- f. 26 años o más

95. La causa de su muerte fue:

- a - Edad avanzada o causas naturales
- b - Enfermedad
- c - Accidente
- d - Agresión violenta
- e - Suicidio
- f - Otra

96. Mi edad al morir mi madre era:

- a. De cero a 5 años
- b. De 6 a 10 años
- c. De 11 a 15 años
- d. De 16 a 20 años
- e. De 21 a 25 años
- f. 26 años o más

97. La causa de su muerte fue:

- a - Edad avanzada o causas naturales
- b - Enfermedad
- c - Accidente
- d - Agresión violenta
- e - Suicidio
- f - Otra

98. Mi padre dejó de vivir conmigo cuando yo tenía:

- a - De cero a 5 años
- b - De 6 a 12 años
- c - De 13 o más años
- d - A veces sí y a veces no
- e - Siempre vivió o ha vivido conmigo

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

99. La causa por la que no viví con alguno de mis padres fue:

- a. Separación o divorcio de mis padres
- b. Muerte de alguno de mis padres
- c. Por el trabajo de alguno de mis padres
- d. Por la situación económica
- e. Por alguna otra razón

100. Mi padre (o tutor) tomaba mucho alcohol:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

101. Mi padre (o tutor) usaba drogas:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

102. En general, la forma como me llevo (o llevaba) con mi padre (o tutor) es (o era):

- a - Muy buena
- b - Buena
- c - Regular
- d - Mala
- e - Muy mala

103. El más alto nivel escolar que alcanzó mi padre (o tutor) es (era):

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Comercio o técnico
- e. Bachillerato
- f. Profesional o superior

104. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi padre (o tutor) mostraba interés en mis opiniones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

105. Cuando yo era niño(a) (como hasta los 14 años de edad), mi madre (o tutora) vivía con nosotros en la misma casa:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

106. Mi madre (o tutora) tomaba mucho alcohol:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

107. Mi madre o tutora usaba drogas:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más del 80% del tiempo)

108. En general, la manera como me llevo (o llevaba) con mi madre (o tutora) es (o era):

- a - Muy buena
- b - Buena
- c - Regular
- d - Mala
- e - Muy mala

109. El más alto nivel escolar que alcanzó mi madre (o tutora) es (o era):

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Comercio o técnico
- e. Bachillerato
- f. Profesional o superior

110. Cuando yo era chico(a) (como de 5 a 14 años de edad), mi madre (o tutora) mostraba interés por mis opiniones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

111. Mi padre (o tutor) y yo platicábamos como buenos amigos:
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos
112. Mi madre (o tutora) y yo platicábamos como buenos amigos(as):
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos
113. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos
114. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, usaba castigo físico (me pegaba):
a - Casi diario
b - Como una vez a la semana
c - Como una vez al mes
d - Como una vez cada tres meses
e - Como dos veces al año
f - Una vez al año o menos
115. El dolor físico producido por el castigo (de mi madre o padre) duraba:
a. Minutos
b. Horas
c. Días
d. Semanas
e. Meses
116. Mi padre (o tutor) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca
117. Mi madre (o tutora) decía cosas de mí, que querían decir que yo era "tonto(a)" o "inútil", o me comparaba negativamente con otros(as):
a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
f - Nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

118. Cuando mi padre (o tutor) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

119. Cuando mi madre (o tutora) me castigaba, yo sí me lo merecía:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

120. Cuando mi padre (o tutor) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

121. Cuando mi madre (o tutora) me mandaba a hacer algo, me lo decía de modo duro u ofensivo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

122. Yo tenía confianza con mi padre (o tutor) como para platicarle algo muy personal de mi mismo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

123. Yo tenía confianza con mi madre (o tutora) como para platicarle algo muy personal de mí mismo(a):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

124. Se me permitfa (o permite) escoger a mis propios amigos(as):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

125. Se me permitfa (o permite) decidir cómo pasar mi tiempo libre:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

126. Mi padre (o tutor) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

127. Mi madre (o tutora) me muestra (mostraba) su afecto o cariño:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

128. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi padre (o tutor) me apoyaba o me reconfortaba:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

129. Cuando me enfrentaba a una situación nueva o difícil mi madre (o tutora) me apoyaba o me reconfortaba:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

130. De chico(a) yo me enfermaba:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

131. Cuando yo hacía un esfuerzo especial para hacer algo bien, me lo reconocían:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

132. Mis padres (naturales o adoptivos) se mostraban cariño o amor el uno al otro:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

