

01921
36



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Dirección General de Bibliotecas
a difundir en formato electrónico e imp
contenido de mi trabajo recibo
NOMBRE: Liz Amelia
Quiros Pérez
FECHA: 28-11-2005

**"EL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y LA CONDUCTA
ALIMENTARIA DE RIESGO EN ADOLESCENTES"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A N :

**YESENIA AGUSTINA GRASIELA BRISEÑO TORRES
LIZ AMELIA QUIROS PÉREZ**

DIRECTORA: DRA. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRE





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 ti Rodrigo, porque eres el motor de mi vida, con tus ojos me brindas todo el amor, apoyo y comprensión que necesito día con día. Gracias por tenerme paciencia, por todos esos días al cargo de tus tías y de tu abuela, por esas noches en que tuviste que esperar que llegaré, por ayudarme a descubrir la cualidad más grande que tengo: "Ser tu mami"....Gracias porque juntos logramos esto TE AMO HIJO!!!
- A ti mujer valiente, gracias por ser mi mejor amiga por esas noches de consuelo, por tus eternos abrazos, por tus palabras de aliento, por tu profunda paciencia, pero sobre todo por creer en mí, en todo lo que podía lograr. Todo lo que soy te lo debo a ti. TE QUIERO MAMA!
- A mis hermanas, Flor, Ana, y Nina, porque sin su alegría, entusiasmo, amor y energía, no hubiera podido terminar con esto, somos un gran equipo. UNIDAS PARA SIEMPRE, las quiero!.
- A mi hermano, por ser esa imagen de hombre, protector y amoroso que siempre nos ha cuidado, eres pilar importante en mi vida. GRACIAS ALFERI!
- A mi sobrino consentido, eres un ángel Andrés.
- A Oscar, por ser más que un amigo, por todas esas sonrisas, pero sobre todo por ser esa persona tan especial en mi vida.
- A la familia Aban Tapia, por abrirme las puertas de su casa y hacerme parte de su hermosa familia, especialmente a Diego y Regina que con sus risas llenan mi vida de alegría, no dejen de enseñarme algo nuevo cada día.
- A Rodolfo, gracias por esos momentos llenos de magia, que vivirán siempre en mi corazón. Suerte!
- A las "vacas" Alex, Chacho, Benjas, Ram, Luis, Nancy, Jocelyn, Jazmín, Michel, H. Vazquez, Paola, por una adolescencia muy divertida y especialmente a Hugo por ser un verdadero amigo.
- A Hiram, porque solo contigo podía vivir esa hermosa etapa de la vida, eres parte de mí. Buena vibra.
- A la familia García, por todo lo que aprendí estando a su lado. Lo logre!.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- A Chayo por todo este tiempo en el que juntas hemos conservado una muy buena amistad, por todo el tiempo que has tenido para escuchar, consolar y reír, sabes que cuentas conmigo.
- A Maru y Yazmín, por ser cómplices de tantas aventuras.
- A Lore, Vero, Karla, Yazmín, Ale, Ricky, Juan y Pepe, por ser compañeros y amigos, los llevo en el corazón.
- A Chiquikarla, por innumerables locuras, que ahora son las mejores anécdotas, nadie me conoce como tú, Te quiero ambienta!
- A Rick, por ser mi incondicional en las "muy buenas" y en las malas, siempre conmigo.
- A Mike, por tus palabras acertadas en momentos difíciles.
- A Beto y Pao, por esta nueva amistad que crece y se vuelve más fuerte.
- A Yess, Gracias por todo este tiempo, donde compartimos momentos de angustia, alegría y sueños. Y donde creció una bella amistad y dos hermosos hijos, pudimos hacerlo y vamos por más.
- Y a todos mis amigos que han estado conmigo en lo largo de mi vida, sería imposible mencionarlos a todos, pero mil GRACIAS!!!!
- A Dios, por todas sus bendiciones, por la luz que me iluminó en momentos de oscuridad y por guiar mi camino.
- A Gis, Rodrigo y Silvia, por ayudarnos a cada instante.
- A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por su dedicación y paciencia en este proyecto.
- A los sinodales: Dra. Lucy Maria Reidl Martínez
Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinosa
Mtra. Lilia Joya Laureano
Lic. Jorge Alfonso Valenzuela Vallejo
Gracias por su tiempo.
- A la Facultad de Psicología por ser mi hogar en la Máxima casa de estudios UNAM.

"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"

Lic. Liz Amelia Quirós Pérez

AGRADECIMIENTOS

- o A mi mamá por darme la vida y permanecer conmigo en todo momento, gracias por tu apoyo y cariño, pero sobretodo por creer en mi.
- o A mi papá por impulsarme en cada momento a luchar, por sus consejos y cariño.
- o A mi esposo Antonio por tu amor, comprensión y por estar a mi lado apoyándome en este momento tan importante para mi. Te amo.
- o A mi hijo Fabián por que con tu llegada iluminaste mi vida y motivaste a continuar preparándome para ser mejor cada día. Te amo.
- o A mis hermana(o)s Lucila, Reyna, Rosalía, Porfirio, porque de cada uno aprendí diferentes cosas que me ayudaron para salir adelante, gracias por su compañía y cariño.
- o A mi hermano pequeño Diego Iván, especialmente gracias, porque con su presencia y amor me motiva cada día de mi vida. Te quiero.
- o A Dios por permitirme llegar a este momento de mi vida.
- o A Liz amiga y compañera de tesis por tu cariño y amistad que perdura y se fortalece a través del tiempo y que juntas logramos nuestro sueño.
- o A Gabriel porque gracias a ti inicié un proyecto que hoy concluyo y que sin ti no hubiera hecho realidad, donde quiera que estés gracias.
- o A la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por compartir su conocimiento, experiencia y tiempo, gracias por su apoyo.

- o **A mis maestros por el placer y alegría de haberlos conocido. Mi vida se enriqueció con sus conocimientos.**
- o **A mis amigas Jessica, Vero, Bianca, Lladira, Alejandra y Angélica por su amistad y compañerismo.**
- o **A Gis y Silvia por su tiempo y ayuda desinteresada.**
- o **A los que participaron y colaboraron en esta tesis.**
- o **A la UNAM y Facultad de Psicología por ser mi segunda casa donde pude adquirir mis conocimientos.**

Yesenia A.G. Briseño Torres

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**"... EL MUNDO ES PARA AQUELLOS QUE TIENEN
SUEÑOS Y QUE TIENEN EL VALOR DE HACERLOS
REALIDAD..."**

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1: ESTRÉS	3
1.1 Antecedentes	3
1.2 Modelos teóricos sobre el estrés	6
1.2.1. Modelos basados en la respuesta	6
1.2.2. Modelos basados en el estímulo	7
1.2.3. Modelos basados en la interacción individuo-ambiente	7
1.3. Fuentes de estrés	8
1.3.1. Fuentes personales de estrés	8
1.3.2. Fuentes familiares de estrés	9
1.3.3. Fuentes sociales de estrés	9
1.4. Respuesta al estrés	10
1.5. Afrontamiento al estrés	11
1.5.1. Modelo del estrés-afrontamiento	12
CAPITULO 2: TRANSTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	14
2.1. Antecedentes históricos de la anorexia y bulimia	14
2.1.1. Anorexia	14
2.1.2. Bulimia	15
2.2. Anorexia Nervosa	16
2.2.1. Definición	16
2.2.2. Sintomatología	17
2.2.3. Características familiares	18
2.2.4. Personalidad previa y características personales	18
2.2.5. Factores predisponentes	20
2.2.6. Anorexia Nervosa en el varón	21
2.2.7. Criterios de diagnóstico	22
2.3. Bulimia	23

2.3.1. Definición	23
2.3.2. Sintomatología	24
2.3.3. Características familiares	25
2.3.4. Personalidad previa y características personales	26
2.3.5. Factores predisponentes	28
2.3.6. Criterios de diagnóstico	28
2.4. Trastorno de la conducta alimentaria no especificado	29
2.5. Anorexia y Bulimia como trastornos socioculturales	29
CAPITULO 3: CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO	31
3.1. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria	34
3.2. Conducta de sobreingesta compulsiva	35
3.3. Seguimiento de dietas	36
3.3.1. Clasificación de dietas	38
3.4. Preocupación por el peso corporal	41
CAPITULO 4: ADOLESCENCIA	42
4.1. Antecedentes	42
4.2. Algunas definiciones del concepto adolescencia	44
4.3. Desarrollo físico	45
4.4. Desarrollo psicológico	47
4.5. Teorías de la adolescencia	49
4.6. Adolescencia y estrés	52
CAPITULO 5: PLAN DE INVESTIGACIÓN	55
5.1. Problema general	55
5.2. Problemas específicos de la investigación	55
5.3. Hipótesis del trabajo	55
5.4. Definición de variables	56
5.4.1. Definiciones conceptuales	56
5.4.2. Definiciones operacionales	58
5.5. Tipo de estudio y diseño	59
5.6. Instrumento	59
5.7. Procedimiento	60

CAPITULO 6: RESULTADOS	61
6.1. Descripción de la muestra	61
6.2. Descripción de variables de estudio	63
6.3. Prueba de hipótesis	69
CAPITULOS 7: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	77
REFERENCIAS	82
ANEXOS	87

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Como se mencionó los trastornos de la conducta alimentaria están aumentando alarmantemente por lo que conocer los factores de riesgo que llevan a la misma, es importante, y es por medio de la investigación que se podrá llegar a la prevención y a fomentar una mejor calidad de vida en los adolescentes. Por lo que el propósito del presente estudio* es determinar la relación que existe entre afrontamiento al estrés y conducta alimentaria de riesgo, así como determinar si habrá una relación diferencial cuando se toma en cuenta el sexo de los adolescentes. Se trabajó con una muestra de 200 adolescentes, hombres y mujeres, del Distrito Federal que cursaban la preparatoria en una escuela privada. Para medir los factores de riesgo de la conducta alimentaria se aplicó la Escala de Factores Asociados con Trastornos de la Alimentación (EFRATA) para mujeres y hombres. Se realizó un diseño factorial de 2x2 y se aplicó un análisis de varianza (ANOVA) para probar nuestras hipótesis. Se encontró que en general las adolescentes mujeres que presentan afrontamiento negativo al estrés tienen mayor probabilidad de presentar trastornos de la conducta alimentaria. Mientras que los adolescentes (ambos sexos) con afrontamiento positivo al estrés no muestran problema. Las mujeres con afrontamiento negativo al estrés manifestaron mayor conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva y preocupación por el peso y la comida, en comparación con los hombres con este mismo tipo de afrontamiento quienes prácticamente no presentaron problema.

*Pertenece a una investigación mayor titulada "Prevención Primaria: Autodiagnóstico de Factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación y de la Nutrición". Proyecto No. IN305599 financiado por el programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIT).

INTRODUCCIÓN

Hoy en día las personas viven en una sociedad en donde los trastornos de conducta alimentaria están aumentando alarmantemente. En donde los medios de comunicación fomentan una cultura de la "delgadez" que pone en riesgo la salud de las personas, principalmente se vuelve vulnerable en los adolescentes, los cuales están en busca de su identidad. En la adolescencia las presiones sociales se centran en los grupos en donde se desenvuelven y en la familia. Los adolescentes son muy sensibles a la sociedad que los rodea, a sus valores, tensiones político-económicas y reglas no escritas. Están en el trance de formar planes y expectativas sobre su propio futuro, que en parte dependen de su marco cultural e histórico, factores como estos son fuentes de estrés durante la adolescencia.

El estrés es un factor determinante, para que se presenten los desórdenes de la alimentación, que son prácticas alimentarias inadecuadas como son ayunos, saltarse comidas, inhibidores del hambre, etc. Este conjunto de respuestas se dan ante las situaciones estresantes ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades adversivas de la situación, esto es lo que en la literatura se mencionó como afrontamiento.

El propósito de este estudio será analizar si existe una relación entre el estrés y conducta alimentaria de riesgo en hombres y mujeres adolescentes, que es la población más afectada de los trastornos alimentarios.

Es importante mencionar que para una prevención de los desórdenes de la conducta alimentaria, se debe tomar en cuenta cuales son los factores de riesgo que llevan a la misma. Por medio de esta investigación se podrá llegar a esta prevención y a fomentar una mejor calidad de vida en los adolescentes.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 1

ESTRÉS

1.1. ANTECEDENTES

El concepto de estrés fue tomado de las ciencias físicas. En las investigaciones sobre las propiedades elásticas de los materiales sólidos, "estrés" significaba la presión externa o fuerza aplicada a un objeto, mientras que "tensión" significaba la distorsión interna o cambio en el tamaño o forma del objeto. La relación que hay entre estrés y tensión definen a la resistencia y la elasticidad. A comienzos del siglo XX, William Osler hizo una comparación entre "estrés y tensión" con "trabajo duro y preocupación". Consideró equivalente el estrés con el trabajo duro y la tensión con la preocupación, Osler estaba aplicando las definiciones usadas en la física a los problemas del comportamiento humano. Esta preocupación inicial por el estrés se centró fundamentalmente en la respuesta biológica del organismo humano frente a los acontecimientos vitales que le plantean demandas excesivas. Walter Cannon (1929;1932) proporcionó una descripción básica de cómo el cuerpo reacciona ante las emergencias, ante un peligro, es decir, el estrés es una reacción de alarma que perturba el equilibrio interno del organismo, conceptualizado como "sobrecarga" (Rodríguez,1995).

El estrés ha sido identificado también como una respuesta natural de adaptación. Desde 1956, Selye ha descrito dos tipos de estrés uno positivo llamado también "eustres" - estrés adaptativo - y uno negativo también llamado "distrés" - estrés crónico con efectos en la salud - (Rodríguez & Rojas, 1998).

La ortodoxa respuesta al estrés es descrita como una defensa mecánica, ese aumento físico y mental representan un menor desempeño en condiciones de emergencia. Tal como episodios de agresión, un examen en la escuela, en la vida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

profesional o familiar. Todo esto consiste en una serie de ajustes fisiológicos. Los efectos producidos por los ajustes fisiológicos permiten a las personas desempeñarse eficientemente de lo contrario no sería posible, sus exigencias pueden resultar variaciones de condiciones mentales y somáticas. Por ejemplo la presión sanguínea y cambios en la coagulación pueden producir disturbios cardiovasculares incluyendo infartos, la momentánea inhibición de hambre puede producir anorexia. Hay de cualquier modo, algunos individuos o circunstancias en las cuales las respuestas al estrés producen efectos opuestos de esos producidos por los modelos ortodoxos. Por ejemplo, el maestro sabe que tan solo algunos estudiantes hacen lo mejor en el examen bajo condiciones completamente estresantes, otros llegan a confundirse, olvidan la más elemental información (Silvestrini, 1990).

Hans Selye (1956;1976;1985) dijo "El estrés es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante". Selye se dio cuenta que cuando el estrés se propaga se dan una serie de reacciones fisiológicas a las que denominó Síndrome General de Adaptación. Lazarus y Folkman definieron al estrés psicológico como "una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (citados en Rodríguez, 1995).

Las actitudes en el desorden del comer son comunes entre adolescentes, y se ha pensado que son precursores en el desorden del comer (Leichner, Arnett, Rallo, Sriameswaran, & Vulcano, 1986). Esto es que probablemente muchos factores son importantes en la etiología de actitudes de disturbios del comer durante la adolescencia. Por ejemplo, Crisp (1981) sugiere que la maduración y factores biológicos subraya el desarrollo de patología en la comida. En contraste, Slade (1982) enfatiza los roles de varios estresores (fracasos de experiencias, problemas interpersonales, conflictos de adolescencia), los cuales él postula para ser un tipo de condiciones para el desorden del comer (Leichner, *et al.*, 1986).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se ha sugerido que la conducta del comer puede tener un valor funcional en confrontación del estrés. Por ejemplo, la bulimia puede aliviar estados emocionales de estrés (Lacey, 1986; Root & Fallo, 1989), mientras la conducta de anorexia puede ser un camino de reducción perseverante del estrés incrementándose mientras controla otras áreas de su vida. De cualquier modo, la naturaleza de la relación entre estrés y desórdenes no es clara (citados en Fryer, Waller & Kroese, 1997).

El término estrés se refiere a las reacciones de la gente ante situaciones que representan exigencias, a premios u oportunidades que deban aprovecharse. La gente tiende a experimentar estrés psicológico cuando tiene que enfrentar un cambio inesperado o fuera de lo común, como un desastre natural. Es probable que experimente un estrés aún mayor cuando el cambio ocurre al mismo tiempo que una crisis severa en su vida - como la muerte de un ser querido - o al principio de un periodo crítico del desarrollo - como la adolescencia - (Sarason & Sarason, 1996).

El término afrontamiento es la traducción al castellano del término inglés coping, y corresponde a la acción de afrontar, es decir hacer frente, a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc. Un agente o acontecimiento estresante. Los estresores son agentes que estimulan los procesos de estrés nerviosos y hormonales, (Selye & Schar, 1975, citado en Troch, 1982).

La respuesta ortodoxa al estrés se describe como un mecanismo de defensa que incrementa la capacidad física y mental bajo condiciones de emergencia. Los concomitantes fisiológicos a esta respuesta son: Dilatación de la pupila -que representa al mismo tiempo una señal de alarma para el enemigo y una manera eficiente de ampliar el campo visual -, incremento de la presión sanguínea y el

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ritmo cardiaco – lo que provee mejor oxigenación -, redistribución del torrente sanguíneo a diferentes órganos y tejidos, incremento de la coagulación sanguínea para prevenir hemorragias, y depresión de algunos instintos incluyendo el hambre y el sexo (Silvestrini, 1990).

1.2. MODELOS TEORICOS SOBRE EL ESTRÉS

Desde un punto de vista psicológico, los diversos enfoques teóricos formulados para explicar el fenómeno del estrés se agrupan en tres categorías:

1.2.1. Modelo basado en la respuesta:

“El estrés es la respuesta no específica del cuerpo a cualquier demanda , se esta causada por ,o resulte en , condiciones agradables o desagradables” (Calvete, 1997, p. 16).

En primer lugar el estrés es una respuesta no específica, es decir, la respuesta al estrés es siempre igual, variando únicamente su intensidad función del estímulo provocador. El estrés implica tres fases fundamentales: *Fase de alarma*, caracterizada por una intensa reactividad fisiológica, *Fase de resistencia*, en la que el sujeto logra adaptarse al agente patógeno y desaparecen los síntomas y *Fase de agotamiento*, en la que la energía necesaria para afrontar los estresores se agota, disminuyendo la capacidad de resistencia del organismo y sobreviniendo eventualmente la muerte. El segundo aspecto de la definición se refiere a que cualquier demanda de ajuste puede ser un estresor. Los estresores se definen en función de su capacidad de provocar estrés. Desde esta perspectiva cualquier estímulo físico (dolor, frío o ruido intensos, etc.) o psicológico (un examen, discusión, la pérdida de un ser querido, etc.) puede conducir estrés. En tercer lugar, en su definición de Selye se observa que el estrés puede asociarse tanto en condiciones agradables como desagradables. El hecho de que el “ mal estrés” sea mucho más dañino para la salud que el “buen estrés” sugiere que en última

instancia lo importante es el "cómo lo tomes". (Selye, 1956, citado en Calvete, 1997).

