

01921  
101



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

## “UTILIZACIÓN DE PRÁCTICAS NOCIVAS PARA EL CONTROL DE PESO CORPORAL POR LOS ADOLESCENTES”

### TESIS

PARA OBTENER EL GRADO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A :  
CLAUDIA ADRIANA HERNÁNDEZ CUENCA

DIRECTOR DE TESIS: DR. ARTURO BOUZAS RIAÑO REVISOR: MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO

COMITE DE TESIS:  
DR. JAVIER AGUILAR VILLALOBOS MTR. LEONARDO REYNOSO ERAZO  
DR. ARTURO BOUZAS RIAÑO DRA. LAURA HERNÁNDEZ GUZMAN  
DR. GERMÁN PALAFOX PALAFOX

REVISORES EXTERNOS:  
MTR. LUCÍA MONROY CAZORLA  
MTRA. ROSA DE LOURDES TANAMACHI TANAKA  
MTRA. ALEJANDRA ZÚÑIGA BOHIGAS

MEXICO, D.F.

FEBRERO 2003.

1  
EXAMENES PROFESIONALES  
DE PSICOLOGÍA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

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

## AGRADECIMIENTOS

A mis estimados profesores Dr. Arturo Bouzas, Mtro. Leonardo Reynoso, Dr. Javier Aguilar, Dr. Germán Palafox y a la Dra. Laura Hernández quienes formaron parte de mi comité y confiaron en mí permitiéndome terminar con este proceso tan arduo.

A mis queridas supervisoras Lucía Monroy, Hideko Tanamachi y Alejandra Zúñiga quienes son mi ejemplo a seguir por la dedicación, el entusiasmo y el cariño que me han dado... gracias porque me han ayudado a crecer no solo profesional sino personalmente. Pero sobre todo, gracias por incluirme en su equipo de trabajo, porque ha sido la mejor oportunidad que he tenido.

Al profesor Salvador Zamora quien tuvo la paciencia de enseñarme y supervisarme en la realización de los análisis estadísticos.

No puedo dejar de agradecer a Licha y a Yola por las facilidades que nos han brindado para realizar este proyecto.

A Gus y Sam por aguantarme durante el proyecto, porque me han apoyado y seguido conmigo a pesar de mis indiferencias. A Lucero, Ericka y Ariadna quienes me enseñaron otra faceta de la amistad.

A Imelda, Josefina y Jorge con quienes compartí los mejores momentos en la facultad.

A Edith, Naara, Gaby, Betsa, Lily, Alma, Gaby, Tere y Fusae, quienes de una u otra forma me presionaron sutilmente para concluir este trabajo, pero sobre todo por ayudarme en lo que he necesitado.

A Rebe y a Raquel quienes me dieron las facilidades para meterme de lleno en mi tesis.

Seguramente en esta lista faltarán algunas personas, mi memoria en estos momentos está bloqueada, pero a todos aquellos que me han apoyado, gracias.

A quien no puedo olvidar por nada es a mi familia, por eso quiero agradecer y dedicar este trabajo a mis papás Mary y Manuel y a mis hermanos Mariana y Alberto, porque sin ustedes no me hubiera sido posible nada... También quiero darles las gracias por darme lo mejor. No tengo palabras para expresar lo mucho que los amo y admiro.

Y gracias a Pepe porque me ha brindado el mejor apoyo que puede dar una pareja: soportándome y presionándome en todo momento.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional  
NOMBRE: Heidi María Cuevas  
Clara María Navas  
FECHA: 12 de mayo 2003  
FIRMA: [Firma]

2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

Introducción.....	1
Capítulo 1. Prácticas nocivas para el control de peso corporal.....	5
Capítulo 2. Variables asociadas a la ejecución de prácticas nocivas.....	9
Capítulo 3. Método.....	14
Capítulo 4. Resultados.....	20
Capítulo 5. Discusión.....	27
Bibliografía.....	40
Anexos	
Tablas de resultados.....	46
Tabla 4. Variables asociadas al seguimiento de dietas hipocalóricas.....	47
Tabla 5. Variables asociadas a la realización de ayuno.....	48
Tabla 6. Variables asociadas al consumo de laxantes/diuréticos.....	49
Tabla 7. Variables asociadas al consumo de anfetaminas.....	50
Tabla 8. Variables asociadas a la inducción del vómito.....	51

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

Dado que en la adolescencia se inician y fortalecen gran parte de los patrones conductuales que conformarán el estilo de vida durante la edad adulta, es importante detectar oportunamente las conductas que colocan a los individuos en riesgo de dañar su salud y bienestar (Jessor, Turbin & Costa, 1998). A pesar de que algunos comportamientos que realizan los jóvenes para regular su peso corporal pueden desencadenar estos efectos adversos, el entendimiento en esta área del conocimiento, no ha sido contundente al identificar los factores asociados al incremento en la realización de estas prácticas, por lo que esta investigación se orientó a contestar cuatro preguntas básicas: ¿Cuáles son las prácticas nocivas de control de peso más frecuentes entre los estudiantes de bachillerato y cuántos de estos alumnos realizan más de una práctica?, ¿Cuáles son los grupos más vulnerables de acuerdo al sexo, edad, nivel socioeconómico e índice de masa corporal?, ¿Qué variables personales y del entorno se asocian a estas prácticas?, ¿Qué factores personales y del entorno ejercen influencia en más de un comportamiento de riesgo y cuáles en dominios específicos?

Las prácticas de control de peso han sido conceptualizadas como comportamientos recurrentes que pueden afectar positiva o negativamente la salud de un individuo (Lewis, 1997). A las prácticas que fortalecen el buen funcionamiento del organismo, como el consumo de una dieta balanceada y la actividad física, se les denominan prácticas saludables. En contraste, cuando las prácticas generan daños al buen funcionamiento del individuo, se les llama prácticas nocivas para el control de peso. Bajo este rubro se agrupa a las dietas hipocalóricas, al ayuno, al consumo de laxantes, diuréticos y anfetaminas, así como a la inducción del vómito (Brewerton, Dansky, Kilpatrick & O'Neil, 2000; Fine, Colditz, Coakley, Moseley, Manson, Willet & Kawachi, 1999; Krowchuk, Kreiter, Woods, Sinal & DuRant, 1998; Bulik, Sullivan, Carter & Joyce, 1997; Pederson, Mitchell, Fenna, Crosby, Miller & Hobermann, 1997).

Diversos investigadores señalan que en esta etapa del desarrollo, al presentarse los cambios morfológicos de la pubertad -caracterizados por aumento acelerado de la estatura y de acumulación de grasa en los tejidos-, es posible que se presente una preocupación exagerada por la imagen corporal (Graber, Brooks-Gunn, Paikoff & Warren, 1994). Al conjuntar esta preocupación por los cambios corporales y los estándares de belleza asociados a la figura muy delgada, se generan las condiciones adecuadas para que los adolescentes inicien una serie de comportamientos orientados a "mantenerse en forma" o a bajar abruptamente su peso (Stice, Mazotti, Krebs & Martin, 1998; Grinder, 1997; Kretchmer & Zimmerman, 1997; Costin, 1999; Attie & Brooks-Gunn; 1989).

Generalmente, el involucramiento de los adolescentes en estos patrones conductuales se presenta de manera secuencial, iniciando con comportamientos normativos de menor riesgo y progresando gradualmente a prácticas que comprometen en mayor medida su estado de salud. Datos epidemiológicos han mostrado que en los primeros eslabones de estas cadenas conductuales se encuentran la realización de dietas -llevada a cabo sin la supervisión de un especialista— y el ayuno (French, Perry, Leon & Fulkerson, 1995).

En las dietas hipocalóricas y el ayuno se restringe el contenido calórico que se consume diariamente. Las dietas han sido consideradas como un patrón conductual "normativo" entre las mujeres adolescentes, dada su alta incidencia (Story, Neumark-Sztainer & Sherwood, 1998). Story (2002) detectó que en una población de adolescentes, el 59% de las mujeres y el 26% de los

hombres intentaba perder peso utilizando dietas hipocalóricas y el 20% de las mujeres adolescentes ayunaron durante 24 horas o más.

Después estos dos comportamientos, es posible que se encuentren 'prácticas extremistas' para el control de peso, tales como el consumo de laxantes, diuréticos y anfetaminas, así como la inducción del vómito. French et al., (1994) señalan que los adolescentes se involucran en estas conductas cuando las prácticas restrictivas no producen los efectos deseados.

El consumo de anfetaminas es otra práctica que le permite al adolescente limitar su ingesta de alimentos. Sin embargo, a diferencia de las dietas y el ayuno, las anfetaminas son altamente adictivas y peligrosas. Los efectos que se han identificado por su consumo a mediano plazo, son vómito, diarrea, dolor abdominal, sedación, mareos e insomnio. A largo plazo el efecto más representativo es el síndrome paranoico (Saldaña, Tomás & Bachs, 1997).

Por su parte, el consumo de laxantes, diuréticos y la inducción del vómito, son comportamientos considerados de tipo purgativo, ya que se realizan con el objetivo de expulsar del organismo los alimentos ingeridos previamente. Generalmente se producen después de una ingesta excesiva de alimentos (Sherman & Thompson, 1999).

Organismos dedicados a la promoción de la salud han señalado los riesgos que enfrenta una persona al realizar estas conductas (OMS, 2001). Especialmente, se ha destacado que entre las principales secuelas adversas de estos comportamientos, se encuentran trastornos alimenticios tan severos como la anorexia y la bulimia. Padecimientos que derivan en elevadas tasas de hospitalización, intentos de suicidio y mortalidad juvenil (Stice, Hayward, Cameron, Killen & Taylor 2000).

A la fecha, buena parte de la investigación se ha realizado sobre la definición y distinción de dos trastornos severos alimenticios como la anorexia y la bulimia. Sin embargo, escasos datos se han generado sobre las prácticas de control de peso que los originan.

Newmark-Sztainer et al. (1997) analizaron la covariación de dos prácticas nocivas de control de peso –la inducción de vómito y el uso de dietas hipocalóricas- con otras conductas de riesgo tales como el consumo de alcohol, entre otras. Estos investigadores encontraron que los adolescentes que se involucran en conductas de riesgo como el consumo de sustancias adictivas, la actividad sexual precoz y los intentos de suicidio, tuvieron mayor probabilidad de involucrarse en prácticas nocivas para controlar su peso. Por último, concluyeron que estos comportamientos se relacionan de manera multidimensional entre sí y que la estructura que subyace a los comportamientos de riesgo es diferente para cada género.

Un dato importante de resaltar es que las mujeres son más propensas a realizar una o más prácticas nocivas para controlar su peso. Tal es el caso del estudio presentado por Krowchuk et al. (1998), quienes informaron que las mujeres realizan con mayor frecuencia que los hombres, la inducción del vómito y el consumo de laxantes.

Asimismo, se ha detectado a los adolescentes como población en situación de alto debido a que se enfrentan a múltiples transiciones (personales y sociales), las cuales derivan generalmente en la

realización de diversos comportamientos de riesgo, incrementando de esta manera, las probabilidades de enfrentar secuelas deteriorantes a corto y largo plazo (Dryfoos, 1990).

Algunos autores como Attie & Brooks-Gunn (1989) han informado que los adolescentes de niveles socioeconómicos elevados tienen más probabilidades de involucrarse en prácticas nocivas de control de peso, debido a la preocupación exagerada de estos jóvenes por su imagen corporal.

En fechas recientes, se han desarrollado diversas investigaciones con el propósito de identificar la contribución de una amplia gama de variables sobre estas prácticas nocivas. Generalmente, se coincide que dos variables personales ejercen una influencia importante: el índice de masa corporal y la satisfacción que se tenga sobre la imagen corporal (Stice, 2002; Stice, 2000).

Si un adolescente se percibe sobrepasado de peso y el estándar de belleza lo asigna a las figuras muy esbeltas, es muy probable que desencadene estas prácticas nocivas con el afán de aminorar su insatisfacción en un periodo temporal corto (French & Jeffrey, 1994). Estos adolescentes suelen presentar de manera contingente problemas psicológicos como la ansiedad y la depresión, variables que también han sido asociadas a las prácticas nocivas de control de peso (Stice et al., 2000; Paxton, Schutz, Wertheim & Muir, 1999; Leon, Fulkerson, Perry & Cudeck, 1993)

Dado que la familia y los compañeros tienen una influencia importante para el desarrollo de los adolescentes, diversas variables han sido detectadas. Los hábitos alimenticios de padres y amigos, los modelos de las estrategias que se siguen para controlar el peso, así como la presión percibida para lograr una figura esbelta impactan de manera significativa las prácticas de los adolescentes para controlar su peso corporal (Abramovitz, 2000). Otro aspecto de la familia que se ha identificado como variable asociada a estas prácticas nocivas es la supervisión que tienen los padres sobre la conducta de sus hijos adolescentes (Gillman, Rifas-Shiman, Frazier, Rockett, Camargo, et al, 2000).

Paxton et al. (1999) encontraron que los esfuerzos de los adolescentes por perder peso aumentan bajo dos circunstancias principalmente: cuando los jóvenes perciben que sus amigos controlan su peso y cuando mantienen conversaciones frecuentemente acerca de la utilización de prácticas nocivas para controlar su peso. Estos hallazgos sugieren que las conductas de los pares proporcionan influencia directa sobre las prácticas para controlar el peso.

En resumen, la investigación ha identificado como grupo de alto riesgo a los adolescentes, específicamente a las mujeres que se enfrentan a los cambios físicos de la pubertad, que presentan insatisfacción con su imagen corporal, tienen una percepción negativa de su personalidad y tienen síntomas psicológicos continuos como la tristeza, la depresión y la ansiedad. Además, se ha mostrado que la influencia, el apoyo y los conflictos de los adolescentes con sus padres y compañeros, incrementan la probabilidad de que los jóvenes realicen comportamientos dañinos para el control de peso corporal.

Los hallazgos que se han obtenido en esta área del conocimiento explican mediante modelos multifactoriales, la relación existente entre diversas variables con la realización de prácticas nocivas de control de peso. Sin embargo, la mayoría de estos modelos incorporan variables personales o variables del entorno, lo que impide tener un conocimiento más amplio de la interacción entre los factores del individuo y de su entorno (Stice, 2002).

Bajo este contexto, se ha despertado el interés de los investigadores por elaborar modelos que permitan conocer los factores personales y del entorno que incrementan la probabilidad de iniciación y mantenimiento de la ejecución de estas prácticas, ya que de esta forma, se facilitaría el reconocimiento de grupos de alto riesgo así como la planeación de programas preventivos y de intervención más efectivos (Brewerton, Dansky, Kilpatrick & O'Neil, 2000; Huon, Hayne, Gunewardene, Strong, Lunn, Pirra & Lim, 1999).

Debido a que son escasos los modelos que han integrado tanto variables personales como del entorno que expliquen la etiología de estas prácticas en nuestro país (Gómez, 1997), los propósitos de la presente investigación fueron:

1. Presentar un panorama descriptivo sobre la realización de las prácticas nocivas de control de peso en adolescentes.
2. Identificar los grupos más vulnerables en la realización de prácticas nocivas para el control de peso.
3. Identificar la contribución de diversas variables personales y del entorno sobre cada una de las prácticas nocivas.
4. Determinar las influencias que son comunes a más de una práctica de riesgo y las que son específicas por dominio.