133. Mis padres (naturales o adoptivos) se peleaban discutiendo o gritando:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

134. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, también usaban violencia física (jalones, empujones, golpes, etc):

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- c - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- e - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)

135. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, lo hacían enfrente de mí y/o de mis hermanos(as):

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- f - Nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

136. Cuando mis padres (naturales o adoptivos) peleaban, amenazaban con dejarse, separarse o divorciarse:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- c - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- e - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)

137. Cuando yo era chico(a), aparte de mis padres (naturales o adoptivos), había otro(s) adulto(s) que era(n) importante(s) para mí:

- a - Sí
- b - No

138. Si respondió "sí", este (o estos) adulto(s) era(n) (señale sólo el más importante):

- a - un hermano mayor o hermana mayor
- b - un tío o tía
- c - un abuelo o abuela
- d - padrastro o madrastra
- e - otro pariente
- f - un(a) vecino(a) o conocido(a)

139. Durante mi niñez o adolescencia temprana, tuve experiencias emocionalmente fuertes, negativas o que me angustiaron mucho:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

140. La más importante de esas experiencias fue:

- a. Asalto, suceso violento o maltrato fuerte
- b. Violación
- c. Accidente
- d. Enfermedad
- e. Muerte o pérdida de un ser querido
- f. Cárcel

141. Todavía siento ese miedo o angustia o sensación desagradable:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

142. Cuando era chico(a), alguien abusó sexualmente de mí:

- a - Una vez
- b - De 2 a 3 veces
- c - De 4 a 5 veces
- d - Más de 5 veces
- e - Nunca

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

143. La persona que abusó de mí fue:

- a. Alguno de mis padres
- b. Padrastro o madrastra
- c. Pariente que vivía en la misma casa
- d. Pariente lejano
- e. Amigo
- f. Desconocido

144. Esta persona abusó sexualmente de mí:

- a - una vez
- b - pocas veces
- c - frecuentemente

145. En la escuela sacaba (saco) malas calificaciones:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% de las veces)
- b - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
- d - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
- e - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
- f - Nunca

146. Actualmente practico un deporte o actividad física aproximadamente:

- a - diariamente
- b - dos veces a la semana
- c - tres veces a la semana
- d - una vez a la semana
- e - ocasionalmente
- f - realmente no practico ninguno

147. En la escuela yo hacía (hago) amistades:

- a - Con mucha dificultad
- b - Con dificultad
- c - Ni fácil ni difícilmente
- d - Con facilidad
- e - Con mucha facilidad

148. ¿Tuvo algún amigo(a) que fuera muy cercano(a) o íntimo(a)?

- a - Si
- b - No

149. Actualmente, ¿tiene amigo(s) que considere cercano(s) o íntimo(s)?

- a - Si
- b - No

150. Actualmente:

- a - Trabajo
- b - Estoy desempleado
- c - Soy estudiante
- d - Me dedico al hogar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

151. Mensualmente gano aproximadamente en salarios mínimos:

- a - Uno o menos
- b - Dos a tres
- c - Cuatro a cinco
- d - Seis a siete
- e - Ocho a nueve
- f - Diez o más

152. ¿Cuántos trabajos ha tenido en los últimos dos años?

- a - ninguno
- b - uno
- c - dos
- d - tres
- e - cuatro o más

153. Me siento satisfecho con mi presente trabajo:

- a - Nunca
- b - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- c - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- d - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- e - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- f - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

154. He pensado en dejar este trabajo:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

155. Mis relaciones con mis compañeros de trabajo son (o eran), (cómo se lleva o llevaba con ellos):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

156. Mis relaciones con mis jefes en el trabajo son (o eran):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

157. Cuando en el trabajo yo soy quien supervisa o da las órdenes, mis relaciones con mis subordinados son (por ejemplo qué tanto se quejan o quejaban de mí):