1.2.2. Modelos basados en el estímulo:

De acuerdo con este modelo el estrés "se define en términos de las características del estímulo ambiental que son perturbadores para el individuo. El estrés proviene del ambiente del individuo y la reacción a los estresores externos en la tensión" (Calvete, 1997, p. 17). Desde esta perspectiva el énfasis ha recaído en la identificación de las condiciones o situaciones estresantes y su medida. (Feuersyein y cols, 1986). Los acontecimientos vitales han sido definidos como experiencias objetivas que desorganizan o amenazan con desorganizar las actividades usuales de un individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta (Dohrenwend y Dohrenwend, 1974, citados en Calvete, 1997).

Otro enfoque dentro de esta segunda categoría de modelos sobre el estrés, busca identificar cuales son las características de los ambientes humanos que con mayor probabilidad generan tensión en los sujetos expuestos a ellos. Los ambientes humanos, como las personas, tienen una serie de rasgos o dimensiones que definen su propia "personalidad". Algunas de estas características como el conflicto, la falta de claridad y cohesión puede afectar al bienestar y salud de las personas que conviven en dichos ambientes (Calvete, 1997).

1.2.3. Modelos basados en la interacción individuo -ambiente:

Un tercer enfoque propone el empleo del término "estrés" de forma general en un área de problemas que incluye el estímulo que provoca las reacciones de estrés, las reacciones mismas y los diversos procesos intervinientes.

Este modelo entiende el estrés como "una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar" (Calvete, 1997, p. 22).

El modelo de interacción individuo-ambiente describe tres procesos de evaluación cognitiva que median entre el estímulo y la respuesta de estrés y distingue tres tipos de evaluación: evaluación primaria, evaluación secundaria y reevaluación.

Lazarus (1980, citado en Calvete, 1997) argumenta que entre la presentación del estímulo y la reacción de estrés se produce una evaluación de la situación (evaluación primaria). La evaluación primaria es la que determina que una situación sea valorada como estresante. Además, el sujeto realiza una evaluación secundaria, consiste en valorar las opciones y recursos de afrontamiento disponibles para manejar la amenaza, daño o cambio. De este modo, el sujeto define un encuentro como estresante a través del proceso de evaluación primaria y la intensidad de un encuentro estresante está determinada por los procesos de evaluación secundaria.

La reevaluación, se refiere a la repetición de las evaluaciones anteriores a medida que se producen cambios en la situación. Las evaluaciones primarias y secundaria interactúan entre sí, determinando el grado de estrés y la intensidad y calidad de la respuesta emocional (Calvete, 1997).

1.3. FUENTES DE ESTRÉS

Hay una variedad de fuentes de las que puede provenir el estrés que pueden ser clasificadas en relación a: la persona, la familia, la comunidad y la sociedad.

1.3.1. Fuentes personales del estrés: Una de las fuentes personales de estrés más frecuentes son las situaciones de conflicto. El conflicto surge cuando se dan simultáneamente dos o más tendencias de respuesta que son incompatibles entre sí. Las situaciones de conflicto pueden ser de cuatro tipos (Lewin, 1935, citado en Rodríguez, 1995): “acercamiento-acercamiento” (caso en que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas y deseables); “evitación-evitación” (caso en que la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables); “acercamiento-evitación” (caso en que la persona desea

alcanzar un objetivo al mismo tiempo que le da miedo obrar de esa manera), y "doble acercamiento-evitación" (cuando el acercamiento a un objetivo concreto implica la pérdida de otro, de forma que el acercamiento a cualquiera de los dos objetivos lleva consigo una tendencia a evitarlo, puesto que supone la pérdida del otro). Tanto el procedimiento de solución del conflicto, como el hecho de que el conflicto quede sin resolver, produce tensión, es decir son estresantes (Rodríguez, 1995, p. 57).

1.3.2. Fuentes familiares de estrés: La interacción entre los miembros de una familia, cada uno de ellos con sus particulares características y necesidades, produce frecuentemente estrés. Existen varias maneras de considerar el posible impacto de la familia sobre sus miembros. Cabe examinar los "acontecimientos críticos" relacionados con la vida familiar que tienen a producir estrés, tales como la muerte del cónyuge, el divorcio, el nacimiento de un hijo discapacitado, los malos rendimientos de los hijos, las dificultades económicas, etc. Igualmente el "grado general de comunicación" entre los miembros de la familia, así como los patrones de interacción específicos, pueden constituir una fuente de estrés, que puede a su vez, generar conductas o problemáticas, tanto en los cónyuges como en los hijos (Rodríguez, 1995, p. 58).

1.3.3. Fuentes sociales de estrés: La diversidad de contextos sociales a los que pertenecemos son asimismo productores de estrés en muchas ocasiones. El contexto laboral es, probablemente, el de mayor relevancia entre los adultos, mientras que el escolar lo suele ser para los niños y jóvenes. Con respecto a los estresores laborales José M. Peiró (1992) ha distinguido "estresores del ambiente físico "(ruido, vibración, iluminación, temperatura, higiene, etc); "demandas estresantes del trabajo" (trabajo por turnos, y trabajo nocturno, sobrecarga de trabajo, exposición a riegos y peligros). ; "contenidos de trabajo"(oportunidad para el control, oportunidad para el uso de habilidades, variedad de las tareas, complejidad del trabajo); "estresores derivados de la estructura y de clima

organizacionales" (la pérdida del empleo, así como la jubilación, son muy frecuentes fuentes de estrés (Rodríguez, 1995, p. 59).

1.4. RESPUESTAS AL ESTRÉS

En la perspectiva cognoscitiva, la experiencia del estrés es más que la suma de los estresores a los que uno está expuesto. Como ya se mencionó, para Lazarus y Folkman (1984) el estrés es como una transición entre las personas y su medio, en la cual la variable mediadora crítica es la percepción que ellas tienen de su propia capacidad para afrontarlo. En esta perspectiva el estrés está compuesto por tres elementos. En primer lugar, existe una serie de sucesos ambientales que pueden ser potencialmente estresores o no. Luego está el juicio cognoscitivo sobre el grado en el cual estos sucesos ambientales representan un daño grave, una amenaza o reto a su bienestar (apreciación primaria). Finalmente, está la apreciación del individuo sobre la capacidad sobre sus propios recursos o habilidades para afrontar esta amenaza a ese reto (apreciación secundaria). Esta última ayuda a determinar el tipo de respuesta de afrontamiento que utilizará la persona ante el estrés (Darley, Glucksberg & Kinchla, 1990).

El estrés produce cambios fisiológicos, efectos cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales. Algunas de estas respuestas pueden ser consideradas como reacciones involuntarias al estrés, otras son respuestas voluntarias y conscientes ejecutadas para afrontar el estrés. La respuesta inicial a una situación de estrés es la activación fisiológica -tasa cardiaca, respiración, el pulso, etc-, en segundo, se producen respuestas cognitivas -los pensamientos, memoria se ven afectados- y en tercer lugar las reacciones emocionales - excitación, ira, depresión, ansiedad, miedo, etc- (Rodríguez, 1995).

Existen algunos individuos o circunstancias en las cuales la respuesta al estrés produce los efectos opuestos causando otras alteraciones, por ejemplo:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

incrementar la ingesta de alimentos en condiciones estresantes, en lugar de quemar los azúcares endógenos. Tomando en consideración que la respuesta ortodoxa y la paradójica al estrés son distintas, entonces la patología en consecuencia debe ser diferente. Es decir, si la respuesta al estrés incrementa el hambre, a largo plazo esto no conducirá a la anorexia sino a la obesidad o problemas a la bulimia (Silvestrini, 1990).

1.5. AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

"Afrontamiento" se utiliza de forma muy amplia en un conjunto de trabajos que se refieren al estrés y a la adaptación de situaciones estresantes. Ursin (1984, citado en Rodríguez, 1995) señala que hay que distinguir afrontamiento de otros tipos de cambios adaptativos. El concepto de adaptación implica un equilibrio entre las demandas y expectativas planteadas por una situación dada y las capacidades de una persona para responder a tales demandas. La magnitud de la discrepancia determina, en parte, el estrés que experimenta la persona.

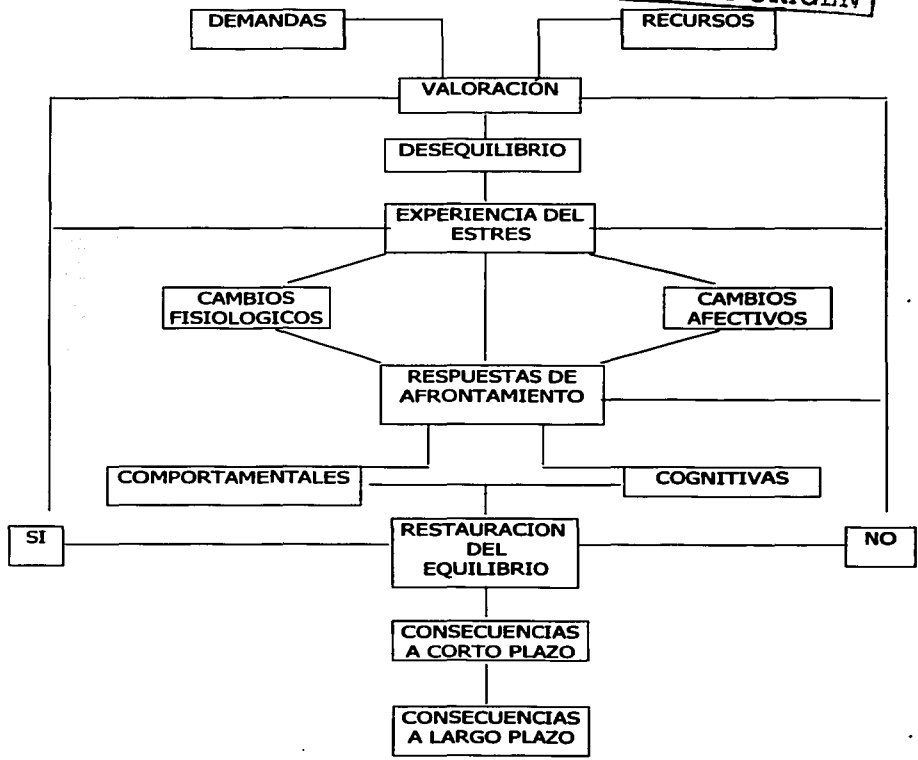
La mayoría de los investigadores definen afrontamiento como un conjunto de respuestas ante la situación estresante ejecutadas para reducir de algún modo las cualidades adversivas de la situación, es decir, es el proceso de estrés que incluye los intentos del individuo para manejar los estresores. En otras palabras, el afrontamiento son los intentos para resistir y superar demandas excesivas que se plantean en un acontecer vital (Rodríguez, 1995).

"El afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Lazarus & Folkman, 1991, p. 164).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

1.5.1. MODELO DEL ESTRÉS-AFRONTAMIENTO:



(Rodríguez, 1995, p. 65).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Los recursos de afrontamiento son los elementos y/o capacidades, internos o externos con los que cuenta la persona para hacer frente a las demandas del acontecimiento o situación potencialmente estresante. De acuerdo con la clasificación existen; *físicos*: son todos los elementos del entorno físico de la persona, incluyendo su propio organismo biológico; *psicológicos*: que va desde la capacidad intelectual de la persona hasta su sentido de la autoestima, nivel de independencia o autonomía y su sentido de control, *culturales*: son las creencias de las personas, normas, valores, símbolos, etc., como son la salud y la enfermedad; *sociales*: es la red social del individuo y su sistema social de apoyo (Rodríguez, 1995).

El afrontamiento es determinado por las acciones que limitan la utilización de recursos disponibles, ya sean personales, ambientales culturales, etc., también los altos grados de amenaza pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de afrontamiento en forma correcta. El afrontamiento sirve para dos funciones primordiales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción), estas pueden potenciarse o interferirse (Lazarus, 1991).

Los teóricos cognoscitivos suelen clasificar las respuestas de afrontamiento en dos grandes clases:

- **Afrontamiento centrado en lo emocional:** Estas son intentos por controlar la ansiedad o la angustia provocada por exigencias ambientales amenazadoras; son ejemplo de ellos el uso del alcohol, las drogas, las técnicas de relajación y la reinterpretación del significado de las exigencias ambientales.
- **Las respuestas centradas en el problema:** Son esfuerzos por cambiar la propia situación de estrés. La persona, en este caso, busca más información, altera la situación o trata de adquirir la capacidad necesaria para satisfacer las exigencias ambientales (Darley, *et al*, 1990).

CAPITULO 2

TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

2.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ANOREXIA Y LA BULIMIA

2.1.1. ANOREXIA:

La anorexia al principio fue considerada como histeria. Después como un trastorno endocrinológico, y luego ya como un problema psiquiátrico.

En 1500, Simone Porta parece que fue el primer observador de la anorexia mental, según Acconero y Baraldi.

En 1689, Morton la describe como consunción nerviosa.

En 1789, Nadaud, como enfermedad nerviosa con degrado por los alimentos.

En 1868-74, Gull empleo por primera vez el término anorexia nerviosa, estado mental nervioso creado por trastornos centrales y hereditarios.

En 1873-74, Lassegue, inanición histérica, anomalía intelectual, trastorno cerebral y hereditario, con represión de un deseo más o menos consciente.

En 1883, Huchard, primer empleo del término "Anorexia mental"

En 1895, Freud, La neurosis de la alimentación, en el manuscrito "melancolía", publicado en 1950. Paralelo con la melancolía perdida del apetito al mismo tiempo que la libido .

En 1914, Simmonds, definió la caquexia hipofisaria; consideró el síndrome una deficiencia endocrina.

En 1934, Mang y Grotte, "neurosis de órgano" interferencia de un conflicto inconsciente en el metabolismo hormonal.

En 1941, Fenichel, significado dinámico de la anorexia mental en los conflictos propios de cada tipo de estructura psicopatológica: neurosis obsesiva, represión, fobia, esquizofrenia, etc.

En 1950, Lopez Ibor, enfermedad psicósomática equivalente depresivo.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En 1954, Albeaux-Fernet y cols. Distinción entre adelgazadores funcionales y anorexia mental propiamente dicha.

En 1965, Simposio de Göttingen, investigaciones multidisciplinarias sobre la anorexia nerviosa. Tres conclusiones:

- La anorexia mental esencial expresa una incapacidad de asumir el papel sexual genital y de asimilar las transformaciones de la pubertad.
- El conflicto principal se sitúa al nivel del cuerpo y no al nivel de la función alimenticia.
- La estructura de la anorexia mental esencial es diferente de la neurosis clásica.

En 1973, O´Flanagan tratamiento antidepresivo. Uso de fármacos. (Chinchilla, 1995).

2.1.2. BULIMIA:

La bulimia deriva del griego que significa “hambre de buey” y del latín que significa “hambre canina”.

Galeno describió la “Kynos orexia” o hambre canina para referirse a un estado de ánimo que provocaba un deseo exagerado de alimento y frecuentes ingestiones que podían asociarse con vómitos y copiosos movimientos de vientre.

En 1825 Hooper utiliza los términos bulimia emética y cinorexia para designar un apetito voraz seguido de vómitos.

En 1979 Russell, acuña el término “bulimia nerviosa” para describir un grupo de pacientes que presentando episodios bulímicos intentan mitigar los efectos de la sobreingesta a través de vómitos autoinducidos, abuso de laxantes y/o diuréticos, muestran invariablemente una preocupación por el peso y las medidas corporales (Chinchilla, 1995).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2.2. ANOREXIA NERVOSA

2.2.1. DEFINICIÓN:

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 15 %) normalmente fruto de la decisión voluntaria de adelgazar. El adelgazamiento se consigue suprimiendo o reduciendo el consumo de alimentos ,especialmente "los que engordan", y con cierta frecuencia mediante vómitos autoinducidos, uso indebido de laxantes ,ejercicio físico desmesurado, consumo de anorexígenos y diuréticos ,etc. (Toro, 1996).

La anorexia nerviosa se define como un síndrome que se caracteriza por aparecer en edades jóvenes; más frecuentes en muchachas púberes o post-púberes limitando por lo general la aparición a los 25 años; rara en el sexo masculino (Chinchilla, 1995).

Es una enfermedad que se presenta casi exclusivamente en el sexo femenino, en mujeres jóvenes (12 a 20 años), de raza blanca y que viven en zonas del planeta en las que el alimento es un bien ofrecido, donde no hay que luchar para conseguirlo y, por lo tanto, no es un símbolo de poder. Es desconocida en el mundo occidental y de una escasísima incidencia en la raza negra. Se trata una enfermedad de intrincada psicopatología, donde el síntoma más llamativo: no comer sofocando el hambre, es el resultado final de una compleja interrelación de factores. Este síntoma, muy importante por cierto, conduce al rechazo de la comida con la consiguiente pérdida de peso y la centralización de toda la alteración en el cuerpo (Braguinsky, 1998).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.2. SINTOMATOLOGÍA:

Se presentan preocupación selección y restricción alimentaria voluntaria y búsqueda de adelgazamiento con el que experimenta placer y controlan el cuerpo y sus funciones; hiperactividad y aumento de consumo de energía; amenorrea o retardo de la menarquía; pérdida de peso de por lo menos un 25% por la restricción alimentaria por anorexia o pseudoanorexia (voluntaria). Estos síntomas serían primarios e irían precedidos por un desencadenante generalmente psíquico-conflictivo, que cristalizarían en un humor depresivo enmascarado o aparentemente menos intenso con una sintomatología de angustia, ansiedad, tristeza, hiperactividad, pobreza cuantitativa del pensamiento, vivenciación del suicidio más apersonalmente, etc. En la evolución y secundariamente, aparecerían una serie variable de síntomas somáticos como estreñimiento, vómitos, malestar especial en el estómago, caída de cabello, mayor sensibilidad al frío, hipotensión, hipotermia, edemas, disminución de la masa corporal, insomnio o dificultad para conciliar el sueño, crisis de bulimia, alteración perceptiva de la imagen corporal, etc. (Chinchilla, 1995).

Las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen la estructura al cuadro. La situación cada vez más estresante provoca tristeza, irritabilidad, aislamiento social progresivo, ideas de muerte y suicidio, etc.

Los pensamientos y actitudes relacionadas con el cuerpo el peso y la alimentación se distorsionan convirtiéndose en absurdos, irracionales y desadaptativos. Las comidas no solo se reducen, sino se convierten en prácticas extravagantes. Los alimentos pueden no ingerirse. La imagen y la autoestima acostumbran a ser sumamente negativas, el perfeccionismo y rigidez. El anoréxico restrictivo tiene hipercontrol (Toro, 1996).