Con la finalidad de presentar información más detallada sobre cada una de las prácticas nocivas para el control de peso en el capítulo I se detalla información concerniente a los efectos que trae consigo la realización de cada una de las prácticas nocivas de control de peso. En el capítulo II se presentarán las variables que en la investigación se han asociado con la ejecución de prácticas nocivas para el control de peso. En el capítulo III se explicará la metodología utilizada para esta investigación. En el capítulo IV se mostrarán los resultados obtenidos en este estudio y en el capítulo V, se discutirán estos resultados con los hallazgos mencionados anteriormente.

## **CAPÍTULO I**

### **PRÁCTICAS NOCIVAS PARA EL CONTROL DE PESO CORPORAL**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Prácticas Nocivas para el Control de Peso Corporal

Estudios recientes han mostrado que el aumento de ocupaciones escolares, sociales y laborales durante la adolescencia, modifican los hábitos alimenticios existentes, los cuales se caracterizan por la omisión de comidas, ingesta excesiva de alimentos con bajo contenido nutricional, altos en grasas saturadas como dulces y comidas fritas (Kretchmer & Zimmerman, 1997).

Estos comportamientos alimenticios se clasifican en (Marmitt, 1991):

- a. Prácticas de ingesta limitada de alimentos, parcial o total entre las que se integran las dietas hipocalóricas y el ayuno, respectivamente. En este mismo rubro se integra el consumo de anfetaminas, medicamentos que con el objetivo de disminuir el apetito en los adolescentes, les permite limitar el consumo de alimentos.
- b. Prácticas de purga, entre las cuales se encuentran el consumo de laxantes/diuréticos y la inducción del vómito.

La realización de cada una de estas prácticas, tiene efectos tanto a corto como a largo plazo. Sin embargo, estos efectos están determinados por la frecuencia, intensidad y combinación en la ejecución de cada una de estas prácticas (Gleaves, Miller, Williams & Summers, 2000).

### 1. Dietas hipocalóricas.

Se refiere a los esfuerzos intencionales para lograr o mantener un peso deseado a través del consumo limitado de carbohidratos y grasas, lo que produce una descompensación grave en el organismo, comprometiendo severamente su funcionamiento (Stice et al., 1998).

La realización prolongada de dietas hipocalóricas, además de reducir el peso corporal y el porcentaje de grasa corporal, trae consigo múltiples efectos colaterales para los individuos que las realizan. A corto plazo, la disminución de temperatura corporal, respiración y pulso cardíaco (Gleaves et al., 2000). A mediano plazo, irritabilidad, fatiga, debilidad muscular, dolor gastrointestinal, diarrea, estreñimiento, dolores de cabeza e insomnio (Pesa, 1999). A largo plazo, pérdida de cabello, desnutrición, deshidratación y anemia (Gingras, 2000; Pesa, 1999).

### 2. Ayuno.

Patrón conductual caracterizado por la eliminación y/o la sustitución de alimentos con alto contenido calórico de la dieta regular, por ejemplo, sólidos por líquidos. Los efectos colaterales son de mayor gravedad que en las dietas hipocalóricas; sin embargo, comparten pérdidas significativas de electrolitos, minerales y vitaminas en el organismo (Something-fishy, 2000).

Entre los efectos a mediano y largo plazo se incluyen gingivitis, enfermedades periodontales debido a la mala nutrición, trastornos menstruales, anemia, incremento en la probabilidad de desarrollar osteoporosis, llevando a fracturas del hueso sobre todo cuando se desarrolla en la adolescencia. Además, puede llevar a diferencia de las dietas hipocalóricas, el ayuno puede provocar la muerte debido a anomalías cardíacas asociadas (Gleaves et al., 2000).

Los hallazgos obtenidos, señalan que el seguimiento de dietas hipocalóricas y el ayuno, son factores de riesgo, en el involucramiento de otras prácticas nocivas para el control de peso como la inducción del vómito y el desarrollo de trastornos alimentarios (Pederson et al., 1997).

### 3. Consumo de laxantes y/o diuréticos.

Esta conducta consiste en el consumo de medicamentos con el objetivo de disminuir rápidamente el peso corporal en el organismo a través de la eliminación de agua. El uso de laxantes y diuréticos durante periodos prolongados, puede conducir a graves disfunciones e incluso la muerte (Sherman & Thompson, 1999).

Los laxantes son sustancias que estimulan el colon a través de movimientos peristálticos, lo cual permite la evacuación de residuos producidos durante la digestión (Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, 2000; Ville, 1988).

El uso repetido de laxantes bloquea los movimientos peristálticos a nivel del colon, por lo que los músculos involucrados permanecen en contracción y provoca un estado continuo de estreñimiento combinado con periodos alternados de diarrea debido a la expulsión de líquidos (Ville, 1988). Derivado de la pérdida de electrolitos, este proceso trae consigo deficiencias severas como deshidratación, polidipsia, debilidad muscular, daño renal, arritmias cardíacas y un incremento en el riesgo de producir muerte repentina (Turner, 2000).

Por su parte, los diuréticos actúan en los riñones inhibiendo la secreción de la hormona antiurética, facilitando la eliminación de agua a través de la orina y disminuyendo el volumen total de líquido en el cuerpo (Ville, 1988). El abuso de estos medicamentos puede ocasionar fatiga, mareos, deshidratación, resequedad, arritmias cardíacas y daños severos en los riñones (something-fishy, 2000; Ville, 1988).

El abuso de laxantes y diuréticos se caracterizan por un ciclo de rebote —proceso de retención de agua aunada a una sensación de abotargamiento—, el cual llevará nuevamente al individuo, al consumo de laxantes o diuréticos en un esfuerzo por perder peso, provocando otra retención de líquidos e iniciando nuevamente el proceso. Este proceso es acompañado por el efecto de tolerancia, es decir, el individuo tiene que aumentar la dosis para obtener el efecto deseado (Sherman et al., 1999)

Turner (2000) mediante un estudio realizado con adolescentes, demostró que existe un incremento en la prevalencia del consumo de laxantes en las mujeres, conforme aumentan de edad. Además, mencionó que la realización de esta práctica se encuentra asociada con mayores distorsiones cognitivas así como con el empleo de otras prácticas nocivas para el control de peso y el abuso de sustancias.

### 4. Consumo de anfetaminas.

Este método se caracteriza por facilitar la evacuación y la pérdida de 10 kilogramos en promedio, del peso corporal entre sus consumidores (Rosenzweig & Leiman, 1992). Sin embargo, los efectos de estas drogas sintéticas sobre el organismo son numerosos, por lo que coloca a los adolescentes que los utilizan en una situación de alto riesgo.

Las anfetaminas son estimulantes del sistema nervioso central y periférico, aumentan la cantidad de dopamina en las terminales nerviosas, incrementando su actividad y prolongando su presencia en la hendidura sináptica, suprimiendo el apetito y limitando el consumo de alimentos (Rosenzweig et al., 1992).

Entre sus efectos conductuales a corto plazo se encuentran el incremento de la actividad motora, el nivel de alerta (vigilancia o atención), insomnio, euforia, aceleración del metabolismo y disminución del apetito. En el sistema nervioso autónomo elevan la presión arterial y de la tasa respiratoria, nerviosismo, temblor, vértigo y sudoración (Carroll, 1993).

Debido a sus efectos físicos, estos medicamentos son utilizados en el tratamiento de la obesidad, la fatiga crónica, la narcolepsia y la hipotensión (intermedicina, 2000). Sin embargo, sus efectos son temporales, por lo que rápidamente puede desarrollar tolerancia y dependencia física ante el abuso de este medicamento (Collard, 2001; intermedicina, 2000). Los efectos físicos que trae consigo la dependencia de las anfetaminas, son similares a los producidos por la cocaína, sino es que más severos. Generan conductas estereotipadas (acciones de ejecución repetitiva, generalmente sin sentido), depresión, ataques de pánico y estados psicóticos (NIDA, 2002).

#### 5. Inducción del vómito

Práctica purgativa que consiste en la utilización de medicamentos y/o la estimulación de las glándulas salivales, con el objetivo de desechar cualquier alimento ingerido previamente. En la mayoría de las ocasiones, estos períodos de ingestión se caracterizan por ser excesivos o altos en calorías (National Mental Illness Screening Project, 2000).

Dado el desequilibrio en electrolitos esenciales para el funcionamiento metabólico y celular, las consecuencias pueden ser fatales para el organismo. A corto plazo, ocasionan debilitamiento (por el esfuerzo producido), problemas gastrointestinales como estreñimiento, dolor abdominal y retraso en el vaciamiento gástrico. A mediano plazo, desnutrición deshidratación, caries, deterioro de esófago (debido a los ácidos y enzimas devueltas), así como erosión, perforación o ruptura espontánea del estómago (Gleaves, 2000; something-fishy, 2000).

A largo plazo, los ciclos repetidos de vómito, impiden la retención de alimentos en el estómago, induciendo de manera involuntaria el vómito. Además, la aspiración del contenido gástrico, puede traer consigo complicaciones cardíacas, neumotitis química o bacteriana, hemorragias en la piel o tejidos conjuntivos, así como callosidades en los dedos (Gleaves, 2000). Algunos medicamentos como el lpecac pueden llevar a la muerte repentina debido a cardiotoxicidad, cardiomiopatía y atrofia muscular-esquelética (Gleaves, 2000).

Hasta el momento, ya han sido discutidas las repercusiones que la ejecución de prácticas de control de peso tienen sobre el organismo, sin embargo, aún queda una interrogante ¿Cuáles son los factores asociados con la ejecución de éstas prácticas?

**CAPÍTULO II**

**VARIABLES ASOCIADAS A LA EJECUCIÓN DE  
PRÁCTICAS NOCIVAS PARA EL CONTROL DE PESO CORPORAL**

## Variables asociadas a la ejecución de prácticas nocivas de control de peso

### Variables personales

Durante la adolescencia, el involucramiento en prácticas nocivas de control de peso es diferencial entre hombres y mujeres. Graber et al. (1994) señalaron que las mujeres adolescentes cuando intentaron perder peso, suelen realizar dietas hipocalóricas, consumir laxantes e inducirse el vómito con mayor frecuencia que los hombres, quienes tienden a realizar prácticas más saludables para controlar su peso, como llevar a cabo alguna actividad física (Shiltz, 1997). Sin embargo, esto no significa que la utilización de prácticas nocivas para el control de peso sea exclusiva para las mujeres, la Institución para el estudio de la Anorexia Nerviosa y Trastornos Alimenticios Asociados informó que la realización de dietas hipocalóricas se presenta en una proporción de un hombre por diez mujeres (ANRED, 2000).

Attie & Brooks-Gunn (1989) encontraron que la ejecución de prácticas nocivas de control de peso tiene su inicio en la pubertad, debido a los cambios biológicos que presentan los adolescentes. Asimismo, reportó que los cambios psicosociales durante la adolescencia intermedia refuerzan estos comportamientos dañinos para el control de peso, eliminándose o progresando hacia el desarrollo de trastornos alimenticios en la adolescencia tardía (Attie & Brooks-Gunn, 1989).

La pubertad –adolescencia temprana– es un periodo de desarrollo que comienza a los 10 o 12 años en los hombres y a los 8 o 10 años en las mujeres con la primera menstruación –menarca– (Figgs, 1997; Graber et al., 1994). Algunos investigadores han propuesto como etapa de inicio en el involucramiento de prácticas nocivas para el control de peso, la pubertad, debido a la insatisfacción con la imagen corporal originada por el aumento acelerado en la masa corporal (Abraham & O'Dea, 2001; Grinder, 1997).

Durante la *adolescencia intermedia*, inicia a los 13 o 14 años en mujeres y 14 o 15 en hombres, con la habituación de los cambios de la etapa anterior. Entre los cambios físicos más característicos se encuentra la acumulación de grasa de manera permanente y distribuida en diferentes zonas del cuerpo, la cual alcanza hasta los once kilos en promedio (Craig, 1997). En las mujeres adolescentes, esta situación aumenta la probabilidad de realizar alguna práctica nociva para el control de peso, debido al inicio de relaciones de amistad o noviazgo más duraderas producen una exagerada preocupación por su imagen corporal (Story, Neumark-Sztainer & Sherwood, 1998; Gassler, 1997; Attie & Brooks-Gunn, 1989).

Finalmente, la *adolescencia tardía*, con inicio a los 17 años –en las mujeres– y a los 18 en los hombres, se caracteriza por la reestructuración cognitiva e ideológica, que lo inclina hacia la independencia paulatina de sus padres y compañeros (Darley, 1991). En esta etapa, se puede presentar el mantenimiento de prácticas nocivas de control de peso, incrementando la probabilidad de padecer algún trastorno alimenticio (Field, Camargo, Barr, Berkey, Lindsay & Gillman, 1999).

Actualmente, una variable que ha perdido el interés de los investigadores es el nivel socioeconómico. En un tiempo se consideró que la preocupación con el peso y la delgadez eran propias entre las clases medias y altas en la sociedad occidental, mostrando así una relación inversa entre clase social y peso corporal (Attie & Brooks-Gunn, 1989). No obstante, en un estudio realizado por Neumark-Stainer, Rock, Thornquist, Cheskin, Neuhoser & Barnett (2000), se encontró que las

prácticas de control de peso estuvieron consistente y positivamente asociadas con el nivel socioeconómico entre los adultos, pero no entre los adolescentes.

Otra condición asociada con la realización de prácticas nocivas en los adolescentes, es el sobrepeso. French et al. (1994) mencionaron que las mujeres con sobrepeso, realizan con mayor frecuencia prácticas nocivas para controlar su peso, debido a la idea de que cambios en la dieta y el ejercicio no son suficientes para llegar a los estándares que desean alcanzar.

La percepción de sobrepeso se relaciona con otros aspectos psicológicos, uno de ellos es la insatisfacción de la imagen corporal. La insatisfacción con las características físicas se refiere al desagrado de una persona con respecto a la representación de su cuerpo, a pesar de que su peso se encuentra dentro de los rangos esperados para su edad y complejión, situación que incrementa la probabilidad de los adolescentes de seguir dietas u otras prácticas extremistas para controlar el peso (Sherman et al., 1999).

Estudios realizados señalan que la mayoría de los adolescentes están insatisfechos con su imagen corporal, debido a los cambios en su complejión durante la pubertad (Craig, 1997). Estos cambios llevan al adolescente a iniciar esfuerzos repetidos en el control del peso corporal, disrumpiendo su imagen corporal y reforzando esfuerzos recurrentes para controlar el peso (Stice, 2002; Stice & Whitenton, 2002; Attie & Brooks-Gunn, 1989).

Asimismo, la insatisfacción con la imagen corporal fortalece estados afectivos negativos debido a que la apariencia es una dimensión evaluativa y comparativa tanto para las mujeres, como para los hombres, por ende, promueve la ejecución de dietas y otras prácticas extremistas como la inducción del vómito debido a la creencia que es una técnica efectiva para controlar el peso corporal (Stice et al., 2002).

Otros aspectos psicológicos relacionados con el sobrepeso y la insatisfacción con la imagen corporal son la presencia de síntomas psicológicos como la depresión y la ansiedad, debido a la disminución en atracción física, autoestima y dificultades sociales (incluso el aislamiento social), factores que incrementan la probabilidad del adolescente de iniciar la ejecución de prácticas para el control de peso (Wedding, 2001; Erikson, Robinson, Haydel & Killen, 2000; Marmitt, 1984).