- a - Muy malas
- b - Malas
- c - Regulares
- d - Buenas
- e - Muy buenas

158. Este trabajo me produce mucho estrés, desgaste o cansancio:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

159. Tuve relaciones sexuales por primera vez como a los:
- Antes de los 10 años
 - De 11 a 14 años
 - De 15 a 17 años
 - De 18 en adelante
 - No he tenido relaciones
160. Tuve mi primera eyaculación/orgasmo como a los:
- Antes de los diez años
 - De 11 a 14 años
 - De 15 a 17 años
 - De 18 en adelante
 - No he tenido
161. La situación en la que la sucedió fue:
- Yo sólo(a)
 - Con mi novio(a)
 - Con un pariente
 - Con mi esposo(a)
 - Con un extraño o desconocido
162. Prefiero masturbarme a tener relaciones sexuales con otra persona:
- Siempre o casi siempre (más del 80% de las veces)
 - Frecuentemente (60% a 80% de las veces)
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% de las veces)
 - Pocas veces (20% a 40% de las veces)
 - Casi nunca (menos de 20% de las veces)
 - Nunca
163. Creo que mi vida sexual es:
- Muy satisfactoria
 - Satisfactoria
 - Un poco satisfactoria
 - Un poco Insatisfactoria
 - Insatisfactoria
 - Muy insatisfactoria
164. (Si es casado(a) o vive en unión libre). Tuve relaciones sexuales antes del matrimonio (o de juntarnos):
- Sí
 - No
165. La decisión de casarnos o vivir juntos fue:
- Principalmente mía
 - Por embarazo
 - Por razones de dinero
 - Ambos lo decidimos por igual
 - Principalmente de mi pareja
166. He tenido relaciones sexuales fuera de mi matrimonio (o mi unión libre):
- Nunca
 - Casi nunca (menos del 20% del tiempo)
 - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
 - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
 - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
 - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

167. De cada diez encuentros sexuales, llego al orgasmo en:

- a. Ninguno
- b. De 1 a 2
- c. De 3 a 4
- d. De 5 a 6
- e. De 7 a 8
- f. De 9 a 10

168. Tengo (número)... hijos(as)

- a - ninguno
- b - uno
- c - dos
- d - tres
- e - cuatro
- f - cinco o más

169. Hubiera preferido tener a mi(s) hijo(s) en otro momento de mi vida:

- a - Sí
- b - No

170. Actualmente vivo:

- a - Con mis padres (naturales o adoptivos)
- b - Con otros parientes
- c - Con amigos o conocidos
- d - Solo(a)
- e - Con mi pareja y/o mis hijos

171. Actualmente vivo en:

- a - Casa propia
- b - Casa rentada
- c - Departamento o condominio propio
- d - Departamento rentado
- e - En ningún lugar en particular (donde puedo)
- f - Otro lugar

172. El número de recámaras en mi vivienda actual es:

- a - una
- b - dos
- c - tres
- d - cuatro
- e - cinco
- f - seis o más

173. El número total de personas que vivimos en mi vivienda actual es:

- a - una
- b - dos
- c - tres
- d - cuatro
- e - cinco
- f - seis o más

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

174. En cuanto a mis (nuestras) condiciones de vida actuales pienso que:

- a - Nos sobra espacio
- b - Tenemos suficiente espacio para todos
- c - Estamos un poco amontonados
- d - Estamos amontonados
- e - Estamos muy amontonados

175. Creo que se me ha tratado mal por razón de mi aspecto, color, religión, origen o nacionalidad:

- a - Siempre o casi siempre (más de 80% del tiempo)
- b - Frecuentemente (60% a 80% del tiempo)
- c - A veces sí, a veces no (40% a 60% del tiempo)
- d - Pocas veces (20% a 40% del tiempo)
- e - Casi nunca (menos de 20% del tiempo)
- f - Nunca

176. Esto me ha pasado en (marque el más importante):

- a - El trabajo o la escuela
- b - El vecindario o barrio
- c - Los lugares donde hago compras
- d - Reuniones sociales
- e - Hoteles o restaurantes
- f - Otro lugar o situación

177. Mi religión es la:

- a - Católica
- b - Judía
- c - Protestante
- d - Islámica
- e - Otra
- f - Ninguna

178. Soy:

- a - Nada religioso(a)
- b - Un poco religioso(a)
- c - Medianamente religioso(a)
- d - Religioso(a)
- e - Muy religioso(a)

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COOPERACION Y PACIENCIA!