2.2.3. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:

La patología familiar ha sido muy estudiada sobre todo la de los padres. Los padres suelen ser autoritarios, rígidos, mimados por sus madres que ha su vez eran dominadas por sus maridos; madres en la obediencia y en la escasa tolerancia muy dedicadas a la familia. El padre suele identificar a la paciente con su madre, y expresa hacia ella la hostilidad que nunca manifestó a su madre. Son poco tolerantes y coartan intentos de iniciativas e independencias no dirigidas por ellos. La madre en cierto modo es cómplice y concentra la hostilidad del padre sobre la enferma en vez de en ella misma; le da cuentas al padre de cómo es la de enferma cuando se muestra agresividad mutua. Suelen ser madres depresivas, frustradas.

Al igual que el padre la madre está muy dependiente de su madre. Como la madre es la figura de identificación de la cual disponía la enferma desde la infancia, esta madre se va preocupando por la enferma para en el despertar de la adolescencia ir introduciéndola socialmente sin tener muy en cuenta la iniciativa de la enferma, pero dado que la madre quiere proyectar en ella su futuro deseado en su hija, suele anular a esta. La enferma achaca al padre su agresividad para con ella, su cobardía ante su madre (abuela paterna de la paciente), su agresividad hacia su esposa, y hacia su madre, lo mismo y además ve lo que le puede esperar a ella en un futuro, "ser cómo su madre". Las dependencias y ambivalencia son la norma. Los padres suelen ser mayores, y preocupados por las dietas alimenticias. Cosa curiosa o llamativa es que no se ha encontrado anoréxicas nerviosas huérfanas de madre (Chinchilla, 1995).

2.2.4. PERSONALIDAD PREVIA Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES:

Las pacientes que padecen anorexia presentan características de personalidad comunes, con rasgos muy destacados desde la primera infancia, lo cual brinda una marcada uniformidad al cuadro.

Desde niña se han destacado por tener una gran autonomía funcional, lo cual les permitió ser prodigias con sus tareas, ordenadas con sus cosas, autosuficientes

con sus deberes. Así es como siempre han mantenido en orden sus útiles escolares, sus juguetes, su ropa y su habitación; hacían sus deberes sin necesidad de que nadie las controlase o las mandase y hasta se vestían solas. Fueron, al decir de las madres, "hijas ideales".

Son brillantes intelectualmente, tienen un coeficiente intelectual 25% superior a sus compañeras de curso y poseen una riqueza de vocabulario que les facilita la comunicación fluida con los demás, manteniendo conversaciones con un nivel de profundidad mayor que el que les corresponde a su edad.

Sus juicios son tomados seriamente desde temprana edad. Por el contrario, la comunicación afectiva se encuentra dificultada, dificultad que habitualmente es compartido por los demás miembros de la familia.

Son muy buenas deportistas: constantes, hábiles, tenaces, con mucha facilidad en la coordinación muscular. Suelen ser las abanderadas de su clase y los más destacadas deportistas.

Sus mayores sienten un enorme orgullo por los logros de estas hijas y ellas se sienten muy orgullosas, no por los éxitos que obtienen sino por el orgullo que éstos despiertan en sus padres. Son vanidosas y su autovaloración, desde pequeñas, depende de la valoración que los demás hacen de ellas (Braguinsky, 1998).

Suelen ser hijas únicas u ocupar el último lugar entre los hermanos. De cualquier clase social. En su biografía son frecuentes los conflictos sentimentales o espirituales. En el seno familiar se ven postergadas afectivamente en comparación con los hermanos. Suelen ser obesas y glotonas antes de enfermar. No tienen por lo general una suficiente y adecuada vivencia de su rol sexual. La amistad o relaciones con los chicos esta polarizada hacia lo espiritual. Rara vez son casadas. Por otra parte suelen ser coquetas y presumidas (Chinchilla, 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2.5. FACTORES PREDISONENTES:

- Acontecimientos estresantes tempranos la favorecen
- Peso al nacer
- Obesidad previa
- En mujeres 10 a 1 frente a los hombres
- Preocupación familiar por la apariencia
- Mediadores en conflictos familiares
- Periodos de negativismo
- Dificulta para expresar con palabras afectos y emociones
- Hacen dieta para controlar algo
- Dificultad para ser independientes
- Hiperactividad
- Amplios cambios de humor
- Disminución de la actividad sexual
- Identidad personal incompleta (Chinchilla, 1995, p.50)

La presión social para ser delgada, es otro factor predisponente importante: El contexto sociocultural premia a la delgadez y tiene prejuicios contra la gordura. Si bien esto no es reciente va en aumento en los últimos 30 años. Es importante recordar que cuando hablamos de un "cuerpo ideal o espectacular" estamos refiriéndonos no ha un ideal de salud o bienestar, sino de moda imperante en ese determinado momento. El ideal de belleza ha ido cambiando según las épocas y es diferente en las distintas sociedades.

La presión social para ser supermujeres; pensemos en como se espera que se desempeñe la mujer hoy. Con un cuerpo perfecto, sin duda, debe desarrollar una carrera brillante, debe desempeñarse fluidamente a nivel social, debe construir un matrimonio perfecto y debe ser una madre perfecta. Los anuncios de televisión las muestran como "deben ser": delgadas, saludables, sexys, hermosas, triunfadoras. Por eso si, deben tener un gran control sobre si mismas, con logros bien visibles y ser perfeccionistas. Las mujeres creen este mensaje de "mujer moderna" y, a

diferencia de los hombres, tienden a hecharse la culpa si algo de todo eso no les sale. Se sienten culpables por no alcanzar el estereotipo de la mujer que venden los medios. Se sienten fracasadas por no poder responder a lo que suponen que son las únicas expectativas que se tienen de ellas. Esto disminuye su seguridad, la confianza en sus recursos en lo que si tienen de valioso: su capacidad de ser buenas mujeres, esposas o madres o buenas amigas, buenas empleadas o buenas compañeras de trabajo. Intentan entonces, demostrarse así mismas que algo si pueden lograr (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

2.2.6. ANOREXIA NERVOSA EN EL VARON:

Chinchilla (1995) dice que la anorexia nervosa en el varón es un tema muy controvertido por su escasa proporción. Además por ciertas diferencias, aunque no en lo más sustancial. Fue Gull, el primero en describirla en 1884.

Si bien los trastornos de la alimentación se dan predominantemente en mujeres jóvenes, están apareciendo también en hombres jóvenes cada vez más. El porcentaje de varones ha pasado de 5% a 10% en los últimos cinco años. Este es un dato interesante, ya que ratifica que no hay nada en la anatomía o fisiología femenina que haga que las mujeres tengan el uso privativo de estas patologías. A su vez, refuerza la hipótesis de la fuerte influencia que ejerce la presión del contexto sociocultural en la aparición de estos fenómenos.

Al igual que las mujeres que sufren de estos problemas, los hombres que desarrollan trastornos del comer también tienen:

- Historias de obesidad que los han convertido en objeto de burlas en algún momento
- Tienen la fuerte creencia de que si adelgazan serán más atractivos o más queridos
- la obligación de mantener un peso configura específicos por su trabajo, etc..

Un número significativo de los varones con trastornos de la alimentación es homosexual lo que no significa que sea privativo de este grupo. Quizás esto tenga más que ver con que nuestra cultura no le pone hasta 1 5% en cinco tantas exigencias al hombre heterosexual, en cuanto el cuidado de su presentación física. Más bien le exige que sea fuerte, situación para la cual algunos kilos de más no interfieren. En cambio, en el mundo gay masculino, la apariencia es un valor apreciado, igual que en el mundo femenino (Crispo, Figueroa & Guelar, 1996).

2.2.7. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

De acuerdo con el DSM-IV (1995) los trastornos alimentarios se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria.

La anorexia nervosa se caracteriza por el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea (ausencia de al menos tres ciclos menstruales).

La persona con este trastorno mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Si la anorexia nervosa se inicia en la niñez o en la primeras etapas de la adolescencia, en lugar de pérdida puede haber falta de aumento de peso.

Las personas con anorexia nervosa se sienten humillados y molestos al comer en público, puede presentar obsesiones y compulsiones en relación con los alimentos, o pueden estar muy preocupados por un defecto corporal imaginario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3. BULIMIA NERVOSA

2.3.1. DEFINICIÓN:

Es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que las persona afectada ingiere cantidades de alimento significativamente superiores a lo que es normal ingerir en circunstancias similares. Esta ingestión alimentaria se lleva a cabo experimentando paralelamente la sensación de pérdida de control sobre la misma. En principio, el bulímico no desea en absoluto incurrir en el atracón.

Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso mas frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. (Toro,1996).

La bulimia se caracteriza por un irresistible impulso a la ingesta episódica e incontrolada, compulsiva y rápida de grandes cantidades de alimentos ricos en calorías durante un período de tiempo variable de unos minutos a horas, durante los cuales el paciente experimenta una pérdida de control sobre la conducta alimentaria, existiendo durante el mismo una dificultad para parar de comer durante esos episodios de voracidad (Chinchilla, 1995).

La bulimia es un síndrome que se presenta con mayor frecuencia en mujeres (6/1 respecto de los varones), adolescentes o adultas jóvenes, occidentales, con buen nivel de instrucción y edades que van de los 14 a los 30 años, que no han presentado, necesariamente, antecedentes de patología alimentaria previa y que viven en zonas del mundo en donde el alimento es bien abundante (Braginsky, 1998).

La bulimia representa un severo temor, prácticamente fobia al sobrepeso, la cual se caracteriza por "accesos bulímicos", que se manifiesta como un consumo

rápido de grandes cantidades de alimento en periodos cortos. Se considera como una conducta alimentaria reactiva a periodos de dietas restrictivas. El tipo de alimento que se consume suele ser altamente calórico y de fácil ingestión (Gómez Pérez Mitré, 1993).

2.3.2. SINTOMATOLOGÍA

Los atracones se acompañan de ciertas prácticas destinadas a compensar sus efectos sobre el peso, es decir, sobre la silueta corporal. Los vómitos autoinducidos son el recurso más reciente junto con el uso anómalo de laxantes, diuréticos, etc. Estas limitaciones alimentarias constituyen una característica que aparentan a la bulimia nervosa con la anorexia nervosa, la preocupación desmesurada por el peso y el cuerpo, y la excesiva influencia de la misma en la determinación de la autoestima.

El paciente bulímico experimenta permanentemente alteraciones del estado de ánimo con tristeza y ansiedad en primer plano, y unos sentimientos de culpa que suelen constituir la música del fondo del trastorno. Los episodios de ingestión alimentaria excesiva y voraz constituyen el elemento central de la sintomatología bulímica. Cada atracón suele ir precedido de una sensación compleja y entremezclada de hambre imperiosa y ansiedad aguda. El malestar consiguiente solo parece solucionarse mediante el atracón. En la gran mayoría de los casos va precedida de periodos de restricción alimentaria. En general, los vómitos y otras conductas compensatorias de los atracones suelen dar lugar prácticamente siempre a restricciones alimentarias por lo menos intermitentes.

Los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales. Las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que, previamente, han quedado asociadas a los atracones (situaciones condicionadas). Sus pensamientos y actitudes relacionadas con el peso, el cuerpo y la alimentación. La diferencia más notable radica en que el bulímico típico suele experimentar dificultades en el control general de sus impulsos, es decir, no solo de lo relativo al área alimentaria; de ahí la frecuencia en bulímicos, del consumo

de tóxicos, la promiscuidad sexual, los cambios de pareja o de trabajo, e incluso de robos y mentiras (Toro, 1996).

La ingesta desmesurada produce una sensación de distensión , hinchazón y malestar físico en la región abdominal, así como sensaciones nauseosas por la plenitud, lo que junto a los frecuentísimos sentimientos de culpa y vergüenza generan depresión y autodesprecio, originando todo ello al fin el vómito reflejo, o bien inducido para disminuir el malestar físico y evitar la digestión de lo ingerido. Cuando no consiguen el vómito usan los laxantes o diuréticos o el riguroso ayuno posterior para controlar el peso por miedo a engordar.

Estos pacientes, al igual que los afectos a la anorexia nerviosa, tienen una gran preocupación por su peso e imagen corporal y un miedo atroz a la posibilidad de ser obesos en el presente o en el futuro, con intentos de control de peso mediante dietas, vómitos u otros medios para que no sedimente lo ingerido. Sin embargo, con el tiempo no pueden controlar los deseos irrefrenables de comer en forma de atracones. Los ciclos de atracones y de vómitos son muy frecuentes, siendo el paciente consciente de la anormalidad de su conducta alimentaria, lo que frecuentemente les genera sentimientos depresivos al darse los atracones. Atracones, vómitos, atracones y no siempre vómitos sino uso y abuso de laxantes, diabéticos, ejercicio, etc., o incluso uso de sustancias supresoras del apetito. No siempre se trata de atracones reales, sino que a la larga ya con ingestas menores de alimentos prohibidos los pacientes tienen la misma sensación de descontrol. Sienten desde el inicio el impulso a comer y el miedo a no poder parar. Sería como una fuerza interna, que no puede evitar o a la que no puede resistirse, la que les impulsa a comer vorazmente (Chinchilla, 1995).

2.3.3. CARACTERÍSTICAS FAMILIARES:

Los pacientes pertenecen, en la mayoría de los casos a familias en donde la ausencia del padre o de la madre es la regla. Hogares de padres divorciados en los que, habitualmente, las normas en el área de lo sexual, de preferencia en lo

referido a las fidelidades , son difusas, cambiantes y contradictorias. Con frecuencia se ve que las pacientes.

En general, el padre ha participado poco o nada en la educación de los hijos y ha demostrado una inocultable capacidad para poner y respetar limites. Con frecuencia, estos padres se muestran con características de comportamiento de tipo adolescente asumen una posición débil y dependiente de sus esposas, y con rasgos seductores frente a sus hijas. Las madres presentan características obsesivas de personalidad en el 30% de los casos, con una sobrevaloración de los valores intelectuales y estéticos, a pesar de que ellas mismas no tienen una actividad intelectual destacada. Ambos padres, quizá más marcado en las madres, muestran comportamientos "invasores" lo cual lleva a las pacientes a reaccionar agresivamente al ver que no son respetadas en su intimidad, es probable observar que la relación madre-hija es áspera signada por conductas contradictorias y agresiones mutuas permanentes; ello facilita que la mayoría de las pacientes no convivan con sus familiares después del comienzo de la sintomatología bulímica y esto le posibilite mantener una aceptable relación social con ellas (Braguinsky, 1998).

Las familias bulímicas muestran: negación (no ven lo evidente por ejemplo, el cuerpo emaciado del paciente) o protección del síntoma ("cuando madure se va a curar"). Con su complicidad se sostiene el síntoma ya que permite estabilizar patológicamente al grupo familiar. El paciente, con su padecimiento, condensa un a historia de varias generaciones siendo depositario y centinela de su repetición (Hekier & Miller, 1994).

2.3.4. PERSONALIDAD PREVIA Y CARACTERÍSTICAS PERSONALES:

La sintomatología bulímica se presenta en pacientes que poseen diferentes tipos de trastornos de personalidad; esto hace que no se encuentre la uniformidad de rasgos que se describió para la anorexia y que, por lo tanto, su encuadre de limites sean más imprecisos.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Es posible distinguir tres grupos de pacientes: Bulimia de comienzo anoréxico, bulimia simple y bulimia con drogadicción y promiscuidad. Los tres grupos comparten en distintas proporciones una serie de características:

1. Ansiedad permanente; con fluctuaciones del humor, son frecuentes las crisis de mal humor e irritabilidad como consecuencia de una muy baja capacidad para tolerar la frustración.
2. Marcada baja en la autoestima y una anormal dependencia de la autovaloración respecto de la imagen corporal. La autovaloración se encuentra regulada, casi exclusivamente por pautas externas. Lo más importante es lo aparente, lo que se muestra, y en ese contexto la forma del cuerpo se encuentra en un primer plano.
3. Difusa identidad de sí misma que la lleva a afirmar repetidamente que no sabe quien es.
4. Intenso miedo a ser rechazada o abandonada, miedo que intenta superar buscando agradar. Lucha por brindar una imagen femenina por ella considerada como adecuada a la imagen que los demás esperan ver en ella. El dolor que le despierta el sentirse excluida lleva a que esté permanentemente atenta a satisfacer las expectativas del otro para evitar el abandono temido.
5. El miedo, lleva a establecer relaciones dependientes.
6. Conductas impulsivas que originan un descontrol evidente en el ámbito de la comida pero que manifiesta, también, a nivel de compras, robos, adicciones y / o de la vida sexual.
7. Gran dificultad para enamorarse, a lado de una constante necesidad de sentirse necesitada y de ver que alguien este enamorada de ella.
8. Aceptable adaptación social y nivel de desempeño.
9. Permanente sensación de vacío.
10. El esfuerzo mayor esta puesto en no engordar, en mantener una figura atractiva. (Braguinsky, 1998, p. 283).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.3.5. FACTORES PREDISPONENTES:

- Baja autoestima
- Insatisfacción de su imagen corporal
- Con algún trastorno de la personalidad
- Con posible historia de depresiones
- Que ha realizado dietas crónicas
- Nivel socio-económico medio alto
- Historia familiar con desordenes alimentarios, depresivos
- Problemas de comunicación familiar
- Familias interesadas en la apariencia y relaciones humanas estilizadas
- Patología personal de obesidad, depresiones y abuso de sustancias
- Padres acomplejados y absorbidos por sus preocupaciones, distantes en el trato emocional.
- Preocupación narcisista por su corporalidad (Chinchilla, 1995, p. 97).

Los desordenes afectivos frecuentemente se relacionan con la bulimia. Estudios previos reportan entre un 35.2% y 88% de pacientes tienen un trastorno afectivo acompañado de la bulimia, predominan los relacionados con la depresión (Hatsukami, Mitchell, Eckert & Pyle, 1986).

2.3.6. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO:

Se caracteriza por atracones y en métodos compensatorios inapropiados para evitar la ganancia de peso (deben producirse al menos dos veces a la semana durante un periodo de tres meses).

Un atracón es la ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo, en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar y en las mismas circunstancias, es la sensación de la pérdida de control sobre la ingesta de alimento.

Las conductas compensatorias inapropiadas son en manera repetida con el fin de no ganar peso, como son provocación de vómito ; uso excesivo de laxantes ; diuréticos ; enemas u otros fármacos ; ayuno, y ejercicio excesivo. Además la autoevaluación de los individuos con esta enfermedad se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal. (DSM-IV, 1995).

2.4. TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO

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

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

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

Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte del individuo de peso normal.

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

Trastorno compulsivo : se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervosa. (DSM-IV, 1995).

2.5. ANOREXIA Y BULIMIA COMO TRASTORNOS SOCIO -CULTURALES

En nuestros días, constatamos que la mayor parte de nuestros conciudadanos, especialmente las mujeres, y sobre todo las adolescentes, están preocupadísimos por su cuerpo, distorsionan su imagen corporal y hacen todo cuanto pueden para adelgazar. En este contexto, analizamos un hecho de suma relevancia: la mitificación negativa de la obesidad y el sobrepeso. La evitación o huida de los reales o supuestos kilos de más constituye un ingrediente central de

nuestra cultura de la delgadez; se trata de nuestra rampante lipofobia. Por otro lado, la práctica de determinados deportes cada vez más arraigados en esta sociedad, y de actividades como la danza, constituye un factor de riesgo añadido para la decisión de adelgazar.

Múltiples datos e informaciones permiten verificar la existencia de un importantísimo, desarrolladísimo y boyante mercado de adelgazar, cuyos numerosos y polifacético tentáculos crean a nuestro alrededor una atmósfera irrespirable, pero que inhalamos sin tomar mínima conciencia de sus riesgos y peligros. La moda y sus creadores productores desempeñan en este juego psicosocial un papel destacadísimo, al igual que los medios de comunicación y la publicidad, que tan eficazmente sirven a los que aumentan su fortuna gracias a los kilos que otros, la mayoría, pretenden abandonar. Todo ello, y muchos otros factores, se ciernen tentadoramente sobre la mujer, contribuyendo a la cosificación de su cuerpo, y logrando que asocie prestigio social y autoestima personal a delgadez.

El anhelo de adelgazar o de mantenerse delgado se ha convertido en un valor central de nuestra cultura, y su interiorización en todos nosotros es un hecho indiscutible. Tampoco es discutible que esta generalizada y emotiva vocación de perder peso constituye el más notable factor de riesgo para los trastornos del comportamiento alimentario. En mayor o menor medida todos y cada uno de nosotros estamos viviendo y compartiendo el sentimiento de que la delgadez corporal se asocia de algún modo a belleza, elegancia, prestigio, higiene, Juventud, autoestima alta, aceptación social, estar en forma, e incluso a virtud y búsqueda de perfección. Ciertamente, no hemos nacido con estos sentimientos, actitudes y creencias. Nos han sido inculcados desde la más tierna infancia. Por nuestra parte, hemos podido comprobar que toda una serie de factores que permiten la interiorización del actual modelo estético corporal (delgado) en nuestras adolescentes se dan de modo semejante en las anoréxicas, pero con mucho más intensidad, poniendo de manifiesto la existencia de un continuo fenómeno (Toro, 1996).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 3

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO

Hoy en día, las personas viven en una sociedad en donde los trastornos de la conducta alimentaria están aumentando alarmantemente, en donde los medios de comunicación fomentan una cultura de la "delgadez" que pone en riesgo la salud de las personas.

Las pinturas de Tiziano (siglo XVI) y Rubens (siglo XVII) muestran cómo la sociedad de esas épocas veneraban los cuerpos grandes, gruesos y redondeados que parecían fértiles y sanos. Aún en actualidad persisten culturas en donde la acumulación de grasa en el estómago, caderas y piernas simboliza riqueza, fertilidad y "status".

Desde finales del siglo XIX, la figura femenina ideal ha pasado de una forma robusta a una tubular, con una marcada reducción de peso y un incremento en el tamaño de la cintura. En revistas, como Vogue o Play Boy, en los concursos de belleza, en la televisión y en el cine se aprecia de manera clara este cambio en la dimensión de la figura femenina.

La glorificación tanto de la delgadez en la mujer como la corpulencia en el varón o es más que resultado de una modificación histórica del ideal corporal, y a pesar de la evidencia de la influencia de los factores genéticos y fisiológicos en la regulación corporal, muchas personas relacionan estos ideales corporales con:

- 1.-Estar sano y en forma
- 2.-Poseer autocontrol y habilidad para resistir la tentación
- 3.-Tener la dedicación y la determinación para vencer las necesidades biológicas y flagelar el cuerpo hasta ponerlo en forma

4.-Ser bueno

5.-Ser un varón o una mujer exitoso o exitosas y actual

Ser delgada se ha convertido en una expresión concreta y pública de características que son altamente valoradas en una cultura con valores morales estándar ambiguos (Dulaton,2000).

En la cultura occidental estar delgado es considerado hoy en día como el ideal de belleza de miles de mujeres un indicador de estatus social, salud y bienestar (Polivy, Garner & Garfinkel, 1986). En contraste, la gordura es vista como una condición estigmatizante, a la que se atribuyen rasgos de autoindulgencia, glotonería, flojera y falta de control. Existe una serie de prejuicios que fundamentan esta tendencia generalizada a percibir negativamente la gordura (citado por Unikel, Mora & Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Muchas mujeres jóvenes, desde amas de casa hasta ejecutivas, relacionan el hacer dieta, tener una excesiva conciencia sobre su peso, restringir su apetito así como controlar su ingestión de comida con el hecho de ser "buena mujer"(Dulaton, 2000).

Actualmente, se observa que la función de los alimentos ha ido más allá de la supervivencia; ahora también desempeñan funciones en la identidad individual o grupal, ya que la comida proporciona importantes elementos de identidad y estatus social (Contreras, 1993).

Pero, ¿que sienten estas personas con problemas en su conducta alimentaria?, la baja autoestima, el perfeccionismo y la sexualidad son molestos para todas las glotonas. La persona ya sea anoréxica, bulímica o glotona compulsiva, parece formar parte de la misma hermandad autocrítica y de dudas.

Muchas anoréxicas o bulímicas han desarrollado un sentimiento de culpa cuando no se han ocupado de otra persona. A menudo, de pequeña, fantasea con que

tiene que proteger a su madre o a su padre y hacerlos felices a toda costa. Se empuja a sí misma a ser una perfeccionista y una chica completa para evitar situaciones que pudieran alterar la supuesta armonía de la familia (Aranson, 1991).

Las glotonas obesas también son de las que quieren agradar a la gente. Muchas se desviven por ser útiles a los demás. Trabajan más horas sin pedir que se las paguen y sacrifican tiempo y esfuerzo con una sonrisa. Pero por dentro bufan de cólera y se sienten despreciados y no amados. La pregunta sin respuesta que se hacen las personas que quieren agradar es ¿Quién soy? La que abusa de la comida se dice a sí misma que sabe quién es (una persona inaceptable, torpe, sin talento, estúpida y fea). Cree que debe seguir desempeñando el papel de persona maravillosa, creativa, segura y de éxito para evitar que se descubran sus defectos interiores. Debajo de toda glotona sonriente, sumisa y agradable hay una rebelde latente. La anorexia (pasar hambre y atiborrarse de comida) es una acción de frustración y rabia en una persona joven. La mayoría de los padres que tiene hijos maravillosos están acallados por la satisfacción porque no reconocen que los años de adolescencia son normalmente una etapa de búsqueda de identidad del adolescente. Muchos adolescentes realizan la ruptura con el seno de la familia a través de conductas antisociales como beber, fumar, tomar drogas y rompiendo las reglas de la conducta sexual. Algunos se rebelan estudiando poco, otros se apartan de la opinión política y religiosa de sus padres para encontrar la verdad por sí mismos. En muchas familias, el entendimiento y el amor puede ayudar al niño a realizar la transición de la infancia a la edad adulta y a prepararlo para desempeñar un papel de persona sana y equilibrada. Las adictas a la comida, sin embargo, o han reprimido su búsqueda de identidad o se vieron prisioneras de la idea de que tenían que ser lo que otros quisieran que fuesen (Aranson, 1991).

Inconscientemente, la glotona decidió tiempo atrás que en comparación con los demás ella no es lo suficientemente buena, inteligente, bonita o rica para competir con sus semejantes. Frecuentemente estas decisiones las toman a una

temprana edad y los padres no son nunca conscientes de ellas. Estos pensamientos deformados se convierten en parte del credo por el que vive la persona que abusa de la comida. Cada día se convierte en una lucha para ganarse el amor y la aceptación. Debe ponerse a prueba una y otra vez. Pero sigue creyendo que no es aceptable. Pronto se centra en el único objetivo que simbolizará su autovaloración, un cuerpo "perfecto". Toda su atención y la mayor parte de su energía se centra en las dietas o el ejercicio para seguir su objetivo. Su creencia irracional es que si tiene una apariencia física perfecta, lo demás estará bien. Las chicas infelices se dicen que toda su timidez e inseguridad desaparecerá si tiene un buen aspecto. Pronto la búsqueda se vuelve obsesión (Aranson, 1991).

3.1. FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Con respecto a los trastornos de la conducta alimentaria, la hipótesis que explica la ideología de la anorexia y la bulimia, es la que considera que estos padecimientos tienen un sentido y un propósito psicológico; este sentido tiene que ver, con el individuo y su familia, pero también con la cultura y la sociedad en la que vive.

Por lo tanto la anorexia y la bulimia son funcionales es decir se las buscan para lograr algo diferente del propósito confesado de estar delgado. La anorexia y la bulimia se meten en una posición en donde nunca alcanzan lo que dicen que es su objetivo (Buckroyd, 1997).

Dentro de la conducta alimentaria de riesgo, podemos encontrar diferentes factores como son ayunos, saltarse comidas, accesos bulímicos, purgas, la conducta de sobreingesta compulsiva, dieta restrictiva, preocupación por el peso corporal, etc; en la población femenina joven y adolescente de la sociedad norteamericana el consumo de alimentos dietéticos, "light" o bajos en calorías y/o seguimientos de dietas para el control de peso son conductas que se derivan de

una situación considerada normativa, a saber: la insatisfacción con la imagen corporal que tiene que ver con una imagen ideal tan delgada que en la práctica se podría calificar como una imagen anoréctica (Gómez Perez -Mitré, Saucedo y Unikel,1999).

3.2. CONDUCTA DE SOBREINGESTA COMPULSIVA

Se entiende la conducta de sobreingesta compulsiva como adicción a la comida, la persona se llena de comida cuando se siente feliz, o porque está triste, para recompensarse o porque no se siente a gusto consigo misma, porque se siente sola, etc. Esto es, el alimento se convierte en el nutriente emocional o en la respuesta indiscriminada a cualquier sentimiento. (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Las personas que padecen este trastorno se caracterizan por tener períodos de ingesta abundante y rápida de comida. Son personas que se obsesionan por la comida y por las dietas que difícilmente siguen. Tienen sentimientos de culpa debido a la falta de control en la ingestión de alimentos (Plazas, 1997).

En los pacientes anoréxicos se ha encontrado que manifiestan una fuerte necesidad de control sobre sus vidas por lo que la cubren a través de la ingesta. Creen que todo mundo los controla, y que su vida no tienen un significado a demás de sentir que nada les pertenece, por lo que encuentran que lo único que es totalmente suyo y en lo que pueden tomar decisiones propias es su cuerpo; cuando comienzan a adelgazar la gente que los rodea comienza a admirarlos y esto refuerza positivamente el control sobre los alimentos que consumen (Kristi, 1998).

La comida representa para algunas personas una manera de aliviar los estresores a los que están expuestos en su jornada diaria. La sobre alimentación puede presentarse por algunas razones: tendencias genéticas, hábitos, costumbres

religiosas, sociales y familiares, aburrimiento, funcionamiento alterado del centro de saciedad en el hipotálamo, tensiones provocadas por estrés. Así mismo, la alimentación compulsiva pueden ocurrir durante las comidas regulares pero con más frecuencia entre las comidas. Por lo general cualquier alimento se puede consumir de manera compulsiva, pero especialmente las palomitas , pastelitos, papas fritas, galletas, dulces y otras golosinas. Estas conductas son una forma de aliviar la tensión que produce el estrés, pero por norma solo conducen a la obesidad (Morse y Pollack, 1998).

Para Braguinsky (1989), existen tres tipos de conducta alimentaria anormal, primero los bulímicos que son personas que comen cantidades normales o grande de comida, presentando accesos bulímicos que pueden derivar en obesidad. Aquí mismo se encuentran los comedores nocturnos que son aquellos que padecen insomnio y recurren al alimento durante la noche, segundo los "pellizcadores" son las persona que suelen comer durante todo el día de manera desordenada y sin respetar horarios, y tercero los dietantes son los que se alimentan de manera estricta a base de una dieta baja en calorías estableciendo un control rígido sobre el alimento.

3.3. SEGUIMIENTO DE DIETAS

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido como tal, es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso. Diferentes investigadores han encontrado que hacer dieta lleva a la desinhibición en el comer o a la sobre alimentación y que hacer dieta procede al desarrollo de desórdenes del comer sin importar la edad del dietante (Polivy y Herman, 1985).

Se pueden observar conductas de riesgo para la salud como el ayuno, saltar comidas, huelgas e inhibidores del hambre, ejercicio excesivo, prácticas de

expulsión como el vómito inducido, uso de laxantes o diuréticos que eva cuan rápidamente alimentos y agua del cuerpo; pero las dietas al contrario de lo que se pudiera pensar disminuyen el metabolismo basal, porque la privación de alimento obliga al cuerpo a consumir menos energía y por otra parte se intensifica con cada intento de adelgazar un mecanismo muy eficiente que almacena grasa en el cuerpo para prevenir los periodos de privación (Moley, Moley y Dyrenforth, 1982, citado por Gómez Pérez –Mitré, 1993).

La palabra dieta es de origen muy antiguo y su significado ha tenido varias modificaciones a través de los siglos. Viene del latín *diaita* que significa régimen de vida, en virtud de que la alimentación es necesaria para la vida y sus manifestaciones, en el pasado se nombraba dieta a las raciones reducidas en cantidad y modificadas en varios aspectos; pero actualmente se usa en un sentido más amplio que incluyen los regímenes deficientes en calorías, los normales y los vastos en todos los nutrientes, siempre y cuando sean adecuados (Olascoaga, 1969).

La restricción del ingreso energético hasta niveles bajos o muy bajos constituye un tratamiento común empleado para la obesidad. La dieta de máxima limitación es el ayuno total, pero la índole drástica de este tratamiento, los grandes costos metabólicos, y las posibles complicaciones, incluida la muerte, se han hecho que se valoraran y usaran dietas con pequeñas cantidades de alimento, pero con las cuales la pérdida de peso todavía es rápida. Hay una gran variedad de dietas bajas y dietas muy bajas.

El término "dieta baja en calorías" y "dieta muy baja en calorías se han utilizado para definir diversas dietas y niveles calóricos.

Se define la dieta muy baja en calorías como la que proporciona 10 kcal o menos por kg de peso corporal "deseable". Una dieta baja en calorías proporciona entre 10 y 20 Kcal por kg de peso deseable. Así pues, para una mujer promedio de 1.62 m de talla, con peso deseable de 55kg, una dieta muy baja en calorías proporcionaría

550 Kcal al día o menos mientras que una dieta baja en calorías proporcionaría entre 550 y 1 100 kcal al día. Estas definiciones solo se refieren a niveles calóricos. Hay que tener presentes los nutrientes especiales para asegurar un ingreso adecuado (Atkinson, 1993).

3.3.1. Clasificación de dietas:

Las sustancias utilizadas como combustible por el hombre son proteínas, carbohidratos, grasa los principales nutriente. A pesar de la simplicidad de elección, se han creado centenares y quizá millares de dietas principalmente con nombres llamativos destinados a vender libros, revistas, o más recientemente, video cintas. La abundancia de dietas puede dividirse en unas pocas categorías principales:

➤ DIETAS BAJAS EN CALORÍAS

Dietas equilibradas: Estas dietas consisten en una mezcla de proteínas, carbohidratos y grasas en las mismas proporciones en las cuales son consumidas por la población que no siguen alguna dieta. El consejo estándar es "comer pequeñas porciones". El fundamento es que una simple reducción de la cantidad de comida ingerida constituye el tratamiento de la obesidad.

Dietas de un solo alimento: La base de esas dietas es la monotonía y la simplicidad. Se aconseja a los pacientes que coman un solo alimento en cada comida. En ocasiones se permite ciertas variaciones o adición de una selección muy limitada de otros nutrientes. Tales dietas son aburridas, rápidamente crean aversión del alimento único y el ingreso se reduce automáticamente. Por otra parte, las dietas de un solo alimento tienen la virtud de la simplicidad para personas con dificultad para limitar la ingestión. El comer otros alimentos que no están prescritos "rompe" la dieta (Atkinson, 1993).

Las dietas de bajo contenido en carbohidratos o libres de carbohidratos fueron muy populares ya que se alcanzaban pérdidas de peso importante aunque no sin reacciones adversas. Cuando disminuye o se suprimen los carbohidratos de

la dieta, la concentración de glucosa tiene que mantenerse a expensas de otras fuentes, básicamente de los aminoácidos de las proteínas (Feldman,1990).

Dietas vegetarianas: Se basan en el consumo de grandes cantidades de fibra vegetal . Por lo general, se compone de alimentos como: Hortalizas, frutas, cereales y legumbres, los cuales contiene fibra que no es digerible y diluyen a los componentes que brindan energía. Así mismo, presenta bajas concentraciones de proteínas en la ingesta. Este tipo de régimen dietético es practicado por los vegetarianos (de manera voluntaria) o en casos en que la salud está afectada (Gibney,1986). El mayor inconveniente de este tipo de dieta es el escaso consumo de proteínas, que limita la disposición de aminoácidos para mantener de manera adecuada los procesos fisiológicos, y produce deficiencia de vitamina B12 (Olascoaga, 1969).

Dietas de fórmula: La mayor parte de las dietas de fórmula son equilibradas y contiene una mezcla de proteínas, carbohidratos y, generalmente una cantidad modesta o de baja de grasa. Las dietas de fórmula pueden ser líquidas o en forma de un polvo que se mezcle con líquido. En general , el consumidor se limita a la dieta de la fórmula, o bien a cantidades muy pequeñas de otros alimentos, de manera que una dieta de fórmula puede ser en realidad de un solo alimento. El fundamento de utilizarlas es que son novedosas y cómodas. La facilidad de empleo hace que al consumidor le evite tomar decisiones acerca de elección de alimento (Atkinson, 1993).

Dietas mágicas y diversas: Suelen ser caprichosas, y combinan alimentos que pueden resultar o no fisiológicamente recomendables. Estas dietas pueden tener un plan rígido que evita la toma de decisiones por parte del consumidor, y su carácter novedoso estimulan la fidelidad. Se ha dicho que algunas tiene el poder extraordinario de eliminar grasa, quemar calorías extras, etc, y pueden considerarse "mágicas" (Atkinson, 1993).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN ³⁹

➤ DIETAS MUY BAJAS EN CALORÍAS

Estas dietas aportan el equivalente de 10kcal o menos por kg de peso deseable al día, y suelen contener únicamente pequeñas cantidades de grasa. Las dietas muy bajas en calorías se dividen en dos grupos:

Dietas ricas en proteínas con un mínimo de carbohidratos: Estas dietas contienen menos de 50g al día de carbohidratos. Las proteínas pueden obtenerse de alimentos parcialmente elaborados, como caseína o albúmina de huevo, o bien, carne magra.

Proteínas y carbohidratos equilibrados: Estas dietas contiene iguales o menores de carbohidratos en comparación con las proteínas. Se discute cuál sea la eficacia de esta dieta comparada con la rica en proteínas y baja en carbohidratos para conservar el equilibrio nitrogenado y evitar efectos secundarios (Atkinson, 1993).

El principal problema que acarrea el seguimiento de dietas, es que ya no es una práctica exclusiva de las personas con sobre peso, sino que su uso indiscriminado se ha extendido principalmente entre adolescentes con peso normal, o menor a éste, quienes buscan alcanzar el ideal de belleza, la aceptación del grupo y de sí misma, en respuesta a la "sensación de gordura". La creencia popular indica que el seguimiento de dietas fuera de prescripción médica, es una práctica socialmente aceptada, de bajo costo y que no causa efectos secundarios(Hill, 1993). Aun cuando existen centros especializados para el control de peso , la gente recurre a otras vías más accesibles, como son los consejos que se dan en las revistas de belleza, los productos dietéticos, así como la experiencia de personas cercanas (vecinos, amigos, familiares o farmacéuticos), quienes favorecen el empleo inadecuado de medicamentos, aparatos para hacer ejercicio y el uso de métodos de purga (citado por Unikel, Mora & Gómez Pérez -Mitré, 1999).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.4. PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL

La preocupación por el peso corporal en las sociedades industrializadas se ha presentado como un cambio cultural creciente en relación con la preocupación por la comida y la delgadez . Así en estudios realizados en USA en 1978 se vió que el 45% de mujeres amas de casa hacían dieta al año; que 56% de mujeres entre 25 y 54 hacían dieta; que el 76% de las mujeres que hacían dieta lo hacían más por razones de estética que de salud (Chinchilla, 1994).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 4

ADOLESCENCIA

Los adolescentes son muy sensibles a la sociedad que los rodea, a sus valores, tensiones político-económicas y reglas no escritas. Están en el trance de formar planes y expectativas sobre su propio futuro, que en parte dependen de su marco cultural e histórico.

4.1. ANTECEDENTES DE LA ADOLESCENCIA

De acuerdo con Powell (1975) en Europa se sabía muy poco sobre problemas de la adolescencia durante el período que siguió a la Segunda Guerra Mundial. Debido a la estructura educativa y económica de Europa en esa época la mayoría de los jóvenes salía pronto de la escuela e inmediatamente buscaban empleo. Durante el régimen de Hitler en Alemania, los adolescentes eran vigilados por el gobierno y estaban completamente dominados. En Japón antes de la Segunda Guerra mundial, las reglas familiares eran obligatorias. Cualquier acto por parte del adolescente que no estuviera dentro de este patrón deshonraba a la familia. Durante muchos años, todo el concepto de la adolescencia en cuanto período problemático, estuvo limitado a los Estados Unidos. Relativamente pocos de los estudios que se tenían de otras culturas primitivas o civilizadas indicaban la presencia de una situación similar. Sin embargo, a finales de la Segunda Guerra Mundial han aparecido más estudios sobre los problemas de la adolescencia en otros países.

Los factores histórico y culturales pueden ser una fuente de estrés durante la adolescencia. Cuando los jóvenes de los años sesenta se dirigían a las figuras de autoridad encontraban incertidumbre, conflicto de valores y un vívido sentimiento de que el orden social se había fracturado (Powell, 1975).

Keniston (1975) consideraba que los problemas de los adolescentes provenían de la "tensión entre el yo y la sociedad" de un desajuste entre lo que creían que eran y lo que creían que la sociedad quería de ellos (citado por Craig 1997).

Actualmente en México, se realizan estudios sobre adolescencia, en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en la facultad de psicología la Dra. Emilia Lucio Gómez estudia la conducta del adolescente y su relación con el afrontamiento al estrés, una de las formas de respuesta al estrés son los adolescentes que tienen intentos suicidas. La adolescencia es una época de riesgo para cometer intentos suicida debido a los cambios que experimentan, pues representan un tiempo difícil lleno de desafíos y constituye el momento para adquirir habilidades que permiten enfrentar la vida. Las adolescentes con pensamientos suicidas se caracterizaron por manifestar tendencia a sentirse en desventaja con sus amigas, a preferir no buscar ayuda cuando tenían algún problema, les agradaba hacer cosas impulsivamente, consideraban que su madre no establecía lazos facilitadores para comunicarle sus experiencias e inquietudes, y se percibían con características de autoestima negativa. Los adolescentes con pensamientos suicidas son quienes se sienten más estresados por la violencia de sus padres (Lucio, 2000).

Para el adolescente son muy importantes sus relaciones familiares, es decir es crucial para determinar la competencia y confianza con la cual los jóvenes enfrentan esta etapa. Por lo que hay que tomar en cuenta aspectos como: la conducta del adolescente -problemáticas a saber de uso de drogas, conducta sexual, conductas agresivas y rendimiento académico-, características de personalidad del adolescente -autoestima, locus de control y orientación al logro, junto con su relación en su ambiente familiar-, variables estructurales de la familia -tipo y tamaño de la familia, así como la escolaridad y ocupación de los padres que afectan el ambiente familiar del adolescente- (Andrade, 1998).

Los adolescentes se encuentran vulnerables a ciertos cambios por los que atraviesan, lo que los lleva a ser una "presa fácil" para poder encontrarse a sí mismos. Tienen cambios extremos en su comportamiento y sentimientos, por lo que encuentran salidas a su euforia, en excesos como las drogas, la violencia, el idealismo y muchas veces en su forma de comer, cayendo en algunas ocasiones en trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Pérez -Mitré, 1997).

4.2. ALGUNAS DEFINICIONES DEL CONCEPTO ADOLESCENCIA

La palabra adolescencia, procede del vocablo latino "adolescere" que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez, se refiere a la etapa del desarrollo humano ubicada entre la niñez y la vida adulta.

"La adolescencia es un período durante el cual se alcanza la madurez; un período de transición entre la niñez y la adultez; un período durante el cual un individuo emocionalmente inmaduro se acerca a la culminación de su crecimiento físico y mental" (Stanley Hall, 1904, citado por Powell 1975, p. 14).

"La adolescencia es una época de crecimiento y desarrollo físico; en la que las relaciones de grupo pasan a ser de enorme importancia; de buscar una situación como individuo; de expansión y desarrollo intelectuales y de experiencia académica; de desarrollo y evaluación de valores" (Horrocks, 1962, citado por Powell, 1975, p.18).

"En la adolescencia se modifica su concepto inconsciente de las figuras paterna y materna; hay una necesidad de adoptar una norma adecuada de moralidad; identificación con el papel sexual biológicamente determinado; decisiones y elecciones permanentes con respecto al futuro educativo o ocupacional" (Gardner, 1957, citado por Powell, 1975, p.19).

La adolescencia es considerada generalmente como un período de cambio y también de consolidación en el concepto de sí mismo. En primer lugar, los importantes cambios físicos, un cambio en la propia imagen corporal. En segundo lugar, el desarrollo intelectual durante la adolescencia posibilita un concepto más complejo y sofisticado acerca de sí mismo, abarcando tanto posibilidades como realidades. En tercer término, parece probable que se produzca cierto desarrollo del concepto de sí mismo debido a la creciente independencia emocional y a la necesidad de adoptar fundamentales decisiones sobre trabajo, valores comportamiento sexual, elección de amistades, etc. Por último la transición del período adolescente, parece estar asociado con ciertas modificaciones del concepto de sí mismo (Coleman, 1985).

4.3. DESARROLLO FISICO

Mulchahey (1990) identificó tres fases de la adolescencia: adolescencia temprana, que va desde los diez a los catorce años, edad media de los catorce a los dieciocho años y adolescencia tardía de los dieciocho a los veintinueve años (Stenberg & Blinn, 1993).

El adolescente tiene el dolor y el placer de observar todo su proceso de cambio, se contemplan con sentimientos entremezclados de fascinación, gozo y horror conforme ocurren los cambios. Sorprendidos, avergonzados y vacilantes, se comparan unos con otros de continuo y no dejan de revisar su imagen personal. Ambos sexos supervisan ansiosamente su crecimiento, con conocimiento y desinformación, orgullo y temor, esperanza y agitación. Siempre, la comparación apela al ideal prevaleciente; tratar de reconciliar las diferencias entre real e ideal es uno de los problemas que enfrentan durante este período de transición. La pubertad es la llegada de la madurez sexual, en las mujeres está señalada por la primera menstruación, la menarquía, y en los hombres por la primera emisión

seminal. En general, los cambios de la pubertad están precedidos por una aceleración en el crecimiento, un rápido desarrollo de los órganos de reproducción y la aparición de las características sexuales secundarias como el vello corporal, el incremento de la grasa corporal y la masa muscular (Craig, 1997).

El crecimiento del cuerpo y la maduración sexual están sujetos, en gran medida, a la regulación de las estructuras cerebrales y el sistema endocrino. La producción de hormonas conduce a la madurez de los órganos sexuales y de algunas características sexuales secundarias.

Las diferencias en el patrón de crecimiento físico provocan la apariencia "curvilínea" de la mayoría de las adolescentes, cuando se comparan con la "angular" de los varones. En las niñas hay un depósito irregular pero continuo de la grasa corporal durante la pubertad; los niños sin embargo, la pierden. Ambos sexos muestran aumento de tejido muscular, pero en los varones es mayor. La estimulación hormonal de las células que componen los huesos de los niños, provoca una notable expansión de los hombros. En contraste, la forma corporal de las niñas se altera por un ensanchamiento de las caderas (Papalia y Wendkos, 1992).

El crecimiento en las niñas generalmente comienza poco antes del desarrollo del busto y de la velloidad el púbica, que son las dos primeras señales del inicio de la maduración sexual, estas características siempre aparecen entre los diez y los once años de edad. El pecho completa su desarrollo a los trece o catorce años, aunque puede variar en algunas niñas. El crecimiento del vello púbico y de las axilas ocurren al mismo tiempo que el desarrollo del busto, adquiere su pigmentación a los once o doce años y madura plenamente unos dos años después. Conforme esos cambios ocurren, el aparato reproductor, incluso la vagina, el clítoris y el útero, también se desarrollan con rapidez. Cuando la niña

está suficientemente madura, experimenta su primera menstruación, llamada menarca, la cual puede ocurrir entre los 10 y los 16 años.

El inicio de la madurez sexual en el varón procede en un promedio de un año a la pubertad. Aproximadamente a los 12 años, los testículos y el escroto se agrandan. A estas características se añan la aparición de vello púbico. A los 13 años, el pene comienza a crecer, proceso que durará los próximos dos años. Los órganos sexuales internos, también comienzan o de sarrollarse, la voz se hace más grave. Cuando los muchachos tienen entre 14 y 15 años, sus órganos sexuales pueden reproducir eyaculaciones. La secuencia de crecimiento es estable, aunque el inicio de cada acontecimiento varía de un muchacho a otro (Sarafino & Armstrong, 1988).

4.4. DESARROLLO PSICOLÓGICO

La adolescencia es también una época de transición o de cambio, con frecuencia traumático de la vida infantil a la vida adulta. En esta etapa el joven enfrenta a su modo conflictos intelectuales y moral es. Lo hace con reglas propias, que no son necesariamente generales, y muy poco tienen que ver con las que él mismo empleaba durante su infancia. Mientras el adolescente adquiere la capacidad para abstraerse y buscar soluciones a sus problemas en el mundo real, el niño resuelve los problemas de manera mecánica, usando como modelo el mundo físico que le rodea. En la adolescencia se aprende que un mismo efecto puede tener varias causas: esto es importante en las relaciones humanas (Casillas & Vargas, 1985).

En lo intelectual según Piaget, citado por Papalia & Wendkos (1992) el adolescente se encuentra en la etapa de operaciones formales, en lo cual utiliza el método hipotético – deductivo, es decir puede emprender un razonamiento causal y dar explicaciones científicas a los sucesos. Su egocentrismo se ve reducido a lo que Piaget llama fábula personal (persuasión que tiene el adolescente de que sus

sentimientos y experiencias son únicas) y público imaginario (el adolescente suele creer que es el centro de atención). En cuanto a su personalidad, el adolescente está en búsqueda de su identidad. Es en esta etapa, cuando empieza la atracción física, la sociabilización, las actividades de grupo, la planeación vocacional y las preparaciones para formar una familia, todo ello conlleva un período de vacilación y emociones contradictorias.

La "cultura del adolescente" es un fenómeno conocido en algunas sociedades en donde la adolescencia se prolonga demasiado, la vida en estas sociedades es compleja y cambiante, por lo tanto requieren de un ajuste, adaptación remodelación y reparación constantes. La cultura del adolescente es aún menos estable y segura que la cultura adulta tan agitada, en donde se carece de controles y estructuras de defensas, los miembros de la cultura adolescente dependen de los adultos que desempeñan una función importante en sus vidas por toda la libertad y poder (dinero) que les proporcionan. Este sentido de impotencia y aun enajenación se manifiestan con demasiada frecuencia en forma de excesos de drogas, sexo, religión, violencia, apatía, actividad frenética, idealismo y activismo (Watson, 1991).

En su mayoría, las investigaciones sobre la imagen y la autoestima en el adolescente, se han realizado con el objetivo de verificar la hipótesis de una perturbación importante de la individualidad en el momento de la adolescencia. Sin embargo, estas investigaciones bajo la forma de encuestas conciernen a las representaciones que los sujetos se hacen de sí mismos. Por otra parte, podemos constatar la variabilidad de las concepciones de la imagen de sí y sobre todo, el carácter multidimensional de dicho concepto (Lehalle, 1990). Se han distinguido cuatro dimensiones de la propia imagen:

- Presencia del yo: en las interacciones sociales los individuos difieren según el grado de atención que dedican a sí mismos según su grado de control.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Estabilidad del yo: aquí se trata de evaluar la certeza que se tiene respecto de los valores, de lo que gusta y de lo que no gusta.
- Autoestima: esta dimensión designa el carácter positivo o negativo de las actitudes que el sujeto tiene al respecto de sí mismo.
- Yo social: corresponde con la imagen social según la terminología. Se trata en este caso de la manera cómo creen los individuos ser percibidos por los demás (Lehalle, 1990, p.71).

4.5. TEORIAS DE LA ADOLESCENCIA

Hay muchas teorías que explican la adolescencia, las puramente biológicas, las que sólo admiten los procesos psíquicos y aquellas que la ubican como un acontecer social.

Desde los inicios del siglo xx, al cual se le puede llamar "el siglo de la intervención de la adolescencia como etapa de la vida", Stanley Hall se refirió a ella como una época problemática.

Cada una de estas teorías han aportado mucho al acontecimiento de la adolescencia:

1. Teoría fisiológica: Los factores biológicos que inducen la pubertad son en sí el sólido detonador de la adolescencia. Con la maduración biológica pubescente, aparecen cambios de gran significación para la vida personal y social de los menores. La pubertad no sólo altera y modifica gradualmente la figura del niño o niña hasta llevarla a la configuración definitiva del adulto joven, sino también logra la maduración del aparato reproductor y la aparición de los caracteres sexuales secundarios. Todos estos cambios relacionados con el crecimiento físico son en sí los factores que se suman a los de carácter emocional y social para inducir de manera definitiva a quienes viven la etapa a participar de manera contundente en el tránsito adolescente. El proceso de la adolescencia es la consecuencia de la maduración oportuna y adecuada de los elementos biológicos ,

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

psíquicos, sociales y espirituales desarrollados en la infancia y con las cuales se llega al inicio de la pubertad.

El joven, para lograr entender el gran significado de este cambio y aceptar el reto que trae consigo el convertirse en adolescente, tendrá que recurrir al uso de un elemento recientemente adquirido como producto de la maduración biológica y los cambios intrapsíquicos cursados en la preadolescencia: el juicio valorativo, generalmente conocido como inteligencia abstracta o pensamiento formal.

2. Teoría psicoanalítica: Esta teoría, la más antigua y con mayores aportes al conocimiento acerca del ser humano, tiene sus orígenes en los conceptos de Sigmund Freud sobre el desarrollo psicosexual que fueron llevados y magnamente reactivados en el campo de la adolescencia por la doctora Anna Freud. Según esta visión, la maduración sexual biológica en el púber revive y aumenta las múltiples y súbitas descargas de impulsos sexuales y eróticos, que a su vez son agresivos.

Los impulsos agresivos, los pensamientos y las sensaciones difíciles de aceptar y, al mismo tiempo, de controlar hacen que el joven entre en una etapa de inestabilidad caracterizada por periodos de agresión, poca sociabilidad y abrumadores sentimientos de culpa.

Todos los autores psicoanalíticos describen al joven como una persona en tensión, agitación y confusión. Frente a este estrés emocional y social, el adolescente responde con mecanismos de defensa inmaduros. Los que más predominan de éstos son la agresión, la negación y la obstinación. De acuerdo con esta teoría, la única manera positiva de salir y superar este estado es cuando el joven aprende a usar el razonamiento abstracto. A partir de esta teoría se piensa que todo adolescente que no presente cierta confusión y problemática durante la etapa debe verse como una persona que está alterando o deteniendo su adolescencia.

3. Teoría cognitiva: Esta dice que la adolescencia básicamente se caracteriza por una serie de cambios cualitativos que se dan en la manera de pensar del joven. El autor de esta teoría, Piaget, pone en claro que estos cambios ocurren en áreas donde se enfocan los valores, la personalidad, la interacción social, la visión del

mundo social y la vocación. Dichos cambios ocurren fundamentalmente al ir dejando atrás de manera paulatina una visión global indiferenciada, egocéntrica, inculturada y gobernada por quienes ejercen autoridad entre quienes ha crecido el joven previamente, y pasar a otra visión para iniciar el trabajo de crear nuevos conceptos originales, individuales, cada vez más complejos y con mayor diferenciación y abstractos.

También el joven presenta cambios en sus conceptos, normas y maneras de enfocar diversos problemas personales cotidianos, como aquellos que ocurren en su entorno (de manera circunstancial o voluntarios) y que van descubriendo, a los cuales tiene que enfrentar.

4. Teoría del aprendizaje social: Esta propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social. Se acepta que el ser y hacer de un adolescente en gran parte se relaciona con la conducta social de su familia, la escuela y el barrio donde pasó la infancia y transcurre la adolescencia. La conducta final del joven en gran parte se vinculará con los reforzadores conductuales sociales predominantes y elegidos en cada contexto.

Erikson (citado por Dulato, 2000) dio a conocer su teoría sobre la adolescencia. Esta consiste en interpretar o dar una nueva lectura a las llamadas "batallas psicosexuales" de los adolescentes. Las batallas deben entenderse como lo que en realidad son: "enfrentamientos psicosociales".

Erikson (citado por Dulato, 2000) y sus seguidores consideran que la esencia del proceso adolescente es la consolidación de la identidad. Todo el desarrollo de la adolescencia está dirigido y dominado por la urgente necesidad de dar un nuevo sentido al yo (quién se es) y por ello, la formación de la identidad bien puede calificarse como rasgo dominante de la adolescencia.

Erikson menciona el primer postulado de su teoría, en la cual el escenario donde surge las actitudes es el amplio medio social del niño y del joven y, también, el segundo postulado afirma que a medida que se desarrolla el ego, el joven se enfrenta a crisis psicosociales ocasionadas por diferentes circunstancias que

surgen en cada etapa. Para Erikson existen ocho etapas importantes del desarrollo humano a lo largo de la vida, las cuales son:

- Logro de confianza(confianza básica vs. desconfianza básica)
- Logro de autonomía(autonomía vs. vergüenza y duda)
- Logro de iniciativa(iniciativa vs. sentimiento de culpa)
- Logro de laboriosidad(laboriosidad vs. contraposición a inferioridad)
- Logro de identidad(identidad vs. Disolución de la identidad)
- Logro de intimidad(intimidad vs. aislamiento)
- Logro de creatividad(creatividad vs. Estancamiento)
- Logro de la integridad del ego(integridad del ego vs. Contraposición a desesperanza).

De todas éstas, las tres primeras se viven en la primera infancia y en la niñez; la cuarta tiene un apego en la escuela primaria; la quinta se presenta en la pubertad y adolescencia ; la sexta, en la juventud, y la séptima y octava, en la adulta y vez. Las batallas psicosociales de las que habla Erikson son un hecho real. Se tendrá que liberar para obtener una nueva distancia y con ella una nueva relación con los padres y los adultos que en cierta forma tiene participación en la vida de los adolescentes y a quienes estos jóvenes les han dado un valor (Dulato, 2000).

4.6. EL ADOLESCENTE Y EL ESTRÉS

De acuerdo con Craig (1997) existen factores de riesgo que ponen al adolescente en riesgo de depresión y respuesta de estrés como son:

- Imagen corporal negativa, que según se cree, lleva a la depresión y los trastornos de la nutrición.
- Mayor capacidad para reflexionar en el yo en desarrollo y el futuro, que se piensa que conduce a mayor riesgo de depresión en tanto los adolescentes acentúan las posibilidades negativas.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- Disfunción familiar o problemas de salud mental de los padres, que se supone originan depresión y respuestas al estrés, así como desordenes de la conducta.
- Disputas matrimoniales o divorcio y problemas económicos que causan depresión y estrés.
- Poca popularidad entre los compañeros, que se relaciona con depresión en la adolescencia y es uno de los mayores predictores de su incidencia en los adultos.
- Bajo rendimiento escolar (Craig, 1997, p. 458).

El estrés es parte de un concepto más amplio: la emoción. La teoría relacional-cognitiva del estrés lo considera como un proceso y una transición, incluye emociones positivas como el amor, el gozo y emociones más problemáticas como el enojo, miedo, ansiedad, culpa, vergüenza, tristeza y disgusto. La reacción emocional de una persona involucrada en un encuentro o en la vida en general, indica como se interpreta a sí misma y su mundo, y como responde a las amenazas, daños y desafíos.

Las respuestas de enfrentamiento al estrés pueden ser conductuales o psicológicas que intentan reducir el significado estresante de una experiencia, situación o evento. Muchas respuestas de enfrentamiento están dirigidas al alivio inmediato de síntomas estresantes; se puede tratar de reducir la tensión bebiendo, comiendo, fumando más, haciendo ejercicio excesivamente, etc., estas acciones constituyen a las conductas autodestructivas (González Forteza, 1992).

Muchos autores opinan que el período de la adolescencia contiene cierto potencial de problemas y reacciones de estrés, pero que las circunstancias personales y culturales pueden servir como paliativo para las presiones o, en su caso, pueden crearlas. Levy, citado por Horrocks (1979) considera que el estrés en la adolescencia se produce como resultado de los cambios que demanda una

revisión de las relaciones y de la imagen de sí mismo. Cree que estos cambios se centran en las nuevas percepciones de los padres y otras figuras de autoridad, así como en el desarrollo del concepto de sí mismo que sigue a la pubertad. Levy piensa que estos dos cambios son los que producen más estrés en el adolescente y ambos exigen bastante esfuerzo psicológico, puesto que el adolescente tiene que revisar la imagen de sí mismo y sus relaciones con los adultos. Sin embargo, puede suponerse que muchos adolescentes son capaces de realizar tal esfuerzo psicológico y sufrir de muy poco o ningún estrés.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 5

MÉTODO

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

5.1. PROBLEMA GENERAL:

- ¿Existe alguna relación entre el afrontamiento al estrés y la conducta alimentaria de riesgo?
- ¿Habrà alguna relación diferencial cuando se toma en cuenta el sexo de los adolescentes?

5.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACIÓN:

- Se relacionó el afrontamiento al estrés con:
 - a) Dieta restrictiva
 - b) Comida compulsiva
 - c) Preocupación por el peso corporal y por la comida
- ¿Existen diferencias en el afrontamiento al estrés cuando se compara a los adolescentes femeninos y a los adolescentes masculinos?

5.3. HIPÓTESIS DE TRABAJO:

- Se encontrará correlación directa entre afrontamiento al estrés y Dieta Restrictiva.
- Se encontrará correlación directa entre afrontamiento al estrés y Comida Compulsiva.

- Se encontrará correlación directa entre afrontamiento al estrés y preocupación por el peso corporal y por la comida.
- Se encontrará diferencia entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y la Dieta restrictiva.
- Se encontrará diferencia entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y comida compulsiva.
- Se encontrará diferencia entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y preocupación por el peso corporal.

5.4. DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Variables Independientes:

- a) Afrontamiento al estrés
- b) Sexo

Variables Dependientes:

- a) Dieta Restrictiva
- b) Comida Compulsiva
- c) Preocupación por el peso corporal

5.4.1. Definiciones conceptuales:

ESTRÉS:

Hans Selye (1956; 1976; 1985) señala que "El estrés es una respuesta general del organismo ante cualquier estímulo estresor o situación estresante". Selye se dio cuenta que cuando el estrés se propaga se da una serie de reacciones fisiológicas a las que denominó síndrome general de adaptación (citado por Rodríguez, 1995).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:

El termino afrontamiento es la traducción al castellano del termino inglés *coping*, y se corresponde con la acción afrontar, es decir, de hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc (Rodríguez, 1995).

Para Uriarte (1992), el estrés "se provoca por una variedad de estímulos físicos y mentales llamados estresores que desencadenan una respuesta en el organismo llamada síndrome general de adaptación, y que es la forma en que respondemos a una amenaza externa o interna en términos de lucha o huida, rompiendo con ello la homeostasis o estado de equilibrio del organismo".

SEXO:

Distinción fundamental de los organismos de una especie determinada que los divide en los que producen óvulos (hembras) y los que producen esperma (machos). Referencia a la función reproductora (Warren, 1975).

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO:

Son las conductas relacionadas con problemas en la ingesta alimentaria; incluye patrones inadecuados de consumo de alimento, por ejemplo, seguim iento de dietas con propósito de control de peso, dieta restrictiva, exclusión de alimentos con alto contenido calórico, hábitos inadecuados, ayunos y atracones.

COMER COMPULSIVAMENTE:

Es una adicción a la comida en donde no se puede dejar de comer, la persona se llena de comida en cualquier estado de ánimo, llevándola a buscar una compensación en la comida, a esto se le llama atracón.

PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL:

Es un factor psicosocial que engloba variables relacionadas con la actitud hacia el tamaño y forma del cuerpo, miedo a subir de peso; interés por el control

de peso y el miedo constante por estar delgado, ocupando todo esto gran parte de la energía de la persona para conseguir su propósito sin lograrlo por completo.

DIETA RESTRICTIVA:

El seguimiento de dietas es para el control o reducción de peso. Diferentes investigadores han encontrado que hacer dieta lleva a la desinhibición en el comer o a la sobre alimentación y que hacer dieta procede al desarrollo de desordenes del comer sin importar la edad del dietante (Polivy y Herman, 1985).

5.4.2. Definiciones operacionales:

AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS:

Será el puntaje obtenido con la escala que mide afrontamiento al estrés del estudio sobre Alimentación y Salud (Gómez Pérez-Mitré, 1998). Específicamente las respuestas del factor B que se refiere al estrés. Así como a las respuestas del factor I que se refiere al afrontamiento al estrés.

DIETA RESTRICTIVA:

Se medirá con base en las respuestas dadas a los reactivos que exploran hacer dieta con motivo de preocupación por bajar de peso en la escala de factor de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1997). Específicamente las respuestas del factor E que se refiere a la conducta alimentaria de riesgo.

COMIDA COMPULSIVA:

Se medirá con base a las respuestas dadas en la escala de factor de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1997). Específicamente las respuestas del factor F que se refiere a la comida compulsiva.

PREOCUPACIÓN POR EL PESO CORPORAL Y POR LA COMIDA:

Se medirá con base a las respuestas dadas en la escala de factor de riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1997). Específicamente las respuestas del factor E que se refiere a conducta alimentaria de riesgo.

5.5. TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO:

El presente estudio es de carácter correlacional de campo y transversal, con un Diseño Factorial de 2×2 .

5.5.1. Muestra:

Se tomó una muestra no probabilística, de una población de hombres y mujeres adolescentes que estudian en preparatorias del D.F. El tamaño de la muestra fué de $N = 200$, que se subdividió como sigue:

		HOMBRES	MUJERES
AFRONTAMIENTO ESTRÉS ADECUADO	AL	n= 50	n= 50
AFRONTAMIENTO ESTRÉS INADECUADO	AL	n= 50	n= 50

5.6. INSTRUMENTO:

Se utilizó el instrumento de Alimentación y salud en adolescentes, en su versión para hombres y mujeres (Gómez Pérez-Mitré 1993; 1994; 1997), que explora las siguientes áreas:

- Sociodemográfica (Sección A) con 13 reactivos en los que se preguntan datos como edad, nivel socioeconómico, ocupación, etc. (ver anexo).

- b) Problemas relacionados con el estrés (Sección B) es una escala con 24 reactivos, con 5 opciones de respuestas que van desde Nunca=1, hasta Siempre con puntaje = 5. El puntaje más alto se da a la respuesta que da más problema (ver anexo).
- c) Afrontamiento al estrés (Sección I) es una escala con 11 reactivos con 5 opciones de respuestas que van desde No me describe, hasta Me describe excelente, el puntaje más alto se da a la respuesta que da más problema (ver anexo).

Se utilizó el instrumento de Escala de Factores de Riesgo asociados con trastornos de la alimentación (EFRATA, Gómez Pérez-Mitré, 1998) en su versión para hombres y mujeres que explora las conductas alimentarias de riesgo.

- a) Comida compulsiva (Sección F) es una escala con 21 reactivos con 5 opciones de respuesta que van desde Muy de acuerdo, hasta Muy en desacuerdo. El puntaje más alto se da a la respuesta que da más problema (ver anexo).
- b) Dieta restrictiva (Sección E) es una escala con 48 reactivos con 5 opciones que van desde Nunca, hasta Siempre. El puntaje se da a la respuesta que da más problema (ver anexo).

5.7. PROCEDIMIENTO:

El instrumento se aplicó colectivamente en los salones de clases a los adolescentes que aceptaron voluntariamente. Se contó con dos aplicadores por grupo, uno encargado de las instrucciones y otro para apoyo. Las instrucciones se dieron tanto por escrito como verbales.

(Ver anexos para instrucciones para cada sección).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CAPITULO 6

RESULTADOS

6.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Como se muestra en la tabla 1 se trabajo con una muestra total de $N= 129$, estudiantes de una preparatoria privada, misma que se subdividió en mujeres con afrontamiento al estrés positivo [$n1 = 57$ (44%)], hombres con afrontamiento al estrés positivo [$n2 = 17$ (13%)], mujeres con afrontamiento al estrés negativo [$n3 = 21$ (16%)], hombres con afrontamiento al estrés negativo [$n4 = 34$ (26%)].

Tabla 1. Distribución del tamaño de la muestra por grupo de afrontamiento y sexo

		SEXO		TOTAL
		Mujer	hombre	
afrontamiento	positivo	57	17	74
		44.2%	13.2%	57.4%
	negativo	21	34	55
		16.3%	26.4%	42.6%
Total		78	51	129
		60.5%	39.5%	100.0%

Como podemos observar en la tabla 2 se trabajó con una media de edad total de 17.06 (con una desviación estándar de 1.41) también se observan las medias y las desviaciones de cada grupo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 2. Media y D.E. de la variable edad por grupo

SEXO	AFRONTAMIENTO	X	S
mujer	Positivo	16.8070	1.4071
	Negativo	17.2857	1.2306
	Total	16.9359	1.3707
hombre	Positivo	17.0000	1.1180
	Negativo	17.3824	1.6333
	Total	17.2549	1.4811
Total	Positivo	16.8514	1.3415
	Negativo	17.3455	1.4810
	Total	17.0620	1.4184

En la tabla 3 se puede observar que independientemente del afrontamiento positivo o negativo, el porcentaje de trabajo es más alto en hombres que en mujeres.

Tabla 3. Distribución porcentual de la respuesta a la pregunta: ¿Trabajas?, por sexo y afrontamiento.

AFRONTAMIENTO	Trabajas?	SEX	SEX		TOTAL
			mujer	hombre	
Positivo	Sí	Si	3	4	7
			5.3%	23.5%	9.5%
	No	5	13	67	
			94.7%	76.5%	90.5%
	Total		5	17	74
			100.0	100.0%	100.0%
Negativo	Trabajas?	Sí	2	8	10
			9.5%	23.5%	18.2%
	No	1	26	45	
			90.5%	76.5%	81.8%
	Total		2	34	55
			100.0	100.0%	100.0%

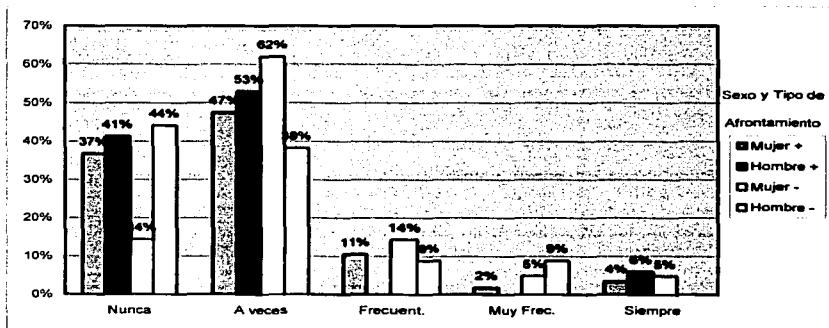
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

En la Figura 1 se puede observar que tanto mujeres como hombres con afrontamiento al estrés positivo muestran pocos problemas para dormir. Las mujeres con afrontamiento negativo presentan a veces problemas para dormir.

En esa misma gráfica se puede observar que tanto hombres como mujeres con afrontamiento negativo reportaron en mayor porcentaje ("frecuente" y "muy frecuentemente") problemas para dormir que los adolescentes del otro grupo.

Figura 1. Distribución porcentual de la variable "problemas para dormir", por sexo y tipo de afrontamiento.

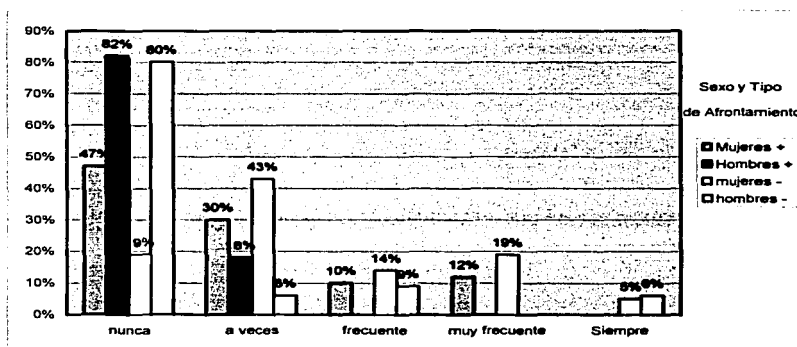


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Figura 2. observamos que la mayoría de los hombres independientemente del tipo de afrontamiento reportaron que en un período de 15 días, nunca han hecho dieta para controlar su peso. Sin embargo hubo un 8% de hombres con afrontamiento negativo que reportaron que "siempre" lo habían hecho, contra un 0% de los chicos del otro grupo.

También es importante hacer notar que un 38% de las mujeres con afrontamiento negativo presentaron mayor porcentajes de frecuencias ("a veces" a "siempre") en lo que se refiere a la restricción alimentaria, lo que representa un alto riesgo, en comparación con las mujeres con afrontamiento positivo.

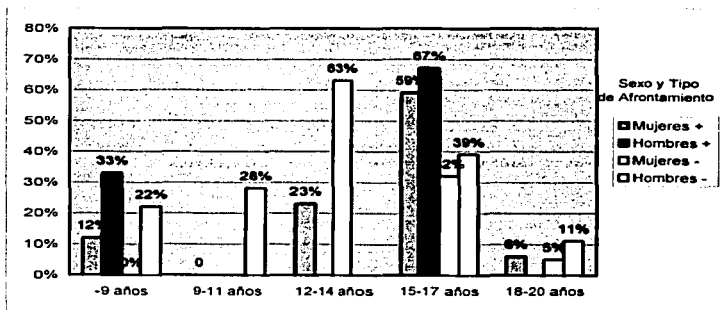
Figura 2. Distribución porcentual de la variable "seguimiento de dieta", por sexo y tipo de afrontamiento.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Cuando se preguntó a que edad habían iniciado su primera dieta restrictiva se observa que el mayor porcentaje se presenta en hombres y mujeres a la edad de 15 a 17 años.

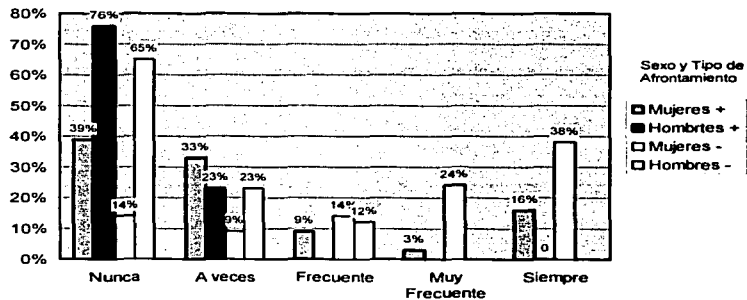
Figura 3. Distribución porcentual de la variable "edad de tu primera dieta", por sexo y tipo de afrontamiento.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Figura 4. Se observa que los hombres no se sienten preocupados por su peso independientemente del afrontamiento positivo o negativo, mientras las mujeres si muestran esta preocupación, sin embargo, un 76% de las mujeres con afrontamiento negativo presentaron mayores porcentajes de preocupación ("frecuentemente" a "siempre"), lo que representa un alto riesgo.

Figura 4. Distribución porcentual de la variable "preocupación por el peso", por sexo y tipo de afrontamiento.

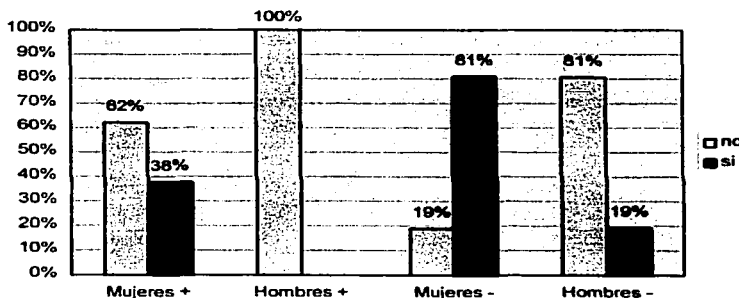


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la Figura 5. se muestra que los hombres con afrontamiento positivo no tienen problemas con su forma de comer, el 100% respondió que "no", mientras los hombres con afrontamiento negativo muestran un 20%.

En esa misma gráfica se puede observar que fueron las mujeres con afrontamiento negativo quienes reportaron en mayor medida, un 80%, tener problemas con su forma de comer, en comparación con las mujeres del otro grupo quienes presentaron un porcentaje menor, un 38%.

Figura 5. Distribución porcentual de la variable "problemas con tu forma de comer", por sexo y tipo de afrontamiento.

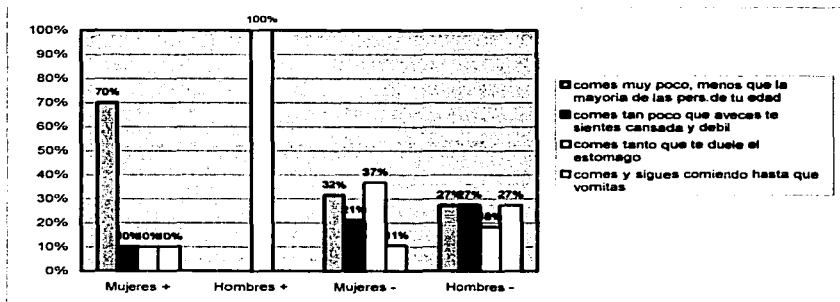


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuando se preguntó a los sujetos de la muestra que tipo de problemas tenían con su forma de comer, la totalidad de los hombres con afrontamiento positivo al estrés aceptaron la afirmación "comes tanto que te duele el estomago", mientras que los chicos del otro grupo distribuyeron sus repuestas en las cuatro opciones que aparecen en la Figura 6, cabe resaltar que un 27% de estos chicos aceptó "comes y sigues comiendo hasta que vomitas".

Entre las mujeres se presentaron respuestas igualmente de interesantes, aquellas con afrontamiento positivo aceptaron en mayor proporción (70%) "comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu edad", mientras que las chicas con afrontamiento negativo distribuyeron sus respuestas en las cuatro opciones, sobresaliendo "comes tanto que te duele el estomago".

Figura 6. Distribución porcentual de la variable "en que consistes tu problema...", por sexo y tipo de afrontamiento.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

6.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo se aplicó a las variables dependientes (conducta alimentaria compulsiva, preocupación por el peso corporal, dieta crónica y restrictiva) un ANOVA teniendo en todos los casos como variables independientes sexo y tipo de afrontamiento al estrés.

Como se observa en la Tabla 4 se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable preocupación por el peso y la comida en los efectos principales tipo de afrontamiento y sexo, y en la interacción sexo por tipo de afrontamiento ($F(1,122)=8.918$ $P=.003$). Las variables incluidas en la Tabla 5 indican que fueron los adolescentes con afrontamiento negativo los que presentaron mayor preocupación que aquellos con afrontamiento positivo; por sexo estuvieron más preocupadas las mujeres que los hombres. En la Figura 7 se muestra la interacción de estas variables, en donde se puede observar que fueron las mujeres con afrontamiento negativo (su media se ubicó en "a veces") quienes presentaron mayor preocupación por el peso y la comida, mientras que los hombres (independientemente de su tipo de afrontamiento al estrés) y las mujeres con afrontamiento positivo casi no manifestaron problemas en esta variable (su media se ubicó en la categoría "nunca").

Estos resultados permiten confirmar las siguientes hipótesis de trabajo:

- Se encontró correlación directa entre afrontamiento al estrés y preocupación por el peso corporal y la comida.
- Se encontró diferencia entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y preocupación por el peso corporal y la comida.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4. RESULTADOS DEL ANOVA. PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA POR SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

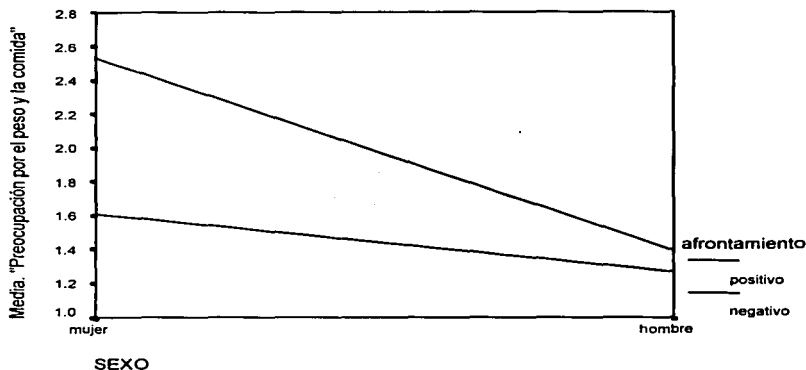
FUENTE DE VARIACIÓN	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	MEDIA CUADRADA	F	SIG.
Modelo corregido	20.155	3	6.718	15.405	.000
Intercepción	345.938	1	345.938	793.258	.000
Afrontamiento	2.355	1	2.355	5.399	.022
Sexo	13.911	1	13.911	31.899	.000
Interacción afrontamiento - sexo	3.889	1	3.889	8.918	.003
Error	53.204	122	.436		
Total	419.296	126			
Total corregido	73.359	125			

TABLA 5. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LA VARIABLE POR SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

SEXO	AFRONTAMIENTO	MEDIAS	DESVIACIÓN ESTANDAR
mujer	Positivo	1.6101	.6866
	Negativo	2.5333	.9174
	Total	1.8499	.8507
hombre	Positivo	1.2667	.3407
	Negativo	1.3922	.5277
	Total	1.3537	.4783
Total	Positivo	1.5386	.6438
	Negativo	1.8148	.8857
	Total	1.6570	.7661

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIGURA 7. INTERACCIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE LAS VARIABLES SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS



Como se puede observar en la Tabla 6 se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable dieta crónica restrictiva por el peso y la comida en los efectos principales tipo de afrontamiento y sexo. Las variables incluidas en la Tabla 7 indican que fueron los adolescentes con afrontamiento negativo los que presentaron mayor problema que aquellos con afrontamiento positivo; por sexo presentaron más problemas las mujeres que los hombres. En la Figura 8 se muestra la interacción (estadísticamente significativa $F(1,125)=26.732$, $P=.000$) de estas variables, en donde se puede observar que fueron las mujeres con afrontamiento negativo quienes manifestaron hacer dieta crónica restrictiva "a veces", por lo que tienen mayor problema, sin embargo los hombres (independientemente de su tipo de afrontamiento al estrés) y las mujeres con afrontamiento positivo casi no presentaron problemas en esta variable.

Estos resultados permiten confirmar las siguientes hipótesis de trabajo:

- o Se encontró correlación directa entre afrontamiento al estrés y dieta crónica restrictiva.
- o Se encontró diferencia entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y la dieta crónica restrictiva.

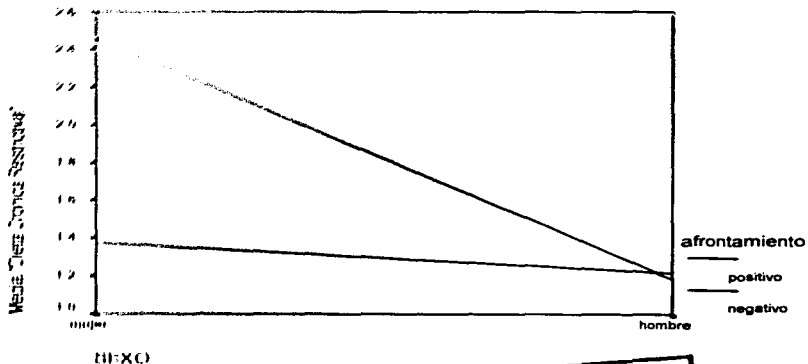
TABLA 6. RESULTADOS DEL ANOVA. DIETA CRÓNICA RESTRICTIVA POR SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

FUENTE DE VARIACION	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	MEDIA CUADRADA	F	SIG.
Modelo corregido	24.940	3	8.313	27.398	.000
Intercepción	282.798	1	282.798	932.009	.000
Sexo	6.829	1	6.829	22.506	.000
Afrontamiento	9.999	1	9.999	32.955	.000
Interacción afrontamiento - sexo	8.111	1	8.111	26.732	.000
Error	37.929	125	.303		
Total	345.667	129			
Total corregido	62.868	128			

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SEXO	ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO	RESERVA	ESTRÉS
MUJER	POSITIVO	1.000	1.000
	NEGATIVO	1.000	1.000
	POSITIVO	1.000	1.000
HOMBRE	POSITIVO	1.000	1.000
	NEGATIVO	1.000	1.000
	POSITIVO	1.000	1.000
MUJER	POSITIVO	1.000	1.000
	NEGATIVO	1.000	1.000
	POSITIVO	1.000	1.000
HOMBRE	POSITIVO	1.000	1.000
	NEGATIVO	1.000	1.000
	POSITIVO	1.000	1.000

FIGURA 2. INTERACCION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE LAS VARIABLES SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como se observa en la Tabla 8 se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria compulsiva en los efectos principales tipo de afrontamiento y sexo. Las variables incluidas en la Tabla 9 indican que fueron los adolescentes con afrontamiento negativo los que presentaron mayor problema que aquellos con afrontamiento positivo; por sexo manifestaron mayor problema las mujeres que los hombres. En la Figura 9 se muestra la interacción de estas variables (estadísticamente significativa $F(1,120)=14.426$, $P=.000$), en donde se puede observar que fueron las mujeres con afrontamiento negativo quienes presentaron mayor problema conducta alimentaria compulsiva, mientras que los hombres (independientemente de su tipo de afrontamiento al estrés) y las mujeres con afrontamiento positivo casi no manifestaron presentar problemas en esta variable. Es importante hacer notar que a pesar de que las diferencias entre los hombres de ambos grupos no fue muy grande, los chicos con afrontamiento negativo presentaron mayor conducta alimentaria compulsiva. Es importante hacer notar que a pesar de que las diferencias entre los hombres de ambos grupos no fue muy grande, los chicos con afrontamiento negativo presentaron mayor conducta alimentaria compulsiva.

Estos resultados permiten confirmar las siguientes hipótesis de trabajo:

- Se encontró correlación directa entre afrontamiento al estrés y conducta alimentaria compulsiva.
- Se encontró diferencia entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y conducta alimentaria compulsiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 8. RESULTADOS DEL ANOVA. CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA POR SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

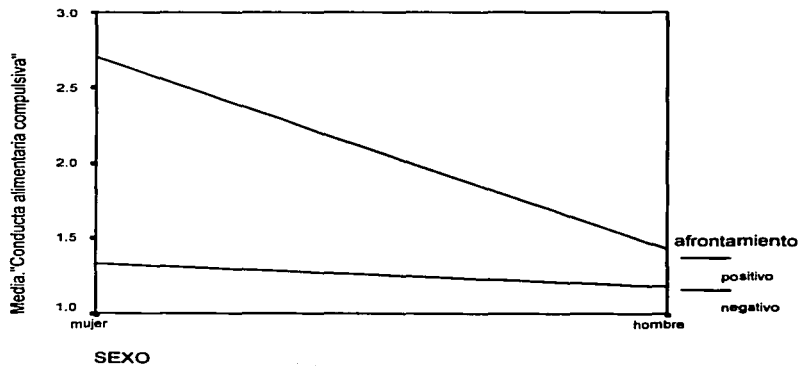
FUENTE DE VARIACIÓN	SUMA DE CUADRADOS TIPO 1	GL	MEDIA CUADRADA	F	SIG.
Modelo corregido	30.562	3	10.187	19.161	.000
Intercepción	297.290	1	297.290	559.164	.000
Sexo	3.298	1	3.298	6.202	.014
Afrontamiento	19.595	1	19.595	36.855	.000
Interacción afrontamiento - sexo	7.670	1	7.670	14.426	.000
Error	63.800	120	.532		
Total	391.653	124			
Total corregido	94.362	123			

TABLA 9. ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS DE LAS VARIABLES POR SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

SEXO	AFRONTAMIENTO	MEDIAS	DESVIACION ESTANDAR
mujer	positivo	1.3303	.3967
	negativo	2.7018	1.6704
	Total	1.6824	1.0809
hombre	positivo	1.1771	.1390
	negativo	1.4314	.3808
	Total	1.3500	.3434
Total	positivo	1.2958	.3602
	negativo	1.8868	1.1984
	Total	1.5484	.8759

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FIGURA 9. INTERACCIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA DE LAS VARIABLES SEXO Y TIPO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 7

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente estudio se plantearon dos objetivos importantes, primero se quiso saber si existía relación entre el afrontamiento al estrés y la conducta alimentaria de riesgo: dieta crónica restrictiva, conducta alimentaria compulsiva, y preocupación por el peso y la comida, así como también si el afrontamiento al estrés era diferente según el sexo de los adolescentes.

Para este estudio se utilizó una muestra total de 129 estudiantes con una edad promedio de 17.06 años por lo que se puede decir que se encuentran en la etapa de adolescencia. Los adolescentes se encuentran vulnerables a ciertos cambios por los que atraviesan, lo que los lleva a ser una "presa fácil" para poder encontrarse a sí mismos. Tienen cambios extremos en su comportamiento y sentimientos, por lo que encuentran salidas a su euforia, en excesos como las drogas, la violencia, el idealismo y muchas veces en su forma de comer, cayendo en algunas ocasiones en trastornos de la conducta alimentaria (Gómez Pérez - Mbitré, 1997).

La muestra total de la presente investigación se subdividió en: $n_1=57$ mujeres con afrontamiento positivo al estrés, $n_2= 17$ hombres con afrontamiento positivo al estrés, $n_3=21$ mujeres con afrontamiento negativo al estrés y $n_4=34$ hombres con afrontamiento negativo al estrés. El número de adolescentes con afrontamiento negativo al estrés, representó el 43% (casi la mitad de la muestra), estos datos son interesantes si se considera que, el estrés produce cambios fisiológicos, efectos cognitivos, emocionales, comportamentales y sociales. Algunas de estas respuestas pueden ser consideradas como reacciones involuntarias al estrés, otras son respuestas voluntarias y conscientes ejecutadas para afrontar el

estrés. La respuesta inicial a una situación de estrés es la activación fisiológica - tasa cardiaca, respiración, el pulso, etc-, en segundo, se producen respuestas cognitivas -los pensamientos, memoria se ven afectados- y en tercer lugar las reacciones emocionales -excitación, ira, depresión, ansiedad, miedo, etc-. (Rodríguez, 1995).

Además, el estrés ha sido identificado también como una respuesta natural de adaptación. Desde 1956, Selye ha descrito dos tipos de estrés uno positivo llamado también "eustres" - estrés adaptativo - y uno negativo también llamado "distrés" - estrés crónico con efectos en la salud - (Rodríguez & Rojas, 1998). Lo anterior se confirma con los datos arrojados en este estudio ya que muestran que tanto mujeres como hombres con afrontamiento al estrés positivo muestran pocos problemas para dormir, es decir, que tienen mayor adaptación a situaciones estresantes mientras que los hombres como las mujeres con afrontamiento negativo presentan mayor porcentaje de problemas para dormir, viéndose afectada su salud.

Las respuestas de enfrentamiento al estrés pueden ser conductuales o psicológicas que intentan reducir el significado estresante de una experiencia, situación o evento. Muchas respuestas de enfrentamiento están dirigidas al alivio inmediato de síntomas estresantes; se puede tratar de reducir la tensión bebiendo, comiendo, fumando más, haciendo ejercicio excesivamente, etc., estas acciones constituyen a las conductas autodestructivas (González Forteza, 1992). En contraste, Slade (1982) enfatiza los roles de varios estresores (fracasos de experiencias, problemas interpersonales, conflictos de adolescencia), los cuales él postula para ser un tipo de condiciones para el desorden del comer (Leichner, *et al.*, 1986).

Se ha sugerido que la conducta del comer puede tener un valor funcional en confrontación del estrés. Por ejemplo, la bulimia puede aliviar estados emocionales



de estrés (Lacey, 1986; Root & Fallo, 1989), mientras la conducta de anorexia puede ser un camino de reducción perseverante del estrés incrementándose mientras controla otras áreas de su vida. De cualquier modo, la naturaleza de la relación entre estrés y desordenes no es clara. Sin embargo, en el presente estudio se confirmaron las hipótesis de trabajo que afirman que hay una correlación directa entre afrontamiento al estrés y la preocupación por el peso corporal y la comida así como también hay diferencias entre hombres y mujeres en relación con estas mismas variables; encontrándose así mismo una interacción estadísticamente significativa, los resultados indicaron que fueron únicamente las mujeres y no los hombres con afrontamiento negativo los que presentaron mayor problema por la preocupación por el peso corporal, lo que representa un alto riesgo. En las sociedades industrializadas se ha presentado como un cambio cultural creciente en relación con la preocupación por la comida y la delgadez. Así en estudios realizados en USA en 1978 se vio que el 45% de mujeres amas de casa hacían dieta al año; que 56% de mujeres entre 25 y 54 hacían dieta; que el 76% de las mujeres que hacían dieta lo hacían más por razones de estética que de salud (Chinchilla, 1994).

Entre los resultados teóricamente más interesantes se encuentra la presencia de una interacción estadísticamente significativa sexo por tipo de afrontamiento en la variable dependiente dieta crónica restrictiva, los datos indicaron que fueron nuevamente las mujeres con afrontamiento negativo quienes tienen más problema de seguimiento de dieta restrictiva, lo que representa un alto riesgo, mientras que los hombres con afrontamiento negativo y los adolescentes (ambos sexos) con afrontamiento positivo no presentaron problema en esta variable, estos resultados son importantes si se considera que entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, el más ampliamente reconocido como tal, es el seguimiento de dietas para el control o reducción de peso. Diferentes investigadores han encontrado que hacer dieta lleva a la desinhibición en el comer o a la sobre alimentación y que hacer dieta procede

al desarrollo de desórdenes del comer sin importar la edad del dietante (Polivy y Herman, 1985). Es importante mencionar que la edad de los adolescentes promedio en el presente estudio es de 15 a 17 años, y apoyando lo mencionado se confirman las hipótesis de trabajo al haber una correlación directa entre afrontamiento al estrés y dieta crónica restrictiva. También hay diferencias entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y la dieta crónica restrictiva. El principal problema que acarrea el seguimiento de dietas, es que ya no es una práctica exclusiva de las personas con sobre peso, sino que su uso indiscriminado se ha extendido principalmente entre adolescentes con peso normal, o menor a éste, quienes buscan alcanzar el ideal de belleza, la aceptación del grupo y de sí misma, en respuesta a la "sensación de gordura". La creencia popular indica que el seguimiento de dietas fuera de prescripción médica, es una práctica socialmente aceptada, de bajo costo y que no causa efectos secundarios (Hill, 1993). Aun cuando existen centros especializados para el control de peso, la gente recurre a otras vías más accesibles, como son los consejos que se dan en las revistas de belleza, los productos dietéticos, así como la experiencia de personas cercanas (vecinos, amigos, familiares o farmacéuticos), quienes favorecen el empleo inadecuado de medicamentos, aparatos para hacer ejercicio y el uso de métodos de purga (citado por Unikel, Mora & Gómez Pérez-Mitré, 1999).

Los resultados obtenidos de la investigación permiten confirmar las hipótesis de trabajo al encontrar correlación directa entre afrontamiento al estrés y conducta alimentaria compulsiva. Así como también hay diferencias entre hombres y mujeres en relación con el afrontamiento al estrés y conducta alimentaria compulsiva. La comida representa para algunas personas una manera de aliviar los estresores a los que están expuestos en su jornada diaria. La sobre alimentación puede presentarse por algunas razones: tendencias genéticas, hábitos, costumbres religiosas, sociales y familiares, aburrimiento, funcionamiento alterado del centro de saciedad en el hipotálamo, tensiones provocadas por estrés.

Así mismo, la alimentación compulsiva pueden ocurrir durante las comidas regulares pero con más frecuencia entre las comidas. Por lo general cualquier alimento se puede consumir de manera compulsiva, pero especialmente las palomitas , pastelitos, papas fritas, galletas, dulces y otras golosinas. Estas conductas son una forma de aliviar la tensión que produce el estrés, pero por norma solo conducen a la obesidad (Morse y Pollack, 1998).

En los resultados se encontró que los hombres con afrontamiento positivo al estrés presentaron sobre ingesta, ya que comen tanto hasta que les duele el estomago, sin embargo los hombres con afrontamiento negativo al estrés se encuentran mas vulnerables a presentar conducta alimentaria de riesgo.

Por lo que partiendo del análisis de resultados de la muestra de la presente investigación, se puede concluir que:

- Los adolescentes mujeres que presenta afrontamiento negativo al estrés tienen mayor probabilidad de presentar trastornos de la conducta alimentaria afectando así su salud. Mientras que los adolescentes (ambos sexos) con afrontamiento positivo al estrés no muestran problema.
- Las mujeres con afrontamiento negativo al estrés manifestaron mayor conducta alimentaria compulsiva, dieta crónica restrictiva y preocupación por el peso y la comida en comparación con los hombres con este mismo tipo de afrontamiento quienes prácticamente no presentaron problema.
- La importancia de esta investigación reside en la información que proporciona como los datos aquí reportados como los que verifican el tipo de problema y la población que se ve más vulnerable para desarrollar un trastorno alimentario con el propósito de realizar proyectos de prevención.
- El estrés representa un factor de riesgo para desarrollar una conducta alimentaria de riesgo.

REFERENCIAS

- Amador, E. P. (1985). El ambiente familiar de los adolescentes. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Amador, E. (1987). Los adolescentes latinos: cómo entender, controlar y superar la adicción a la comida. México: Mc Graw Hill.
- Amador, E. P. (1988). Dietas bajas y dietas muy bajas en carbohidratos. Clinica Médica de Norteamérica, 2, 240-257.
- Bradykin, J. & Motta, G. (1985). Obesidad: patología clínica y tratamiento. Buenos Aires: Trópicana.
- Bradykin, J. (1986). Obesidad. Argentina: El ateneo.
- Bradykin, J. (1987). Anorexia y bulimia. México: Martínez Roca
- Cabrero, Z. E. & Villa, S. A. (1987). Evaluación e intervención en el estrés docente. España: Mensajero.
- Carter, P. & Moss, R. (1984). Screening for anorexia and bulimia nervosa in a college population: Problems and limitations. Addictive Behaviors, 9, 417-419.
- Casillas, G.L. & Vargas, L. A. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de nutrición, (3) Universidad Nacional Autónoma de México.

- Coleman, J. C. (1985). Psicología de la adolescencia. Madrid: Morata.
- Contreras, J. (1993). Antropología de la alimentación. España: Eudema.
- Craig, G. J. (1997). Desarrollo psicológico. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). Anorexia, bulimia lo que hay que saber. España: Gedisa.
- Chinchilla M. A. (1995). Anorexia y bulimia nerviosas. Madrid: Ergón.
- Darley, Glucksberg & Kinchla. (1990). Psicología. México: Pentice- Hall Hispanoamericana.
- DSM-IV. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Dulato, G. E. (2000). El adolescente. Asociación Mexicana de Pediatría A.C. México: Mc Graw-Hill.
- Feldman, E. (1990). Principios de la nutrición. México: Manual moderno.
- Fryer, S., Waller, G., & Stenfert, K. B. (1997). Stress, coping and disturbed eating attitudes in teenage girls. International Journal of eating disorders. 22 (4), 427- 436.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología. 14 (1), 31-40.

- Gómez Pérez-Mitre, G., Saucedo, M.T., & Unikel, S.C. (1999). *Psicología social en el campo de la salud: Imagen corporal en los trastornos de la alimentación.*
- Gómez, Pérez-Mitre, G. (1993). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Revista Iberoamericana. 6 (2), 37-46.
- Gómez, Pérez-Mitre, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista Mexicana de Psicología. 10 (1), 17-27.
- González – Forteza, C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
- Hatsukami, D., Mitchell, J., Eckert, E. & Pyle, R. (1986). Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substance abuse problems. Addictive Behaviors. 11. 399-406.
- Hekier, M. & Miller, C. (1994). Anorexia-bulimia. El deseo de nada. México: Paidós.
- Horrocks, J. E. (1990). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Kristi. (1998). Eating disorders in ballet dancers. <http://www.something-fishy.com/image:mirror-mirror.html>.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Roca.

- Lehalle, H. (1990). Psicología de los adolescentes. México: Grijalbo.
- Leichner, P., Arnett, J., Rallo, J. S., Srikameswaran, S., & Vulcano, B. (1986). An epidemiologic study of maladaptive eating attitudes in a Canadian school age population. International journal of eating disorders. 1 (5), 969-982.
- Lucio, G. E. (2000). Los sucesos de vida estresantes y la personalidad de adolescentes con intento suicida. Revista Psicológica Contemporánea. 7 (2), 58-64.
- Morse, D. & Pollack, R. (1998). Nutrition, stress and aging. New York: AMS Press.
- Olascoaga, J. (1969). Nutrición normal para toda la familia. México: Méndez editores.
- Papalia, E. & Wendkos, S. (1992). Desarrollo Humano. México: Mc Graw-Hill.
- Plazas, M. (1997). El otro lado de la obesidad. Cuadernos de la nutrición, 20 (6), 44-46.
- Polivy, J. & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. American psychologist. 40, 193-201.
- Powell, M. (1975). La Psicología de la adolescencia. España: Fondo de Cultura Económica.
- Rodríguez, M. J. (1995). Psicología social de la salud. España: Síntesis.

- Rodríguez, O. G. & Rojas, R. M. (1998). La psicología de la salud en América latina. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sarafino, E. P. & Armstrong, J.W. (1988). Desarrollo del niño y del adolescente. México: Trillas.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1996). Psicología anormal. México: Prentice Hall Hispanoamericana.
- Silvestrini, B. (1990). The paradoxical stress response: A possible common basis for depression and other conditions. Journal Clinical Psychiatry. 51 (9), 6-8.
- Stenberg, L. & Blinn, L. (1993). Feelings about self and body during adolescent pregnancy. The journal of Contemporary Human Services. 282-290.
- Toro J. (1996). El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel.
- Troch, A. (1982). El estrés y la personalidad. Barcelona: Herder.
- Unikel, Mora y Gómez Pérez-Mitré, 1999
- Watson, R. (1991). Psicología del niño y del adolescente. México: Limusa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

ANEXO 1.1 Factores EFARATA (Escala de Factores de Riesgo Asociados con Trastornos Alimentarios)

CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

Factor 1: Conducta Alimentaria Compulsiva	Cronograma
1 Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
2 Como grandes cantidades de alimentos aunque no tengo hambre.	.46365
3 No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene.	.72085
4 Siento que mi forma de comer se sale de mi control.	.79064
5 Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme.	.74727
6 No soy consciente de cuanto como.	.66033
7 Siento que no puedo parar de comer.	.80983
8 Como sin medida.	.79753
9 Me disgusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer.	.68831
10 Difícilmente pierdo el apetito.	.40022
11 Soy de los que se hontan (se llenan) de comida.	.59215
12 Siento que como mas de lo que la mayoría de la gente come.	.65582
13 Me avergüenzo de comer tanto.	.58300
14 Siento que los problemas leños de quitarme el apetito me lo Incrementa	.45587

Eigen value = 12.4 Varianza explicada = 16.5% alpha = .9031

PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA

Factor 2: Preocupación por el peso y la comida	Cronograma
1 Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
2 Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas con el proposito de cuidar mi peso.	.59484
3 Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos "angorosos".	.64573
4 Evito comer hornos y/o pastos para no subir de peso.	.68226
5 Como despacio y me mastico más tiempo mis alimentos como medida de control de peso.	.41013
6 Evito los tortillos y el pan para mantenerme delgado.	.71942
7 Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasa.	.49265
8 Soy de los que se preocupan constantemente por la comida.	.55815
9 Me deprimo cuando como de mas.	.48531

Eigen value = 5.52 Varianza explicada = 7.4% alpha = .5242

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIETA RESTRICTIVA

Factor 6: Dieta Crónica y Restrictiva	
Reactivo	Carga Factorial
Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57388
Disfruto, me gusta sentir el estomago vacío.	.48691
Prefiero la sensación de estomago vacío que la de estomago lleno	.46423
Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar.	.41047
Me lo paso "muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas.	.59416
"Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan comidas	.62004
Suelo comer masivamente, (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55257
Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer	.46706

Eigen value = 1.93 Varianza explicado = 2.6% alpha = .8136

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD

XV (P)

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

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

GRACIAS

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

SECCIÓN

A

INSTRUCCIONES GENERALES

Lee cuidadosamente cada pregunta y contesta en la hoja de respuestas que se te entregó junto con este cuademillo. En la hoja de respuestas debes rellenar completamente el círculo, no sólo tacharlo o subrayarle.

Utiliza lápiz.

Si tienes alguna duda consúltala con la persona que te entregó este cuestionario.

Los derechos de autor están registrados.

Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio, de este cuademillo, sin la autorización expresa de la responsable del proyecto.

Copyright. México 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- A) Obrero
- B) Comerciante
- C) Empleado
- D) Profesionalista
- E) Empresario

13. ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrero
- D) Comerciante
- E) Profesionalista

SECCIÓN

B

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1. ¿Qué estás estudiando?

- A) Secundaria
- B) Carrera Técnica
- C) Carrera Comercial
- D) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- E) Licenciatura
- F) Postgrado

2. ¿Trabajas?

- A) Sí
- B) No

3. Actualmente vives con:

- A) Familia nuclear (padres y hermanos)
- B) Padre o Madre
- C) Hermano(s)
- D) Esposa o pareja
- E) Solo
- F) Amigo(s)

4. Lugar que ocupas entre tus hermanos

- A) Soy hijo único
- B) Soy el mayor
- C) Ocupo un lugar intermedio
- D) Soy el más chico

5. Edad de tu primera emisión nocturna

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

6. ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- A) No. Pasar a la siguiente pregunta
- B) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7. ¿Tienes hijos?

- A) Sí
- B) No

8. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) NS 2000 o menos
- B) NS 2001 a 4000
- C) NS 4001 a 6000
- D) NS 6001 a 8000
- E) NS 8001 a 10000
- F) NS 10001 o más

9. ¿Quién o quiénes aportan al ingreso mensual familiar?

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú y pareja
- E) Tú, hermanos y/o padres
- F) Esposa o pareja

10. Años de estudio de tu padre:

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

11. Años de estudio de tu madre:

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En la lista que sigue aparece una serie de condiciones de salud física y de estados de ánimo que en determinados periodos de nuestra vida todos podemos tener en mayor o menor grado. Lee con cuidado cada uno de ellos y responde si en los últimos quince días los has tenido de acuerdo con la siguiente clave

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

En los últimos quince días :

	Nunca	A veces	Frec.	Muy Frec.	Siempre
1. Tuviste problemas para dormir.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Ayunaste para bajar de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Hiciste dieta para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Te sentiste físicamente mal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Te sentiste con apetito voraz.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Se te presentaron problemas de constipación (dificultades para defecar).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Tuviste problemas digestivos (acidez, inflamación, eructos, etc.).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Tuviste problemas de concentración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Te pusiste a dieta de líquidos.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Tuviste que recurrir a inhibidores del hambre para controlar tu peso (anfetaminas o derivados, fibras).	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
11. Hiciste ejercicio en exceso (10 o más horas/semana) para reducir tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
12. Sufriste de dolor de cabeza.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
13. Tuviste dificultad para iniciar el sueño.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
14. Sentiste temor a subir de peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
15. Tuviste problemas con tu respiración.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
16. Sentiste que tu corazón latía más fuerte de lo normal.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
17. Te sentiste sin hambre.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
18. Te sentiste preocupado por tu salud.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
19. Te sentiste triste, deprimido.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
20. Te sentiste preocupado por tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
21. Te sentiste tenso con molestias de cuello y/o espalda.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
22. Hiciste dietas de frutas y/o verduras para controlar tu peso.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
23. Te provocaste vómito porque comías de más.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)

SECCIÓN

E

1. En el último año:
 - A) Subi de peso
 - B) Bajó de peso
 - C) Subi y bajó de peso
 - D) No hubo cambios en mi peso corporal

2. Aproximadamente durante cuánto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes:
 - A) Menos de un año
 - B) De uno a menos de tres años
 - C) De tres a menos de cinco años
 - D) De cinco y más de cinco años

3. ¿Alguna o algunas ocasiones has hecho dieta para controlar tu peso?
 - A) No. (Pasa a la pregunta 6)
 - B) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

4. ¿Qué edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?
 - A) Menos de 9 años
 - B) 9 a 11 años
 - C) 12 a 14 años
 - D) 15 a 17 años
 - E) 18 a 20 años
 - F) 21 o más

5. ¿En los últimos 6 meses has hecho dieta?
 - A) No
 - B) Sí

6. ¿Tienes o has tenido en los últimos 6 meses problemas con tu forma de comer?
 - A) No. Pasa a la siguiente sección
 - B) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

7. El problema consiste en que:
 - A) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad
 - B) Comes tan poco que a veces te sientes hambriento y dolido
 - C) Comes tanto que te duele el estómago
 - D) Comes y sigues comiendo hasta que sacias tus ganas
 - E) Comes y sigues comiendo hasta que vomitas

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

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

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

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

- Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque lemo engordar). (A) (B) (C) (D) (E)
- No como aunque tengo hambre. (A) (B) (C) (D) (E)
- Sotengo verdaderas locas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores". (A) (B) (C) (D) (E)
- Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada. (A) (B) (C) (D) (E)
- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come. (A) (B) (C) (D) (E)
- No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que no puedo parar de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como sin medida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me apete pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me deprimo cuando como de más. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que mi forma de comer se sale de mi control. (A) (B) (C) (D) (E)
- Profeso la sensación de estómago vacío que la de cualquier tipo. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siempre estoy a dieta, lo rompo, y vuelvo a empezar. (A) (B) (C) (D) (E)
- Me sorprendo pensando en la comida. (A) (B) (C) (D) (E)
- Suelo comer muy ansioso (por ejemplo, no desayuno, no como, pero como mucho). (A) (B) (C) (D) (E)
- Como a escondidas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Difícil cuando como con otras personas. (A) (B) (C) (D) (E)
- Como hasta sentirme incómodamente lleno. (A) (B) (C) (D) (E)
- No tengo hijos para las comidas, como cuando puedo. (A) (B) (C) (D) (E)
- Siento que como más rápido que la mayoría de la gente. (A) (B) (C) (D) (E)

**TESIS CON
PALA DE ORIGEN**

18-SECCIÓN E

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

44. Con tal de no subir de peso mastico mis (A) (B) (C) (D) (E)
alimentos pero no los frago.

45. Si me despierto tengo que comer algo para (A) (B) (C) (D) (E)
confortar el sueño.

46. Como tan rápido que los alimento se me (A) (B) (C) (D) (E)
atragantan.

47. Como rápidamente y en corto tiempo grandes (A) (B) (C) (D) (E)
cantidades de alimento

SECCIÓN F - 19

SECCIÓN

F

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Ahora como puedes ver, lo que se te pide es que respondas de acuerdo con la siguiente clave (No hay respuestas buenas ni malas):

A	B	C	D	E
Muy de acuerdo	De acuerdo	Indeciso	En Desacuerdo	Muy en Desacuerdo

1. Para se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito. (A) (D) (C) (D) (E)
2. Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto. (A) (B) (C) (D) (E)
3. Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "grasa y figura hasta la sepultura". (A) (B) (C) (D) (E)
4. Admito a las personas que pueden comer con medida. (A) (B) (C) (D) (E)
5. Las personas que pierden el control con la comida se ganan por el tema "todo con exceso nada con medida". (A) (B) (C) (D) (E)
6. No se porque se percopen la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria. (A) (B) (C) (D) (E)
7. Quédate en control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida. (A) (B) (C) (D) (E)
8. Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodea nos incita a comer. (A) (B) (C) (D) (E)
9. Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo. (A) (B) (C) (D) (E)
10. Creo que "comer y descansar el trabajo es comentar". (A) (B) (C) (D) (E)
11. Una persona que puede cometer excesos en la comida también puede excederse en otras conductas. (A) (B) (C) (D) (E)
12. Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional. (A) (B) (C) (D) (E)
13. Creo que soy inseguro. (A) (B) (C) (D) (E)
14. Me considero emocionalmente inestable. (A) (B) (C) (D) (E)
15. Me llevo bien con los demás. (A) (B) (C) (D) (E)
16. Creo que me pongo metas muy altas. (A) (B) (C) (D) (E)
17. Me cuesta trabajo hacer amigos (as). (A) (B) (C) (D) (E)
18. Mi familia me exige demasiado. (A) (B) (C) (D) (E)
19. Me considero una persona agradable. (A) (B) (C) (D) (E)

20. No tengo confianza en los demás. (A) (D) (C) (D) (E)
21. Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan. (A) (D) (C) (D) (E)
22. Sólo se debe competir para ganar. (A) (B) (C) (D) (E)
23. No importa a que se dedique uno en la vida el éxito es ser el mejor. (A) (B) (C) (D) (E)
24. Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter. (A) (B) (C) (D) (E)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SECCIÓN

I

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Las siguientes afirmaciones describen diferentes conductas y maneras de pensar que la gente suele seguir cuando se enfrenta a situaciones de estrés. Indica en que medida te describe cada una de las afirmaciones de acuerdo con la siguiente clave:

- A - No me describe nada
- B - Me describe un poco
- C - Me describe regular (más o menos)
- D - Me describe bien
- E - Me describe excelente

Cuando tengo un problema:

	Me Describe				
	Nada	Poco	Regular	Bien	Excelente
1. Procuro platicarlo con otras personas	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
2. Me culpo a mí mismo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
3. Trato de no cerrarme y busco alternativas y nuevas opciones	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
4. Me pongo de mal humor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
5. Pienso en un plan de acción y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
6. Evito estar con la gente	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
7. Trato de sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, etc.	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
8. Pido consejo y lo sigo	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
9. Hago cambios en mi comportamiento para que las cosas salgan mejor	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)
10. Fantaseo, imagino que no ha pasado nada	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)