Durante la adolescencia, es común que se presenten síntomas físicos muy importantes, entre ellos, la disminución general del apetito, deseo sexual y compañía; tristeza intensa, deseos de abandonar actividades, insomnio, fatiga, miedos incontrolables, irritación constante y ansiedad (Peterson, Maier & Seligman, 1993).

Estos síntomas —resultado de los numerosos cambios que presentan los adolescentes durante esta etapa— suelen presentarse ante cualquier cambio, produciendo una modificación en la percepción que los jóvenes tienen de su personalidad. Peterson et al. (1993) señalan que por estas razones, los adolescentes suelen informar ser negativos, esto es, con baja autoestima, obsesivos, deprimidos, ansiosos, vengativos, etc. En conjunto, la insatisfacción con la imagen corporal, la presencia de síntomas psicológicos y la percepción negativa de la imagen, incrementan la probabilidad del adolescente de involucrarse en prácticas nocivas de control de peso (Neumark-Sztainer & Hannan, 2000; Brown & Siegel, 1998).

### Variables del entorno

El interés de los investigadores por conocer las variables del entorno asociadas con la ejecución de prácticas nocivas de control de peso, se ha dirigido a conocer la influencia que los padres y los compañeros tienen sobre los adolescentes para la adopción de estos comportamientos dañinos. Los hallazgos obtenidos señalan que los padres ejercen un papel activo en el establecimiento de estos comportamientos (Feunekes, 1998). Esta asociación se debe a que la familia provee una mayor estructura y soporte durante este periodo de desarrollo, sobre todo en la pubertad, puesto que siguen pasando la mayor parte del tiempo en su casa, compartiendo hábitos, los cuales pueden fortalecerse o eliminarse como la adopción de dietas y la elección de alimentos (Kretchmer et al., 1997).

Otros investigadores como Letourneau (2000) señala que los adolescentes aprenden de sus padres diversas alternativas para controlar su peso corporal, sobre todo cuando los padres enfatizan en la importancia que tiene el peso corporal y cuando presionan a los adolescentes para que cuiden su imagen. Edmunds & Hill (1999) confirmaron el papel activo de los padres en los hábitos alimenticios de los niños al encontrar la realización continuada de ayuno y restricción de alimentos en su dieta al igual que en sus padres.

Además de la influencia que ejercen los modelos alimenticios de los padres, la supervisión durante los almuerzos es un factor relevante en el fortalecimiento de patrones alimenticios sanos en los que se incluyen un mayor consumo de frutas y verduras, menor ingesta de alimentos fritos, refrescos y otros alimentos con elevados niveles de grasa saturada. Desafortunadamente, el tiempo que comparten los padres con sus hijos durante las comidas es menor conforme aumenta la edad, por lo que disminuye la supervisión de los alimentos que consume (Gillman et al., 2000).

El soporte familiar es otro factor necesario para el desarrollo y reorganización de los patrones alimenticios adolescentes (Garnefski, 2000). Attie & Brooks-Gunn (1989) en un estudio realizado con mujeres adolescentes, observó que las relaciones familiares caracterizadas por el poco soporte de los padres hacia las hijas, pueden influir en la emergencia de problemas alimentarios en las niñas adolescentes.

Algunos investigadores como Kretchmer et al. (1997) y Garnefski (2000) han mencionado que los conflictos relacionados con las prácticas alimenticias, en gran parte se originan con la modificación de viejos hábitos alimenticios. Esta modificación se inicia cuando el adolescente aprende nuevas preferencias alimenticias al involucrarse con mayor frecuencia en actividades sociales con sus compañeros (Kretchmer et al., 1997).

Stice (2002) recalca que la presión social de los compañeros, fortalece la internalización del ideal delgado y la insatisfacción con la imagen corporal, lo cual coloca a los individuos en riesgo en la realización de dietas, afecto negativo y trastornos alimentarios. A pesar de la importancia que adquieren los amigos en la modificación de patrones alimenticios, existe poca evidencia empírica consistente que sustente esta relación (Paxton et al., 1999).

Una excepción es el estudio realizado por Paxton et al. (1999) en el cual encontraron que las relaciones entre amigos se caracterizan por similitudes en la percepción de imagen corporal, frecuencia de realización de prácticas nocivas de control de peso y restricción alimenticia. Otra

variable que se integró en el estudio fue el soporte que tuvieron los adolescentes de sus compañeros. Esta variable no se correlacionó con la imagen corporal, restricción de alimentos o el uso de prácticas nocivas para el control de peso corporal, contrario a lo esperado. Finalmente se concluyó que el involucramiento en prácticas extremistas para el control de peso por los amigos predice el nivel de utilización de comportamientos de los adolescentes (Paxton et al., 1999).

Ante la escasa investigación relacionada con la ejecución de las prácticas nocivas de control de peso en nuestro país y las altas repercusiones que estas prácticas tienen sobre el organismo, los objetivos de la presente investigación fueron conocer la frecuencia con que estudiantes de nuevo ingreso al bachillerato, realizan las prácticas nocivas de control de peso y saber cuántos de estos alumnos realizan más de un método para controlar su peso corporal. Examinar si existen diferencias en la realización de cada una de las prácticas en cuanto al género, edad, nivel socioeconómico e índice de masa corporal. Explorar la relación de las prácticas nocivas de control de peso con diversas variables personales y del entorno. Por último, conocer la influencia de estas variables en más de una práctica de riesgo y por dominios específicos.

### **CAPÍTULO III**

#### **MÉTODO**

## Participantes

Se trabajó con los datos de 3524 estudiantes que ingresaron a cinco planteles de nivel medio superior. Sus edades fluctuaron entre los 13 y 19 años de edad, siendo 15 años la edad más común en la población (61.8% de los casos). La muestra integró a 41.8% hombres y 58.2% mujeres. Por lo que respecta a su nivel socioeconómico, el 61.1% se auto-clasificó como nivel medio, 25.4% como alto y 13.5% restante como bajo.

## Instrumentos y procedimiento

Los datos presentados en este estudio fueron obtenidos de la base de datos "Rendimiento, Salud y Comportamiento Juvenil"® elaborada como una de las actividades de investigación del proyecto PAPIME DO303498 904-0. Esta base contiene los resultados de la aplicación del "Sistema de Evaluación Integral para Alumnos de Primer Ingreso" (Bouzas, Monroy, Tanamachi & Zúñiga, 2000), a una muestra de estudiantes de nuevo ingreso al bachillerato de la UNAM. Para el presente estudio se tomaron las siguientes 24 variables.

## Variables dependientes

Fueron categorizadas tipo dummy, donde "0" indica sin riesgo y "1" riesgo. Los puntos de corte se establecieron de acuerdo a la frecuencia con que realiza o no la práctica de control de peso.

Seguimiento de dietas hipocalóricas. Se clasificó en riesgo a aquellos alumnos que informaron realizar dietas hipocalóricas para controlar su peso corporal desde algunas veces hasta casi siempre.

Ayuno. Se clasificó en riesgo a los adolescentes que afirmaron ayunar desde algunas veces hasta casi siempre con el objetivo de controlar su peso corporal.

Consumo de laxantes/diuréticos. Se clasificó en riesgo a los adolescentes que informaron consumir laxantes/diuréticos desde algunas veces hasta casi siempre.

Consumo de anfetaminas. Se clasificó en riesgo a los adolescentes que afirmaron consumir anfetaminas desde algunas veces hasta casi siempre para controlar su peso corporal.

Inducción del vómito. Se clasificó en riesgo a los alumnos que informaron inducirse el vómito desde algunas veces hasta casi siempre como medida para controlar su peso corporal.

### Variables independientes

Las siguientes variables fueron clasificadas en tres categorías, de acuerdo a los siguientes parámetros:

1. Nivel socioeconómico. La percepción del nivel socioeconómico de los estudiantes, se clasificó en tres categorías bajo, medio y alto.
2. Edad. Se clasificó a los estudiantes en tres categorías de 13 a 14 años, de 15 a 16 años y de 17 a 19 años.
3. Índice de Masa Corporal (IMC). De acuerdo al peso y a la estatura informados por los estudiantes, se obtuvo el IMC con la siguiente fórmula (Kretchmer & Zimmerman, 1997):

$$\text{Índice de Masa Corporal} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$$

El índice de masa corporal resultante se clasificó en tres categorías: bajo peso, peso normal y sobrepeso, conforme a los índices normativos para población adolescente de acuerdo al sexo (Kretchmer et al, 1997). Ver tabla 1.

Tabla 1. Rangos de índice de masa corporal por sexo

Índice de Masa Corporal		
Clasificación	Hombres	Mujeres
Bajo peso	Menor a 20.799	Menor a 19.199
Normal	20.800 a 27.899	19.200 a 27.399
Sobrepeso	Mayor a 27.900	Mayor a 27.400

4. Insatisfacción de la imagen corporal. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo a la satisfacción con las características físicas. La primera categoría integró a los estudiantes que informaron estar poco o nada satisfechos, la segunda a los alumnos que informaron estar medianamente satisfechos y la tercera, a los alumnos que señalaron estar satisfechos con sus características físicas.
5. Síntomas psicológicos. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo a la frecuencia con que los adolescentes informaron presentar: insomnio, agotamiento, miedos incontrolables, irritación constante, tristeza intensa, somnolencia, ansiedad y deseos de dejar de hacer sus actividades, durante los últimos 6 meses. En la primera categoría de riesgo, se integró a los estudiantes presentaron casi siempre estos síntomas, en la segunda, a los alumnos que informaron presentarlos frecuentemente y, en la tercera categoría, a los que presentaron algunas veces estos síntomas.

6. Características negativas de la personalidad. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo a la descripción negativa de las características de la personalidad. En la primera categoría se integró a los estudiantes que se describieron negativamente, la segunda a los que suelen describirse regularmente de manera negativa y la tercera, a los alumnos que no se describieron con características negativas de la personalidad.
7. Supervisión familiar. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo a la supervisión que los adolescentes percibieron tener de sus padres. En la primera categoría integró a los estudiantes que informaron no contar con la supervisión de sus padres ni en su rendimiento académico, ni en actividades recreativas. En la segunda, a los alumnos que informaron contar algunas veces con supervisión de los padres y la tercera, a los alumnos que señalaron tener la supervisión de sus padres casi siempre.
8. Soporte familiar. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo al soporte que los adolescentes percibieron tener de sus padres. En la primera categoría integró a los estudiantes que informaron no contar con el soporte de sus padres para solucionar problemas, no recibir demostraciones de afecto, ni tener buena comunicación. En la segunda, a los alumnos que informaron contar algunas veces con este soporte de los padres y la tercera, a los alumnos que señalaron contar siempre con el soporte de sus padres.
9. Conflictos familiares. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo a los conflictos que los adolescentes percibieron tener con sus padres. En la primera categoría integró a los estudiantes que informaron tener una familia conflictiva, cuyas peleas son frecuentes, graves y afectan su relación familiar por varios días. En la segunda, a los alumnos que informaron tener algunas veces conflictos familiares y la tercera, a los alumnos con pocos conflictos familiares.
10. Modelos negativos de los padres. Se obtuvieron cuatro categorías de riesgo de acuerdo a la frecuencia con que los padres realizan dietas sin la supervisión de un especialista. En la primera categoría se integró a los estudiantes que informaron que sus padres casi siempre realizan dietas. En la segunda, a quienes sus padres realizan frecuentemente, en la tercera, a los alumnos que señalaron que sus padres realizan dietas algunas veces y en la cuarta categoría a los estudiantes cuyos padres nunca realizan dietas no recomendadas por un especialista.
11. Soporte compañeros. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo al soporte que los adolescentes percibieron tener de sus amigos. En la primera categoría se integró a los estudiantes que informaron no contar con el soporte de sus amigos más cercanos para solucionar problemas, no recibir demostraciones de afecto, ni tener buena comunicación. En la segunda, a los alumnos que informaron contar algunas veces con este soporte y la tercera, a los alumnos que señalaron contar siempre con el soporte de sus amigos.
12. Amigos. Se obtuvieron tres categorías de riesgo de acuerdo a la habilidad que informaron tener los adolescentes para hacer amigos. En la primera categoría se integró a los estudiantes que informaron no contar con la habilidad, en la segunda, a los alumnos que informaron contar algunas veces con esta habilidad y en la tercera, a los alumnos que señalaron contar siempre con esta habilidad.

13. Modelos negativos de los compañeros. Se obtuvieron cuatro categorías de riesgo de acuerdo a la frecuencia con que los amigos más cercanos realizan dietas sin la supervisión de un especialista. En la primera categoría se integró a los estudiantes que informaron que sus amigos casi siempre realizan dietas para bajar de peso. En la segunda, a quienes solo algunos de sus amigos realizan, en la tercera, a los alumnos que no saben si sus amigos realizan dietas, y en la cuarta categoría a los estudiantes cuyos amigos nunca realizan dietas.

### **Análisis de los datos**

Para los análisis de datos se utilizaron los paquetes estadísticos STATISTICA versión 5.5 ('99) y SPSS versión 10.0.

Para responder a la pregunta de investigación —¿cuáles son las prácticas nocivas de control de peso más frecuentes en una muestra de alumnos de nuevo ingreso al bachillerato y cuántos alumnos realizan más de una práctica nociva?—, se realizó un análisis descriptivo de la población. Este permitió conocer la frecuencia con que los adolescentes informaron realizar dietas hipocalóricas, ayuno, consumo de laxantes/diuréticos, anfetaminas e inducción del vómito con el objetivo de controlar su peso corporal.

Para responder a la pregunta de investigación —¿cuáles son los grupos por sexo, edad, nivel socioeconómico e índice de masa corporal que presentan mayor riesgo en la ejecución de prácticas nocivas de control de peso?—, se realizaron dos pruebas:

1. Chi cuadrada para conocer si existen diferencias significativas en la ejecución de cada una de las prácticas (dietas hipocalóricas, ayuno, consumo de laxantes/diuréticos, anfetaminas e inducción del vómito) entre hombres y mujeres.
2. Kruskal-Wallis para conocer si existen diferencias significativas en la ejecución de cada una de las prácticas nocivas de control de peso, con respecto a la edad, nivel socioeconómico e índice de masa corporal.

Para responder a la pregunta de investigación ¿cuáles son las variables personales y del entorno específicas a cada una de las prácticas nocivas de control de peso? Se realizó un análisis de regresión logística binomial el cual permite describir la relación que existe entre una variable dependiente de tipo dummy y una o más variables independientes (Hosmer & Lemeshow, 2000).

Las siguientes variables predictoras se incorporaron en bloque: sexo, edad, nivel socioeconómico, índice de masa corporal, satisfacción con las características físicas, presencia de síntomas psicológicos, características negativas de la personalidad, supervisión familiar, soporte familiar, conflictos familiares, modelos negativos de los padres, número de amigos, soporte de los amigos y modelos negativos de los amigos.

El nivel de significancia que se consideró adecuado para las pruebas de Chi cuadrada, Kruskal-Wallis y regresión logística binomial, fue de  $p \leq .01$  dado el tamaño de la muestra, conformada por 3529 estudiantes (Siegel & Castellan, 1998).

Con el objetivo de conocer la bondad de ajuste de cada modelo se obtuvo la prueba de Chi cuadrada, debido a que todas las variables independientes fueron categóricas. Los modelos se consideraron significativos cuando el nivel de  $p$  fue mayor o igual a .05 (Hosmer et al, 2000).

Finalmente, para responder a la pregunta ¿cuáles son las variables comunes a más de una práctica nociva? Se realizó un análisis comparativo de las variables significativas para cada una de las prácticas.

## **CAPÍTULO IV**

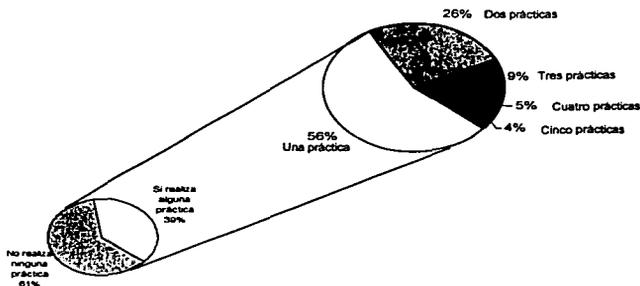
### **RESULTADOS**

## RESULTADOS

Conforme a la primera pregunta de investigación ¿cuáles son las prácticas nocivas de control de peso más frecuentes y cuántos alumnos realizan más de una práctica?, se obtuvo que el 28.51% de los alumnos utilizan el ayuno, 17.63% las dietas hipocalóricas, 10.91% el consumo de laxantes y/o diuréticos, el 6.18% se inducían el vómito y el 4.51% consumen anfetaminas como prácticas para controlar su peso corporal.

De los adolescentes que informaron realizar más de una práctica de control de peso se obtuvo que: el 56% realizó solamente una práctica de control de peso, el 26% dos prácticas, el 9% tres prácticas, el 5% cuatro prácticas y el 4% cinco prácticas. Ver gráfica 1.

Gráfica 1. Porcentaje de alumnos que realizan prácticas nocivas de control de peso



Para dar respuesta a la pregunta ¿cuáles son los grupos por sexo, edad, nivel socioeconómico e índice de masa corporal que presentan mayor riesgo en la ejecución de prácticas nocivas de control de peso?, se encontraron diferencias significativas en la realización de prácticas nocivas de acuerdo al género, encontrando que las mujeres realizan con mayor frecuencia dietas hipocalóricas [ $\chi^2=49.18$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ], ayuno [ $\chi^2=66.39$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ] e inducción del vómito [ $\chi^2=19.32$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$ ].

Asimismo, se encontraron diferencias significativas en la realización de prácticas nocivas de acuerdo al índice de masa corporal, encontrando que los adolescentes con sobrepeso realizaron con mayor frecuencia dietas hipocalóricas [ $H(2,3524)=35.53$ ;  $p=.000$ ], ayuno [ $H(2,3524)=31.14$ ;  $p=.000$ ] y consumo de anfetaminas [ $H(2,3524)=12.74366$ ;  $p=.001$ ]. Ver tabla 2.

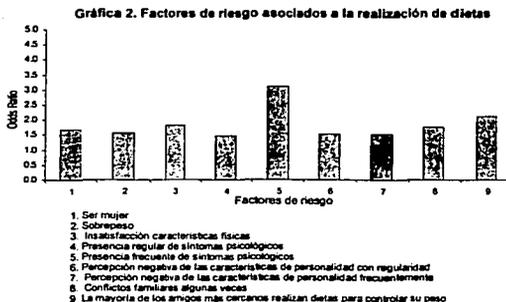
Tabla 2. Grupos con mayor vulnerabilidad en la realización de prácticas nocivas para el control de peso

Variables	Prácticas nocivas para el control de peso				
	Dietas hipocalóricas	Ayuno	Consumo de laxantes/diuréticos	Consumo de anfetaminas	Inducción del vómito
Sexo	Mujeres $\chi^2=49.18$ $df=1, p=.000^*$	Mujeres $\chi^2=66.39$ $df=1, p=.000^*$			Mujeres $\chi^2=19.32$ $df=1, p=.000^*$
Edad					
Índice de masa corporal	Sobrepeso $H(2,3524)=35.534$ $p=.000^*$	Sobrepeso $H(2,3524)=31.14$ $p=.000^*$			Sobrepeso $H(2,3524)=12.743$ $p=.001^*$
Nivel socioeconómico					

\*Significativas al  $p < .01$

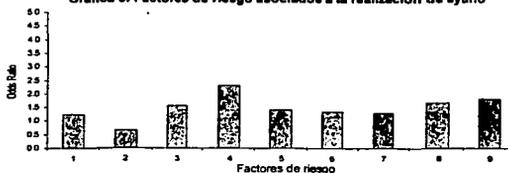
Para dar respuesta a la pregunta ¿qué variables se asocian con la realización de cada una de las prácticas nocivas de control de peso?, se llevaron a cabo diversos análisis de regresión logística para cada comportamiento.

El seguimiento de dietas hipocalóricas [ $\chi^2=2153.96$ ;  $p=.156$ ] incrementó con las siguientes proporciones de riesgo: 1.7 veces cuando se es mujer [OR=1.689], 1.6 veces en los adolescentes con sobrepeso [OR=1.566], 1.8 veces con insatisfacción con sus características físicas [OR=1.834], 1.5 veces cuando los adolescentes presentan regularmente síntomas psicológicos [OR=1.475] y 3 veces cuando los presentan casi siempre [OR=3.102], así como 1.5 veces al percibirse negativamente con regularidad [OR=1.541]. 1.5 veces cuando los jóvenes informaron presentar conflictos familiares algunas veces [OR=1.548], 1.7 veces cuando algunos [OR=1.762] y 2 veces cuando la mayoría [OR=2.132] de sus amigos realizan dietas para controlar su peso. Ver tabla 3 y gráfica 2.



La realización de ayuno [ $\chi^2=2140.51$ ;  $p=.1628$ ] incrementó con las siguientes proporciones de riesgo: 1.2 veces cuando los adolescentes pertenecen al sexo femenino [OR=1.255], .7 veces cuando su peso es normal [OR=.676], 1.6 veces cuando informan estar insatisfechos con sus características físicas [OR=1.567], 2.3 veces cuando presentan síntomas psicológicos frecuentemente [OR=2.312] y 1.4 veces cuando perciben sus características de personalidad como negativas regularmente [OR=1.402], 1.3 veces cuando presentan regularmente conflictos con sus padres [OR=1.368], 1.8 veces cuando la mayoría [OR=1.830] y 1.7 veces cuando algunos [OR=1.687] de sus amigos más cercanos realizan dietas constantes para bajar su peso. Asimismo, 1.3 veces cuando informaron no saber si sus compañeros siguen dietas [OR=1.268]. Ver tabla 3 y gráfica 3.

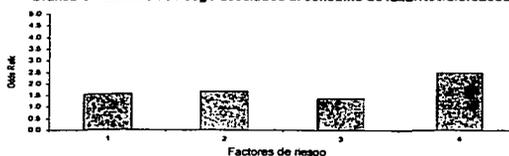
Gráfica 3. Factores de riesgo asociados a la realización de ayuno



1. Ser mujer
2. Sobrepeso
3. Insatisfacción características físicas
4. Presencia frecuente de síntomas psicológicos
5. Percepción negativa de las características de personalidad con regularidad
6. Conflictos familiares algunas veces
7. No sabe si sus amigos realizan dietas constantes
8. Algunos de sus amigos realizan dietas para controlar su peso
9. La mayoría de los amigos más cercanos realizan dietas para controlar su peso

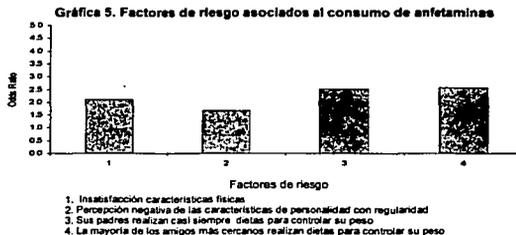
El riesgo de consumir laxantes/diuréticos [ $\chi^2=2177.30$ ;  $p=.1025$ ] incrementó 1.6 veces cuando los adolescentes informaron estar insatisfechos con sus características físicas [OR=1.557], 1.7 veces cuando presentan síntomas psicológicos regularmente [OR=1.677] y 1.4 veces cuando perciben con regularidad negativamente sus características de personalidad [OR=1.391]. Además, 2.5 veces cuando la mayoría de sus amigos más cercanos realizan dietas constantes para bajar de peso [OR=2.475]. Ver tabla 3 y gráfica 4.

Gráfica 4. Factores de riesgo asociados al consumo de laxantes/diuréticos

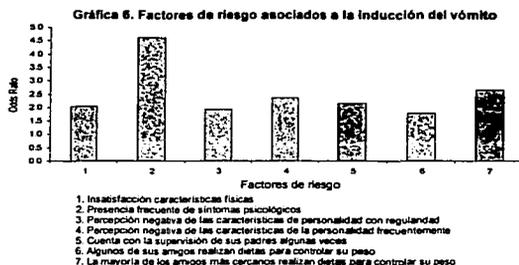


1. Insatisfacción características físicas
2. Presencia de síntomas psicológicos regularmente
3. Percepción negativa de las características de personalidad con regularidad
4. La mayoría de los amigos más cercanos realizan dietas para controlar su peso

El riesgo de consumir anfetaminas [ $\chi^2=2127.29$ ;  $p=.6728$ ] incrementó 2.1 veces cuando los adolescentes informaron estar insatisfechos con sus características físicas [OR=2.106] y 1.6 veces cuando percibieron negativamente sus características de personalidad algunas veces [OR=1.673], 2.5 veces cuando sus padres realizan dietas casi siempre [OR=2.517] para controlar su peso sin la supervisión de un especialista. Además, cuando la mayoría de sus amigos más cercanos realizan dietas constantes para bajar de peso [OR=3.580]. Ver tabla 3 y gráfica 5.



El riesgo de inducirse el vómito [ $\chi^2=2035.72$ ;  $p=.7763$ ] incrementó 2 veces con la insatisfacción de las características físicas [OR=2.041], 4.6 veces cuando los adolescentes presentan síntomas psicológicos casi siempre [OR=4.638], 2 veces cuando presentan con regularidad [OR=1.947] y totalmente [OR=2.364] una percepción negativa de su personalidad. Asimismo, 2.2 veces cuando cuentan algunas veces con la supervisión de sus padres [OR=2.177], 1.8 veces cuando algunos [OR= 1.798] y 2.6 veces cuando la mayoría [OR=2.652] de sus amigos hacen dietas constantes para bajar de peso. Ver tabla 3 y gráfica 6.



Para dar respuesta a la pregunta ¿cuáles son las variables comunes a más de una práctica nociva? Se encontró que la insatisfacción con las características físicas, la percepción negativa de la personalidad y la realización de dietas constantes por la mayoría de los amigos más cercanos, fueron comunes para todas las prácticas nocivas de control de peso (dietas hipocalóricas, ayuno, consumo de laxantes/diuréticos, anfetaminas e inducción del vómito).

Asimismo, se encontró que la presencia de síntomas psicológicos fue una variable común para tres prácticas nocivas: dietas hipocalóricas, ayuno e inducción del vómito. Las variables que fueron comunes a dos prácticas fueron pertenecer al sexo femenino, encontrarse fuera de los rangos esperados para el peso corporal, así como presentar conflictos familiares, en dietas hipocalóricas y ayuno. Ver tabla 3.

Tabla 3. Integración de las variables asociadas a cada una de las prácticas nocivas de control de peso.

VARIABLES	PRÁCTICAS NOCIVAS DE CONTROL DE PESO				
	Dietas hipocalóricas	Ayuno	Consumo de laxantes/diuréticos	Consumo de anfetaminas	Inducción vómito
Sexo	Femenino OR=1.691 p=000	Femenino OR=1.255 p=008			
Edad					
Nivel socioeconómico					
Índice de masa corporal	Sobrepeso OR=1.556 p=000	Normal OR= .675 p= 000			
Insatisfacción características físicas	Completamente OR=1.834 p= 000	Completamente OR=1.567 p= 000	Completamente OR=1.557 p= 003	Completamente OR=2.106 p= 000	Completamente OR=2.041 p= 000
Síntomas psicológicos	Algunas veces OR=1.475 p= 003 Casi siempre OR=3.102 p= 001	Casi siempre OR=2.312 p= 010	Algunas veces OR=1.667 p= 001		Casi siempre OR=4.638 p= 000
Percepción negativa de la personalidad	Regularmente OR=1.541 p= 000	Regularmente OR=1.402 p= 000	Regularmente OR=1.391 p= 008	Regularmente OR=1.673 p= 007	Regularmente OR=1.947 p= 000 Totalmente OR=2.364 p= 006
Supervisión familiar					Algunas veces OR=2.177 p= 009
Soporte familiar					
Conflictos familiares	Algunas veces OR=1.548 p= 000	Algunas veces OR=1.368 p= 003			
Padres realizan dietas				Casi siempre OR=2.517 p= 002	

VARIABLES	PRÁCTICAS NOCIVAS DE CONTROL DE PESO				
	Dietas hipocalóricas	Ayuno	Consumo de laxantes/diuréticos	Consumo de anfetaminas	Inducción vómito
Habilidad para hacer amigos					
Soporta de los amigos					
Amigos realizan dietas	Algunos OR=1.782 p=.000 La mayoría OR=2.132 p=.000	Algunos OR=1.587 p=.000 La mayoría OR=1.830 p=.000	La mayoría OR=2.475 p=.000	La mayoría OR=3.560 p=.000	Algunos OR=1.738 p=.001 La mayoría OR=2.652 p=.000

**CAPÍTULO 5:**

**DISCUSIÓN**

## DISCUSIÓN

Las prácticas nocivas de control de peso que se presentaron con mayor frecuencia en la población adolescente evaluada, fueron la realización del ayuno y el seguimiento de dietas hipocalóricas. Se considera que la elevada incidencia de estas prácticas en la población adolescente se debe a la concepción existente de que estas prácticas restrictivas permiten reducir el peso fácilmente, situación que motiva a los jóvenes a involucrarse en estos patrones normativos (Story et al., 1998).

En el presente estudio se obtuvieron resultados similares a los presentados por French et al. (1994), quienes señalaron que el consumo de laxantes/diuréticos y la inducción del vómito se realizaron con menor frecuencia que las prácticas restrictivas. Estos mismos autores señalan que los adolescentes se involucran en prácticas purgativas cuando no han alcanzado el peso deseado mediante el seguimiento de dietas y la restricción de alimentos.

El comportamiento que se presentó con menor frecuencia fue el consumo de anfetaminas. Estos datos fueron similares a los obtenidos por Story et al. (1998) quienes señalaron que el consumo de pastillas para quitar el hambre tiene una incidencia menor en comparación a la inducción del vómito. Algunos autores señalan que los jóvenes se involucran en esta práctica con el objetivo de mantenerse despiertos por periodos de tiempo más prolongados y con un estado de alerta que les permitan realizar actividades deportivas aún presentando cansancio (Val Gene Iven, 1998).

De la población evaluada que informó realizar algún comportamiento para controlar su peso, se encontró que una proporción importante de los adolescentes combinan dos o más prácticas como la realización de ayuno con dietas hipocalóricas, o alguna práctica restrictiva con prácticas purgativas, situación que es aún más preocupante, puesto que incrementa la probabilidad de que estos jóvenes desarrollen algún trastorno alimenticio grave como la bulimia (Brewerton et al., 2000; Bulik et al., 1997).

La combinación de diversos métodos para controlar el peso muestra la existencia de escalamiento entre los diferentes comportamientos, el cual inicia con las prácticas restrictivas y continúa con las prácticas purgativas, patrones conductuales que se caracterizan no sólo por presentarse con menor frecuencia, sino también por producir mayor daño en el organismo (French et al., 1994).

Se identificaron dos grupos de alto riesgo en la realización de prácticas nocivas para el control de peso: las mujeres adolescentes y los jóvenes con sobrepeso. Los análisis estadísticos mostraron que las mujeres realizan con mayor frecuencia dietas hipocalóricas y ayuno que los hombres. Estos datos confirman los resultados obtenidos por Story (2002) quien señala que la restricción de alimentos como método para bajar de peso, es un hábito común entre las mujeres adolescentes. Asimismo, se obtuvo que los adolescentes con sobrepeso realizaron con mayor frecuencia dietas hipocalóricas y ayuno. Algunos investigadores como Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántar & Hernández (2000), señalaron que los adolescentes con índices de masa corporal elevados, tienen mayor probabilidad de modificar su régimen alimenticio continuamente a través de la restricción de alimentos.

Los datos obtenidos en este estudio no mostraron diferencias por género en el consumo de anfetaminas y la inducción del vómito. Algunos investigadores como Unikel et al. (2000), Wardle, Steptoe, Bellisle, Davou, Reschke, Lappalainen & Fredrikson (1997) y French et al. (1994)

informaron que las mujeres realizan con mayor frecuencia estas prácticas extremistas de control de peso, con el objetivo de bajar drásticamente de peso.

Contrario a lo esperado, no se encontraron diferencias en el consumo de laxantes/diuréticos, anfetaminas y la inducción del vómito entre los adolescentes con sobrepeso. Field et al. (1999), mencionaron que los adolescentes con sobrepeso consumen laxantes, diuréticos, anfetaminas y se inducen el vómito con mayor frecuencia que los jóvenes con peso normal, como métodos de control de peso.

Al igual que los resultados obtenidos por Unikel et al. (2000), no se encontraron diferencias por género en el consumo de laxantes/diuréticos. Estos hallazgos muestran que la realización de prácticas extremistas se lleva a cabo por igual entre las mujeres y los hombres, contrario a lo señalado por diversos autores quienes muestran que los adolescentes del sexo femenino, realizan mayores intentos por mantener o adquirir una figura delgada mediante el consumo de estos dos medicamentos, debido a la presión que obtienen del entorno.

A diferencia de los resultados obtenidos por Attie & Brooks-Gunn (1989), no se obtuvieron diferencias en la realización de alguna práctica nociva de control de peso en cuanto a la edad y el nivel socioeconómico. Dichos autores mencionaron que existe una relación positiva entre estas variables, es decir, a mayor edad y mayor nivel socioeconómico, mayor realización de prácticas nocivas de control de peso. Los autores señalan que estos intentos por bajar de peso se deben a que los adolescentes con 18 años o más y que pertenecen a sectores sociales más altos, tienden a preocuparse más por la imagen corporal y por el peso que aquellos jóvenes que se encuentran en la pubertad y que pertenecen a sectores socioeconómicos más bajos. Esto significa que la presión social que se ejerce sobre los adolescentes para que adquieran o mantengan una figura esbelta, tiene efectos importantes en los jóvenes de todos los niveles socioeconómicos y todas las edades.

Las variables personales y del entorno que se asociaron a la realización de prácticas nocivas para el control de peso corporal, fueron diferentes para cada práctica.

La realización de dietas hipocalóricas aumentó ante la presencia de cinco variables personales y dos del entorno. La proporción de riesgo fue mayor cuando se es mujer, se presenta sobrepeso, existe insatisfacción con la imagen corporal, se presentan síntomas psicológicos y cuando se perciben negativamente. Esto significa que las dietas hipocalóricas se realizan con mayor frecuencia por las mujeres con sobrepeso, cuando presentan insatisfacción con su imagen corporal, con sus características de personalidad y presentan síntomas psicológicos como la ansiedad, la depresión y la tristeza.

Como puede observarse, todas las variables psicológicas influyeron en la realización de dietas. Stice et al. (2000) señalaron que los estándares de belleza actuales producen insatisfacción con la imagen corporal, de igual manera influyen en el incremento de síntomas psicológicos como la tristeza y la ansiedad, derivado de las ideas que existen alrededor de la obesidad, las cuales conllevan a una modificación en la percepción de sus características de personalidad.

Sin embargo, no aumentó la proporción de riesgo en la realización de esta práctica restrictiva en los jóvenes de 13 a 15 años con bajo peso como se esperaba en: los adolescentes que se enfrentan a

cambios físicos muy importantes como el aumento repentino de la estatura y el peso (Swarr & Richards, 1996).

Con respecto a las variables del entorno, se encontró que la proporción de riesgo aumentó cuando los jóvenes informaron tener conflictos con sus padres y cuando sus amigos más cercanos hacen dietas constantes para controlar su peso. Estos resultados sugieren que los conflictos con los padres y el modelamiento por parte de los amigos ejercen una mayor influencia en los adolescentes para el establecimiento de hábitos alimenticios no saludables, como lo señalan Kretchmer & Zimmerman (1997).

Las variables que tuvieron una mayor contribución en el modelo de regresión logística fueron la presentación de síntomas psicológicos y la realización de dietas por parte de los amigos. En cambio, la variable que ejerció menor influencia en la realización de dietas hipocalóricas fue contar con sobrepeso. Estos resultados implican que la asociación entre tener un índice de masa corporal por encima de los rangos esperados para el sexo y la edad, puede llevar a los adolescentes a mantenerse en ciclos continuos de pérdida y recuperación del peso, lo que puede ocasionar los famosos rebotes, incrementando la probabilidad de que los adolescentes ante la ganancia de peso se involucren en otras prácticas de control de peso (Holway, 2002).

La supervisión y el soporte de los padres, así como el apoyo y la habilidad para hacer amigos fueron variables del entorno que no fueron significativas para la realización de dietas. Los datos obtenidos, no fueron los mismos que los mostrados por Kretchmer & Zimmerman (1997) quienes señalaron que la supervisión y el apoyo de los padres permiten a los adolescentes mantener comportamientos más saludables encaminados al control de peso. Considerando estos datos obtenidos por la literatura, es preciso contemplar una línea de investigación: ¿la supervisión y el soporte de los padres se encuentran asociados con la realización de dietas saludables y de ejercicio?

Con relación a las variables de los amigos, los datos fueron consistentes a los resultados obtenidos por Paxton et al. (1999) quienes señalaron que el modelamiento de técnicas para el control de peso por parte de los amigos, tiene mayor influencia que el soporte emocional que brinden a sus amigos adolescentes y el número de amigos que tengan los jóvenes.

El ayuno como práctica de control de peso se asoció con la presencia de cuatro variables personales y dos del entorno. Las proporciones de riesgo incrementaron cuando se es mujer, cuando presentaron peso normal, se encontraron insatisfechos con sus características físicas, se presentaron síntomas psicológicos y cuando mantenían una percepción negativa de su personalidad regularmente.

Estos datos son consistentes a los obtenidos por French et al. (1994) quienes señalaron que el ayuno es una práctica común entre las mujeres adolescentes con índices de masa corporal dentro de lo normal quieren bajar de peso. Estos resultados indican que no solo el joven con índice de masa corporal elevado se siente presionado por adquirir una figura delgada, sino también los adolescentes con peso dentro de lo normal, quienes tienden a realizar el ayuno como método para el control de peso. Esta presión se manifiesta ante la insatisfacción de la imagen corporal, la presencia de síntomas psicológicos y la percepción negativa de su personalidad (Stice, 2002).

Con respecto a las variables del entorno asociadas a la realización de ayuno, se encontró un aumento en la proporción de riesgo cuando los adolescentes informaron tener conflictos con sus padres regularmente y cuando sus amigos más cercanos realizaron dietas constantes para bajar su peso.

Es preciso resaltar estos hallazgos, los cuales señalan que la proporción de riesgo fue mayor cuando los adolescentes tienen conflictos con sus padres de manera regular, sin embargo, contrario a lo esperado, no aumentan con la frecuencia de los problemas familiares. La literatura existente señala que cuando los hábitos alimenticios son motivo de discusión entre padres e hijos, los jóvenes tienden a dejar de comer o se restringen de algunos alimentos, por el tiempo en que se presentan los conflictos, esto ante una forma de mantener el control sobre la situación problemática (Wonderlich & Swift, 1990).

Además, conforme aumentó la cantidad de amigos más cercanos que hacen dietas para bajar de peso, incrementó la probabilidad de realizar alguna de estas prácticas restrictivas —las dietas hipocalóricas y el ayuno—. Estos resultados muestran que acorde a lo esperado, los compañeros modelan a los adolescentes gradualmente la realización de patrones conductuales encaminados a la pérdida de peso (Faxon et al., 1999).

Considerando los modelos de regresión logística para las dietas hipocalóricas y el ayuno, se puede observar que las variables fueron las mismas que se obtuvieron como significativas en el seguimiento de las dietas, lo que nos indica que tanto las dietas como el ayuno, son influidos de la misma forma por las variables personales y del entorno, enfatizando con la presencia de síntomas psicológicos y el modelamiento de las prácticas por parte de los amigos.

Estos resultados muestran que los adolescentes tienden a seguir regímenes alimenticios más severos ante situaciones personales y del entorno: cuando se encuentran en estados emocionales como la tristeza, depresión y ansiedad, los cuales no implican que los realicen con la intención de bajar de peso, sino como producto del desgano que caracterizan a estas emociones. Además, cuando reciben modelamiento por parte de sus amigos más cercanos con respecto a los diferentes métodos para controlar el peso

La variable que ejerció menor influencia en la realización del ayuno, fue el índice de masa corporal, esto significa que el mantenerse con peso normal incrementa en una pequeña proporción el riesgo de los adolescentes por ayunar como método de control de peso. Al igual a los resultados de French et al. (1994), se obtuvo que los adolescentes con peso normal tienden a realizar el ayuno como método para controlar su peso, a diferencia de los adolescentes con sobrepeso quienes con mayor frecuencia siguen dietas hipocalóricas.

Por otra parte, la edad fue una variable personal que se esperaba actuara como factor de riesgo en la realización de dietas hipocalóricas y ayuno, sin embargo, no se integró en el modelo como una variable significativa. Estos datos fueron obtenidos por Kretchmer et al (1997) quienes encontraron que los adolescentes de 13 a 14 años realizaron con mayor frecuencia estas prácticas, debido al tiempo que dedican fuera de casa y a la influencia que ejercen sus compañeros en nuevos hábitos alimenticios.

Otras de las variables que no adquirieron significancia estadística en las dietas hipocalóricas y el ayuno, fueron el seguimiento de dietas por parte de los padres, la supervisión y el soporte de los padres y amigos, así como la habilidad que tienen jóvenes para hacer amigos.

Abramovitz (2000) señala que la familia es fundamental en la promoción de hábitos alimenticios tanto saludables como nocivos, esto debido a las ideas, percepciones y al aprendizaje de diversos métodos de control de peso transmitidos de padres e hijos. Esta variable denominada modelamiento por parte de los padres, no fue significativa en la realización de las dietas y el ayuno, contrario a los datos obtenidos por Kretchmer et al (1997), quienes señalaron que los padres influyen en el seguimiento de estrictos regímenes alimenticios que les permitan alcanzar una figura delgada.

Por otra parte, los datos obtenidos son consistentes a los estudios de Paxton et al. (1999) quienes señalaron que el apoyo brindado por los amigos y el número de amigos que tienen los adolescentes no aumentan la probabilidad de realizar dietas hipocalóricas.

El efecto obtenido en estas variables familiares, posiblemente se haya mitigado ante la incorporación al modelo de los factores relacionados con los compañeros. Grínder (1997) señala que el grupo de compañeros adquiere mayor importancia para los adolescentes, por lo que puede mitigar el efecto de la familia en el mantenimiento de hábitos alimenticios saludables.

El riesgo de consumir laxantes/diuréticos aumentó con la presencia de tres variables psicológicas y una del entorno: la insatisfacción con la imagen corporal, la presencia de síntomas psicológicos, la percepción negativa de su personalidad y cuando la mayoría de sus amigos realizan dietas constantes para bajar de peso.

Como podemos observar, las variables personales más significativas fueron las de tipo psicológico. Estos resultados nos indican que la insatisfacción con la imagen corporal se asocia con la presentación de síntomas psicológicos como la ansiedad y la angustia, estados emocionales que pueden estar asociados a periodos de ingesta excesiva de comida, los cuales pueden ser contrarrestados con el consumo de laxantes/diuréticos con el objetivo de mantener el peso (Sherman & Thompson, 1999).

Esta situación coloca al adolescente en una situación de mayor riesgo para el abuso de estos medicamentos, sobre todo debido al efecto que traen consigo estos medicamentos de rebote, en los cuales el organismo conserva mayores líquidos, produciendo una sensación de abotargamiento, motivando al adolescente a consumir laxantes/diuréticos con el fin de reducir la hinchazón (Sherman & Thompson, 1999).

Las oscilaciones entre los síntomas psicológicos, pueden llevar al adolescente a mantener una imagen negativa de sus características de personalidad, es decir, a percibirse como deprimidas o ansiosas la mayor parte del tiempo, como lo indican Peterson et al. (1993). Esta percepción negativa, se acompaña de la insatisfacción con la imagen corporal, precursor importante en la realización de prácticas extremistas de control de peso.

Asimismo, el modelamiento que obtuvieron los adolescentes con la realización de las dietas, fue la variable que ejerció mayor influencia en el consumo de laxantes/diuréticos. Estos datos fueron los

esperados conforme a Paxton et al. (1999) quienes señalaron que los amigos transmiten mediante conversaciones diferentes ideas a los jóvenes de cómo bajar de peso.

La variable que por el contrario, tuvo una menor contribución con el consumo de laxantes/diuréticos, fue la percepción negativa de la personalidad. Estos resultados indican que la utilización de estos medicamentos se asocia con la presencia de síntomas más objetivos y a la insatisfacción de la imagen, situación que facilita la detección de los adolescentes que tienen mayor riesgo de seguir este método como práctica para controlar su peso.

Entre las variables que no fueron significativas en el consumo de laxantes/diuréticos, se encontraron las personales y familiares, así como la habilidad para hacer amigos y el soporte obtenido por los compañeros.

Entre los resultados obtenidos, se esperaba que las mujeres consumieran con mayor frecuencia laxantes/diuréticos como técnica de control de peso, debido a la presión que tienen por mantenerse delgadas (Field et al., 1999). Esto significa que tanto los hombres como las mujeres adolescentes realizan con la misma frecuencia esta práctica purgativa para controlar su peso. Asimismo, se esperaba que los adolescentes de 17 a 19 años, con sobrepeso se inclinaran con mayor frecuencia a consumir laxantes/diuréticos, debido a que tienen una mayor presión del entorno por mantener una figura delgada que le permita enfrentarse a las nuevas demandas sociales y escolares ().

Con respecto a las variables familiares, no se encontró alguna variable significativa en la influencia en el consumo de laxantes/diuréticos. Estos resultados no fueron los esperados. García (2001) señaló que los adolescentes que carecen de supervisión de los padres en los métodos para bajar de peso, consumen diversas sustancias que les quitan el hambre. De igual manera se esperaba que los conflictos familiares y el modelamiento de los padres desencadenaran el involucramiento en esta práctica, como una medida exagerada por mantener el control de una situación conflictiva y ante la disponibilidad de estos medicamentos dentro del hogar (Story et al., 2000).

El riesgo de consumir anfetaminas aumentó con la presencia de dos variables personales y dos variables del entorno: cuando los adolescentes se percibieron insatisfechos con sus características físicas, cuando se percibieron con regularidad negativamente, cuando sus padres realizaron dietas para controlar su peso y cuando la mayoría de sus amigos más cercanos hacen dietas constantes para bajar su peso.

Los resultados de este modelo, indican que las variables relacionadas con la auto-percepción, tuvieron mayor relevancia. Este resultado es similar a los datos obtenidos por Field et al. (1999) quienes señalaron que esta práctica se realiza con mayor frecuencia entre los adolescentes que se perciben negativamente conforme a su personalidad y a su imagen corporal.

Este modelo a diferencia de los anteriores, no muestra una relación entre los síntomas psicológicos y la percepción negativa de las características de la personalidad, es decir, que la percepción que el adolescente tenga de sí discrepa con los síntomas psicológicos que se presenten. Estos datos no muestran la relación directa que señalaron Stice et al. (2002) entre la presentación de síntomas psicológicos y la percepción negativa de los adolescentes. Estos hallazgos son muy importantes porque permite suponer la existencia de otros procesos cognitivos que intervienen en la percepción que los adolescentes tienen de sí, aunque es preciso señalar que son similares los procesos cuando

se habla de la insatisfacción con la imagen corporal y la percepción negativa con las características de personalidad.

Entre las variables del entorno que tuvieron una mayor asociación con el consumo de anfetaminas, se encontró el modelamiento tanto de los padres como de los amigos. Estos datos implican que el adolescente aprende a consumir estos medicamentos altamente adictivos debido a los patrones conductuales transmitidos por el entorno. Considerando que los padres se preocupan por su propia imagen, los adolescentes aprenden a preocuparse por su imagen, no solo a realizar prácticas, sino también aprenden a sentirse insatisfechos con sus características físicas debido a la presión que los padres ponen no sólo en sí mismos, sino en sus hijos (Abrahamson, 2000).

Asimismo los datos obtenidos muestran que los adolescentes tienen que lidiar no sólo con la presión que tienen de sus padres, sino también con la de sus compañeros, variable que fue la más significativa dentro del modelo. Estos resultados muestran que no sólo el modelamiento de los padres es importante, sino que los modelos de los amigos adquieren mayor importancia en el momento en que los adolescentes inician su involucramiento en el consumo de anfetaminas.

Cabe resaltar que entre las variables del entorno que se encontraron asociadas al consumo de anfetaminas, fueron los modelos obtenidos por los padres y los amigos en el seguimiento de dietas para bajar de peso sin la supervisión de un especialista. Estos hallazgos son importantes, debido a que muestran que los adolescentes obtienen influencia de ambos grupos del entorno para el consumo de estas sustancias altamente adictivas. Story et al. (1998) mencionaron que el consumo de anfetaminas es más frecuente en los adolescentes cuyos padres realizan prácticas para el control de su peso sin la supervisión de un especialista. Además, estos autores mencionaron que los adolescentes conocen y disponen estos medicamentos dentro su hogar.

La variable que se presentó con menor relevancia dentro del modelo fue la percepción negativa de las características de la personalidad, esto significa que dicha variable es poco estable en el consumo de anfetaminas entre la población adolescente, debido a que es arbitraria y no tiene un referente objetivo, por ello es importante considerar estos hallazgos para explicar cuáles son los procesos que intervienen en la discrepancia de estas cogniciones.

Entre las variables que no fueron significativas en el modelo, se encontraron las variables personales, los conflictos, el soporte emocional, la supervisión familiar así como el soporte emocional y la habilidad para hacer amigos.

Estos datos son contrarios a los obtenidos por Field et al. (1999) quienes señalan que la realización de esta práctica es más frecuente entre las mujeres que en los hombres, que tienen una edad de 18 años o más. De acuerdo a Field et al. (1999), los jóvenes consumieron anfetaminas con el objetivo de quitar el apetito, con el objetivo de reducir la ingesta de alimentos y perder peso, el cual en estos adolescentes presenta una mayor acumulación de grasa para las mujeres y para los hombres de músculo, por lo que se considera que las mujeres realizan más frecuentemente el consumo de sustancias. Sin embargo, los datos muestran que los hombres y mujeres, de cualquier edad y peso, presentan por igual el consumo de anfetaminas como método de control de peso.

Contrario a lo mencionado por Story et al. (1998) no ejerció influencia significativa los conflictos con los padres ni la supervisión ni el soporte, esto indica que el consumo de estos medicamentos es

independiente del apoyo y la supervisión que los padres brindan a sus hijos, lo cual aumenta la importancia de las características personales.

A diferencia del consumo de anfetaminas, el riesgo de inducirse el vómito aumentó con la presencia de tres variables personales y dos variables del entorno: cuando se presenta insatisfacción con las características físicas, síntomas psicológicos, descripción negativa de la personalidad. Cuando cuentan algunas veces con la supervisión de los padres y cuando sus algunos amigos cercanos realizan dietas como método para bajar su peso.

En contraste con los resultados obtenidos por French et al. (1994), no se mostraron diferencias significativas en la inducción del vómito conforme al género. Este autor señala también que la insatisfacción con las características físicas es un detonador importante para la realización de esta práctica, variable psicológica que sí se encontró significativa en este estudio.

Esta práctica también se ha relacionado con ciertos síntomas psicológicos. Los estudios de Stice et al. (2000) muestran que la inestabilidad emocional que caracteriza a los adolescentes en esta etapa de desarrollo, los involucra con conductas de mayor riesgo, entre ellas la inducción del vómito.

De las variables del entorno que se incorporaron en el modelo de la inducción del vómito, se encontró que la realización de dietas por parte de los amigos actúa como factor de riesgo. Estos hallazgos son consistentes con Bauman & Ennet (1994) señalaron que este comportamiento purgativo es aprendido a través del modelamiento de los compañeros, quienes a través de pláticas sugieren diversas técnicas que les permitan disminuir su peso.

Ente las variables que no tuvieron un peso significativo en la inducción del vómito y que se esperaba fueran significativas, se encontró la edad. Algunos autores como Cuffman & Steinberg (1996) señalaron que es más frecuente el uso de esta práctica entre los adolescentes que tienen una edad aproximada de 18 años. Los resultados obtenidos de esta investigación señalan que los adolescentes realizan esta práctica a cualquier edad.

A diferencia de los hallazgos obtenidos por diversos investigadores, el consumo de laxantes/diuréticos, anfetaminas y la inducción del vómito no presentaron alguna asociación significativa con las cuatro variables personales y cuatro del entorno: el sexo, la edad, el índice de masa corporal, el nivel socioeconómico, el soporte y los conflictos familiares, así como la habilidad para hacer amigos y el soporte recibido por los amigos.

De acuerdo a Story (1998), estos tres comportamientos —también denominados prácticas extremistas para el control de peso (French et al., 1994)—, fueron más frecuentes entre las mujeres adolescentes que alcanzan los 18 años de edad. Esto se debe a que las jóvenes a esta edad, han adquirido mayor conocimiento de los diversos métodos que permiten bajar de peso (Abramovitz, 2000).

Asimismo se esperaba que el índice de masa corporal, estuviera relacionada con la realización de estas prácticas extremistas. Algunos autores French et al. (1994) señalaron que los adolescentes con sobrepeso tienden a involucrarse en prácticas más extremistas de control de peso, sobre todo, después de realizar varios intentos fallidos para bajar su peso, mediante dietas hipocalóricas o la restricción de alimentos.

Por su parte Garnefski (2000) señaló que las familias de los adolescentes que realizan prácticas más extremistas de control de peso, se caracterizan por ser conflictivas, argumentando que los adolescentes tienden a realizar prácticas extremistas de control de peso, con el objetivo de demostrar control ante los padres.

Las variables que se encontraron asociadas con todas las prácticas nocivas de control de peso, fueron la insatisfacción con las características físicas, la auto-percepción negativa de la personalidad y la realización de dietas por parte de sus amigos.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Stice (2002), quien señaló que la insatisfacción con la imagen corporal es un detonante para el involucramiento en métodos que les permitan a los adolescentes obtener la imagen deseada, esto indica que los esfuerzos de los jóvenes para bajar de peso, son múltiples situación que incrementa el riesgo para el desarrollo de trastornos alimenticios.

La percepción negativa de la personalidad, es decir, percibirse como deprimido, angustiado, etc. denota cómo se percibe el adolescente, lo cual si lo hace negativamente lo lleva a una mayor ejecución de prácticas nocivas de control de peso. Esta asociación no ha sido claramente estudiada, por lo que es importante incrementar las líneas de investigación que nos permitan conocer cómo la percepción negativa de su personalidad, incrementa el riesgo de realizar prácticas nocivas de control de peso. Posiblemente, esta variable se encuentra determinada por los mismos procesos que la insatisfacción de la imagen corporal, sin embargo los estudios no son contundentes.

La realización de dietas por parte de los amigos fue la única variable del entorno asociada con todas las prácticas de control de peso, esto significa que los adolescentes obtienen mayor influencia de sus compañeros que de sus padres en el seguimiento de diversos métodos para controlar su peso. Estos hallazgos son similares a los resultados obtenidos en investigaciones relacionadas con el consumo de sustancias adictivas como el alcohol y la marihuana, donde el grupo de compañeros es fundamental para el involucramiento de los adolescentes en estas conductas de mayor riesgo (Ennet & Bauman, 1994).

La presencia de síntomas psicológicos, se relacionó con dos prácticas restrictivas y una práctica purgativa: el seguimiento de dietas, el consumo de laxantes/diuréticos y la inducción del vómito. Algunos autores Williams, Surwit, Babyak & McCaskill (1998) señalaron que estos síntomas psicológicos pueden llevar a periodos de depresión y de ansiedad, los cuales se caracterizan por la pérdida del apetito –y por ende, el consumo limitado de alimentos (dieta hipocalórica y/o ayuno)—, así como periodos de ingesta excesiva –seguidos frecuentemente por prácticas purgativas (el consumo de laxantes/diuréticos y la inducción del vómito).

Además, se esperaba que los síntomas psicológicos se relacionaran con el consumo de anfetaminas, sin embargo, los resultados no mostraron alguna asociación entre estas variables. Este desacuerdo posiblemente se debe a que el uso de estos medicamentos mitigan los síntomas de depresión y mantienen al adolescente en un periodo continuo de actividad, lo cual reduce la cantidad de síntomas informados y los coloca en una situación sin riesgo.

El sexo y los modelos negativos de los compañeros fueron las dos variables que se presentaron en tres prácticas nocivas de control de peso: las dietas hipocalóricas, el ayuno y la inducción del vómito.

La realización de estas prácticas fue mayor entre las mujeres que entre los hombres. Algunos autores Benedikt (1998) señaló que las mujeres tienden a esforzarse más que los hombres por ser delgadas, derivado de la presión que ejercen sobre ellas comentarios enfatizando en la importancia de tener un cuerpo delgado por parte de los padres y de los amigos.

Sin embargo, es preciso resaltar que no se encontraron diferencias por sexo, en el consumo de sustancias como los laxantes/diuréticos y anfetaminas con el objetivo de bajar de peso. Esto significa que tanto las mujeres como los hombres, realizan con la misma frecuencia estas prácticas de control de peso, confirmando parcialmente los resultados obtenidos por Unikel et al (2000), quienes obtuvieron que no existen diferencias por género en el consumo de laxantes y diuréticos. Sin embargo, también encontraron (al igual que Field et al., 1999) que las mujeres ingieren con mayor frecuencia anfetaminas con el objetivo de disminuir el apetito y limitar su consumo de alimentos.

Los resultados muestran que los compañeros juegan un papel importante en la realización de todas las prácticas para el control de peso. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Kretchmer & Zimmerman (1997) quienes señalaron que la adquisición de estos hábitos se inicia cuando pasan la mayor parte del tiempo con sus compañeros.

El índice de masa corporal se encontró asociado con dos prácticas restrictivas. Esto significa que los adolescentes que se encuentran en sobrepeso tienden a seguir dietas hipocalóricas y el ayuno como métodos de control de peso (Klesges, 1989). Este autor plantea que los jóvenes cuando se encuentran pasados de peso, siguen regímenes que se caracterizan por una restricción notable de alimentos sin la supervisión de un especialista ni contemplando las necesidades nutricionales en cuanto a la actividad y a la constitución física, lo cual mantiene al adolescente con hambre constante y propicia periodos de ingesta excesiva de alimentos, los cuales pueden ser seguidos de prácticas purgativas cuando el adolescente pretende neutralizar la ganancia de peso corporal.

El modelamiento negativo de los padres sólo obtuvo mayor significancia en el consumo de anfetaminas. Esto posiblemente se deba a que los adolescentes conocen y tienen a su disposición este medicamento por sus padres, quienes pueden emplearlo en el tratamiento de diversas enfermedades, incluso la obesidad (NIDA, 2002).

Entre las variables personales que carecieron de significancia estadística se encontraron la edad, el nivel socioeconómico y el plantel. La supervisión, el soporte y los conflictos familiares así como el soporte y el número de amigos, fueron las variables del entorno que no se asociaron a la realización de alguna práctica nociva de control de peso.

Algunos autores señalan que la poca relevancia de las variables del entorno en esta etapa del desarrollo, se debe a que los padres dejan de ejercer cierto control sobre los adolescentes, quienes pasan la mayor parte del día fuera de casa y comparten este tiempo con sus amigos. Aunque estas variables se han considerado importantes en otras conductas de riesgo como el consumo de alcohol y drogas, las variables personales ejercen mayor influencia sobre las prácticas nocivas de control de peso.

Las variables personales que no difirieron en la ejecución de prácticas nocivas de control de peso, fueron las siguientes:

Edad. La literatura existente señala que la realización de prácticas de control de peso se modifica conforme incrementa la edad del adolescente (Swarr & Richards, 1996). Sin embargo, los datos obtenidos no muestran diferencias entre las tres fases de desarrollo de la adolescencia. Esta carencia es característica de los estudios transversales, los cuales no permiten conocer los cambios conductuales que se dan a lo largo del tiempo ya que impiden contrastar las mediciones de los adolescentes a diferentes edades (Campbell, ).

Nivel socioeconómico. Se consideró la percepción que tienen los adolescentes de su situación económica. El auto-informe del nivel socioeconómico aunque se ha considerado confiable, no es consistente a lo largo del tiempo, por lo que se sugiere que en próximas investigaciones se consideren indicadores socioeconómicos más objetivos que permitan conocer objetivamente la situación económica de los adolescentes.

Índice de masa corporal. Los estándares obtenidos y utilizados en la presente investigación, se consideraron los más adecuados, debido a que permiten identificar cambios de los hombres y de las mujeres. Sin embargo, el peso y la estatura se obtuvieron a través del auto-informe de los adolescentes, los cuales son cálculos aproximados de los jóvenes, por lo que no son totalmente confiables, por lo que sería necesario en siguientes investigaciones contemplar mediciones más exactas que permitan tener los datos más objetivos en cuanto al peso de los adolescentes.

Entre las limitaciones del método, se encontró que la dicotomización de las variables permite explicar perfectamente la diferencia entre dos condiciones, de ausencia y presencia de la variable de interés (Hosmer & Lemeshow, 2000). Sin embargo, no permite conocer el grado con que se modifican estas interacciones, para lo cual sería necesario categorizar de diferente forma los datos, de tal manera que permita reflejar los cambios entre más de dos condiciones.

En la investigación existe escaso conocimiento con relación al conjunto de variables integradas en este estudio como predictoras en la realización de dietas. Los modelos existentes muestran relaciones univariadas y en algunas ocasiones multivariadas que no integran en su totalidad, las variables contempladas en este estudio. Ante esta condición, los análisis de los resultados se realizaron examinando los estudios de modelos univariados, lo cual tiene una limitante, el riesgo puede ser el mismo entre ambos estudios, sin embargo, el grado de riesgo puede presentar variaciones importantes debido a que los estudios contemplan diferentes dominios, fases de desarrollo y el contexto en general (Cragon et al, 2001).

La obtención de los datos, se realizó mediante el auto-informe de los adolescentes. Este método de recolección de datos en ocasiones es cuestionable su confiabilidad debido a que intervienen ciertos factores como la deseabilidad social. Sin embargo, con el objetivo de controlar esta limitación, se obtuvo la consistencia interna de los instrumentos, a través de la aplicación de pruebas repetidas, en las cuales se obtuvo que las pruebas son consistentes y confiables.

El presente estudio así como la mayoría de las investigaciones existentes, se enfocan a la detección de factores de riesgo que incrementan la probabilidad de realizar prácticas nocivas de control de peso, excluyendo la incorporación de variables de protección. Ante ello, es preciso remarcar la necesidad de realizar investigaciones que permitan conocer los factores que mitigan los efectos de las variables que incrementan la probabilidad de realizar estas prácticas nocivas.

La presente investigación, tuvo cuatro contribuciones importantes:

1. Identificó al ayuno y a las dietas como las prácticas de control de peso que se presentaron con mayor frecuencia en la población evaluada.
2. Permitió identificar a las mujeres adolescentes y a los jóvenes con sobrepeso como grupos de alto riesgo en la realización de comportamientos dañinos para controlar el peso.
3. Se elaboraron cuatro modelos de regresión logística que permitieron reconocer la influencia de diversas variables personales y del entorno asociadas a cada una de las prácticas de control de peso. Encontrándose que todas las prácticas estuvieron influidas principalmente por las variables personales y en menor grado por las variables del entorno.
4. Se identificaron como variables comunes a cada una de las prácticas nocivas de control de peso: la insatisfacción con las características físicas, la percepción negativa de las características de personalidad y el modelamiento de los amigos más cercanos como variable del entorno más importante.

En conclusión, los cambios a los que se enfrentan los adolescentes no incrementan por sí mismos, el riesgo de realizar prácticas nocivas para el control de peso corporal —la realización de dietas hipocalóricas, el ayuno, el consumo de laxantes/diuréticos, anfetaminas y la inducción del vómito—, sino que intervienen al mismo tiempo variables personales y de aspecto social, los cuales en conjunto pueden incrementar la probabilidad de desarrollar problemas alimentarios (Attie & Brooks-Gunn, 1989).

## BIBLIOGRAFÍA

**BIBLIOGRAFÍA**

- Abraham, S. & O'Dea, J. (2001). Body mass index, menarche and perception of dieting among peripubertal adolescent females. *International journal of eating disorders*, 29(1), 23-28.
- Abramovitz, B. (2000). Five-year-old girls' ideas about dieting are predicted by their mothers' dieting. *Journal of the american dietetic association*.
- [ANRED] Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. (2000). Laxatives and enemas: not the way to go. Disponible en: <http://www.anred.com/>
- Attie, I. & Brooks-Gunn, J. (1989). Development of eating problems in adolescent girls: a longitudinal study. *Developmental psychology*, 25(1), 70-79.
- Bauman, K. & Ennet, S. (1994). Peer Influence on Adolescent Drug Use. *American psychologist*, 49(9), 820-822.
- Benedikt, R. (1998). Eating attitudes and weight-loss attempts in female adolescents and their mothers. *Journal of youth and adolescence*, 27(1), 43-57.
- Bouzas, A., Monroy, L., Tanamachi, M. & Zúñiga, A. (2000). Sistema de evaluación integral para alumnos de primer ingreso.
- Brewerton, T., Dansky, B., Kilpatrick, D. & O'Neil, P. (2000). Which comes first in the pathogenesis of bulimia nervosa: dieting or bingeing?. *International journal of eating disorders*, 28(3), 259-264.
- Brown, J. & Siegel, J. (1998). Attributions for negative life events and depression. The role of perceived control. *Journal of personality and social psychology*, 54(2), 316-322.
- Bulik, C., Sullivan, P., Carter, F. & Joyce, P. (1997). Initial manifestations of disordered eating behavior: dieting versus bingeing. *International journal of eating disorders*, 22(2), 195-201.
- Carroll, C. (1993). Drugs in modern society. Ed.: Brown & Benchmark, USA, 284-286.
- Cauffman E. & Steinberg L. (1996). Interactive effects of menarcheal status and dating on dieting and disordered eating among adolescent girls. *Developmental psychology*, 32(4), 631-635.
- Collard, C. (2001). Dextroamphetamine/amphetamine (Adderal) for ADHD. *Drug Utilization Review*, 17(3), pags. 1-4.
- Costin, C. (1999). The eating disorder sourcebook. Mc Graw Hill/Contemporary Books. 2<sup>nd</sup> edition, USA: 320 pags.
- Craig, G. (1997). *Desarrollo psicológico*. Ed. Prentice-Hall, 7<sup>a</sup>. Edición, México, 403-467.
- Darley, J., Glucksberg, S. & Kinchla, R. (1991). *Psychology*. Ed. Prentice Hall, 4<sup>a</sup>. Edición. USA, 984.

- Dryfoos J. (1990). Adolescents at risk. Prevalence and prevention. New York, USA: Oxford University Press, 4-15.
- Edmunds, H. & Hill, A. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *International journal of eating disorders*, 25(4), 435-440.
- Ennet, S. & Bauman, K. (1994). Contribution of influence to adolescent peer group homogeneity. The case of adolescent cigarette smoking. *Journal of personality and social psychology*, 67(4), 653-663.
- Erikson, S., Robinson, T., Haydel, F. & Killen, J. (2000). Are overweight children unhappy?: body mass index, depressive symptoms, and overweight concerns in elementary school children. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 154, 931.
- Feunekes, G. (1998). Food choice and fat intake of adolescents and adults: associations of intakes within social networks. *Preventive Medicine*, 27(5), 645-656.
- Field, A., Camargo, C., Barr, C. Berkey, A. Lindsay, M., Gillman, G. (1999). Overweight, weight concerns, and bulimic behaviors among girls and boys. *Journal of the american academy of child and adolescent psychiatry*. Disponible en: <http://www.findarticles.com/>
- Figgs, S. (1997). Puberty. En: *Adolescence, Change and continuity*. Disponible en: <http://www.personal.psu.edu/faculty/n/x/nxd10/adolesce.htm>
- Fine, J., Colditz, G., Coakley, E., Moseley, G., Manson, J., Willett, W. & Kawachi, I. (1999). A prospective study of weight change and health-related quality of life in women. *Journal of american medical association*, 282, 22.
- French & Jeffrey (1994). Consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. *Health Psychology*, 13(3), 195-212.
- French, S., Perry, C., Leon, G. & Fulkerson, J. (1995). Dieting behaviors and weight change history in female adolescents. *Health psychology*, 14(6), 548-555.
- García, L. (2001). La supervisión parental y el consumo de drogas en la adolescencia: cómo hacerla más eficaz. *Hojas informativas de los psicólogos de las Palmas*, 37. Disponible en: <http://www.cop.es/delegaci/palmas/biblio/drogod/drogo03.pdf>
- Gamefski, N. (2000). Age differences in depressive symptoms, antisocial behavior, and negative perceptions of family, school, and peers among adolescents. Disponible en: <http://www.findarticles.com/>
- Gassler, J. (1997). Adolescent friendship in the context of social change. En: *Adolescence. Change and continuity*. Disponible en: <http://www.personal.psu.edu/faculty/n/x/nxd10/adolesce.htm>
- Gillman, Rifas-Shiman, Frazier, Rockett, Camargo et al., (2000).

- Gillman, M., Rifas-Shiman, S., Frazier, A., Rockett, H., Field, A., Camargo, C. et al., (2000). Risk of overweight among adolescents who had been breast fed as infants. *Journal of american medical association*, 285, 2461-2467.
- Gingras, J. (2000). Metabolic effects in chronic dieting. *Nutrition Research Newsletter*. Disponible en: <http://www.findarticles.com>
- Gleaves, D., Miller, K., Williams, T. & Summers, S. (2000). Eating disorders: an overview. En: K. J. Miller, S. J. Mizes, [Eds.] *Comparative treatments in eating disorders*. Springer series on comparative treatments for psychological disorders, Springer Publishing Company, Inc., USA., pags. 1-49.
- Gómez Pérez-Mitre, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. *Revista mexicana de psicología*, 14(1), 31-40.
- Graber, J., Brooks-Gunn, J., Paikoff, R. & Warren, M. (1994). Prediction of eating problems: an 8-year study of adolescent girls. *Developmental psychology*, 30(6), 823-834.
- Grinder, R. (1997). *Adolescencia*. Ed. Limusa Noriega editores, México, 579 pags.
- Holway, F. (2002). El engaño de las dietas sin hidratos de carbono. Disponible en: <http://www.fcmax.com/articulos/articulos.asp?art=7&subarea=8>
- Hosmer, D. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. Ed. John-Wiley & sons Inc. 2<sup>nd</sup> edition, USA: 373 págs.
- Huon, G. & Walton, C. (2000). Initiation of dieting among adolescent females. *International Journal of Eating disorders*, 28(2), 226-230.
- Huon, G., Hayne, A., Gunewardene, A., Strong, K., Lunn, N., Pirra T. & Lim, J. (1999). Accounting for differences in dieting status: steps in the refinement of a model. *International journal of eating disorders*, 26(4), 420-433.
- Intermedicina (2000). Disponible en: <http://www.intermedicina.com>
- Jessor, R., Turbin, M. & Costa, F. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 788-800.
- Klesges, R., Klem, M., Bene, C. (1989). Effects of dietary restraint, obesity, and gender on holiday eating behavior and weight gain. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(4), 499-503.
- Kretchmer, N. & Zimmermann, N. (1997). *Developmental nutrition*. USA: Allyn and Bacon Press, 682 pags.

- Leon, G. Fulkerson, J., Perry, C. & Cudeck, R. (1993). Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *Journal of abnormal psychology, 102*(3), 438-444.
- Letourneau, M. (2000). All in the family (eating disorders and heredity). *Psychology Today*. Disponible en: <http://www.findarticles.com>
- Lewis, V. (1997). Weight control. En: A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West & C. Mc Manus [eds.]. *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge University Press, 189-192.
- Marmitt, L. (1991). *Adolescent obesity*. Yale-New Haven Teachers Institute. Disponible en: <http://www.cis.yale.edu/ynhti/curriculum/units/1991/5/>
- National Institute on Drugs Abuse [NIDA] (2002). How is methamphetamine used?. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/ResearchReports/methamph/methamph3.html#what>
- National Mental Illness Screening Project (2000). National Eating Disorders Screening Program. Disponible en: <http://www.nmisp.org/pubs.htm>
- Neumark-Sztainer, D. & Hannan, P. (2000). Weight-related behaviors among adolescent girls and boys. Results from a national survey. *Archives of pediatrics & adolescent medicine, 154*(6), 569.
- Newmark-Stainer, D., Rock, C., Thornquist, M., Cheskin, L., Neuhofer, M. & Barnett, M. (2000). Weight control behaviors among adults and adolescents: associations with dietary intake. *Preventive Medicine, 30*(5). Disponible en: <http://www.idealibrary.com/links/doi/10.10>
- Organización Mundial de la Salud (2001). La salud de los niños y los adolescentes. Consejo Ejecutivo, Reunión, 109. Disponible en: [http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/EB109/seb10910.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/EB109/seb10910.pdf)
- Paxton, S., Schutz, H., Wertheim, E. & Muir, S. (1999). Friendship clique and peer influences on body image concerns, dietary restraint, extrem weight-loss behaviors, and binge eating in adolescent girls. *Journal of abnormal psychology, 108*(2), 255-266.
- Pederson, M., Mitchell, J., Fenna, C., Crosby, R., Miller, J. & Hoberman, H. (1997). A comparison of onset of binge eating versus dieting in the development of bulimia nervosa. *International journal of eating disorders, 21*(4), 353-360.
- Pesa, J. (1999). Psychosocial factors associated with dieting behaviors among female adolescents. *Journal of school health, 69*(5), 196-201.
- Peterson, C., Maier, S. & Seligman, M. (1993). Learned helplessness: a theory for the age of personal control. Oxford University Press: USA, 359 pags.
- Rosenzeig, M. & Leiman, A. (1992). Psicología fisiológica. 2ª edición, España, p. 216.

- Saldaña, C., Tomás, R. & Bachs, L. (1997). Técnicas de intervención en los trastornos del comportamiento alimentario. *Ansiedad y estrés*, 3(2-3), 319-337.
- Sherman, R. & Thompson, R. (1999). *Bulimia: una guía para familiares y amigos*. Ed. Trillas, México, 155 pags.
- Shiltz, R. (1997). *Males and eating disorders: research*. Disponible en: <http://www.edap.org/men.html#anchor715650>
- Siegel, S. & Castellan, J. (1998). *Estadística no paramétrica*. Ed. Trillas 1ª. Reimpresión, México: 437 pags.
- Something-fishy (2000). *Dangers of dieting*. Disponible en: <http://www.something-fishy.com>.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825-848.
- Stice, E. & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls. A longitudinal investigation. *Developmental psychology*, 38(5), 669-678.
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R., Killen, J. & Taylor, B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents. A longitudinal study. *Journal of abnormal psychology*, 109(3), 438-444.
- Stice, E., Mazotti, J., Krebs, C. & Martin, c. (1998). Predictors of adolescent dieting behaviors. A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 12(3), 195-205.
- Story, M. (2002). Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors. *Journal of the American dietetic Association*
- Story, M., Neumark-Sztainer, D. & Sherwood, N. (1998). Dieting status and its relationship to eating and physical activity behaviors in a representative sample of US asolescents. *Journal of the american dietetic association*, 98(10), 1127-1132.
- Strauss, R. (1999). Self-reported weight status and dieting in a cross-sectional sample of young adolescents: national health and nutrition examination survey III. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 153. Disponible en: <http://www.findarticles.com>
- Swarr, A. & Richards, M. (1996). Longitudinal effects of adolescent girls' pubertal development, perceptions of pubertal timing, and parental relations on eating problems. *Developmental psychology*, 32(4), 636-346.
- Turner, J. (2000). Detection and importance of laxative use in adolescents with anorexia nervosa. Disponible en: <http://www.findarticles.com>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- Unikel, C. Villatoro, J., Medina-Mora, M., Fleiz, C., Alcántar, N. & Hernández, A. (2000). Conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos. *La revista de investigación clínica*, 52(2), 140-147.7
- Val Gene Iven (1998). Recreational drugs. *Clinics in sports medicine*, 17(2), 1-15. Disponible en: <http://medicine.ucsd.edu/peds/Pediatric%20Links/Links/Toxicology/Recreational%20Drugs%20Clinics%20in%20Sports%20Medicine%20April%201998.htm>
- Ville, C. (1988). Biología. Ed. Mc Graw Hill, 4ª edición. p. 366.
- Wardle, J. Steptoe, A., Bellisle, F., Davou, B. Reschke, K., Lappalainen, R. & Fredrikson, M. (1997). Healthy dietary practices among european students. *Health psychology*, 16(5), 443-450.
- Wedding, D. (2001). Behavior & Medicine. 3ª edition. Hogrefe & Huber Publishers, Germany, pag. 127.
- Williams, P., Surwit, R., Babyak, M. & McCaskill, C. (1998). Personality predictors of mood related to dieting. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 66(6), 994-1004.
- Wonderlich, S. & Swift, W. (1990). Perceptions of parental relationships in the eating disorders: the relevance of depressed mood. *Journal of abnormal psychology*, 99(4), 353-360.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**ANEXOS**

**TABLAS DE RESULTADOS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 4. Variables asociadas con el seguimiento de dietas hipocalóricas

VARIABLE	B	P	OR
<b>DIETAS HIPOCALÓRICAS</b>			
<b>Personales</b>			
Sexo masculino/femenino	.525	.000**	1.691
13 a 14 años		.634	
15 a 16 años	.020	.878	1.020
17 a 19 años	-.253	.409	.777
Nivel socioeconómico bajo		.464	
Nivel socioeconómico medio	.045	.749	1.046
Nivel socioeconómico alto	-.166	.292	1.180
Peso normal		.000**	
Bajo peso	-.345	.012	.708
Sobrepeso	.442	.000**	1.556
<b>Psicológicas</b>			
Satisfecho con su imagen corporal		.000**	
Medianamente satisfecho con imagen corporal	.176	.146	1.193
Insatisfecho con imagen corporal	.607	.000**	1.834
Presenta síntomas psicológicos raras veces		.000**	
Presenta síntomas psicológicos algunas veces	.389	.003**	1.475
Presenta síntomas psicológicos casi siempre	1.132	.001**	3.102
No se describe negativamente		.000**	
Se describe negativo regularmente	.432	.000**	1.541
Se describe totalmente negativo	.370	.116	1.447
<b>Entorno familia</b>			
Cuenta con la supervisión de sus padres		.107	
Cuenta algunas veces con la supervisión de sus padres	.448	.037	1.563
No cuenta con la supervisión de sus padres	.175	.547	1.192
Cuenta con el apoyo de sus padres		.893	
Cuenta algunas veces con el apoyo de sus padres	-.009	.966	.991
No cuenta con el apoyo de sus padres	-.110	.635	.896
No tiene conflictos familiares		.001**	
Tiene conflictos familiares algunas veces	.437	.000**	1.548
Tiene conflictos familiares casi siempre	.299	.040	1.348
Sus padres nunca hacen dietas		.281	
Sus padres algunas veces hacen dietas	.043	.748	1.044
Sus padres frecuentemente hacen dietas	.305	.090	1.357
Sus padres siempre o casi siempre hacen dietas	.257	.237	1.293
<b>Entorno compañeros</b>			
Cuenta con la habilidad para hacer amigos		.815	
Cuenta medianamente con habilidades para hacer amigos	.016	.908	1.016
No cuenta con habilidades para hacer amigos	-.119	.557	.888
Cuenta con el soporte de sus amigos		.794	
Cuenta algunas veces con el soporte de sus amigos	-.132	.527	1.142
No cuenta con el soporte de sus amigos	-.021	.890	.979
Sus amigos más cercanos no hacen dietas constantes		.000**	
No saben si sus amigos más cercanos hacen dietas	.261	.033	1.298
Algunos de sus amigos más cercanos hacen dietas	.566	.000**	1.762
La mayoría de sus amigos más cercanos hacen dietas	.757	.000**	2.132

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 5. Variables asociadas a la realización de ayuno

VARIABLE	AYUNO		OR
	B	P	
<b>Personales</b>			
Sexo masculino/femenino	.227	.008**	1.255
13 a 14 años	.643		
15 a 16 años	-.059	.583	1.061
17 a 19 años	-.123	.617	.884
Nivel socioeconómico bajo	.051		
Nivel socioeconómico medio	.003	.977	1.003
Nivel socioeconómico alto	.219	.095	1.244
Peso normal	.000**		
Bajo peso	-.392	.000**	.676
Sobrepeso	.258	.019	1.294
<b>Psicológicas</b>			
Satisfecho con su imagen corporal	.000**		
Medianamente satisfecho con imagen corporal	.118	.243	1.126
Insatisfecho con imagen corporal	-.449	.000**	1.567
Presenta síntomas psicológicos raras veces	.009**		
Presenta síntomas psicológicos algunas veces	.251	.037	1.285
Presenta síntomas psicológicos casi siempre	.838	.010**	2.312
No se describe negativamente	.000**		
Se describe negativamente regularmente	-.338	.000**	1.402
Se describe totalmente negativamente	.471	.025	1.601
<b>Entorno familia</b>			
Cuenta con la supervisión de sus padres	.095		
Cuenta algunas veces con la supervisión de sus padres	-.314	.100	1.369
No cuenta con la supervisión de sus padres	-.391	.113	1.479
Cuenta con el apoyo de sus padres	.761		
Cuenta algunas veces con el apoyo de sus padres	-.142	.467	.867
No cuenta con el apoyo de sus padres	-.050	.806	.951
No tiene conflictos familiares	.010**		
Tiene conflictos familiares algunas veces	-.313	.003**	1.368
Tiene conflictos familiares casi siempre	.154	.230	1.166
Sus padres nunca hacen dietas	.342		
Sus padres algunas veces hacen dietas	-.064	.570	.938
Sus padres frecuentemente hacen dietas	-.259	.123	.772
Sus padres siempre o casi siempre hacen dietas	-.218	.269	.804
<b>Entorno compañeros</b>			
Cuenta con la habilidad para hacer amigos	.523		
Cuenta medianamente con habilidades para hacer amigos	-.056	.634	.945
No cuenta con habilidades para hacer amigos	-.199	.267	.820
Cuenta con el soporte de sus amigos	.126		
Cuenta algunas veces con el soporte de sus amigos	.267	.116	1.306
No cuenta con el soporte de sus amigos	-.132	.305	.877
Sus amigos más cercanos no hacen dietas	.000**		
No sabe si sus amigos más cercanos hacen dietas	.253	.019**	1.288
Algunos de sus amigos más cercanos hacen dietas	.523	.000**	1.687
La mayoría de sus amigos más cercanos hacen dietas	.604	.000**	1.830

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 6. Variables asociadas al consumo de laxantes/diuréticos

VARIABLE	B	p	OR
<b>CONSUMO DE LAXANTES/DIURÉTICOS</b>			
<b>Personales</b>			
Sexo masculino/femenino	-.030	.804	.970
13 a 14 años		.056	
15 a 16 años	-.347	.042	1.414
17 a 19 años	.655	.035	1.926
Nivel socioeconómico bajo		.718	
Nivel socioeconómico medio	.007	.965	1.007
Nivel socioeconómico alto	-.115	.536	1.121
Peso normal		.126	
Bajo peso	-.125	.424	.882
Sobrepeso	.255	.093	1.291
<b>Psicológicas</b>			
Satisfecho con su imagen corporal		.008**	
Medianamente satisfecho con imagen corporal	.015	.920	1.015
Insatisfecho con imagen corporal	.443	.003**	1.557
Presenta síntomas psicológicos raras veces		.002**	
Presenta síntomas psicológicos algunas veces	.517	.001**	1.677
Presenta síntomas psicológicos casi siempre	.680	.071	1.974
No se describe negativamente		.010**	
Se describe negativo regularmente	.330	.008**	1.391
Se describe totalmente negativo	.576	.028	1.780
<b>Entorno familia</b>			
Cuenta con la supervisión de sus padres		.180	
Cuenta algunas veces con la supervisión de sus padres	-.368	.135	1.445
No cuenta con la supervisión de sus padres	.404	.199	1.497
Cuenta con el apoyo de sus padres		.660	
Cuenta algunas veces con el apoyo de sus padres	-.243	.367	.784
No cuenta con el apoyo de sus padres	-.078	.770	.925
No tiene conflictos familiares		.122	
Tiene conflictos familiares algunas veces	-.180	.224	1.197
Tiene conflictos familiares casi siempre	-.327	.051	1.387
Sus padres nunca hacen dietas		.837	
Sus padres algunas veces hacen dietas	.076	.627	1.079
Sus padres frecuentemente hacen dietas	.106	.627	1.112
Sus padres siempre o casi siempre hacen dietas	.055	.832	1.056
<b>Entorno compañeros</b>			
Cuenta con la habilidad para hacer amigos		.364	
Cuenta medianamente con habilidades para hacer amigos	-.134	.417	.875
No cuenta con habilidades para hacer amigos	-.322	.187	.725
Cuenta con el soporte de sus amigos		.859	
Cuenta algunas veces con el soporte de sus amigos	-.045	.860	.956
No cuenta con el soporte de sus amigos	.085	.627	1.088
Sus amigos más cercanos no hacen dietas constantes		.000**	
No sabe si sus amigos más cercanos hacen dietas	-.121	.417	.886
Algunos de sus amigos más cercanos hacen dietas	.249	.073	1.283
La mayoría de sus amigos más cercanos hacen dietas	.906	.000**	2.475

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

Tabla 7. Variables asociadas al consumo de anfetaminas

VARIABLE	CONSUMO DE ANFETAMINAS		OR
	B	p	
<b>Personales</b>			
Sexo masculino/femenino	.323	.095	1.382
13 a 14 años		.892	
15 a 16 años	.069	.773	1.072
17 a 19 años	.226	.638	1.253
Nivel socioeconómico bajo		.293	
Nivel socioeconómico medio	-.324	.156	.723
Nivel socioeconómico alto	-.114	.666	.893
Peso normal		.028	
Bajo peso	-.435	.105	.648
Sobrepeso	.382	.075	1.465
<b>Psicológicas</b>			
Satisfecho con su imagen corporal		.002**	
Medianamente satisfecho con imagen corporal	.191	.401	1.211
Insatisfecho con imagen corporal	.745	.000**	2.106
Presenta síntomas psicológicos raras veces		.617	
Presenta síntomas psicológicos algunas veces	.209	.351	1.233
Presenta síntomas psicológicos casi siempre	.266	.608	1.304
No se describe negativamente		.018	
Se describe negativo regularmente	.514	.007**	1.673
Se describe totalmente negativo	.700	.054	2.015
<b>Entorno familia</b>			
Cuenta con la supervisión de sus padres		.071	
Cuenta algunas veces con la supervisión de sus padres	.574	.064	1.775
No cuenta con la supervisión de sus padres	.706	.076	2.026
Cuenta con el apoyo de sus padres		.873	
Cuenta algunas veces con el apoyo de sus padres	.018	.958	1.018
No cuenta con el apoyo de sus padres	.178	.604	1.195
No tiene conflictos familiares		.037	
Tiene conflictos familiares algunas veces	.534	.011	1.706
Tiene conflictos familiares casi siempre	.316	.197	1.372
Sus padres nunca hacen dietas		.021	
Sus padres algunas veces hacen dietas	.137	.561	1.146
Sus padres frecuentemente hacen dietas	.345	.252	1.412
Sus padres siempre o casi siempre hacen dietas	.923	.002**	2.517
<b>Entorno compañeros</b>			
Cuenta con la habilidad para hacer amigos		.988	
Cuenta medianamente con habilidades para hacer amigos	.015	.949	1.015
No cuenta con habilidades para hacer amigos	.047	.879	1.048
Cuenta con el soporte de sus amigos		.078	
Cuenta algunas veces con el soporte de sus amigos	.695	.024	2.003
No cuenta con el soporte de sus amigos	.081	.757	1.084
Sus amigos más cercanos no hacen dietas constantes		.000**	
No sabe si sus amigos más cercanos hacen dietas	.124	.654	1.132
Algunos de sus amigos más cercanos hacen dietas	.390	.072	1.477
La mayoría de sus amigos más cercanos hacen dietas	1.275	.000**	3.580

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 8. Variables asociadas a la inducción del vómito

VARIABLE	VÓMITO		OR
	B	P	
<b>Personales</b>			
Sexo masculino/femenino	.407	.019	1.503
13 a 14 años		.705	
15 a 16 años	-.151	.437	.860
17 a 19 años	-.008	.984	.992
Nivel socioeconómico bajo		.841	
Nivel socioeconómico medio	-.030	.888	.971
Nivel socioeconómico alto	.074	.758	1.077
Peso normal		.365	
Bajo peso	-.252	.232	.777
Sobrepeso		.205	.814
<b>Psicológicas</b>			
Satisfecho con su imagen corporal		.001**	
Medianamente satisfecho con imagen corporal	.240	.210	1.272
Insatisfecho con imagen corporal	.713	.000**	2.041
Presenta síntomas psicológicos raras veces		.000**	
Presenta síntomas psicológicos algunas veces	.407	.032	1.502
Presenta síntomas psicológicos casi siempre	1.534	.000**	4.638
No se describe negativamente		.000**	
Se describe negativo regularmente	.666	.000**	1.947
Se describe totalmente negativo	.860	.006**	2.364
<b>Entorno familia</b>			
Cuenta con la supervisión de sus padres		.014	
Cuenta algunas veces con la supervisión de sus padres	.778	.009**	2.177
No cuenta con la supervisión de sus padres	.640	.095	1.896
Cuenta con el apoyo de sus padres		.992	
Cuenta algunas veces con el apoyo de sus padres	.003	.993	1.003
No cuenta con el apoyo de sus padres	.039	.903	1.040
No tiene conflictos familiares		.096	
Tiene conflictos familiares algunas veces	.392	.031	1.480
Tiene conflictos familiares casi siempre	.125	.571	1.133
Sus padres nunca hacen dietas		.044	
Sus padres algunas veces hacen dietas	.158	.437	1.171
Sus padres frecuentemente hacen dietas	.492	.061	1.636
Sus padres siempre o casi siempre hacen dietas	.707	.016	2.028
<b>Entorno compañeros</b>			
Cuenta con la habilidad para hacer amigos		.933	
Cuenta medianamente con habilidad para hacer amigos	-.071	.732	.931
No cuenta con habilidades para hacer amigos	-.066	.825	.937
Cuenta con el soporte de sus amigos		.050	
Cuenta algunas veces con el soporte de sus amigos	.028	.930	1.028
No cuenta con el soporte de sus amigos	-.663	.016	.516
Sus amigos más cercanos no hacen dietas constantes		.000**	
No sabe si sus amigos más cercanos hacen dietas	.294	.142	1.342
Algunos de sus amigos más cercanos hacen dietas	.587	.001**	1.798
La mayoría de sus amigos más cercanos hacen dietas	.975	.000**	2.652

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**