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XX (P)

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

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

GRACIAS

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN

E

1. En el último año :

- A) Subí de peso
- B) Bajé de peso
- C) Subí y bajé de peso
- D) No hubo cambios en mi peso corporal

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

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

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

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

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

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

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

- A) No
- B) Sí

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

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

7. El problema consiste en que:

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

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

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

A	B	C	D	E
nunca	a veces	frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)	muy frecuentemente	siempre

- Cuido que mi dieta sea nutritiva. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que la comida me tranquiliza. (A) (B) (C) (D) (E)
- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión. (A) (B) (C) (D) (E)
- Procuro comer verduras. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me la paso "murindome de hambre" ya que constantemente hago dietas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Comer de más me provoca sentimientos de culpa. (A) (B) (C) (D) (E)
- Soy de las que se hartan (se llenan de comida). (A) (B) (C) (D) (E)
- Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me avergüenza comer tanto. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como lo que es bueno para mi salud. (A) (B) (C) (D) (E)
- Disfruto, me gusta, sentir el estómago vacío. (A) (B) (C) (D) (E)
- Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra. (A) (B) (C) (D) (E)
- Ni problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme. (A) (B) (C) (D) (E)
- Procuro mejorar mis hábitos alimentarios. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
- "Perteneces al club" de las que para controlar su peso se saltan las comidas. (A) (B) (C) (D) (E)
- No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso. (A) (B) (C) (D) (E)
- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada. (A) (B) (C) (D) (E)
- No me gusta comer con otras personas

A	B	C	D	E
Nunca	A Vezes	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre

- Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque tengo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
- No como aunque tenga hambre (A) (B) (C) (D) (E)
- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores. (A) (B) (C) (D) (E)
- Procuro estar el día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come (A) (B) (C) (D) (E)
- No soy consciente de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me asusta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me deprimo cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
- Prefero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me sorprende pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Suelo comer masivamente (por ejemplo, no como, pero ceno mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
- Como a escondidas
- Disfruto cuando como con otras personas
- Cuando estoy aburrida me da por comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
- Tengo temporadas en las que materialmente me mato de hambre. (A) (B) (C) (D) (E)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17- SECCIÓN E

44. Paso por periodos en los que siento que podría comer sin parar. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Como con moderación. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Difícilmente pierdo el apetito. (A) (B) (C) (D) (E)
47. No tengo problemas con mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
48. Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer. (A) (B) (C) (D) (E)

SECCIÓN F-19

SECCIÓN

F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XY (P)

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

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

GRACIAS

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

TESIS CON
FAT LA DE ORIGEN

desviación estándar de $S = 1.11$. Sin embargo, la muestra se vio modificada ya que se seleccionaron sólo aquellos sujetos que cumplían con el requisito para entrar en la clasificación de percepción de la crianza "positiva" o "negativa" para el caso de la crianza ejercida por ambos padres, siendo dicho requisito el obtener puntajes dentro de los percentiles 25 o 75 en esa variable.

5.5. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO

La presente investigación fue un estudio de campo de tipo transversal y factorial cuyo diseño es un 2×2 con la variable de sexo por un lado y el factor de las practicas de crianza por el otro.

PRACTICAS DE CRIANZA	SEXO	
	MUJERES	HOMBRES
PERCEPCIÓN POSITIVA	$n = 14$	$n = 28$
PERCEPCIÓN NEGATIVA	$n = 17$	$n = 17$

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

5.6. INSTRUMENTOS

Para medir los factores de riesgo de la conducta alimentaria se aplicó la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA), aunque para los fines de la presente investigación sólo se requirió la escala E para (Ver secciones en anexos: versión xx para mujeres y xy para hombres) que exploran los siguientes factores:

Conducta Alimentaria Compulsiva : compuesta por 13 reactivos para la versión de mujeres y 9 reactivos para la versión de hombres.

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

22. Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
23. No como aunque tenga hambre (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores". (A) (B) (C) (D) (E)
25. Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
26. Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
27. Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. (A) (B) (C) (D) (E)
28. No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
29. Siento que puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
30. Como sin necesidad. (A) (B) (C) (D) (E)
31. Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
32. Me deprimen cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
33. Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
34. Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
35. Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
36. Siempre estoy a dieta, la rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
37. Me sorprende pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
38. Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero como mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
39. Como a escondidas
40. Disfruto cuando como con otras personas
41. Como hasta sentirme inconfortablemente lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
42. No tengo horarios fijos para las comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
43. Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)

A nunca	B a veces	C frecuentemente (aprox. la mitad de la veces)	D muy frecuentemente	E siempre
------------	--------------	--	----------------------------	--------------

44. Con tal de no subir de peso mastico más alimentos pero no los trago. (A) (B) (C) (D) (E)
45. Si me despierto tengo que comer algo para conciliar el sueño. (A) (B) (C) (D) (E)
46. Como tan rápido que los alimentos se me atragantan. (A) (B) (C) (D) (E)
47. Como rápidamente y en corto tiempo grandes cantidades de alimento (A) (B) (C) (D) (E)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN