

61921  
208



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

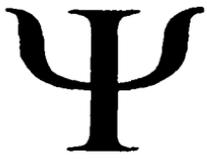
FACULTAD DE PSICOLOGIA

AFRONTAMIENTO AL ESTRES Y FACTORES DE RIESGO  
ASOCIADOS CON CONDUCTA ALIMENTARIA

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADA EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A :  
**ROSALIA RODRIGUEZ DE ELIAS**

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE  
ASESORA: DRA. LUCY MARIA REIDL MARTINEZ

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



MÉXICO, D.F.

2003

A



Universidad Nacional  
Autónoma de México



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

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

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

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

## **Agradecimientos**

A la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México por mi formación profesional y la invitación permanente a la búsqueda del conocimiento.

Con profundo agradecimiento a la Dra. Gilda Gómez Pérez-Mitré por su orientación, experiencia, apoyo y consejos brindados a lo largo de esta investigación.

A la Dra. Lucy Ma. Rekl Martínez, al Mtro. Jorge Pérez Espinosa, a la Lic. Miriam Camacho Valladares y a la Mtra. Lilla Joya Laureano, por el apoyo y asesoría otorgadas a este trabajo a partir de sus valiosas observaciones.

A la Lic. Gisela Pineda García, a la Lic. Silvia Platas Acevedo y al Lic. Rodrigo León Hernández por su apoyo incondicional en las diferentes fases de esta investigación.

Con especial gratitud a la Lic. Consuelo Hernández Troncoso por la orientación y consejos realizados a la presente.

A Lilliana Oviedo Camacho por su disposición e invaluable apoyo a través de la realización de este trabajo.

### Dedicatorias

Con especial admiración y cariño a mis padres Roberto y Lourdes, por el amor, respaldo y guía continuos e incondicionales que me permitieron haber podido llegar a este momento, mostrándome siempre la importancia del esfuerzo y el trabajo en la vida.

A mis hermanos Lourdes y Roberto, por ser para mí: cariño, apoyo y comprensión en todo momento, siempre han estado a mi lado.

A mis abuelos Roberto, Beatriz, Roberto (q.e.p.d.) y Aurora por el impulso y los consejos que desde niña me brindaron.

A mis maestros, por las enseñanzas que han marcado de diferentes maneras mi vida personal y profesional.

A mis amigos Roberto, Daniel, Adriana y Elisa, con quienes he compartido experiencias maravillosas a lo largo de la carrera y he atesorado el valor excepcional de su amistad.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la  
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el  
contenido de mi trabajo recepcional.  
NOMBRE: ROSALIA RODRIGUEZ  
DE ELIAS  
FECHA: 17/JUNIO/2003  
FIRMA: Rosalia Rodriguez

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

Resumen .....	1
Introducción .....	2

### CAPÍTULO I

#### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1. Antecedentes de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	4
2. Anorexia Nervosa .....	6
2.1 Definición .....	
2.2 Etiología .....	
2.3 Síntomas .....	
2.4 Características psicológicas .....	
2.5 Consecuencias .....	
2.6 Diagnóstico .....	
3. Bulimia Nervosa .....	17
3.1 Definición .....	
3.2 Síntomas .....	
3.3 Etiología .....	
3.4 Características psicológicas .....	
3.5 Consecuencias .....	
4. El desarrollo de la Anorexia y Bulimia Nervosas .....	22
5. Trastorno por atracón y Trastorno de la Conducta Alimentaria no especificado .....	23
6. Obesidad .....	24
6.1 Etiología .....	
6.2 Características psicológicas .....	
6.3 Diagnóstico .....	
7. Tratamiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria .....	26
7.1 Tratamientos específicos para Anorexia Nervosa .....	
7.2 Tratamientos específicos para Bulimia Nervosa .....	

0

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7.3	Tratamientos específicos para el Trastorno por atracción o binge eating	
8.	Prevención de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	32
9.	Factores de Riesgo en los Trastornos de la conducta Alimentaria	32
9.1	Definición de factor de riesgo	
9.2	Definición de factor de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria	
9.3	Tipos de factores de riesgo asociados a los Trastornos de la Conducta Alimentaria	

## CAPÍTULO II

### CONDUCTA ALIMENTARIA

10.	Necesidades del ser humano y alimentación	34
11.	Nutrición	35
11.1	Concepto de nutrición	
11.2	Clasificación de los nutrimentos	
11.3	Importancia de los alimentos	
11.4	Salud y nutrición	
12.	Alimentación	43
12.1	Concepto de alimentación	
12.2	Leyes de la alimentación	
12.3	Tres enfoques de la alimentación	
13.	Metabolismo	45
13.1	Concepto de Metabolismo	
13.2	Metabolismo Basal	
14.	Regulación de la conducta alimentaria	46
15.	Factores sociales y ambientales relacionados con la comida	47
16.	Dieta	49
16.1	Concepto de dieta	
16.2	Elección de la dieta	
16.3	Tipos de dieta	
17.	Conducta Alimentaria de riesgo	50
17.1	Dieta restrictiva y control de peso	
17.2	Ayunos	
17.3	Conducta alimentaria compulsiva	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**CAPÍTULO III**  
**IMAGEN CORPORAL**

18. El cuerpo .....	57
19. Concepto de Imagen Corporal.....	58
20. El ideal de delgadez .....	64
21. Factores de riesgo asociados con la Imagen corporal .....	67
22. Los trastornos de la imagen corporal .....	71
23. La Imagen corporal en la adolescencia .....	73

**CAPÍTULO IV**  
**ADOLESCENCIA**

24. Concepto de Adolescencia .....	77
24.1 Fases de la adolescencia .....	
25. Desarrollo físico durante la adolescencia .....	79
25.1 Factores hormonales .....	
25.2 Cambios antropométricos .....	
25.3 Caracteres sexuales .....	
25.4 Cambios fisiológicos y endocrinos .....	
25.5 Efectos psicológicos de la madurez precoz o tardía .....	
25.6 Salud mental y física .....	
26. Desarrollo cognitivo .....	84
26.1 Etapa de operaciones formales: Piaget .....	
26.2 Cambios en el alcance y contenido del pensamiento .....	
26.3 Razonamiento moral .....	
26.4 Aspectos escolares y profesionales .....	
27. Desarrollo psicosocial .....	87
27.1 Relación con la familia .....	
27.2 Relación con los pares .....	
27.3 La sexualidad del adolescente .....	
27.4 Identidad, valores y alienación .....	
27.5 Los medios de comunicación y el adolescente .....	
27.6 Desarrollo de la personalidad e imagen corporal .....	
28. Alimentación en la adolescencia .....	93

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 28.1 Conducta alimentaria del adolescente
- 28.2 Trastornos de la Conducta Alimentaria en el adolescente

## CAPÍTULO V

### AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

29. Concepto de Estrés .....	103
29.1 Síndromes y síntomas	
29.2 Fuentes de estrés	
29.2.1 Acontecimientos vitales estresantes	
29.3 Efectos del estrés	
30. Afrontamiento al estrés .....	116
30.1 Concepto de afrontamiento al estrés	
30.2 El afrontamiento como proceso	
30.2.1 Etapas en el proceso	
30.3 Funciones del afrontamiento al estrés	
30.4 Formas de afrontamiento	
30.5 Dimensiones del control del estrés	
30.5.1 Dimensión física	
30.5.2 Dimensión emocional	
30.5.3 Dimensión psicológica	
30.6 Recursos para el afrontamiento	
30.7 Modelos referentes a los estilos de afrontamiento	
30.7.1 Modelo de la desesperanza/Indefensión	
30.7.2 Modelo fenomenológico-cognitivo	
30.7.3 Modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne	
30.7.4 Modelo multifactorial percibido de Bryant	
30.7.5 Modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo	
30.8 Otros estilos de afrontamiento al estrés	
30.8.1 Apoyo social	
30.8.2 Estrategias de reestructuración psíquica	
30.8.3 Conductas defensivas	
30.8.4 Alexitimia	
30.9 Clasificación de las estrategias de afrontamiento al estrés	
30.10 Afrontamiento y personalidad	

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

30.11 Afrontamiento y estereotipos sexuales .....	116
31. Afrontamiento al estrés en la adolescencia .....	116
32. Afrontamiento al estrés y conducta alimentaria .....	118

**CAPÍTULO VI**

**PLAN DE INVESTIGACIÓN**

33. Problema de investigación .....	121
34. Método .....	123

**CAPÍTULO VII**

**RESULTADOS**

35. Descripción de la muestra .....	126
36. Descripción de las variables de estudio .....	128
37. Prueba de hipótesis para la comparación entre grupos .....	137

**CAPÍTULO VIII**

<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</b> .....	<b>144</b>
---------------------------------------	------------

Referencias .....	151
-------------------	-----

Anexos .....	162
--------------	-----

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## RESUMEN

En la presente investigación\* se abordó el tema de los Factores de Riesgo en los Trastornos de la Conducta Alimentaria y su relación con el afrontamiento al estrés. Algunas personas, cuando se encuentran ante situaciones estresantes, responden de diferentes maneras para encarar dichas situaciones. Se ha encontrado que en ocasiones se recurre a la ingesta de alimentos o bien, a la privación de los mismos. En la adolescencia existen muchas situaciones ante las cuales los individuos se puedan sentir estresados. Ya que es una etapa de grandes cambios en diferentes áreas del desarrollo humano, se aprenden y emplean diferentes formas de afrontamiento. El objetivo de esta investigación es conocer la relación existente entre los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria y el afrontamiento al estrés. Para ello se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud para preadolescentes con el fin de explorar áreas como imagen corporal, conducta alimentaria, afrontamiento al estrés. Esto se llevó a cabo en una escuela secundaria, trabajándose con adolescentes de entre 13 y 16 años, hombres y mujeres, dentro de su salón de clases. Para el análisis de los datos obtenidos se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales. Se observó que el afrontamiento al estrés (positivo/negativo) está relacionado con satisfacción/insatisfacción con la Imagen corporal, con conducta alimentaria compulsiva, y la interacción entre tipo de afrontamiento y sexo con seguimiento de dieta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

\* Proyecto financiado por PAPIIT IN301501 Desarrollo de Estrategias para la Intervención en la Prevención de Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria y CONACYT 34507H Programa de Prevención Primaria: Autodiagnóstico de Factores de Riesgo en Trastornos de la Alimentación y la Nutrición.

## INTRODUCCIÓN

Comer es una conducta que corresponde a una serie de necesidades fisiológicas. Entre otras funciones, también cumple una función social. Elegimos cierto tipo de alimentos dependiendo de hábitos, costumbres, gustos o preferencias.

Actualmente esta conducta se encuentra afectada por las ideas asociadas a la figura ideal promovida por los medios (televisión, revistas de moda y espectáculos, etc.), las grandes compañías de productos para adelgazar, los gimnasios, los libros de dietas. Las actrices, cantantes, conductoras que aparecen con mayor frecuencia en estos espacios, refuerzan la idea de tener una figura esbelta para ser atractiva. En esta industria los más beneficiados han sido los empresarios dueños de clínicas y programas de pérdida de peso, clubes de ejercicio y salud, spas residenciales, alimentos dietéticos, bebidas dietéticas, endulcorantes artificiales, libros de dietas, supresores del apetito, cirugía y liposucción, cirugía gástrica, dietas y remedios antiobesidad con ganancias millonarias (Braguinsky, 1996).

Por otra parte el estilo de vida al que nos sometemos debido a la gran cantidad de avances tecnológicos facilita la acumulación de grasa al propiciar que las actividades sean cada vez más sedentarias y a la reducción de esfuerzo al conseguir comida. Este tipo de vida da lugar a una serie de enfermedades que implican graves consecuencias para la salud, principalmente en sistema circulatorio, por ejemplo: cardiopatías, arterosclerosis, hipertensión. Además puede provocar diabetes y cáncer entre otros. (Birch, 1991 en Gómez Peresmitré y Angulo, 1998a)

Se ha reportado que los factores de riesgo asociados a la imagen corporal se presentan con mayor frecuencia entre mujeres adolescentes que entre hombres adolescentes. Es decir, las jóvenes adolescentes se preocupan más por verse más parecidas a la figura ideal. Es en esta población también, en la que se presentan con mayor frecuencia factores de riesgo asociados con conducta alimentaria. Se ha encontrado que entre las mujeres, el factor conducta alimentaria compulsiva es de mayor peso. Los adolescentes que se encuentran dentro del peso normal tienden a presentar con menor frecuencia esta conducta. Contrario a esto, las mujeres obesas tienden a presentar conducta compulsiva con mayor frecuencia. Los que se encuentran con peso menor al peso normal presentan mayor tendencia a esta conducta en comparación con los que se

encuentran dentro del peso normal. En lo referente a esta conducta en hombres, no se reporta como diferencialmente significativa (Gómez Peresmitré y Angulo, 1998a).

En el primera capítulo se abordan los antecedentes de los trastornos alimentarios, su etiología, características psicológicas, consecuencias y algunas formas de tratamiento. También se menciona la importancia de la prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y la identificación de factores de riesgo asociados a éstos.

En el segundo capítulo se menciona la importancia de la conducta alimentaria normal, los factores sociales asociados a ésta, y las características y consecuencias de la conducta alimentaria anormal como el seguimiento de dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva. Por otra parte, en el tercer capítulo se trata el tema de imagen corporal, su importancia en la actualidad, su relación con los ideales de belleza contemporáneos y sus características en la adolescencia. Además, también se describe su papel en la identificación de factores de riesgo en los trastornos alimentarios y distinguiendo éstos de los trastornos de la imagen corporal.

En el cuarto capítulo se presenta una descripción del desarrollo propio de la adolescencia en el área psicosocial, cognitiva, física y cómo este desarrollo se vincula con los hábitos alimentarios en la adolescencia. En el quinto capítulo, se describe el tema de estrés, las formas de afrontamiento y los recursos empleados en la adolescencia. Posteriormente, en los siguientes tres capítulos se describe el plan de investigación, los resultados y la discusión y conclusiones obtenidos en esta investigación.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## CAPÍTULO I

### TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

#### ANTECEDENTES DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS

La conducta alimentaria está regulada a través de varios factores. En un inicio se deben adquirir las funciones neuromotoras y cognitivas para que el niño aprenda a autorregular su ingesta de alimentos dependiendo de las sensaciones de hambre y saciedad que vaya teniendo. A partir de esto, el niño aprenderá a expresar su deseo por comer o no. Más adelante, estas expresiones se verán influidas por un sinnúmero de experiencias relacionadas con la comida en donde participan el medio social, los adultos que lo alimentan y las interpretaciones que el niño haga de estas situaciones, influidas también por la etapa del desarrollo en la que se encuentre (Bragulinsky, 1996).

Toro (1996) menciona que la comida está asociada a muchas situaciones que se pueden vincular afectivamente, en eventos que pueden ser significativos: una boda, una cena de graduación, comida de fin de año, un bautizo, aniversarios; siendo que en todas estas situaciones se asociara una carga afectiva. Sin ir tan lejos, la relación madre-hijo se ve evidenciada en el amamentamiento. Por lo tanto, comer es un acto social, es una conducta ligada a experiencias que van más allá del aspecto nutricional.

La alimentación en una necesidad primaria, si no comemos no podemos vivir (Álvarez, Mancilla, Martínez y López, 1992) y, como sabemos, cuando el cuerpo no está alimentado adecuadamente, la persona comienza a experimentar una serie de sensaciones de malestar: debilidad, posee la necesidad de reponerse emocionalmente, además de un conjunto de transformaciones anímicas que se presentan: depresión, intolerancia, irritabilidad, comportamientos autodestructivos (Crispo, Figueroa y Guelar, 1998). Entonces, llegamos a la conclusión que nadie puede vivir en un estado de plenitud y salud si no come en cantidad y variedad suficiente (Toro, 1996).

Higashida (1991, citado en Álvarez et al., 1992) hace una distinción entre alimentación y nutrición, definiendo la primera como una actividad voluntaria en la que se adquieren nutrientes dependiendo de la cultura, el nivel socioeconómico, el contexto social, la disponibilidad de los alimentos, preferencias y estados de ánimo. Por otra parte, denomina la nutrición como un

conjunto de procesos de carácter químico en los que los organismos adquieren dichos insumos, y ésta debe ser igual entre los individuos.

Álvarez et al. (1992) señalan que la alimentación incluye cierto grado de variabilidad en los estilos de comer, en donde encontramos diferencias en el número de comidas, los alimentos más frecuentes, los erradicados y los que se evitan, la preparación y combinación de los alimentos, las porciones ingeridas, y los ritos sociales asociados.

En 1979, Baas et al. (citado en Toro, 1996, p. 3) mencionaron diversos usos que las personas le atribuyen a los alimentos y sus diferentes significados:

1. Satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo.
2. Iniciar y mantener relaciones personales y de negocios.
3. Demostrar la naturaleza y extensión de las relaciones sociales.
4. Proporcionar ocasiones para actividades comunitarias.
5. Expresar amor y cariño.
6. Expresar individualidad.
7. Proclamar la distintividad de un grupo
8. Demostrar la pertenencia a un grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significar estatus social.
11. Recompensas o castigos.
12. Reforzar la autoestima y ganar reconocimiento.
13. Ejercer poder político y económico.
14. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades físicas.
15. Prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades mentales.
16. Simbolizar experiencias emocionales.
17. Manifestar piedad o devoción.
18. Representar seguridad.
19. Expresar sentimientos morales.
20. Significar riqueza.

Toro (1996) anota que el hecho de eliminar un alimento puede llegar a significar un castigo. Desde la perspectiva del contexto religioso, comer o no comer tiene su importancia. Para algunas religiones algunos alimentos se consideran prohibidos por ser "Impuros" o "sagrados". En el caso del ayuno, por ejemplo, se atribuye a éste un significado de celebración, purificación y sacrificio. Actualmente encontramos que ni el ayuno ni la abstinencia han desaparecido, sólo que

los motivos religiosos que sustentaban su práctica han sido sustituidos por la estética y aceptación social promovida en nuestra sociedad.

Las consecuencias de los trastornos de la alimentación están estrechamente vinculados con la desnutrición. Guelar y Crispo (2000) mencionan que las consecuencias de la desnutrición generan pulso lento, hipotensión, mareos, desmayos, cefaleas, dolores abdominales, acidez, constipación intestinal, trastornos en la regularidad menstrual o amenorrea, alteraciones de la función hormonal, decremento de la temperatura corporal, adormecimiento de pies y manos, afecciones en la piel, deshidratación, problemas de atención, memoria y concentración, disminución del rendimiento físico y mental, trastornos en el estado de ánimo, aislamiento social, trastornos del sueño, desinterés sexual y conductas obsesivas.

La frecuencia en los trastornos de la conducta alimentaria va en aumento y su incidencia mayor se encuentra en mujeres jóvenes. Los casos en los que se ha encontrado mayor prevalencia se encuentran dentro de la adolescencia, aunque también se han reportado casos en niños. Si bien la prevalencia apunta hacia las mujeres, también en hombres se reportan casos, con características muy similares a las de los casos de mujeres (Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001b).

### **ANOREXIA NERVOSA (AN)**

Toro (1996) relata que en un principio, se empleaba el término *anorexia* como sinónimo de falta de apetito (*anaorektous*). La primera aproximación médica al trastorno se produjo en el siglo XVII. Solía atribuirse el trastorno a una perturbación del sistema nervioso, así como a "tristeza y preocupaciones ansiosas".

En 1859, Louis-Victor Marcé reportó casos en los que los pacientes afirmaban que no podían o no querían comer, en donde pone énfasis en factores relacionados con lo que hoy definimos como *anorexia nervosa* (Toro, 1996). En 1988, Brumberg (citado en Toro, 1996) menciona que los términos empleados en el siglo XIX comprendían el término "*anorexia mirabilis*", pero sólo dentro de los diccionarios, ya que en el ámbito clínico y el discursos popular no era el caso.

Tiempo después Lasègue, alrededor de 1873, menciona que la *anorexia histérica* se presenta entre los 15 y 20 años, como consecuencia de algún evento afectivo relacionado con la etapa de transición hacia la adultez. El curso de la enfermedad se daría en tres estadios: en el

primero se manifiesta malestar al comer, hay seguimiento de dieta restrictiva, incrementa ejercicio de manera que llega a ser excesivo, mientras que padres y en general la familia, ejercen presión sobre la forma y calidad de la alimentación. En el segundo estadio, se presenta afectación del área mental: las conversaciones se limitan al tema de la alimentación, se afecta el ciclo menstrual siendo más irregular o insuficiente, con estreñimiento. En una tercera etapa, se va evidenciando el deterioro físico, hay amenorrea, sed persistente, piel pálida y reseca, problemas gástricos, vértigo y desmayos (Toro, 1996).

En ese mismo año, en la XXIV reunión de la Clinical Society, Gull describió un trastorno padecido por algunas jóvenes que tendían a la inanición. A esa comunicación la tituló "Anorexia hysterica". Un año después publicó un trabajo titulado "Anorexia nervosa" señalando que no existía relación con el útero y sí con el sistema nervioso, el cual podían padecer tanto hombres como mujeres (Toro, 1996).

Al parecer fue Charcot el primero en mencionar el miedo a la obesidad como síntoma de la anorexia. Por otra parte, en 1833, un médico francés llamado Huchard propuso el término de anorexia mental en lugar de anorexia histérica. También se diagnosticaban en esa época dos trastornos muy similares a la anorexia, la dispepsia y la clorosis. La dispepsia era un trastorno digestivo que generaba molestias después de las comidas, siendo que existía sensibilidad en el estómago de tal manera que no podía ingerir alimentos normales. Fue durante la época victoriana en la que se presentó con frecuencia la clorosis entre las muchachas, de tal manera que se veían pálidas, rechazaban los alimentos y presentaban amenorrea, pérdida de energía, respiración entre cortada además de dispepsia y cefaleas. Este padecimiento desaparece en el siglo XX, debido a que en algunos casos su causa era la anemia y en otros se diagnosticaba más bien como anorexia (Toro, 1996).

Dos de los criterios actuales para determinar la presencia de la anorexia nervosa son el miedo a engordar y la distorsión con la imagen corporal. En realidad no sabemos si estas pacientes presentaban estos criterios, ya que los autores de los primeros reportes no los mencionan. De acuerdo a la clasificación actual, sin esos criterios no podrían considerarse casos genuinos de anorexia nervosa (Toro, 1996).

Para finales de 1800, ya se había establecido la anorexia nervosa como un trastorno con factores emocionales, con la descripción de sus atributos físicos hechas por Gull, los rasgos emocionales que acompañaban dichos atributos descritos por Lasegue (Lemberg and Cohn, 1999).

En 1903, Janet describió dos tipos de anoréxicos: obsesivos e histéricos. En el primero, se mantendría la sensación de hambre, mientras que en la segunda se presentaba una pérdida real del apetito. Este autor consideraba la anorexia como un padecimiento con origen emocional, en donde las manifestaciones de conductuales de las pacientes apuntaban hacia el rechazo de su desarrollo sexual (Toro, 1996).

También Freud planteó una interpretación sobre el origen de la anorexia. De acuerdo con él, todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual. Si una muchacha se rehusaba a comer, entonces se interpretaba como que no presentaba impulsos sexuales básicos (Toro, 1996).

Algunos autores, como Charcot, Gull y Lasègue, mencionaban la importancia de la intervención sobre la familia para el tratamiento de la anorexia, e incluso proponían su alejamiento de la paciente (citado en Toro, 1996).

Frewnick (1980, citado en Toro, 1996) menciona que la anorexia "es mucho más frecuente en las clases más ricas de la sociedad que entre quienes deben procurarse su pan mediante el trabajo diario". Freud afirmaba que no se puede emplear la intervención psicoterapéutica sin una intervención que normalice la ingesta alimentaria. Esto coincide con los criterios modernos para la intervención psicoterapéutica en los trastornos alimentarios (Toro, 1996).

Por otra parte, actualmente sabemos que en nuestro país, la incidencia en estos padecimientos en clases menos favorecidas va en aumento, incrementándose la problemática de desnutrición, que ya no es sólo por pobreza, sino que ahora se añade como causa el factor de la imagen corporal que provoca la realización de patrones restrictivos que eliminan alimentos que se consideran como de nuestra dieta básica (Gómez Peresmitré, citado en Scherer, 2002).

### **Definición**

Podemos definir la anorexia como la pérdida de apetito, notable o exagerada (Warren, 1998). El término anorexia nervosa se refiere a un desorden que afecta con mayor frecuencia a las mujeres adolescentes púberes, mujeres jóvenes y con menor frecuencia a los hombres, y que es caracterizado por una notable pérdida de peso autoinducida, trastornos psicológicos y anomalías fisiológicas secundarias (González Núñez, 2001).

Por otra parte, Toro (1996) menciona que la anorexia nervosa es un "trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa de peso (mayor del 15%), habitualmente 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." (p. 7)

Lemberg y Cohn (1999) definen la anorexia como un trastorno alimentario caracterizado por una pérdida intencional de peso para ubicarse con un peso por debajo de la normalidad, miedo a ser gordo y un deseo de perfeccionarse a sí mismo a través del propio cuerpo, lo que genera una imagen corporal distorsionada.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (1992) se define el término Anorexia Nervosa como "un desorden caracterizada por la pérdida deliberada de peso, inducida y/o mantenida por el paciente". El desorden ocurre más frecuentemente en adolescentes y jóvenes mujeres, pero los adolescentes y jóvenes varones pueden afectarse en menor frecuencia, así como niños cercanos a la pubertad y mujeres cercanas a la menopausia. La anorexia nervosa constituye un síndrome independiente en el siguiente sentido:

- a) Las características clínicas del síndrome son fácilmente reconocidas, de manera que el diagnóstico es confiable y con un alto nivel de acuerdo entre los clínicos.
- b) Los estudios de seguimiento han mostrado que entre los pacientes que no se recuperan, un número considerable muestran las mismas características de la anorexia nervosa, en una forma crónica.

Se atribuye este trastorno a los factores socioculturales y biológicos y en menor medida a los mecanismos psicológicos y a la vulnerabilidad de la personalidad. El desorden está asociado a la desnutrición de variaciones severas, con cambios endocrinos y metabólicos secundarios y desequilibrios en las funciones corporales. Queda alguna duda hacia la característica del desorden endocrino relacionado con la desnutrición y el efecto directo de varias conductas relacionadas (por ejemplo: seguimiento de dieta restrictiva, ejercicio excesivo y alteraciones en la conformación corporal, inducción del vómito y purga, y el consecuente desequilibrio de electrolitos), u otros factores no determinados que también se encuentran relacionados.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 1995), los criterios que se deben tomar en cuenta para el diagnóstico de la anorexia son los siguientes:

- A) La persona mantiene un peso corporal por debajo del mínimo normal para su edad y estatura. Si se utiliza el índice de masa corporal, éste debe ser igual o inferior a 17.5
- B) La persona tiene un miedo intenso a subir de peso o a convertirse en obeso. Este miedo persiste o incluso aumenta aunque la pérdida de peso se haga evidente.
- C) Se observa distorsión en la percepción del peso y la forma corporales. Algunos anoréxicos se perciben alteradamente obesos, otros se consideran delgados pero con partes de su cuerpo bastante gruesos. Generalmente la autoestima de las personas que presentan este síndrome depende de la forma y peso corporales.
- D) Si la persona anoréxica es mujer y ha comenzado a menstruar, se suele manifestar amenorrea debida a la pérdida de peso.

Existe la clasificación de los subtipos de acuerdo al DSM-IV:

- a) De tipo restrictivo. La pérdida de peso se logra únicamente a través del seguimiento de dietas, ayunos o ejercicio excesivo.
- b) De tipo compulsivo-purgatorio. Las personas que se incluyen en este subtipo presentan atracones y recurren al uso de diuréticos, laxantes y vómitos autoprovocados, con el fin de contrarrestar el efecto "engordador" de la ingesta. En esta clasificación se incluyen también, los casos que no manifiestan atracones pero recurren al uso de purgas, aún después de ingerir pequeñas cantidades de alimento.

Hemos observado que a lo largo de la historia que el ayuno ha tenido diferentes motivaciones, desde los embrujos y posesiones demoniacas hasta la significación religiosa de pureza y espiritualidad. Después de estas concepciones, el ayuno llegó a convertirse en lo que es hoy, un producto comercial (Deth, 1994, citado en Toro, 1996). La fascinación que genera el mantenerse delgado por medio de ayunos y dietas es uno de los factores que provocan y perpetúan esta enfermedad.

Entender los mecanismos y procesos que se dan en el origen de esta enfermedad es difícil y podemos decir que la anorexia nervosa es "un enredo tremendamente complicado en que puede entrar la gente si su conducta trastorna las condiciones en que suelen funcionar su cuerpo y su cerebro" (Duker y Slade, 1992).

De acuerdo con Bruch (1978 citado en Toro, 1996 p.44), para comprender la anorexia nervosa debemos situarnos en el contexto familiar para considerar el desarrollo de la personalidad total, oponiéndose entonces a la postura psicosexual. También propone dos clases de anorexia:

primaria y secundaria. Para la primera serían características básicas la distorsión de la imagen corporal, la incapacidad para reconocer estados internos (incluidos hambre y emociones), acompañados de una sensación particular de "ineficacia". "En cambio, la anorexia secundaria o atípica implicaba como característica esencial una pérdida de peso grave debida a conflictos internos. La comida y la alimentación estarían saturadas de interpretaciones simbólicas erróneas de la función alimentaria. Sería la anorexia nervosa más típicamente psicoanalítica".

Los trabajos de Garfinkel y Garner (1982) han contribuido en el establecimiento del modelo actual de anorexia nervosa, presentándola como una enfermedad diferenciada, compleja, resultado de la interacción de múltiples factores predisponentes y desencadenantes, de acuerdo a un modelo etiopatogénico bio-psico-social.

Estadísticas recientes muestran la gravedad del problema actualmente. La anorexia nervosa es la enfermedad mental con mayor mortalidad a nivel mundial, siendo el 5% de las personas que la padecen las que fallecen (Scherer, 2002). En México, según una encuesta realizada por Unikel (2000, citada en Sherer, 2002), se encontró que el 0.9% de los hombres y el 2.8% de las mujeres entrevistados mostraron algún riesgo para presentar un trastorno alimentario, siendo las mujeres entre 16 y 19 años las que exhibieron mayor riesgo.

Las actitudes que presentan los niños, a quienes entre las edades de 9 y 13 años les preocupa mucho su figura, estar gordo y poseen el ideal de figura delgada, determinan que se incrementen las probabilidades de presentar algún trastorno en la adolescencia (Gómez Peresmitré citada en Scherer, 2002).

### **Etiología**

La anorexia nervosa afecta principalmente a las mujeres adolescentes o después de la menopausia, siendo el detonante el rechazo o incapacidad para poder dejar de hacer dieta, debido a una fuerte preocupación por el peso o la apariencia de una persona significativa, pariente o pareja o un trauma severo debido a la pérdida de un ser querido, divorcio o enfermedad. Aunque, por otra parte, puede no ser necesariamente la causa este detonante. Las causas que envuelven a la AN son muy complejas y no están especificados o identificados del todo (Lemberg and Cohn., 1999).

Se ha encontrado que los factores biológicos inciden de manera importante en los trastornos de la conducta alimentaria ya que parece existir cierta vulnerabilidad genética para el

desarrollo de conductas y actitudes asociadas a dichos trastornos (Rodríguez, Fernández de Corres, Lalaguna, González y González Pinto, 2001).

Lemberg y Cohn (1999) y Rovira (en Braguinsky, 1996) retoman algunas ideas sobre la idea de que crecer es amenazante para algunas niñas al observar cómo van cambiando sus cuerpos en la etapa de la adolescencia. La aparición de la AN podría ser una resistencia a madurar y llegar a la adultez. Entonces se convierte en un peligro ser atractiva puesto que les genera ansiedad ser el objeto del deseo de nadie, rechazando el rol de objeto sexual.

### Síntomas

De acuerdo con Lemberg y Cohn (1999) los síntomas que se presentan en una persona que padece anorexia nervosa pueden describirse de la siguiente manera:

- Miedo intenso a ser obeso
- Distorsión de la imagen corporal
- Pérdida de peso de por lo menos 15% del peso esperado de acuerdo a estatura, constitución y edad
- Rechazo a mantener el peso en un nivel normal
- Hiperactividad
- Prácticas compensatorias después de un consumo ordinario de comida, como por ejemplo, inducción del vómito o uso de laxantes
- Realización de rituales y comportamiento obsesivo-compulsivo, entre los que se encuentran: preocupación por la comida, peso, ejercicio, al extremo.
- En ocasiones depresión

A continuación se mencionan cambios más marcados y severos como consecuencia de la evolución del trastorno:

- Problemas con las habilidades cognitivas (pensamiento)
- Deterioro de las relaciones sociales: familia, amigos
- Reducción o desaparición de actividades sociales
- Incremento de la depresión
- Desarrollo de lanugo
- Hipotermia
- Baja presión sanguínea
- Baja tasa cardíaca

- Desequilibrio electrolítico en el cuerpo
- Problemas dentales
- Muerte

Rodríguez et al. (2001) mencionan cuatro aspectos a considerar en el momento de hacer una descripción del trastorno. El primer aspecto al que hacen referencia son las alteraciones de la conducta, en las que encontramos una considerable pérdida de peso autoinducida mediante dieta crónica y restrictiva e incluso la eliminación de la ingesta de alimentos; preocupación constante por el peso y la comida; modificación de horarios; ayuno; ejercicio excesivo; provocación del vómito, abuso de laxantes. El segundo aspecto se refiere a las alteraciones cognitivas se ven manifestadas en ideas erróneas que los medios de comunicación han ido reforzando, generalizan excesivamente, magnifican consecuencias negativas, presentan pensamiento dicotómico, presentan ideas autoreferencia y pensamientos supersticiosos y sentimientos de ineficacia. En tercer lugar se encuentran los trastornos psicopatológicos, en los que se observa alteración de la imagen corporal y de los estímulos que provienen del cuerpo como es el caso del hambre, saciedad, fatiga o debilidad física; presentan trastornos de ansiedad, principalmente de tipo fóbico; se observan rasgos obsesivos-compulsivos, trastornos afectivos (depresión), ausencia de conciencia de la enfermedad, tendencia a la manipulación del entorno, tendencia al engaño, aislamiento social, conductas suicidas, agresivas y autoagresivas. El cuarto aspecto que refieren se enfoca a las complicaciones físicas como alteraciones electrolíticas graves e infecciones o complicaciones.

Las pacientes anoréxicas no sienten que necesitan ayuda, gustan de estar delgadas y continuar perdiendo peso, así que para ellas no comer es bueno. Aunque se da cuenta de que su calidad de vida se está deteriorando con la poca alimentación a la que se limita, no cree necesitar ayuda, buscando eliminar su aflicción pero sin modificar su conducta. Los síntomas definidos son pérdida extrema de peso y amenorrea. Mientras no se ha llegado a estos extremos, nadie se percata del problema que está padeciendo la persona (Duker y Slade, 1992).

### **Características psicológicas**

Rovira (en Braguinsky, 1996) menciona que la personalidad previa relacionada con la anorexia nervosa se refiere a niñas que muestran gran autonomía funcional, son ordenadas, autosuficientes, brillantes intelectualmente, con una riqueza de vocabulario que les permite comunicarse fluidamente y con una profundidad mayor para su edad. Por el contrario, muestran una comunicación afectiva deficiente. Si tienen logros, les cuesta trabajo disfrutarlos debido a que sienten placer cuando ven que provocan placer en otros, por lo tanto la autovaloración depende de

la valoración que los otros hagan de ellas. Tienen muchas expectativas de ideal del yo con el cual se comparan y de tal comparación resulta su nivel de autoestima. Son generalmente vanidosas. Por otra parte, presentan comportamientos extraños relacionados a la hora de comer: comen a solas, de pie y a veces caminando. Se aíslan de sus grupos y permanecen en casa.

Marsa, Carrasco, López-Ibor y Saiz (1998) encontraron que las pacientes anoréxicas de tipo compulsivo-purgativas presentan una clara acentuación de la evitación del peligro frente a las anoréxicas restrictivas. Las pacientes anoréxicas si mostraron un rasgo temperamentalmente dirigido hacia el neurótico inestable emocional, asociado con la presencia de problemas alimentarios, siendo el trastorno más frecuente entre las pacientes anoréxicas restrictivas la evitación y en segundo lugar el rasgo obsesivo-compulsivo.

Los adolescentes anoréxicos tienen una inteligencia normal o superior al término medio, y como se ha mencionado anteriormente, poseen una baja autoestima, depresión, ansiedad, pensamientos obsesivos, actitudes perfeccionistas, ansiedad social, abandono social y sobreprotección. Como factores perceptuales, poseen disturbios de su imagen corporal, sobreestimulación de ciertas partes de su cuerpo (principalmente de la cara y torso) y error en las sensaciones físicas. También se observan fallas en el ámbito de la percepción interna, actuando de manera inadecuada frente a los estímulos internos relacionados con el hambre y la saciedad (González Núñez, 2001).

Refiriéndonos a los rasgos de personalidad, se ha encontrado que las pacientes anoréxicas presentan perfiles con rasgos de rigidez, excesivo control, obsesividad, tendencia al perfeccionismo. Asimismo, están relacionadas elevaciones altas en las pruebas MMPI y EPQ (Eysenck Personality Questionnaire) en las escalas de depresión, psicastenia y esquizofrenia (García, Gil, Jódar, Bel y Palao, 1998).

El individuo que padece anorexia nervosa presenta una gran preocupación por la comida, hiperactividad, competitividad, rigidez, bajo peso deliberado, abuso de vomitivos y laxantes, decreciente interés sexual con tendencias a negar las transformaciones corporales de la pubertad (González Núñez, 2001).

Los pacientes con anorexia son individuos que provienen de familias en donde no se les ha permitido desarrollar pensamientos e ideas propias, situando a los demás antes que a ellos mismos. Además se muestran muy sensibles y buscan estabilidad emocional y familiar (Lemberg and Cohn,

1999). Otras características familiares apuntan hacia hogares prósperos, pujantes y emprendedores, en las que el éxito adquiere un valor importante (Rovira en Braguinsky, 1996)

Joseph, Wood y Goldberg (1982) encontraron que las áreas de danza y drama son dos subáreas de la cultura en donde hay alta incidencia de individuos que presentan anorexia. Los autores lo explican en el sentido de la presión social a la que se ven sometidos debido al medio en el que se desenvuelven.

### Consecuencias

De acuerdo con Crispo et al. (1998) las consecuencias que produce este trastorno son las siguientes: cefaleas, hipersensibilidad a la luz y ruidos, molestias gastrointestinales, acidez, constipación, diarrea, problemas de visión y audición, adormecimiento de miembros, calambres, pérdida de cabello, desarrollo de lanugo, enlentecimiento metabólico, disminución de la tolerancia al frío por atermia, cambios cardiológicos como bradicardia y taquicardia, amenorrea, debilidad muscular y deshidratación.

Las consecuencias físicas se enfocan a la disminución del gasto energético y temperatura a consecuencia del primero, además de la bradicardia hay hipotensión y arritmias cardíacas, la piel se vuelve seca, áspera, quebradiza y de color violáceo en las extremidades, mientras que en las palmas de las manos y pies tienen color amarillento debido a hipercarotinemia (Crispo et al. 1998).

### Diagnóstico

La OMS (1992) sugiere que para realizar un diagnóstico definitivo se requieren las siguientes características:

- a) El peso corporal es mantenido al menos 15% por debajo del esperado (tanto perdido o nunca alcanzado), o que el índice de masa corporal de Quetelet (peso en kg/ altura en m)<sup>2</sup> sea igual o menor a 17.5. Los pacientes prepúberes pueden mostrar deficiencias en ganancia de peso esperado para este periodo del crecimiento.
- b) La pérdida de peso es autoinducida por la evitación de "comida engordadora" y uno o más de los siguientes: vómito autoinducido, purga autoinducida, ejercicio excesivo, uso de supresores del apetito y/o diuréticos.

- c) Hay distorsión de la imagen corporal en la forma de una patología específica aunque hay una idea persistente intrusiva de gordura, idea sobrevaluada y que provoca que el paciente se imponga bajos niveles de peso a sí mismo.
- d) Se observa un desorden endocrino relacionando con hipotálamo - pituitaria- gonadal manifiesto en mujeres como amenorrea y en hombres como pérdida del interés y potencia sexual (una aparente excepción es la persistencia de sangrados vaginales en mujeres anoréxicas quienes están recibiendo tratamiento hormonal, más comúnmente tomando píldoras anticonceptivas) . Puede haber también niveles elevados de crecimiento hormonal, elevación de niveles de cortisol, cambios en el metabolismo periferal de la hormona tiroidea, y anomalías en secreción de insulina.
- e) Si se encuentra al inicio de la pubertad, la secuencia de eventos puberales se retrasa (el crecimiento se detiene; en las niñas no hay crecimiento de senos y hay amenorrea primaria; en niños los genitales permanecen juveniles). Cuando hay recuperación, la pubertad es completada normalmente, pero se retrasa la menarca.

*Diagnóstico diferencial.* Pueden estar asociados síntomas depresivos u obsesivos, así como características de trastorno de la personalidad, el cual puede hacer difícil la diferenciación y/o requerir el uso de más de un código de diagnóstico. Las causas somáticas de pérdida de peso en pacientes jóvenes puede estar distinguida incluyendo enfermedades debilitantes crónicas, tumores cerebrales y trastornos intestinales así como la enfermedad de Crohn o un síndrome de mala absorción.

Excluye :           Pérdida de apetito (R63.0)  
                       Pérdida psicogénica de apetito (F50.8)

Por otra parte, Bragunsky (1996) propone una evaluación clínica de los trastornos de la conducta alimentaria, no solo para la anorexia, dividida en 4 áreas:

1. Peso: En ésta área se contempla el peso actual y el IMC (Índice de Masa Corporal), el peso más alto que se tuvo, el más bajo, premórbido, el percibido como ideal y el peso umbral de menstruación.
2. Imagen corporal: Aquí se investiga sobre los actitudes y sentimientos en relación con el tamaño corporal total y para partes específicas, así como los procedimientos cosméticos empleados.
3. Medios para controlar el peso: Es importante considerar el ingreso calórico en lo referente al valor calórico de la ingesta alimenticia, el número de comidas, episodios de descontrol (frecuencia, hora del día o noche, cantidad de comida ingerida, tipo de comida, experiencia

subjetiva, posibles conductas asociadas como robo o rumiación), creencias y prácticas nutricionales idiosincráticas. También se debe tomar en cuenta las conductas compensatorias inapropiadas que realizan como por ejemplo, vómitos, uso de laxantes, uso de drogas para controlar el peso (anoréxicos, diuréticos, cafeína, tiroides). Asimismo, deben considerarse los ejercicios que ejecutan tanto en cantidad como en tipo.

4. Examen físico y de laboratorio: Incluye una valoración del estado nutricional mediante la realización de exámenes que valúen los diferentes sistemas, en particular el cardiovascular, gastrointestinal, endocrino, ginecológico y dermatológico. También deben examinarse las complicaciones físicas. No deben olvidarse los exámenes de laboratorio de rutina: hemograma, electrolitos, urea, creatinina. Además, si se indica también deben realizarse exámenes de función hepática, amilasa, calcemia, fosforemia, magnesemia, proeinograma y densitometría ósea. Es indispensable incluir el electroencefalograma además del examen radiológico o endoscópico (éste último si hay pérdida de sangre).

## **BULIMIA NERVOSA**

Los primeros reportes con que se cuenta de datos médicos con respecto a la bulimia datan de 1708, mientras que en los últimos 10 años se han visto incrementados los trabajos referentes a esta enfermedad. No obstante, las prácticas bulímicas datan de tiempos remotos. La civilización romana empelaba el vómito para ingerir masiva y descontroladamente los alimentos (San Sebastián, 2002).

La historia en la investigación de la bulimia nervosa como trastorno alimentario no es muy amplia. El primero en identificar un caso de bulimia fue el doctor Albert Stunkard en 1959. Más tarde, en 1903, Janet escribió acerca de un caso de una paciente que había tenido un atracón y se había purgado compulsivamente pero nunca había perdido su apetito (Lemberg and Cohn, 1999).

Otro trastorno de la conducta alimentaria que es muy peligroso debido a sus efectos físicos y psicológicos es la bulimia. Bulimia literalmente significa "oxhunger" o apetito voraz, pero en años recientes se ha convertido más en un trastorno de atracón (Casper, Halmi, Solomon y Davis, 1980).

### **Definición**

Etimológicamente bulimia significa "hambre de buey", (Zukerfeld, 1996). La bulimia es "un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios críticos en los que la 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” (Toro, 1996, p. 10).

Por otra parte, Warren (1998) define la bulimia como el hambre morbosa exagerada. Es un trastorno que se encuentra fuertemente relacionado con la anorexia, en el cual la persona alterna un período de ingesta excesiva de alimento – comilonas en las que consumen alimentos fáciles de masticar y, generalmente, de alto contenido calórico – con vómito autoinducido. A esta secuencia pueden intercalarse períodos de anorexia. (González Núñez, 2001).

Lemberg y Cohn (1999) menciona que la bulimia es un trastorno con bases emocionales en el que la comida es una forma de satisfacer necesidades internas como formas de respuesta ante el estrés y la sensación de hambre debe ser eliminada completamente.

De acuerdo con la OMS (1992) se define el concepto de bulimia nervosa como un trastorno de la conducta alimentaria caracterizada por períodos repetidos de sobre alimentación y una excesiva preocupación por el control del peso corporal, llevando al paciente a seguir una serie de conductas compensatorias con el propósito de mitigar los efectos engordadores de los atracones.

Para el diagnóstico de este trastorno la Asociación Psiquiátrica Americana (1995) considera los siguientes criterios:

- A) Presencia de atracones recurrentes.
  - A.1 Se entiende el consumo de una cantidad de comida, muy superior a la que la mayoría de los individuos comería durante un período corto de tiempo.
  - A.2 Los atracones van acompañados de la sensación de falta de control, manifestado por el estado de excitación que el individuo presenta cuando se atraca de comida.
- B) Uso de conductas compensatorias inadecuadas para evitar la ganancia de peso. A pesar de que el individuo usa diferentes métodos para compensar los atracones, el más utilizado es el vómito autoprovocado; éste disminuye el malestar físico y el miedo a engordar.
- C) Los episodios de atracones y conductas compensatorias deben presentarse por lo menos dos veces durante la semana en un período de tres meses.
- D) La persona pone excesivo énfasis en la forma y peso corporales al momento de autoevaluarse, representando los factores más importantes al determinar su autoestima.
- E) Igual que en la anorexia nervosa, los individuos con bulimia manifiestan miedo a engordar, deseo de adelgazar e insatisfacción corporal.

Los subtipos en que se divide este trastorno según el DSM-IV son:

- a) Tipo purgativo: Se incluyen los casos en que se ha provocado el vómito y se han utilizado exageradamente laxantes, diuréticos y enemas.
- b) Tipo no purgativo: Este subtipo describe los casos en que se han empleado conductas compensatorias inadecuadas, como ayunar o realizar ejercicio exagerado, pero no han probado con métodos purgativos.

Los atracones caracterizan este trastorno. Usualmente involucran un consumo rápido de alimentos altos en calorías y cuya textura permite su rápida ingesta. Estos atracones pueden durar desde algunos minutos hasta varias horas. Aunque éstos pueden ser planeados, generalmente las personas que padecen este trastorno tienen problemas con el control y se convierte en una rutina que difícilmente pueden eliminar (Lemberg, et al., 1999). Algunos alimentos son detonadores de los atracones. Un ejemplo de ello son los carbohidratos, que pueden llegar a consumirse en cantidades dañinas, y ser un comer autodestructivo (Alzpuru, 1995).

### Síntomas

El comienzo de la enfermedad se origina espontáneamente o por imitación de otras personas cercanas que realizan el mismo tipo de conductas. En otras ocasiones surge por pláticas sobre información que les facilita la adquisición de estas "nuevas prácticas". No se observan cambios dramáticos en el estado de ánimo al comienzo de la enfermedad, ya que no hay relación directa entre la evolución de los síntomas y algún trastorno del humor (Rovira en Braguinsky, 1996).

Rodríguez et al. (2001) mencionan cuatro aspectos fundamentales para describir la sintomatología de este trastorno. El primero se refiere a las alteraciones de la conducta, que en este caso se manifiesta por episodios recurrentes de ingesta excesiva, en la que los pacientes pierden totalmente el control. Al ingerir alimentos que consideran "prohibidos" se instalan en ellos sentimientos de culpa, autodesprecio, ánimo depresivo. Esto genera que empleen mecanismos compensatorios y recurren a los vómitos autoinducidos, el ayuno y el ejercicio excesivo. El segundo aspecto se refiere a las alteraciones cognitivas que son muy parecidas a las que se presentan en la anorexia, en donde los pensamientos sobre la delgadez, la grasa, la gordura y las dietas permanecen, así como la magnificación de consecuencias excesivas, pensamientos supersticiosos y de ineficacia, preocupación por peso y comida, y también el pensamiento dicotómico se encuentra presente. En tercer lugar, encontramos también asociados trastornos psicopatológicos entre los que destacan los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos, la autoagresión y la alteración de la

propia imagen corporal. Por último, mencionan complicaciones médicas similares a las mencionadas en el caso de la anorexia nervosa.

### **Etiología**

En los factores biológicos encontramos también predisposición genética para el desarrollo de comportamientos y actitudes que unidos a otros factores pueden dar lugar al desencadenamiento del trastorno. En lo referente a los factores endocrinos se han observado alteraciones en los sistemas neurotransmisores relacionados con la modulación del apetito. Desde el punto de vista psicológico, la bulimia nervosa parece estar relacionada con el trastorno límite de la personalidad más que con un problema de tipo obsesivo-compulsivo como es el caso de la anorexia (Rodríguez et al., 2001).

### **Características psicológicas**

Lemberg y Cohn (1999) señalan que los pacientes que padecen bulimia nervosa tienden a ser más impulsivos y más aptos para los tratamientos en comparación con aquellos que padecen anorexia. También tienden a tener mejores relaciones sociales e incluso a casarse en comparación con los pacientes con anorexia. Suele relacionarse una historia de abuso sexual o físico en algunas de las familias, además de una alta frecuencia de incidencia en abuso de sustancias. También pueden presentarse casos de depresión en uno o ambos padres. La disfunción familiar parece no estar asociada. Los individuos parecen tener sentimientos de baja autoestima y estar insatisfechos con varias áreas de su vida. Experimentan muy frecuentemente soledad, miedo, y problemas emocionales. Asimismo, presentan bajo interés en la actividad sexual. Tienen periodos de depresión en donde pueden presentarse intentos de suicidio. Por otra parte, Marsá et al. (1998) y Marsá, Carrasco, Prieto y Sáiz (2000) encontraron que las pacientes bulímicas presentan rasgos histriónicos y límite de personalidad, así como un alto nivel de evitación del peligro.

Se ha encontrado que mientras las mujeres que padecen bulimia frecuentemente están casadas o son sexualmente activas, algunos hombres con este trastorno presentan conducta homosexual o inactividad sexual (Robinson y Holden 1986, citados en Ussery y Prentice-Dunn, 1992), dato relacionado a que algunos estudios han mostrado que los hombres homosexuales presentan mayor insatisfacción con su cuerpo en comparación con hombres homosexuales, sin que esto signifique que la orientación homosexual esté asociada a trastornos alimentarios en hombres (Timko y Rodin, 1989, citado en Ussery y Prentice-Dunn, 1992).

Por su parte, Bull, Sullivan, Joyce y Carter (1995) señalan que diversas aproximaciones dimensionales hacen hincapié en las características de la personalidad de los pacientes bulímicos. Se incluyen entonces impulsividad, depresión, evitación y bajo autocontrol. También se ha encontrado relación entre abuso de sustancias y bulimia, así como tendencias a conductas delictivas (Hatsukami, James, Eckert y Pyle, 1986; Zakerfeld, 1996).

Las pacientes con este trastorno provienen de hogares respetables, de clase media generalmente bien acomodada, con padres responsables y cuidadosos que conocen instituciones de salud. Frecuentemente se sienten desesperadas y disgustadas por que se puedan enterar los demás de la enfermedad que padecen. También sienten que no se puede hacer nada por ellas, y en ocasiones buscan el suicidio (Duker y Slade, 1992).

### Consecuencias

Crispo et al. (1998) señalan que las consecuencias físicas de la bulimia nervosa afectan todo el cuerpo. En la boca el ácido clorhídrico que llega a este lugar a consecuencia del vómito afecta el esmalte dentario irreversiblemente y provoca la inflamación de encías, paladar y garganta. Las glándulas salivales aumentan de tamaño (parótidas) generando un aspecto regordete en la persona. Las alteraciones electrolíticas tampoco tienen efectos ligeros. La baja de los niveles de sodio que se produce por el vómito afectan el corazón dando lugar a arritmias que pueden desencadenar en paros cardíacos. Al reducirse los niveles de sodio se disminuye la presión arterial y provoca mareos. Bajos niveles de magnesio provocan debilidad muscular, hormigueos y mareos. Además el vómito da lugar a deshidratación. En el aparato digestivo, el paso del ácido clorhídrico provoca esofagitis que puede dar lugar a una ruptura esofágica. Los laxantes provocan diarreas y cólicos. Su uso prolongado provoca una constipación del intestino, dejando de responder ante estímulos normales. En el estómago genera gastritis hasta vomitar sangre y la ruptura gástrica. A las vías aéreas pueden llegar contenidos gástricos junto con el vómito y originar bronquitis y neumonías aspirativas. Por otra parte se ven afectados los riñones severamente y se provocan infecciones urinarias. Las manos se vuelven callosas y erosionadas.

Los problemas médicos que se presentan son graves y abarcan la amenorrea (Crow, Turras, Keel y Mitchell, 2002; Crispo et al., 1998) o irregularidades menstruales, trastornos digestivos, pérdida de cabello, uñas quebradizas, piel seca, desequilibrio electrolítico, problemas musculares, fatiga alargamiento de la glándula parótida, problemas dentales como la erosión debida al vómito, circulación pobre, problemas cardíacos que pueden llegar a ser severos (Crispo et al., 1998).

**EL DESARROLLO DE LA ANOREXIA/BULIMIA NERVOSA**

Bragulinsky (1996) menciona que el inicio de los trastornos de la conducta alimentaria se da generalmente en la segunda mitad de la adolescencia, con el seguimiento de una dieta que produce pérdida de peso que con frecuencia es espontánea, lo que provoca un estado de fascinación debido al adelgazamiento y el control sobre la comida.

Rovira (en Bragulinsky, 1996) señala que el periodo previo a la anorexia nervosa se caracteriza por un aumento del nivel de ansiedad provocado por los primeros acercamientos con el sexo opuesto. De esta manera cualquier comentario proveniente de alguien afectivamente significativo respecto a su aspecto físico puede influir para que la paciente decida a no comer para "eliminar" la ansiedad que tal comentario le provocó.

De acuerdo con Basoe (1990) tanto la predisposición como un mecanismo detonante son dos factores de importancia para el desarrollo de anorexia nervosa. En lo referente a la predisposición:

1. Los pacientes que desarrollan anorexia nervosa pueden de alguna manera parecerse a aquellos pacientes con algún tipo de diabetes o enfermedad de Addison en el sentido de que ante una infección menor, una intervención quirúrgica o aún un pequeño indicio de aumento de masa (corporal) en el muslo, pueden presentar recaídas.
2. La literatura muestra que los síntomas de la anorexia nervosa son generalizados en el mundo, a pesar de las diferencias culturales, económicas o religiosas que se puedan presentar.
3. Fries (citado en Basoe, 1990) hizo la siguiente observación " Cuando se discute la etiología de la amenorrea, ni los factores físicos, ni los psicológicos la explican por completo, y se sugiere que opera otro factor determinante. Este factor puede estar mejor expresado en términos de una predisposición a vulnerabilidad diencefalo-hipotalámica que hace a algunas mujeres más susceptibles a estímulos no específicos, como por ejemplo, estrés emocional y/o pérdida de peso".
4. Dentro del perfil del paciente típico de anorexia se encuentran características como perfeccionismo, fuerza de voluntad, alto coeficiente intelectual, y trabajador(a). buscan retos como práctica de ballet, formación como profesores, enfermeras, doctores y se comprometen en actividades atléticas. Su identidad tan especial no está moldeada sólo por factores sociales, sino también por predisposición genética.
5. De acuerdo con un estudio de Basoe (1990) los casos de anorexia se pueden presentar entre familiares: gemelas, hermanas, hijas o madres.
6. Las coincidencias de la presencia de miembros de la familia que presentan psicosis psiquiátrica severa fue del 17%. De acuerdo con Basoe, estos datos refuerzan la hipótesis de que los

desórdenes afectivos guardan estrecha relación con la presencia de anorexia entre miembros de una familia.

Los resultados reportados por Basoe (1990) corroboran los datos presentados por Cantwell, Sturzenberg, Burroughs, Salkin y Green (1977) al afirmar que del estudio que realizaron con pacientes anoréxicas, la alta tasa observada en desórdenes afectivos que se presentan en familias de la muestra estudiada, parecen conformar una relación entre anorexia nervosa y desórdenes afectivos. Por otra parte, Lemberg y Cohn (1999) señalan que las familias que presentan antecedentes de alcoholismo o adicciones tienen mayor riesgo para padecer trastornos alimentarios, lo cual representa otra pauta para detectar población en riesgo.

Aunque en un tiempo se creyó que la anorexia nerviosa (AN) era una dolencia propia de las clases socioeconómicas altas, los estudios más recientes indican que se ha ido haciendo más frecuente entre clases medias y bajas. En un estudio de 1988, se encontró que una proporción significativa de las mujeres americanas usaban métodos de control del peso potencialmente nocivos y que casi un 12% de la muestra reconocía autoprovocarse el vómito. Un estudio realizado por la Asociación de Prevención de la Anorexia Nervosa (Adaner) refiere un aumento de un 15% al año en los últimos 5 años en España y observan la aparición de muchos casos de desmayos y de alumnos que van en ayunas al colegio (Romay, 2002).

#### **TRASTORNO POR ATRACÓN Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO**

La Asociación Psiquiátrica Americana (1995) define "atracon" como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería. El periodo corto se refiere a inferior a dos horas. El trastorno de la conducta alimentaria no especificado, es definido en el DSM-IV como aquel que no cumple con los criterios para ningún trastorno específico de la conducta alimentaria.

Este trastorno, que ha sido descrito recientemente, es caracterizado por episodios de atracones que no van acompañados de conductas compensatorias, como la purga, a diferencia de la anorexia y bulimia nervosas. De igual manera está caracterizado por dos patrones: ingesta compulsiva de "refrigerios" en varios momentos a lo largo del día, o bien, la ingesta de grandes cantidades de alimento en una sola vez, cantidades que rebasan por mucho lo que una persona sana ingeriría al tener hambre (Lemberg y Cohn, 1999).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De acuerdo con Lemberg y Cohn (1999), el trastorno alimentario por atracón genera una serie de complicaciones y problemas relacionados con la regulación del peso y provocar obesidad. La APA (1995) menciona que se cumple los episodios de ingesta voraz van acompañados de sentimientos de angustia elevados, presentándose dichos episodios al menos 2 veces por semana en mínimo 6 meses.

El criterio que permite diferenciarlo de la anorexia nervosa es la irregularidad en la menstruación, ya que por lo demás, cumple con todos los criterios para anorexia nervosa, pero en este caso sí se mantiene dentro de los límites normales a pesar de haber un decremento del mismo. Otra característica es que también se mastican y expulsan grandes cantidades de comida, pero no se tragan (APA, 1995).

## OBESIDAD

Aunque la obesidad no es considerada por sí misma un trastorno de la conducta alimentaria (Lemberg et al., 1999), en el presente trabajo se abordará debido a las consecuencias físicas y psicológicas a la que se liga y a su relación con los factores de riesgo en trastornos alimentarios. Se define "teórica y operacionalmente como un exceso de grasa o de tejido adiposo determinado por un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 27 en las mujeres; mayor de 28 en los hombres y obesidad mayor de 31 en hombres y mujeres" (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Por otra parte, Braguinsky (1996) señala que es todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo o un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de un aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo.

Bouchard (1990) clasifica los tipos de obesidad de acuerdo con la localización predominante de tejido adiposo:

TIPO I	Difusa	Es la que presenta un aumento generalizado del tejido adiposo sin localización preferente en ningún área del cuerpo en particular.
TIPO II	Central (Androide de Bouchard)	Es la que posee un exceso de adiposidad subcutánea en la región troncoabdominal.
TIPO III	Abdominovisceral	Se caracteriza por un exceso de grasa en la zona abdominal, pero principalmente en la región troncoabdominal.
TIPO IV	Femoroglútea	Presenta un exceso de grasa en la zona glúteofemoral.

Fuente: Braguinsky (1996) p. 19

Aunque sabemos que la obesidad no se encuentra definida en la clasificación europea CIE-10 ni en el DSM-IV como trastorno psiquiátrico, en este padecimiento se encuentran factores psicológicos que desempeñan un papel importante en su etiología y padecimiento (Rodríguez et al., 2001).

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1989, el 59.9% de los mexicanos posee un IMC de 25 o más y el 21.5 % alcanza la puntuación de 30 o más. Otra encuesta realizada en 1995, reveló que en la Ciudad de México el 48% de los hombres y el 57% de las mujeres presentan un IMC mayor a 25, abarcando no sólo al nivel socioeconómico alto, sino también a nivel bajo (González, 2002).

### **Etiología**

Se han identificado tres genotipos asociados a la obesidad. En el primero hay un exceso de grasa corporal que no tiene un lugar específico de concentración en el organismo. En el segundo la concentración se da en el área abdominal y se le llama obesidad androide o forma masculina de la obesidad. En el tercero se da en el área visceral del abdomen y se le denomina gluteofemoral u obesidad ginoide (Braguinsky, 1996).

Las diferencias sexuales no sólo afectan la distribución del tejido adiposo en el organismo, además inciden en las características histológicas del tejido celular subcutáneo. Así, en la mujer hay menos musculatura desarrollada y aumenta la relación adiposo-muscular, lo que provoca que se incremente la obesidad (Vague, 1991 citado en Braguinsky, 1996).

Por otra parte, Gómez Peresmitré y Ávila (1998a) encontraron que la variable obesidad en adolescentes parece estar muy relacionada con el seguimiento de dietas y la conducta alimentaria compulsiva, manifestado aceptación a la atribución del control interno y externo sobre la propia conducta alimentaria.

### **Características psicológicas**

En un estudio realizado a adolescentes de entre 12 y 18 años se encontró que tanto los varones como las mujeres tienden a presentar autopercepciones físicas negativas respecto a su imagen corporal. En los adolescentes obesos se encontraron sentimientos de ineficacia, inadecuación y pobre autoconcepto (Barris, Sibel, Quiles, Bassas, Oliveras y Tomás, 2001).

En otros estudios se ha encontrado que los obesos tienen más problemas que los que no lo son, esto debido a la discriminación que les produce su obesidad, y no debido a la enfermedad en sí. Aunque la obesidad se relaciona con un alto riesgo de mortalidad, en realidad estas cifras corresponden a la hiperobesidad, ya que en realidad se encuentran mayores índices de mortalidad entre mujeres de bajo peso (Sortie et al., 1980 citado en Crispo et al., 1998; Crispo et al., 1998).

### Diagnóstico

Braguinsky (1996) menciona los siguientes criterios para el diagnóstico:

1. Cuando su peso supera en un 20% al peso deseable para talla, edad, contextura y sexo, tomando como base la tabla Metropolitan 1983.
2. Cuando el peso relativo es de 120 o más.
3. Cuando el porcentaje de desviación del peso teórico (%DPD) es igual o mayor a 20.. si llega o supera 40 se considerará obesidad mórbida.
4. Cuando el índice de masa corporal: (IMC) supera 27.3 en la mujer y 27.8 en el hombre. Se considera obesidad mórbida si superan 31.4 y 31.8 respectivamente.
5. Cuando el porcentaje de grasa corporal por la fórmula de Deurenberg o medio por alguno de los otros métodos de los que se disponga (bioimpedancia, etc.) supere 25 en varones y 30 en mujeres. Si el porcentaje de grasa corporal está elevado y ninguno de los puntos 1 a 4 diagnostica obesidad, se podrá considerar entonces que se trata de una obesidad de peso normal y está aún en discusión si conserva o no el criterio de riesgo.
6. Cuando el pliegue tricipital o subescapular supere el percentil 95 de las tablas, siempre que no se trate de una adiposidad localizada exclusivamente en el punto de medición.
7. Se le agregará el calificativo "de riesgo" cuando a) el índice cintura / cadera sea igual o superior a 0.85 en la mujer y 0.95 en el hombre; b) cuando la circunferencia de la cintura supere los 100 cm; cuando el diámetro sagital sea superior a 25 cm.

### TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Debido a la naturaleza multifactorial de los trastornos de la conducta alimentaria, se hace difícil contar con tratamientos efectivos para todos los casos. Cada uno de ellos, al referirse a un individuo en específico, posee características particulares que deben considerarse en el momento de la elección del tratamiento.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Braguinsky (1996) menciona que el tratamiento debe ser dirigido a las áreas más afectadas en un principio, y que los objetivos que se persigan deben ser claros tanto para la paciente como para la familia. Ésta última juega un papel sumamente importante en y durante el tratamiento. Es primordial que el ambiente terapéutico sea cálido, contingente y firme, ya que éste será prolongado.

Rodríguez et al. (2001) anotan varias opciones de tratamiento que han sido exploradas y valoradas por los profesionales de la salud. Una de ellas es el tratamiento ambulatorio, el cual se aplica cuando el paciente no se encuentra todavía ante un deterioro severo y existe motivación para el cambio, además de que se toma en cuenta la valoración nutricional para corregir anomalías en las que no es indispensable el internamiento. En este tipo de atención primaria surgen algunas recomendaciones que se extienden a la familia de la paciente: comer con todos, hacer sobremesa de por lo menos media hora, el paciente no debe cocinar ni diseñar el menú, no comprar ni coleccionar libros de recetas, dietas, etc., no picar entre comidas, no saltarse ninguna comida y hacer las tres comidas al día, no darse atracones ni vomitar, no utilizar diuréticos ni estimulantes, las comidas constan de primer plato, segundo plato o guisado y postre, no pesarse ni medirse, utilizar ropa de talla adecuada, control de las actividades que tengan como objetivo la pérdida de peso, conservar la actividad laboral y social, llevar a cabo un registro de las comidas, vómitos, uso de laxantes, etc. En segundo lugar, la literatura presenta el tratamiento hospitalario para aquellos casos en los que los cuidados requeridos sean mayores, así también se busca la reinstauración de pautas adecuadas de alimentación. Por otra parte, existen también los "Hospitales de Día", en los que se busca que los pacientes cuenten con comedores y grupos de terapia en donde se trabajan además aspectos como autoestima, imagen corporal, asertividad, sexualidad y relaciones interpersonales. En tercer lugar, algunos clínicos proponen la terapia familiar, ya que debido a la naturaleza multifactorial de los trastornos y a la importancia de la familia en el desarrollo de éstos, es necesario el apoyo familiar. A través de ésta se busca realizar una reestructuración cognitiva, dar tratamiento del estrés, redefinir los roles en la dinámica familiar y el reordenamiento de la alimentación. Los grupos de autoayuda también representan una buena alternativa al proveer a los pacientes de un marco de discusión, consejo, ayuda y soporte emocional. En lo referente al tratamiento farmacológico, es importante pero en contadas ocasiones debe ser la única forma de terapia.

Collings y King (1994) encontraron en un estudio de seguimiento de diez años en pacientes con anorexia nerviosa que dos factores de recuperación son los que coinciden en anorexia y bulimia nervosas: edad temprana de aparición del trastorno y alto nivel social, lo que nos hace pensar que es importante la pronta detección del trastorno para la aplicación de tratamientos eficientes.

**Tratamientos específicos para Anorexia Nervosa**

Los logros en el tratamiento de anorexia nervosa incluyen la restauración del peso saludable (menstruación y ovulación en mujeres, excitación sexual y niveles hormonales normales en el hombre, y crecimiento y desarrollo físico y sexual normal en niños y adolescentes); reducción de las complicaciones físicas producto de la enfermedad; motivar a los pacientes a cooperar en la restauración de patrones de alimentación y adherencia al tratamiento; proveer educación e información sobre nutrición y patrones de alimentación; corregir pensamientos, actitudes y sentimientos maladaptativos relacionados al trastorno alimentario; tratamiento asociado a condiciones psiquiátricas, incluyendo defectos en regulación del ánimo, autoestima, y conducta; favorecer el apoyo de la familia y proveer a la misma de orientación y terapias apropiadas; y prevenir recaídas.

**a. Rehabilitación/orientación nutricional** (Yager, Andersen, Devlin, Egger, Herzog, Mitchell, Powers, Yates y Zerbe, 2000)

Se recomienda establecer un programa de rehabilitación nutricional para todos los pacientes que se encuentran con un peso bajo que se considere significativo. Usualmente se deben consumir 30-40 kcal/kg por día (aproximadamente entre 1000 y 1600 kcal diarias) y así avanzar progresivamente.

Un programa de rehabilitación nutricional se debe establecer para todos aquellos pacientes que se encuentran en bajo peso significativamente. Los estándares de peso saludables y las tasas esperadas de ganancia de peso controladas deben determinarse también. Los niveles de ingesta deben empezar generalmente de 30 a 40 kilocalorías/kg por día e ir aumentando paulatinamente. Esto puede incrementarse hasta 70-100kcal/kg por día durante la fase de ganancia de peso. Los niveles de consumo deben ser de 40 a 60 kcal/kg por día durante la fase de mantenimiento del peso y para etapas de crecimiento en niños y adolescentes. Los pacientes que tienen altos requerimientos calóricos pueden rechazar la comida, vomitar, hacer ejercicio frecuentemente e incrementar la actividad motora que no implique ejercicio, o tener realmente altas tasas metabólicas. Los suplementos de vitaminas y minerales también serán beneficios para los pacientes.

Es esencial monitorear la medicación de los pacientes durante el periodo de realimentación. Este monitoreo debe incluir la evaluación de signos vitales así como entrada de alimentos y fluidos así como su evacuación, los electrolitos (incluyendo fósforo); y la presencia de edema, ganancia rápida de peso, fallas congestivas y síntomas gastrointestinales, particularmente constipación

intestinal. El monitoreo cardíaco es de mucha ayuda, sobre todo por las noches, para niños y adolescentes que se encuentren severamente desnutridos (peso <70% del estándar de peso corporal). La actividad física debe ser adecuada al consumo de comida y el gasto de energía del paciente.

Los programas de rehabilitación nutricional deben también intentar ayudar a los pacientes a enfrentarse a sus ideas sobre la ganancia de peso y los cambios en la imagen corporal, educándolos acerca de los riesgos del trastorno alimentario y proporcionándoles soporte individual y a las familias.

### **b. Intervenciones psicosociales**

De acuerdo con Yager et al. (2000), el establecimiento y mantenimiento de una relación psicoterapéutica es benéfico. Una vez que la ganancia de peso ha comenzado, la psicoterapia formal será de mucha ayuda. No hay clara evidencia de ningún tipo de psicoterapia que muestre efectos superiores para todos los pacientes. Las intervenciones psicosociales necesitan dirigirse a entender conflictos psicodinámicos, desarrollo cognitivo, defensas psicológicas, y complejidad de las relaciones familiares así como la presencia de otros desórdenes psiquiátricos. La psicoterapia por sí sola generalmente no es suficiente para tratar a pacientes con serla desnutrición debida a anorexia nervosa. Es necesario un tratamiento con intervenciones psicoterapéuticas individuales, usualmente requerida por al menos un año y puede tomar de 5 a 6 años debido al soporte de la naturaleza de muchos de los rasgos psicopatológicos de la anorexia nervosa y la necesidad de soporte durante la recuperación. Tanto los síntomas del trastorno alimentario como los problemas de relación familiar pueden estar contribuyendo al mantenimiento del desorden y puede ser contrarrestado con psicoterapia familiar o de pareja. La psicoterapia de grupo es algunas veces agregada al tratamiento para anorexia nervosa; de cualquier manera, se debe tener cuidado en evitar que los pacientes compitan por ver quien es el más delgado o enfermo o volviéndose excesivamente desmoralizado al observar la dificultad, el curso crónico de otros pacientes del grupo.

### **c. Medicación**

El tratamiento de la anorexia nervosa no debe recaer en medicamentos psicotrópicos como tratamiento único o primario (básico). Se realiza frecuentemente una evaluación de la necesidad de medicación antidepresiva después de la ganancia de peso, cuando los efectos psicológicos de la desnutrición se están resolviendo. Estos medicamentos deben ser considerados en la prevención de

recaídas entre los pacientes que han recuperado su peso o en tratamiento de características de anorexia nervosa, como depresión o problemas obsesivo-compulsivos (Yager et al., 2000).

Iancu, Spivak, Ratzoni, Apter y Weizman (1994) afirman que aunque la teoría sociocultural ha aportado cosas importantes, resulta claro que no todas las mujeres expuestas a presión sociocultural desarrollan AN y otros factores relacionados. Generalmente se consideran los factores culturales y sociales como influencia en la frecuencia de la enfermedad más que los síndromes por sí mismos.

Calden y Schlafer (citado en Iancu et al., 1994) mencionan que un síndrome culture-bound es una constelación de signos y síntomas la cual no se encuentra en la universalidad de las poblaciones sino que están restringidas a grupos o culturas particulares. Este síndrome explica se explica por la presión de la importancia del atractivo físico en la sociedad occidental, a partir de la cual para las mujeres de nuestra sociedad el ideal es ser delgada.

Garner y Garfinkel (citado en Iancu et al., 1994) afirman que la competitividad incrementa la presión hacia las mujeres respecto a la apariencia física, la figura delgada y el culto a la belleza. Esta presión genera la preocupación por el peso y la comida que desencadena en trastornos con consecuencias graves.

De acuerdo con Iancu et al. (1994) el seguimiento de dieta favorecerá la vulnerabilidad de las personas a desarrollar AN. En otras palabras, la exposición a la práctica de dieta y el alto nivel de atención dirigido a la delgadez, parecen provocar riesgo.

Además parece ser que aunque se muestren mejorías de los tratamientos, los criterios de peso, menstruación normal y algunos aspectos psicosociales como establecimiento de relaciones familiares; contactos sociales satisfactorios (establecimiento de relaciones heterosexuales parecía difícil); ajuste y actuación dentro de la escuela, universidad o lugar de trabajo; ausencia de rasgos de depresión o ansiedad, no son suficientes para determinar el restablecimiento completo de anorexia nervosa, por lo que la atención debe enfocarse también a la medición de perturbaciones que afecten conductas específicas y actitudes. (Windauer, Lennerts, Talbot, Touyz y Beumont, 1993).

### Tratamientos para Bulimia Nervosa

Agras, Walsh y Fairburn (2000) evaluaron el impacto de la terapia cognitivo-conductual vs. la terapia interpersonal, y encontraron que la terapia cognitivo-conductual fue más efectiva que la terapia interpersonal a corto plazo en cuanto a la recuperación y remisión de la bulimia nervosa. En un año los resultados entre ambos tipos de terapia resultaron equivalentes, por lo que la terapia interpersonal es efectiva, aunque toma más tiempo para producir el cambio clínico.

Por su parte, Roca y Roca (2003) mencionan que al comparar la terapia cognitivo-conductual con el tratamiento farmacológico a través de antidepresivos, la terapia es significativamente superior, a la vez que la comparación del tratamiento de ambas estrategias combinado es más eficaz en comparación con la medicación sola. El modelo conductual que refieren está basado en el trabajo de Fairburn a partir del cual se desarrolla el proceso terapéutico en 3 etapas:

#### 1) Primera etapa

Duración: 8 sesiones cuyas tareas son: a) explicar al paciente el modelo cognitivo de la bulimia nervosa; b) monitorizar la alimentación; c) pesarse semanalmente; d) proporcionar información sobre el peso corporal y su regulación, consecuencias adversas del atracón, vómito autoinducido, laxantes, purgas y seguimiento de dieta; e) prescribir un patrón alimentario regular; f) consejos acerca del vómito; g) consejos sobre laxantes y diuréticos; h) alternativas a atracción y vómito: elaborar una lista de actividades alternas al atracón; i) entrevistar a algún amigo o familiar con el fin de identificar un apoyo social adecuado.

#### 2) Segunda etapa

a) Eliminación de la dieta; b) reestructuración cognoscitiva: terapia cognitiva de Beck para trabajar pensamientos y actitudes negativos; c) tratamiento de las distorsiones de la imagen corporal: exposición de argumentos para actuar en contra del esquema disfuncional; d) entrenamiento en resolución de problemas.

#### 3) Entrevistas: 1 cada 15 días

Es recomendable aconsejar no volver a hacer dieta a menos que haya sobrepeso excesivo y bajo supervisión profesional.

Estos autores insisten en la importancia del trabajo multidisciplinario en el tratamiento de los trastornos alimentarios en general, a fin de asegurar los avances realizados en cada una de las áreas afectadas por el trastorno alimentario.

### **Tratamiento del Trastorno por atracón**

Guisado y Vaz (2001) mencionan que los pacientes con trastorno por atracón pierden más peso que los que no lo padecen al participar en programas conductuales para el control de peso, aunque suelen tener recaídas más frecuentes, ganando más peso a los 6 meses de seguimiento, aumentando la probabilidad de que abandonen el tratamiento. También se ha observado que la desipramina e imipramina disminuyen la frecuencia y duración de los atracones.

### **PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Debido a la complejidad de los trastornos, sus graves consecuencias y el difícil pronóstico que se tiene, aumenta la importancia de la prevención en este campo. Rodríguez et al. (2001) refieren la importancia de la prevención en los tres niveles. Para la prevención primaria sugiere la acción directa mediante campañas de información dirigidas a sujetos de riesgo, sus familias y a la población en general; la modificación de conductas precursoras de la enfermedad, tal es el caso de las variaciones de la dieta sin control en niños adolescentes, seguimiento de dietas restrictivas con fines de adelgazamiento; identificación de grupos de riesgo; acción sobre los estereotipos culturales mediante la sensibilización de la sociedad con respecto a la presión que ejercen sobre la figura y la estética; y, llevar a cabo programas de educación escolar temprana. En el nivel de prevención secundaria, con el objeto de reducir el tiempo entre aparición de la enfermedad y comienzo del tratamiento, se promueven diagnóstico y tratamiento precoces, correctos y un dispositivo asistencial eficaz. Para el nivel de prevención terciaria, cuidados mínimos suficientes para evitar complicaciones más graves en pacientes que padecen el problema.

### **FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS**

Podemos definir factor de riesgo para una enfermedad como la exposición a situaciones que incrementan de una u otra forma la probabilidad de presentar algún padecimiento. Es la conjunción de varios factores de riesgo lo que desencadena en un trastorno clínico, y estos factores determinaran la magnitud de probabilidad de enfermedad (Lemos, 1996, citado en Gómez Peresmitré, en prensa).

Los factores de riesgo que influyen en los trastornos de la conducta alimentaria son aquellos que favorecen el desarrollo de dichos trastornos, afectando seriamente la salud y aumentando las probabilidades de dicha enfermedad. Estos factores pueden ser de naturaleza bio-psico-socio-cultural (Gómez-Peresmitré, et al. 2001b).

Podemos dividir dichos factores en los siguientes grupos:

1. Asociados con la imagen corporal. Aquí encontramos la actitud hacia la obesidad o delgadez, satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, alteración de la imagen corporal (sobreestimación-subestimación), preocupación por el peso y por la comida, figura real-ideal-imaginaria, atraktividad (Gómez Pérez-Mitré, 1997).
2. Asociados con la conducta alimentaria. Podemos encontrar las conductas de dieta restrictiva, ayunos, conducta alimentaria compulsiva, atracones (Gómez- Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001a).
3. Conductas compensatorias. En donde se encuentran ejercicio excesivo (más de 10 hrs. a la semana) uso de inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua y de fibra (Gómez Peresmitré, en prensa).

Crispo et al. (1998) clasifican los factores de riesgo en tres tipos. En primer lugar se encuentran los factores predisponentes, que son aquellos que favorecen la disposición del individuo a presentar el trastorno. Aquí se encuentran los factores socioculturales, familiares e individuales. Ejemplos de estos factores son la presión social y el ideal de belleza. En segundo lugar están los factores precipitantes que son aquellos que son el detonante para que se presente el trastorno. Ejemplos de éstos son los estresores, las actitudes anormales con el peso y la figura, las dietas extremas y la pérdida de peso. En tercer lugar, se encuentran los factores perpetuantes, que son aquellos favorecen el mantenimiento de la enfermedad. Son ejemplos de éstos últimos los atracones y purgas y las secuelas fisiológicas y psicológicas de los trastornos de la conducta alimentaria. A partir de lo anterior, podemos decir que una persona es más vulnerable a padecer un trastorno alimentario cuando se presentan combinaciones específicas de estos factores.

## CAPÍTULO II CONDUCTA ALIMENTARIA

Cuando se habla de necesidades básicas del ser humano se hace referencia en parte a procesos homeostáticos como la ingesta de líquidos y la conducta alimentaria. Por medio de la comida, el ser humano obtiene la energía necesaria tanto para las funciones vitales, como para realizar diferentes actividades. Los nutrientes obtenidos de esta conducta se emplean para dos objetivos principales: construir y mantener órganos y tejidos del cuerpo, y la obtención de energía con el objeto de mantener el calor corporal y realizar movimientos. Así, mediante procesos químicos se utiliza dicha energía o bien almacenarla de alguna forma (Van Sommers, 1976; Carlson, 1996).

Comer es un acto sensual, en donde participan la mayoría de los sentidos para aceptar determinado alimento. La vista lo reconoce dependiendo de su aspecto, color, presentación. Una vez cercano a la boca, el olfato interviene para definir si será aceptado o no. Ya en la boca, se evalúa su textura, consistencia, sabor. No obstante, los estímulos sensoriales constituyen sólo una de las muchas variables que participan en la conducta alimentaria (Vargas, 1984).

### NECESIDADES DEL SER HUMANO Y LA ALIMENTACIÓN

Montagu (1961, citado en Ramos, 1985) menciona que el ser humano posee ciertas necesidades que debe satisfacer. Estas necesidades se pueden clasificar como: básicas y vitales, básicas de índole emocional, sociales, y las resultantes de la personalidad como respuesta a estímulos ambientales. Las necesidades vitales son aquellas que se deben satisfacer para asegurar la supervivencia, así comer, beber, respirar, dormir, restaurar la fatiga física, y la excreción de orina y heces fecales que permiten al ser humano mantenerse con vida. Las necesidades básicas emocionales son todas aquellas cuya parte biológica no es vital para sobrevivir, pero que es preciso satisfacer para un desarrollo adecuado y el mantenimiento de la salud, no sólo física, sino también mental; entre éstas se encuentran: la necesidad de ser amado, respetado y comprendido, amar, de compañía, de autonomía e iniciativa, de comunicación. Las necesidades sociales son las que forman el contexto de la realización de necesidades básicas, estas son, las tradiciones, las costumbres, disponibilidad de alimentos, capacidades adquisitivas, etc. También hay necesidades adquiridas, las cuales no son indispensables pero mantienen la salud mental, ejemplo de ellas pueden ser los complementos alimenticios.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## NUTRICIÓN

### CONCEPTO DE NUTRICIÓN

Escudero (1939, citado en Ramos, 1985 p. 2) define el concepto de nutrición como "el conjunto de funciones armónicas y coordinadas entre sí, que tienen lugar en todas y cada una de las células del organismo y de las cuales depende la composición corporal, la salud y la vida misma". Ramos (1985) comenta que el nivel nutricional de una persona no estará determinado únicamente por su masa corporal, su desarrollo o crecimiento acumulado, sino que también deben considerarse las respuestas emocionales del individuo, sus actitudes tanto en el contexto social como intelectual, o su funcionamiento desde el punto de vista de la salud.

Los sustratos que permiten a las células del ser humano cumplir con sus funciones son llamados *nutrimentos*, es decir, "toda sustancia con energía química almacenada, capaz de ser utilizada por el organismo como energía metabólica" (Kumate, 1961, citado en Ramos 1985, p. 3), y cuya carencia causa necesariamente enfermedad y en caso de persistir su carencia determina la muerte (Escudero, 1939 citado en Ramos, 1985).

### CLASIFICACIÓN DE LOS NUTRIMENTOS

Rothman (1939, citado en Ramos 1985, p.4) menciona la importancia de considerar los nutrimentos dependiendo de sus funciones:

TIPO DE NUTRIMENTO	FUNCIÓN	EJEMPLOS
Nutrimentos energéticos	Sirven de vehículo de la energía que se empleará en las funciones orgánicas.	Carbohidratos, grasas y proteínas.
Nutrimentos estructurales	Constituyen los tejidos.	Agua, minerales y proteínas.
Nutrimentos reguladores	Participan en los procesos metabólicos regulando las funciones de distintos órganos.	Vitaminas, agua, proteínas y minerales.

### Agua

El ser humano no puede vivir sin este importante líquido. El cuerpo tiene tres maneras de obtener agua: ingerida directamente, a través de los alimentos y producida por el metabolismo. Es indispensable para que se lleven a cabo las reacciones químicas funcionando como catalizador,

solvente, transportador, vehículo de secreción y en la regulación de la temperatura corporal. Se calcula que por cada gramo de proteínas o carbohidratos ingerido se obtiene 0.5g de agua, mientras que por cada gramo de grasa se recibe 1g más de agua. Las necesidades diarias de agua dependen de la edad, composición corporal, actividad física, hábitos alimentarios y alimentos consumidos, sin dejar de lado las condiciones atmosféricas. Los requerimientos mínimos de este vital líquido son de 1,000ml/m<sup>2</sup>/24horas para el adulto (Ramos, 1985).

### **Carbohidratos**

Son sustancias constituidas por polihidroxialdehídos, cetonas, alcoholes, ácidos, sus derivados más simples y sus polímeros (Pigman, 1957 citado en Ramos 1985). Una vez procesados los alimentos que contienen estas sustancias, parte son convertidos en glucosa y otra parte en triglicéridos que funcionarán como reservas energéticas (Carlson, 1996; Jones, Sahinberg y Byer, 1970; Ramos, 1985). Los carbohidratos se encuentran en arroz, maíz, granos, papas y derivados del azúcar. Los monosacáridos son los azúcares más simples. Son difusibles, cristalizables y muy solubles en agua y difícilmente solubles en alcohol o éter. Químicamente se consideran aldehídos como la glucosa, la maltosa o la galactosa; pueden ser cetonas, como la fructuosa o la sorbosa. En los humanos son importantes la glucosa, la fructuosa y la galactosa. Debido a que los monosacáridos pueden transformarse en alcoholes, en la industria alimenticia esta actividad es frecuente. También son importantes al formar parte de las moléculas del ácido desoxirribonucleído y del ácido ribonucleico (Jones, Shainberg y Byer, 1970; Ramos, 1985). Los disacáridos, como su nombre lo indica, están formados por dos monosacáridos sin una molécula de agua. Sólo se conocen tres disacáridos libres: sacarosa, lactosa y trehalosa (se encuentra en la hemolinfa de algunos insectos).

La sacarosa, azúcar común, sucrosa o caña de azúcar está formada por una molécula de glucosa y otra de fructuosa; lactosa (que se encuentra en la leche) por una de glucosa y otra de galactosa; y la maltosa de un almidón que se desdobra en dos moléculas de fructuosa. La sacarosa proporciona cerca del 10% de la energía total de la alimentación (Ramos, 1985). Los polisacáridos son polímeros de los monosacáridos, carentes de sabor dulce, pero que otorgan consistencia y textura a los alimentos. Existen de dos tipos: los estructurales como la celulosa, las hemicelulosas y los cuerpos pécticos; y los de almacenamiento, como son los almidones. Éstos últimos no se absorben de manera natural por lo que es necesaria la cocción de los alimentos que los contienen, tal es el caso de las papas (Ramos, 1985).

### **Lípidos o grasas**

“Son moléculas sintetizadas por sistemas biológicos, que tienen como parte principal en su estructura largas cadenas hidrocarbonadas alifáticas, ramificadas o no, que pueden formar anillos carbocíclicos y que pueden contener ligaduras no saturadas” (Davenport y Jonson, 1971 citado en Ramos, 1985, p. 145).

Una libra de grasas provee al cuerpo con 4220 calorías. Su función es reserva de energía, formar parte de las membranas celulares, funcionar como transporte para las vitaminas liposolubles como la A, D, E y K y proveer de protección al cuerpo. Algunas grasas se clasifican como saturadas y otras como no saturadas de acuerdo a la cantidad de hidrógeno en las moléculas que poseen. Para algunas condiciones físicas, tales como colesterol alto en la sangre, es recomendable sustituir grasas no saturadas por las saturadas, pero para cuerpos normales necesitan de ambos tipos (Jones et al., 1970).

Ramos (1985) menciona que el grupo de los lípidos está conformado por:

- a) Triglicéridos o grasas neutras. Ejemplos de este grupo son los ésteres de la glicerina y ácidos grasos que funcionan como vectores de energía. Su alto consumo está relacionado con enfermedades coronarias.
- b) Fosfolípidos: compuestos por fosfato, ácidos grasos, glicerol y un compuesto nitrogenado.
- c) Esfingolípidos: compuestos por ácido graso, fosfato, colinas y un aminoalcohol (esfingosina).
- d) Glucolípidos: compuesto por ácido graso, carbohidratos, y aminoalcohol.
- e) Esteroides: con su característico núcleo ciclopentanofenantreno, en donde se incluye al colesterol. No todo el colesterol que se ingiere es absorbido; el adulto toma de su dieta de 200 a 400 g al día y sólo del 40 al 60% es de origen alimentario.
- f) Ceras.
- g) Vitaminas liposolubles.

### **Aminoácidos y proteínas**

Las proteínas son fuente de aminoácidos y nitrógeno, los cuales ocupa el cuerpo para el crecimiento y reemplazo de tejidos, y son necesarios para la producción de enzimas, hormonas, anticuerpos y secreciones. Una proteína está constituida por cadenas de sustancias llamadas aminoácidos (23 tipos). Una persona debe consumir 68 gramos diarios de proteínas (Jones et al., 1970).

Las proteínas constituyen parte fundamental de la materia viva junto con el agua. En el recién nacido representan el 11% del peso corporal, mientras que en el adulto el 17.5%. Tienen diferente solubilidad, hidrólisis, reacciones coloreadas y capacidad de oxidorreducción. Se han clasificado en simples o complejas. Las simples incluyen: escleroproteínas, que son insolubles y fibrosas; las esferoproteínas, que pueden ser albúminas (solubles en agua y soluciones salinas diluidas), globulinas que son insolubles en agua pero solubles en soluciones alinas diluidas, gluteínas (insolubles en agua y soluciones salinas, pero solubles en medios ácidos o alcalinos), prolaminas (solubles en etanol a 50-80%) e histonas (solubles en agua y en medio ácido). Las proteínas conjugadas o complejas son: fosfoproteínas (caseína que se encuentra en la yema de huevo), glucoproteínas, lipoproteínas, cromoproteínas y nucleoproteínas. Su papel en la dieta es el de proporcionar aminoácidos para realizar funciones como: mantenimiento, reposición y crecimiento de tejidos; producción de proteínas plasmáticas empleadas en transporte, formación de anticuerpos, etc.; síntesis de enzimas, hormonas, neurotransmisores y otras proteínas especiales; formación de piel, cabello y uñas; y síntesis de proteínas de la leche. Cuando las proteínas se ingieren en exceso no se almacenan en el organismo, sino que se convierten en carbohidratos o en grasas. Los requerimientos de proteínas dependen de la edad y sexo, del estado de salud, actividad física, momento de desarrollo, condiciones climáticas circundantes, etc. (Ramos, 1985).

### **Minerales**

Son sustancias de gran importancia para la formación y mantenimiento de huesos, dientes y sangre así como hormonas y otras sustancias secretadas por las células. Son calcio, fósforo, sodio, potasio, cloro, magnesio, hierro, azufre, yodo, manganeso, cobalto, cobre y zinc (Jones et al., 1970).

Ramos (1985, pp. 178-201) señala que los minerales que más abundan en el organismo son:

- a) *Sodio y potasio*. Se conocen tres funciones de estos minerales: regulación de líquidos tanto dentro como fuera de las células, regulación de la presión osmótica generada en el intercambio de fluidos, y el balance electrolítico. El consumo exagerado de sodio puede dar lugar a hipertensión arterial, retraso del crecimiento y disminución de la esperanza de vida.
- b) *Cloro*. Una de sus funciones más importantes es participar en el mantenimiento del equilibrio acidobásico y junto con el sodio, regular la presión osmótica en espacios con agua. Otra de sus funciones tiene lugar en el proceso digestivo en forma de ácido clorhídrico y como activador de amilasas. Su excreción es a través de la orina. Se ingiere como cloruro de sodio y un adulto lo consume entre 3 y 9 gramos diarios, cantidad que puede ser excesiva para su requerimiento diario.

- c) *Calcio y fosfatos*. Son minerales que se consumen regularmente y en cantidades adecuadas debido a que se encuentran presentes en una gran cantidad de alimentos. Se encuentra calcio en la leche, el pescado seco, pequeñas especies de peces cuyo esqueleto es ingerible y en la yema de huevo; de los vegetales, podemos mencionar al ajonjolí, la avellana y la almendra; también lo encontramos en el frijol, el maíz y la tortilla, así como en el haba seca y en la avena. De los 11 a los 18 años es recomendable su consumo de 800 a 1200mg diarios.
- d) *Magnesio*. Interviene en la conservación de los ácidos nucleicos, participa en la biosíntesis de aminoácidos, actúa en reacciones en que interviene el ATP, participa en el empleo de tiamina y en la transmisión neuromuscular. Se encuentra en abundancia en pescados y mariscos. También en la almendra, la avellana y la nuez, en menor cantidad en el frijol, la arveja, el maíz y la avena. El adulto varón requiere de 350mg/día, mientras que la mujer de 300mg/día, aunque un consumo de 10 mg/día no ocasiona desequilibrios si no se acompañan de ingesta elevada de calcio o proteínas.

Se consideran en menor cantidad en el organismo:

- e) *Oligoelementos*. Son minerales cuyo requerimiento diario es mínimo.
- f) *Hierro*. Es componente la hemoglobina y de la mioglobina además de citocromos y otras enzimas. Es fundamental en el transporte de oxígeno y diversos procesos oxidativos. Se encuentra en las vísceras, la yema de huevo aunque también en menor cantidad en la carne. En alimentos de origen vegetal puede obtenerse de los frijoles, almendras, dátiles, chícharos, duraznos y espinacas. El adolescente necesita de un consumo anual de 200 a 400mg.
- g) *Cobre*. Es necesario para la utilización del hierro, por lo que su deficiencia produce anemia. También protege la mielina y participa en la formación de huesos normales. Se encuentra en mariscos, nueces, ciertos condimentos, vísceras y leguminosas secas. Los límites de seguridad en la ingestión de este mineral para adolescentes y adultos se encuentran entre los 2 y los 3 mg/día.
- h) *Vanadio*. Participa en la homeostasis del sodio. Su ingestión prolongada no produce efectos tóxicos y se puede encontrar en cereales, nueces, grasas y aceites.
- i) *Zinc*. Se encuentra distribuido en los tejidos: piel, huesos, dientes, sangre, espermatozoides, próstata y epidídimo. Participa en el crecimiento. Realiza un papel importante en la síntesis de proteínas y ácidos nucleicos. Se encuentra en los alimentos de origen animal, vísceras y peces.
- j) *Manganeso*. Es esencial para la estructura del hueso, en funciones del sistema nervioso y reproducción. Se puede hallar en mayor cantidad en huesos, hipófisis, glándula pineal, hígado, riñón, páncreas y glándulas mamarias. Sus funciones más importantes se avocan a

- i) **Zinc**. Se encuentra distribuido en los tejidos: piel, huesos, dientes, sangre, espermatozoides, próstata y epidídimo. Participa en el crecimiento. Realiza un papel importante en la síntesis de proteínas y ácidos nucleicos. Se encuentra en los alimentos de origen animal, vísceras y peces.
- j) **Manganeso**. Es esencial para la estructura del hueso, en funciones del sistema nervioso y reproducción. Se puede hallar en mayor cantidad en huesos, hipófisis, glándula pineal, hígado, riñón, páncreas y glándulas mamarias. Sus funciones más importantes se avocan a la estimulación de la actividad de la RNA polimerasa, la fosforilación oxidativa y en el metabolismo de ácidos grasos. Se puede consumir en granos enteros, nueces y algunos vegetales. Los adolescentes requieren consumirlo de 2.5-5mg/día.
- k) **Selenio**. Tiene funciones de regulación en el organismo, principalmente asociadas a las proteínas. Se obtiene principalmente de pescados, carnes y granos de cereal.
- l) **Cromo**. Su deficiencia origina sintomatología muy semejante a la diabetes mellitus. La dieta normal del adulto proporciona alrededor de 60µg/día. Se puede encontrar en los tejidos animales y en los granos de cereal. No lo contienen los peces.
- m) **Cobalto**. Regula la biosíntesis del grupo heme y la actividad de la proteína heme. La fuente más rica de este mineral son los mariscos.
- n) **Yodo**. En el cuerpo se encuentra en la glándula tiroidea en un 70-80%. Así participa en funciones de síntesis proteica, metabolismo, crecimiento y desarrollo. Se halla en mariscos, vegetales, carnes y huevo, leche y cereales. Es aconsejable consumirlo en sal yodada.
- o) **Molibdeno**. Tienen funciones metabólicas importantes y se localiza en el hígado, riñón, huesos y piel. Son fuente de este mineral las carnes, granos de cereal y legumbres.
- p) **Ftlor**. Se acumula en huesos y dientes. Su función consiste en prevenir la osteoporosis en el envejecimiento (Ramos, 1985, pp. 207-224).

### **Vitaminas**

Funcionan como enzimas, es decir, contribuyen en reacciones químicas que se llevan a cabo a nivel celular. La forma de obtención de las vitaminas es a través de la dieta. Se dividen en liposolubles (vitaminas A, D, E y K) e hidrosolubles (tiamina - vit B1-, riboflavina -vitamina B2- niacina, piridoxina - vitamina B6- vitamina M, vitamina B12, y vitamina C) (Jones et al., 1970).

### **Importancia de las vitaminas**

Ramos (1985, pp. 259-275) describe algunas funciones llevadas a cabo por las vitaminas dentro del organismo:

a) *Ácido ascórbico o vitamina C.* Su deficiencia da lugar al escorbuto. Protege al individuo de la oxidación a los ácidos grasos esenciales y a las vitaminas A y E, y facilita la absorción hierro. Mantiene la formación de colágena, del tejido osteoide de los huesos y la dentina. Se puede obtener de las frutas y en especial en los cítricos, así como en los vegetales de hoja.

b) *Vitamina A.* Su deficiencia puede dar lugar a la ceguera nocturna. Otros trastornos asociados a este déficit son: problemas con el crecimiento óseo, tejidos de la reproducción, crecimiento y diferenciación de los epitelios y crecimiento del organismo como un todo. Son buena fuente de esta vitamina la leche y las vísceras, los aceites de hígado de algunos peces, las frutas y verduras amarillas.

c) *Vitamina D.* Se encuentra en animales o vegetales. Es precursora de por lo menos una hormona. Además, es importante en el metabolismo del calcio y del fósforo. Puede formarse en la piel por fotólisis, de manera que una persona expuesta tiempo suficiente a rayos ultravioleta no necesitaría ingerirla. De cualquier manera, los alimentos en los que se encuentran son de origen animal como el huevo, en la yema, la mantequilla, el hígado, las sardinas o el salmón.

d) *Vitamina K.* Regula los procesos de coagulación y es un componente unido a la membrana de los cromosomas. Su modo de obtención es tanto en la ingestión de alimentos como en la síntesis que se lleva a cabo en el intestino.

e) *Vitamina E.* Funciona como antioxidante biológico además de participar en sistemas enzimáticos. Su principal fuente son los aceites vegetales. La leche la contiene en menor cantidad. Se recomienda la ingestión de esta vitamina en una porción de 5-10mg diarios.

Las siguientes vitaminas actúan como coenzimas (Ramos, 1985, pp. 228-253):

a) *Tiamina.* Es muy importante en el metabolismo energético. Posee una función específica en la membrana de los nervios periféricos. Se encuentra principalmente en vísceras, carnes, leche, huevo, germen de cereales y nueces.

b) *Riboflavina.* Interviene en el metabolismo de otras vitaminas. Funciona en síntesis de coenzimas. Las principales fuentes son los animales de origen animal, en especial la leche.

c) *Ácido nicotínico.* La niacina está presente en todas las células del organismo, y participa en muchos procesos metabólicos: glucólisis, síntesis de grasas y respiración tisular. Se puede obtener de alimentos con proteínas de alto valor biológico y por lo tanto de origen animal. La necesidad de esta vitamina después de los 11 a los 14 años es de 15mg.

d) *Biotina.* Es transportador de una forma activa de bióxido de carbono. Tiene funciones metabólicas relacionadas con el carbono y la coenzima A.

e) *Vitamina B<sub>6</sub>.* Participa en reacciones químicas, funciona como coenzima en algunas reacciones. Los alimentos que de esta vitamina son fuente importante son: levaduras, leche fresca, hígado, riñones, carnes, germen de trigo y cascarrilla de arroz.

- f) *Acido pantoténico*. Interviene en la liberación de energía de los carbohidratos, la gluconeogénesis, síntesis y degradación de ácidos grasos, esteroides, hormonas esteroides, porfirina y acetilcolina. Se puede obtener de vísceras, levaduras y determinadas células (huevo).
- g) *Folacina*. Se encuentra presente en médula ósea y otros tejidos. Son indispensables en la síntesis proteínica. Se halla primordialmente en vegetales de hoja, leguminosas verdes, hígado y otras vísceras.
- h) *Vitamina B<sub>12</sub>*. Actúa en la síntesis de sustancias importantes en la respiración y metabolismo, así como del ADN. Se encuentra básicamente en la leche, la carne y sus derivados.
- i) *Acido lipóico*. Participa en la fosforilación oxidativa y en catabolismo de la glicina, dando lugar a interrelaciones enzimáticas en el metabolismo intermedio.
- j) *Ubiquinona*. Es cofactor en procesos metabólicos.

Es interesante mencionar algunos estudios realizados en México referentes a la situación alimentaria y nutricional. Después de 1982, y como consecuencia de problemas económicos nacionales e internacionales cambiaron la producción, disponibilidad y autosuficiencia alimentarias. De 1981 a 1991 se desaceleró el proceso de mejoramiento de la situación nutricional. Los programas dirigidos a resolver el problema de la desnutrición se dividieron en dos: lo que se enfocan a la alimentación (bajos estratos y subsidios) los que han dado lugar a la diversificación de la dieta, pero que no atacan contundentemente el problema de la desnutrición. Los segundos son dirigidos a mejorar la nutrición y que contemplan al medio rural, las madres y los niños. Estos programas han sido cortos pero han impactado significativamente el problema (Chávez, 1991).

#### IMPORTANCIA DE LOS ALIMENTOS

Los alimentos se definen como "los vehículos habituales de los nutrimentos" (Ramos, 1985, p.5). Aunque como no sólo están constituidos de tales elementos, sino también de colágeno y estructuras de sostén, pueden considerarse como "toda sustancia constituida, además de nutrimentos, por otros compuestos capaces de desempeñar una función de nutrición" (Escudero, 1939, citado en Ramos, 1985 p.5).

Ramos (1985) afirma que podemos darnos cuenta de la importancia que tienen algunos alimentos en nuestra dieta diaria en el momento en que observamos las repercusiones de su carencia:

1. La falta de agua produce deshidratación, lo cual incide en un desequilibrio energético, de proteínas y minerales y electrolítico.

2. Cuando el ingreso de energía es inadecuado es decir, ineficiente pero con ingesta de agua adecuada, se da lugar a una desnutrición aguada lo cual produce enfermedades.
3. Cuando el ingreso de energía y agua son adecuados, pero hay una deficiente ingesta de proteínas, puede producirse desnutrición calorico-proteica.

## SALUD Y NUTRICION

Jones et al. (1970) mencionan que la salud es mucho más que sólo la ausencia de la enfermedad, implica vigor, vitalidad y libertad física, intelectual y emocional. Se puede hablar de un nivel adecuado de nutrición cuando un individuo consume en su dieta los elementos que le permiten crecer, madurar, reproducirse y funcionar de manera saludable y normal. Estos autores refieren dos formas en donde la salud está ausente en relación a la nutrición. Estos conceptos se refieren a lo siguiente:

- a) Desnutrición: insuficiencia de calorías en la dieta causada por una insuficiencia de comida.
- b) Malnutrición: deficiencia de algunas vitaminas esenciales y minerales en una dieta que es suficiente en cantidad.

## ALIMENTACIÓN

### CONCEPTO DE ALIMENTACIÓN

Escudero (1935, citado en Ramos, 1985 p.p. 11-12) define la alimentación como aquello que "permite perpetuar a través de varias generaciones, los caracteres del individuo y de la especie". De esta forma se mantienen los tejidos, el funcionamiento de aparatos y sistemas, se produce satisfacción, se permite la reproducción y se procura la salud (Ramos, 1985). La alimentación es una necesidad primaria y fundamental para poder vivir. Higashida (1991, citado en Alvarez, Mancilla, Martínez y López, 1998) señala que la alimentación es una conducta voluntaria, por medio de la cual se obtienen nutrientes, que está influida por la cultura, factores socioeconómicos, geográficos, preferencias, contextos sociales y estados de ánimo. Así, podemos distinguir entre los conceptos de nutrición y alimentación de la siguiente forma: la alimentación es diferente entre los individuos puesto que incluye cierta variabilidad en formas o estilos de comer entre las que se encuentran: número de comidas, manera de preparar los alimentos, alimentos más frecuentes, alimentos evitados, alimentos erradicados, número y tamaño de las porciones, ritos sociales, familiares e individuales. Por otro lado, la nutrición debe ser igual entre los individuos al marcar una serie de requerimientos que deben incluirse en la dieta de cualquier persona.

## LEYES DE LA ALIMENTACIÓN

Se dice que para que la alimentación sea adecuada debe cumplir con ciertas leyes y éstas son (Ramos, 1985, pp. 12-18):

1. Ley de cantidad: la cual debe ser suficiente de tal manera que cubra las demandas energéticas del organismo, conservando su equilibrio.
2. Ley de calidad: la alimentación deberá ser completa de manera que contenga todos los nutrimentos.
3. Ley de armonía: la cual busca establecer relaciones proporcionales entre los nutrimentos que conforman la alimentación.
4. Ley de la adecuación: es decir, la alimentación deberá estar supeditada a las necesidades del organismo.

Estas leyes se complementan entre sí de manera que se considera que la alimentación es normal si se cumple con ellas. Del mismo modo, si alguna se incumple, la consecuencia será que se abandonen las demás (Escudero, 1935 citado en Ramos, 1985).

## TRES ENFOQUES DE LA ALIMENTACIÓN

Ramos (1985) comenta que en 1961 se propuso en México una sistematización con el propósito de estudiar la alimentación humana de acuerdo a áreas de importancia, con el objetivo de atacar el problema de la desnutrición. Este trabajo dio lugar a tres enfoques de la alimentación:

- a) Enfoque nutricional: Los factores importantes en la conformación de una dieta que cumpla con la función alimenticia se avocan a la composición química de los alimentos de manera que se cumplan con todas las leyes de la nutrición.
- b) Enfoque dietológico: De acuerdo a este enfoque los alimentos son vehículo de los nutrientes, pero su función también cubre necesidades básicas emocionales, sociales o adquiridas. De modo que influyen significativamente la disponibilidad de los alimentos, las preferencias o sustituciones de alimentos, aunque también la popularidad de algunos alimentos debido a la publicidad, quedando clara la influencia del contexto cultural.
- c) Enfoque psicocultural: En este enfoque se consideran todas las necesidades sociales y adquiridas de manera que se satisfice la alimentación. Aquí la familia y en particular los adultos tienen influencia significativa en la adquisición de hábitos y en la promoción del desarrollo emocional.

Casillas y Vargas (1985, p. 40) comentan que "por emaciación o deficiencia crónica de energía, se entiende la falta de grasa corporal en cantidad adecuada, aunada a la escasez de masa corporal magra, lo que implica una pérdida de las reservas energéticas del cuerpo, incluyendo músculos y otros tejidos". Un cuerpo emaciado no puede funcionar adecuadamente, y esto se debe a que no está alimentado correctamente a causa de carecer de la energía necesaria para hacerlo. Para saber el estado alimenticio de una persona se realizan diferentes mediciones, una de ellas es el índice de masa corporal (IMC). Se dice que un adolescente se encuentra con bajo peso si su IMC es menor a 15, es decir, se considera peso normal puntuaciones de 19 a 22.9. La fórmula del índice de masa corporal es la siguiente:

$$\text{IMC} = \text{Peso en kg.} / (\text{talla en metros})^2$$

Existen algunas propiedades y limitaciones del IMC para proporcionar un diagnóstico:

- Es relativamente independiente de la estatura y dependiente del peso.
- La relación del índice con la grasa corporal es alta en los extremos de la curva donde se encuentran los individuos emaciados y los obesos. Esto no sucede en la parte media de la curva, donde el índice no distingue entre delgadez y falta de grasa o sobrepeso y obesidad.
- Este índice tiene un valor pronóstico.

En un estudio realizado por Gómez Peresmitré y Saucedo (1997) se confirmó que el IMC es un predictor eficiente de obesidad y bajo peso en adolescentes de 13 y 18 años principalmente, pero considerado regular para edades menores, es decir, no mostrándose validez diagnóstica en una muestra de preadolescentes. Por ello, recomiendan el uso del IMC combinado (ver cuadro abajo) para el criterio diagnóstico de masa corporal en el caso de muestras de adolescentes mexicanos.

Índice de masa corporal combinado (Gómez Peresmitré y Saucedo, 1997)

Categoría	Puntos de corte
Bajo peso*	15 -18.9
Normal**	19 - 22.9
Sobrepeso***	23 - 27
Obesidad***	Mayor a 27

\* Puntos de corte según Vargas y Casillas (1992)

\*\* Puntos de corte según Vargas y Casillas (1992) y Gómez Peresmitré (1993)

\*\*\* Puntos de corte según Gómez Peresmitré (1993)

## **METABOLISMO**

El concepto de metabolismo se refiere al conjunto de procesos y reacciones químicas realizadas en el cuerpo, con el propósito de obtener la energía necesaria para vivir (Jones et al., 1970). Consta de dos fases. En la primera, denominada de absorción, se recibe glucosa, aminoácidos y grasas de los intestinos. Cuando la glucosa se encuentra en bajos niveles en la sangre, esta baja es detectada por las células cerebrales, de manera que se manda una señal a los nervios que inervan el páncreas y se segrega insulina. En este momento, el nivel de insulina es elevado de manera que todas las células pueden metabolizar la glucosa, sustancia básica en los procesos metabólicos (Carlson, 1996).

A la energía que se transforma en calor se le denomina caloría, aunque en términos de nutrición se emplea la kilocaloría, definida como la cantidad de energía requerida para alcanzar que aumente un grado centígrado un kilogramo de agua. El total de las calorías que una persona necesita para funcionar adecuadamente dependerá de sus actividades, así como del peso, sexo, constitución y edad (Jones et al., 1970). Existen diferentes sustancias que proporcionan la energía que el cuerpo necesita para funcionar adecuadamente.

En la segunda fase del metabolismo, llamada de ayuno, baja el nivel de insulina de manera que se convierte en el hígado la glucosa y los triglicéridos se transforman en glicerol (sustancia que se convertirá en glucosa por el hígado y que es empleada por el sistema nervioso central) y ácidos grasos (Carlson, 1996).

Se denomina metabolismo basal a la cantidad mínima de energía empleada por una persona, en estado de reposo, despierta y completamente relajada (Jones et al, 1970). Cuando se consume en exceso carbohidratos o aminoácidos, el excedente es convertido en grasas de manera que se convierten en reservas a largo plazo que se ubicarán en el tejido adiposo (Carlson, 1996).

## **REGULACIÓN DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La conducta alimentaria se regula por la interacción de varios factores. La adquisición de las funciones neuromotoras antes mencionadas y de funciones cognitivas le permitirán al niño la autorregulación de la ingesta según su hambre y saciedad y expresar sus deseos o no de comer; la relación con su medio social, con los adultos que lo alimentan y la decodificación que éstos hagan de los mensajes del niño, así como la conducta que asuman ante los reclamos o rechazos de éste serán en las diferentes etapas del desarrollo marcadores importantes (Braguinsky, 1996).

Schachter (1968, citado en Van Sommers, 1976; Striegel-Moore y Rodin, 1986 citado en Adami, Gandolfo, Meneghelli y Scopinaro, 1996) opina que las diferencias individuales que se relacionan con la sensibilidad hacia determinados estímulos asociados con la alimentación y hacia los estados internos de hambre permiten distinguir entre dos tipos de personas: quienes se rigen por sus estados corporales internos, es decir, por la necesidad corporal de energía, y aquellas cuya conducta alimentaria está influida en mayor parte por estímulos externos como la hora de comida, la apariencia, cantidad, disponibilidad y sabor de los alimentos.

Algunos alimentos serán considerados como agradables más que otros. Esto dependerá del contacto que se haya tenido con ellos, en particular en la etapa de la infancia (Van Sommers, 1976; Rosenzweig y Leiman, 1992).

Existe una serie de detectores que permiten regular la Ingesta alimentaria. Esto permite que nos detengamos en el momento de comer cuando estamos satisfechos. Los denominados factores de la cabeza se refieren a los receptores localizados en ojos, nariz, lengua y garganta, los cuales proporcionarán al cerebro información relacionada con la apariencia, olor, sabor, textura y temperatura de los alimentos. A través de estas señales se puede interpretar tal información para determinar un estado de saciedad. Además, fisiológicamente hablando, existen señales que envía el estómago cuando sus paredes se estiran debido a la presión de la comida. Pero no sólo el estómago está encargado de enviar señales de saciedad, sino también están involucrados el intestino y el hígado (Carlson, 1996).

### **FACTORES SOCIALES Y AMBIENTALES RELACIONADOS CON LA COMIDA**

En ocasiones suele decirse que se comienza a comer por hambre, es decir, que hay mecanismos fisiológicos que provocan la sensación de necesidad de alimento. Por otra parte, hay una serie de factores que no son fisiológicos que influyen en la sensación de hambre como son el reloj, la vista de algún estímulo, olores provenientes de la cocina, la plática sobre alimentos, etc. Por lo general se tiende a comer en un horario fijo: en la mañana (después de levantarse), al medio día y por la noche, aunque en ocasiones se ingieren alimentos en horas intermedias (Carlson, 1996).

Existe variabilidad entre las formas o estilos alimentarios, lo cual puede observarse en el número de comidas al día, los alimentos contenidos en cada alimento, los horarios, los alimentos

evitados, número y tamaño de las porciones. También se consideran los hábitos familiares, los ritos sociales e individuales (Ávila, 1982 citado en Alvarez et al., 1998).

La presencia de personas también refuerza la ingestión de alimentos. De Castro (1989 citado en Carlson, 1996) menciona que la cantidad de comida ingerida está relacionada con el número de personas presentes en dicha comida: a mayor cantidad de personas presentes, mayor cantidad de comida ingerida, por lo que se infiere que los factores sociales pueden tener un peso mayor que el de los fisiológicos en lo referente a la ingestión alimentaria.

También vinculamos experiencias afectivas a la comida. Es conocida la relación que existe entre el amor y los chocolates. Los amigos y los enamorados suelen tomar con frecuencia café acompañado de pasteles como una forma de expresión de la amistad, la comunicación y el amor (Vargas, 1993).

Las costumbres sobre las comidas tradicionales en las que se reunían las familias para compartir los alimentos han ido cambiando. En los medios urbanizados se conserva poco de estos hábitos, a tal grado que son pocos los momentos que se comparten en familia: algunas horas de sueño (dormidos) y ciertos ratos de los fines de semana. Los alimentos se comparten ahora con compañeros y compañeros de la escuela o el trabajo, y es ahí de donde vendrá la influencia hacia conductas y hábitos alimentarios. Por otra parte, se favorecen las comidas rápidas, bajas en nutrientes las cuales permiten reducir el tiempo de comer para emplearlo en otras actividades, en contraposición con las comidas hogareñas en las que se fomenta la interacción familiar (Toro, 1996).

De acuerdo con Jones et al. (1970) existen algunos factores que pueden afectar los hábitos alimentarios y el peso de una persona:

1. Hábitos alimentarios y de ejercicio de la familia.
2. Factores emocionales.
3. Pobreza: lo que restringe los tipos de alimentos que se pueden consumir.
4. Falta de control en la ingesta entre comidas y de productos bajos en nutrientes.
5. Falla en la disminución de consumo de alimentos cuando baja el nivel de actividad (por edad, ocupación).
6. Ignorancia sobre las propiedades de los alimentos.

El hombre no come sólo por satisfacer una necesidad ante la sensación de hambre, de manera que intervienen factores emocionales y sociales. Así, cada persona tiene predilecciones,

actitudes hacia los alimentos, hábitos, conductas que se ajustan a vivencias y necesidades psicológicas y sociales. Se ha observado que hay personas que comen más o menos dependiendo del estado de ánimo o si se está solo o acompañado (Vargas, 1984).

Szamos (1994, citado en Alvarez et al., 1998) menciona que los alimentos sirven para somatizar los miedos, sueños, frustraciones y convicciones, de modo que cuando algo anda mal y se come. Así, la comida va acompañada de significados que no están necesariamente vinculados al aspecto biológico. Cervera, Zapata, Gual, Quintanilla y Arce (1990 citado en Alvarez et al., 1998) señalan que la relación entre comida y el área afectiva se establece desde los primeros años de vida. Estas primeras experiencias se asocian a inseguridad, miedo y frustración si no son placenteras. Por ejemplo, a través del rechazo del alimento, el niño puede llamar la atención de sus padres.

Los padres también colaboran en el establecimiento de significados para el alimento. Si hay algo importante que celebrar, se asocia el placer y la alegría con un banquete. Otro ejemplo puede ser que un alimento puede convertirse en un premio ante alguna buena conducta (Beal, 1983 citado en Alvarez et al., 1998).

En el caso de los adolescentes, debido a su intensa actividad y a los cambios por los que pasan, su propio organismo les exige comer en mayores cantidades. En esta misma etapa se observa la influencia de los amigos en la formación de la identidad, es por eso que se favorece la adopción de dietas. Por otro lado, los alimentos funcionan como canalización de angustia e inadaptación, les dan identidad, de ellos obtienen prestigio, popularidad y atractivo de acuerdo a los mensajes provenientes de la publicidad. Además, la sociedad les exige una buena figura la cual siempre es promovida en las dietas restrictivas (Casillas y Vargas, 1985).

## **DIETA**

### **CONCEPTO DE DIETA**

Ramos (1985, p. 6) define dieta como "la alimentación cotidiana, el régimen alimentario que se sigue a diario o el conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día". Este régimen alimentario corresponde a diferentes condiciones del organismo, tanto fisiológicas como fisiopatológicas.

Generalmente suele decirse que el ser humano es omnívoro, y que por lo tanto es capaz de comer de todo. Esto no es completamente cierto debido a que no todo lo que se encuentra en la naturaleza puede ser asimilado por el organismo. Además, factores individuales, culturales y evolutivos han provocado que el proceso de alimentación sea más complejo. Es necesario obtener o producir los alimentos, prepararlos y consumirlos. De esta manera, hasta los estilos de vida están íntimamente relacionados con el contenido de la dieta diaria, ejemplo de ello son los estudiantes que comen fuera de casa u hombres de negocios que arreglan asuntos laborales durante el desayuno, la comida o la cena, fuera de casa (Vargas, 1984).

### ELECCIÓN DE LA DIETA

A la comida suele atribuírsele varias cualidades. Una de ellas es la propiedad para modelar el cuerpo, entonces será de especial importancia cuidar qué es lo que se come para mantenerse sano, atractivo, alegre, etc. (Vargas, 1993). Además, la elección de la dieta corresponderá a la disponibilidad de los alimentos, a los hábitos familiares y sociales, a la variabilidad, etc. Si consumiéramos únicamente un tipo de alimento además de la carencia alimenticia que provocaría, se provocaría un fenómeno denominado saciedad sensorial específica, que se refiere al cansancio que produciría consumir un solo alimento (Carlson, 1996).

Una persona considerará algunos alimentos como sus preferidos dependiendo de las necesidades cambiantes a lo largo de su vida, aunque también por aprendizaje. Así, se eligen alimentos que contribuyen a la salud y se evitan aquellos que provocan algún perjuicio. Las hambres específicas pueden dar lugar al consumo de alimentos que contienen sustancias necesarias para el organismo, y que en ocasiones suelen significar alguna deficiencia. El aprendizaje de evitación del consumo de alimentos que pueda desencadenar algún efecto negativo ocurre con gran rapidez y fuerza, de manera que se observa como una forma de preservación de la salud. Así, el consumo de algún alimento en mal estado dejará una huella de manera que la persona evitará ingerir de nuevo ese alimento (Rosenzweig y Leiman, 1992).

### TIPOS DE DIETA

Ramos (1985) considera dos tipos de dieta:

1. De régimen normal: es la que consumen los individuos sanos independientemente de sus características culinarias, temperatura o distribución, y la cual cumple con las leyes de la alimentación.

2. Régimen dietético o dietoterapéutico: Es adecuado a la situación fisiopatológica del individuo, el cual será insuficiente, incompleto o desequilibrado. De esta forma debe ser transitorio debido a que su prolongación causará un daño de gran magnitud.

## **CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO**

### **DIETA RESTRICTIVA Y CONTROL DE PESO**

También existe otro tipo de dieta que posee muchas similitudes con el régimen dietoterapéutico, es decir cuando se lleva a cabo un régimen restrictivo en el cual se eliminan ciertos alimentos con fines de control de peso, de manera que se busca con frecuencia disminuir o mantener el peso de una persona (Field, Wolf, Herzog, Cheun y Colditz, 1993).

Es importante considerar que la genética puede influir en el peso y morfología del individuo, pero se ha visto que los hábitos y dinámica familiares tienen un papel importante (Strober, 1995 citado en Alvarez et al., 1998). La interiorización en niños y niñas de los modelos estéticos corporales vigentes comienza muy pronto, por lo que también resultan en edades tempranas los anhelos por adelgazar y la práctica de dietas alimentarias restrictivas, -dietas que en ocasiones siguen con colaboración de sus madres- (Hill et al., 1990 citado en Toro, 1996).

Polviv y Herman (1983, citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993) señalan que si una persona decide seguir dietas restrictivas, de manera consciente y voluntaria, no implica necesariamente un problema con la imagen corporal, pero sí cierto grado de preocupación por la figura. Esta restricción puede dar lugar a la desinhibición de otras conductas o condiciones como son estados emocionales, consumo de alcohol, e incluso, incumplimiento de la dieta, todo esto como respuesta reactiva.

Jones et al. (1970) mencionan que existen algunas razones para perder peso o mantenerlo dentro del ideal:

1. Deseo de verse atractivo: moda dirigida a figuras esbeltas.
2. Una vida más larga
3. Menores enfermedades: cardiovasculares, diabetes, cirrosis hepática, algunas formas de cancer y artritis en sobrepeso.
4. Menores condiciones dolorosas: venas varicosas, alta presión arterial, gota, enfisema pulmonar, nefritis, y toxemia en el embarazo.

Por otra parte, Sanders y Bazalette (1994, citado en Toro, 1996, p.136) mencionan que los siguientes son los diez principales mitos relacionados con las creencias erróneas:

1. Cualquier grasa en la comida es mala.
2. La redondez no es saludable.
3. La delgadez es saludable.
4. La gordura o la grasa puede perderse rápidamente y sin peligro.
5. Existe una grasa especial, femenina, llamada "celulitis".
6. La grasa de la celulitis es causada por toxinas.
7. Se puede reducir la gordura de una parte concreta del cuerpo, particularmente de caderas y muslos.
8. Ciertos alimentos o ciertas combinaciones de alimentos pueden activar el metabolismo y acelerar la pérdida de peso.
9. Las mujeres de edad inferior a los 50 años corren un riesgo real de enfermedad cardiaca
10. Hacer dieta es una actividad saludable.

La regulación del peso se considera más vinculada al gasto energético que al consumo de alimentos. Así, la tasa de consumo energético está fuertemente relacionada con el mantenimiento del equilibrio de la energía y en la conservación de un peso corporal constante (Rosenzweig y Leiman, 1992). De acuerdo con Jones et al. (1970) el apetito y el control del hambre están asociados con la habilidad de controlar el peso.

Por otra parte, Schachter (1968, citado en Van Sommers, 1976) menciona que los sujetos, cuya ingestión es influida por causas externas, que emplean terapias y técnicas de control de peso basadas en señales internas no surtirán efecto en relación a los alimentos y la conducta alimentaria, es decir, no les funcionarán medicamentos dirigidos a modificar las sensaciones internas.

Es interesante mencionar que en un estudio se exploró la relación entre el seguimiento de dietas vegetarianas y el control de peso en mujeres jóvenes. Se encontró que las dietas de las mujeres que seguían regímenes vegetarianos presentaban dietas significativamente más restrictivas en comparación con aquellas que no lo hacían, pero debido a que la relación vegetarianismo y control de peso es compleja, no encontraron evidencia para determinarla como un factor de riesgo (Gilburdy, Kirk y Hill, 1999).

Jones et al. (1970) mencionan que algunas dietas ofrecen resultados milagrosos mediante la eliminación de grasas, azúcares o bien mediante el consumo de jugos, zumos, semillas, tabletas,

o por otra parte, mediante dietas altas en grasas o proteínas. Esto no funciona necesariamente. Por esto se recomiendan algunos puntos para elegir una dieta:

- a) Buscar la orientación de un físico (nutriólogo) quien guiará a la persona de manera segura, tanto la forma como la cantidad en la pérdida de peso.
- b) Escoger una dieta práctica, sin sufrimiento y con hábitos de acuerdo a las costumbres propias.
- c) Reducir el consumo de calorías.
- d) Planear la dieta con todos los grupos de alimentos.
- e) Conocer la meta, el peso a reducir.
- f) Graficar su progreso.

Hare (1987, citado en Alvarez et al., 1998, p.56) menciona que las dietas difundidas no son recomendables debido a lo siguiente:

- 1) El aporte calórico es bajo en relación a lo que el cuerpo necesita.
- 2) Las proporciones de los nutrimentos pueden ocasionar trastornos por déficits alimentarios.
- 3) Las dietas dan prioridad a uno o algunos alimentos por lo que no se consumen los nutrientes necesarios.
- 4) La dieta se basa en las emociones y expectativas de la persona, haciendo promesas irreales.
- 5) No contemplan un seguimiento ni un plan de mantenimiento del peso en rangos de normalidad.
- 6) Las dietas no están sustentadas científicamente.

Asimismo, Bolio (1994, pp. 11-13) comenta que los científicos han demostrado que las dietas no sólo no resuelven el problema de la obesidad, sino que llegan a empeorarlo. Es una cuestión adaptativa, es decir, esto se debe a que el organismo está preparado para sobrevivir ante la carencia de alimento, de manera que éste almacena grasas para asegurar una reserva energética. Los cambios que se describen a continuación no sólo no permiten a la persona bajar de peso, sino que, por el contrario, favorecen la recuperación del mismo, es por eso que algunos de los motivos por los que las dietas no funcionan son:

- 1. Aumenta el tamaño y peso del tubo digestivo, se incrementa el número de velosidades, de tal manera que se absorbe todo lo que se ingiere.
- 2. Se incrementa la actividad de la lipoproteína lipasa por lo que se almacena una mayor cantidad de grasa.
- 3. Disminuye considerablemente el consumo de grasa por los músculos.
- 4. Tanto en el tórax como en la cintura se acumula grasa.
- 5. Se elimina la respuesta termogénica, lo cual significa una disminución en la quema de grasa.

6. La actividad del tejido adiposo se reduce, es decir, se conserva una mayor cantidad de grasa.
7. Disminuye la masa muscular, reemplazándose el músculo por grasa.
8. Se ralentiza el metabolismo basal.

Alvarez et al. (1998) señalan que ante lo anterior, se deben tomar en cuenta ciertos criterios si se desea elegir una dieta con el objeto de perder peso:

- a) Las restricciones deben dar como resultado sólo reducción de calorías, no de nutrientes.
- b) Que contenga una amplia variedad de alimentos
- c) Capacitación e información para el individuo con el propósito de que posea conocimientos sobre nutrición y técnicas de modificación de conducta para mantenerse en el rango de peso normal.
- d) Se busca reducir la ingesta de energía con el objeto de pérdida de peso, lenta pero constante.
- e) Que esté sustentada científicamente y bioquímicamente.
- f) Que no exponga la salud del individuo.
- g) Económica
- h) Adecuada para varios estilos de vida.

El seguimiento de dietas restrictivas puede dar lugar al bajo peso. Se considera que una persona está baja de peso cuando se encuentra 20 libras bajo su peso ideal. El bajo peso da lugar a serias enfermedades. Este bajo peso puede deberse a nerviosismo, enfermedad, malnutrición, desórdenes hormonales, o dietas inadecuadas. Los efectos del bajo peso se observan en fatiga, poca resistencia física, problemas de concentración, y alta susceptibilidad para desórdenes físicos e infecciones. La solución al problema del bajo peso es que la persona coma más, es decir, incremente su consumo de alimentos, especialmente de huevo, lácteos, ensaladas, etc. (Jones et al., 1970).

De acuerdo con un estudio realizado por Polivy, Heatherton y Herman (1988), la autoestima es un potente mediador de la conducta alimentaria en sujetos cuya ingesta es restringida. Aunque la interacción encontrada entre autoestima y peso no fue significativa para los sujetos que solamente eran restrictivos, hallaron que los sujetos con baja autoestima cargan con un efecto de contrarregulación. Los sujetos con baja autoestima y restrictivos, fueron los únicos que mostraron la respuesta tradicional, comiendo más después del peso inicial que en una medición posterior a ésta.

Gómez Peresmitré y Avila Angulo (1998b) encontraron en un estudio realizado con escolares preadolescentes que la socialización familiar autoritaria, despertando sentimientos de

culpa por formas de comer y no tomando en cuenta al niño para los contenidos de la ingesta, se mostró significativamente asociada con el hecho de que los estudiantes se preocuparan por el seguimiento de dieta para bajar de peso. Es decir, los factores relacionados con la interacción familiar en la conducta alimentaria tienen importancia considerable. Por otra parte, también observaron que los escolares que quieren hacer dieta, se avocan a evitar o disminuir aquellos alimentos que se cree son engordadores, es decir, altos en carbohidratos y grasas.

Gómez Pérez-Mitré (1995, citado en Pineda, Platas y Gómez Pérez-Mitré, 2000) menciona que el seguimiento de dietas está íntimamente relacionado con la insatisfacción con la imagen corporal. También se han encontrado datos interesantes en preadolescentes con respecto al seguimiento de dietas restrictivas. Pineda, Platas y Gómez Pérez-Mitré (2000) hallaron que en presencia de menarca tardía aparecía mayor insatisfacción con la imagen corporal, razón por la cual se mostraba mayor frecuencia en el seguimiento de dieta.

#### MEDICACIÓN PARA REDUCIR PESO

De acuerdo con Jones et al. (1970), las sustancias más frecuentemente prescritas con fines de pérdida de peso son: las anfetaminas, las cuales tienen la cualidad de producir el efecto de suprimir el apetito; barbitúricos, los cuales se prescriben con el objeto de calmar el nerviosismo producido por las anfetaminas; los tiroídicos, cuyo consumo produce un incremento en la tasa de quema de calorías en el cuerpo; y los laxantes, con el objeto de reducir la cantidad de agua en el cuerpo. El abuso de laxantes puede dar lugar a graves consecuencias, entre ellas, afectar seriamente la función intestinal.

Es importante mencionar que las anfetaminas son consideradas fármacos estimulantes del sistema nervioso central. Su mal manejo y abuso puede provocar graves consecuencias. En dosis menores puede ser un sedante. Su efecto anorexígeno funciona sobre hipotálamo. Durante la época de los 60's fueron empleadas en el tratamiento de la obesidad, pero sus efectos adversos se observan en nerviosismo, euforia, irritabilidad, inquietud, fobia, midriasis, elevación de glucosa en sangre, taquicardia y palpitaciones, aumento en la presión arterial y alteraciones del ritmo cardíaco, vasoconstricción de las arterias coronarias, irritación gastrointestinal y diarrea. Su uso produce adicción y en dosis prolongadas pueden presentarse cuadros psicóticos. Además, la mezcla de barbitúricos y anfetaminas produce mayor elevación del estado de ánimo, pero se desarrolla una fuerte dependencia física a los primeros en poco tiempo, provocándose un efecto rebote de tipo depresor con insomnio, irritabilidad, ansiedad, etc. Los cuadros graves presentan delirios y convulsiones tónico-clónicas, lo cual es sumamente grave (Brailowsky, 1995).

## AYUNOS

Otra forma de control de peso es el ayuno. Un estudio realizado con pacientes con anorexia y/o bulimia nervosa mostró que la privación prolongada de alimento aumenta el consumo de alimentos, aunque en este estudio sólo los pacientes con bulimia nervosa consumieran una mayor cantidad de alimento en comparación con los otros grupos (Hetherington, Stoner, Andersen y Rolls, 2000).

En suma, la búsqueda del peso ideal mediante el seguimiento de dietas, ayunos y medicación es sumamente riesgosa. Se dice que el peso ideal varía conforme al sexo, edad, altura, estructura ósea, tasa de metabolismo basal y particularidades hormonales. Por lo tanto, se puede decir que el llamado peso promedio o ideal no existe (Jones et al., 1970).

Es de llamar la atención que se ha encontrado que la edad en la que se presenta preocupación por el peso y seguimiento de dieta es menor. En un estudio realizado por Gómez Pérez-Mitré y Avila Angulo (1998b) el 25% de la muestra, escolares de 5º y 6º promedio de edad 10 años 8 meses tenía alguna preocupación respecto al peso, el 19% mostró intenciones de bajar de peso y el 6% presentó intenciones de subir de peso. Además, se encontró que las niñas evitaban la cena y los niños comían más que las niñas. Otro dato interesante de este estudio fue que los estudiantes de escuelas privadas consumían mayor cantidad de alimentos aunque también fueron los que respondieron consumir en menor número alimentos altos en carbohidratos y grasas.

## CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA (ATRACONES)

Cuando se habla de formas de comer riesgosas o anómalas, se refiere a comer rápido y grandes cantidades de alimento (Gómez Peresmitré y Avila Angulo, 1998b). Ya en el primer capítulo se había definido el concepto de atracón de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (1995) la define "atracon" como el consumo excesivo de alimentos en un periodo relativamente corto de tiempo, es decir, menor a dos horas, cantidades que un individuo difícilmente come en ese periodo.

Se han realizado estudios para analizar la relación ciertos alimentos que pudieran predecir ingestas excesivas de alimento, es decir, preceder atracones, o bien alimentos más frecuentes durante estos episodios. Un ejemplo de esto es un estudio realizado sobre la relación del helado con el efecto desinhibitorio que produjera un consumo excesivo después de su ingesta, aunque dicha relación no se ha encontrado claramente (Van Strien, Cleven y Schippers, 2000). El consumo de helado puede

ser un ejemplo de ingesta por causas emocionales, esto como resultado de confusión y aprehensión en el reconocimiento y respuestas adecuadas ante estados emocionales o viscerales relacionados a las sensaciones de hambre y saciedad (Van Strien, 2000).

Se ha encontrado que los problemas asociados con conducta alimentaria están vinculados con insatisfacción y baja autoestima, aunado está que la adolescencia se considera como una etapa en la que nos encontramos ante un mayor riesgo a la edad de 15-16 años. Es aquí donde algunos autores han observado algún fundamento al argumento de que el control excesivo del peso y los trastornos alimentarios son resultado de problemas con la autoimagen y baja autoestima (Button, 1993 citado en Button, Loan, Davies y Sonuga-Barke, 1997).

### CAPÍTULO III

#### IMAGEN CORPORAL

La investigación relacionada con el estudio de los factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria, ha puesto especial atención a la insatisfacción con la imagen corporal como un factor de riesgo con especial importancia. Mintz y Betz (citado en Gómez Pérez-Mitré, 1998) afirman que la insatisfacción con la imagen corporal está relacionado con la probabilidad de presentar algún trastorno alimentario.

#### EL CUERPO

Freud hablaba de que en el cuerpo se expresa nuestra emocionalidad que se ve reflejada en alteraciones somáticas (Zuckerfeld, 1996). Sin ir tan lejos, nuestras posturas, gestos y ademanes expresan la emoción del momento. Una postura encorvada, un rostro triste nos habla mucho de lo que la persona está sintiendo. De acuerdo con Hall (1972, citado en Baz y Téllez, 1994) cada cuerpo se expresa con un código a través del cual encuentra su modo de hablar.

Después de conocer e interactuar sensorialmente con su medio, el niño deja de relacionarlo todo con sus estados y acciones, de manera que se auxiliará de las nuevas habilidades adquiridas, como la noción de objeto permanente, los desplazamientos espacio-temporales para establecer "relaciones objetales" y diferenciar así el mundo de sí mismo (Piaget e Inhelder, 1993).

La concepción de nuestro cuerpo se va gestando desde la infancia. Desde pequeños nos vemos influidos por los cuentos en donde Cenicienta y Blancanieves nos indican cuál es el físico de las bondadosas y vencedoras por encima de las feas y malas, quienes están representadas en las hermanastras o madrastra. El concepto de belleza lo adquirimos dependiendo de la cultura. Tampoco se quedan a un lado las experiencias en la familia, en donde aprendemos cómo arreglarnos, qué es bueno o malo, feo o bonito, a quién nos parecemos y qué importancia le daremos a la estética y si esta estará relacionada al éxito o no. Los comentarios que nos dan los amigos sobre lo bello y lo ridículo y las experiencias que tengamos con respecto a esto también son importantes (Raich, 2000).

Conforme vamos creciendo aprendemos a percibir la apariencia física de los otros, lo cual es concebido en ocasiones como un proceso global que implica diferentes detalles, como la forma del cuerpo, sexo, atractivo físico, edad, vestimenta, gestos, expresiones, etc. y que se traduce por

impresiones o evaluaciones que son también globales, agradables o desagradables. Las variables con las que describimos el atractivo físico, al ser cualitativas, convierten en difícil la tarea de considerar comparaciones entre el cuerpo real y el percibido (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Se ha observado que a mayor edad existe una mayor unificación de los componentes que constituyen el cuerpo interno. Aunado a esto se van observando progresos en representación y conceptualización de aspectos anatómicos y fisiológicos (León-Sánchez, Parra y Weckmann-González, 1990).

Todo individuo es percibido por los otros como agradable o desagradable, deseable o indeseable, y esta percepción está inducida por el atractivo de la persona. Esta impresión es consistente y coherente con todos aquellos que conforman el grupo "los otros" (Byrne, 1971 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Podemos definir el atractivo físico a través de la forma del cuerpo, la delgadez femenina y musculatura masculina, el rostro (expresión de la cara), color claro (ojos, cabello y tez) para mujeres, oscuro en hombres. Otras características que se toman en cuenta son la edad y la vestimenta (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Bruchon-Schweitzer (1992) menciona que hay dos tipos de percepción del cuerpo. La primera es la imagen espacial del cuerpo, que se refiere a las propiedades físicas y espaciales; distancias, proporciones y orientación espacial. La segunda se refiere a la imagen afectiva, la cual comprende las percepciones, representaciones y afectos elaborados a partir de las experiencias de satisfacción, atractivo e identidad corporal percibida.

### **CONCEPTO DE IMAGEN CORPORAL**

La imagen que el ser humano tiene de su cuerpo ha sido un fenómeno interesante desde hace muchos siglos. Al cuerpo se le asociaban cualidades, temperamento y carácter. Así las personas que tenían a ser más bien "lilenitas", podían ser calificadas como flemáticas, pasivas y desidiosas, aunque también cariñosas y de buen corazón. Por otra parte, los varones con musculatura desarrollada y buena estatura eran considerados como enérgicos, aventureros, emprendedores y extrovertidos. Los que eran más bien delgados y carentes de musculatura eran asociados con características como inteligentes, activos, tenso reservados y excitables. También eran tomadas en cuenta otras características físicas como el cabello, el cual se creía que el que era

de color rojo estaba relacionado con un temperamento fuerte, el cabello rubio denotaba seducción, el bigote significaba un rasgo de maldad, etc. (Grinder, 1997).

Muchos autores señalan que son varios factores los que influyen en el desarrollo de la imagen corporal desde la infancia: factores fisiológicos, que comprenden sensaciones y movimientos; factores sociales, que son las opiniones que pensamos que los demás tienen de nosotros; y afectivos, dependiendo del placer que nos genere (Guimón, 1999).

Se han dado, a través del tiempo diferentes concepciones de la imagen corporal. Se le ha definido como la representación del cuerpo que cada individuo construye en su mente. Por otra parte, desde un punto de vista neurológico: representación mental diagramática de la conciencia corporal de cada persona. Las alteraciones de la imagen corporal serían el resultado de una perturbación en el funcionamiento cortical como es el caso del miembro fantasma o anosognosia (Raich, 2000, p. 23).

Whithing et al. (1973, citado en Asci, Gokmen, Tiryaki, y Asci, 1997) señalan que la imagen corporal es una experiencia subjetiva que se posee desde la infancia y que es construida a partir de estímulos externos y de las reacciones de los demás. Además Hamacek (1978 citado en Asci, Gokmen, Tiryaki y Asci, 1997) menciona que la imagen corporal es una parte muy importante del autoconcepto.

La imagen corporal forma parte importante de las experiencias de nuestra vida, de manera que como una gestalt, es una totalidad que está unida en un continuo de construcción y destrucción del propio individuo en el sentido de sus acciones y deseos, por lo que la actitud evaluadora del ser humano lo orillará a valorar y ajustar y modificar dicha imagen, mediante el uso de ropa, accesorios, movimientos, etc. Entonces, la imagen corporal es una representación propia del cuerpo, que se auto-observa como una totalidad construida con deseos y experiencias (culturales, perceptuales, sociales), que modifican constantemente dicha imagen (Shilder 1936, citado en Baz y Téllez, 1994).

También podemos definir la imagen corporal, desde otra perspectiva, la psicoanalítica, "como una estructura psíquica que incluye la representación consciente e inconsciente del cuerpo en tres registros distintos: forma, contenido y significado". En este concepto la forma se refiere al esquema corporal, el cual incluye las percepciones, postura, movimientos y sensaciones que se dan en nuestro cuerpo. El contenido se refiere a las percepciones que se relacionan con procesos adaptativos para supervivencia en cuanto a la presencia o ausencia de sensaciones de hambre,

dolor y tensión. Y el significado se refiere al conjunto de subjetividades asociadas al cuerpo (Zuckerfeld, 1979, citado en Zuckerfeld 1996, p. 176).

Podemos considerar una concepción más dinámica, en la que definimos la imagen corporal en términos de sentimientos y actitudes hacia el propio cuerpo. En esta orientación, algunos autores advierten de la necesidad de distinguir entre una representación interna del cuerpo y los sentimientos y actitudes hacia él (Raich, 2000).

Para ello, Raich (2000) sugiere que algunos enfoques psicoanalíticos conciben la imagen del cuerpo como el límite corporal percibido por cada sujeto, considerando que:

- a) el cuerpo es el único objeto que se percibe y al mismo tiempo forma parte del sujeto perceptor
- b) la percepción del sujeto es intensa y diferente en cuando percibe cualquier objeto externo, implicándose en sus sentimientos todo su yo.

Por lo tanto, la percepción del propio cuerpo podrá presentar unas características diferenciadas a las de la percepción del observador.

Otro concepto de imagen corporal es el siguiente: "Configuración global que forma el conjunto de las representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias. Este cuerpo percibido es referido frecuentemente a unas normas (normas de belleza, normas de rol, etc.) y la imagen del cuerpo es casi siempre una representación evaluativa" (Bruchon-Schweitzer, 1992, p. 162).

Dentro de las ciencias sociales se atribuye la formación de la imagen corporal a la interacción que se da en sociedad. Así de las expectativas que muestran los otros sobre las personas aunado a la valoración que hacen de la conducta, el adolescente obtiene la referencia para su imagen ante los demás (Shonfeld, 1966, citado en Grinder, 1997).

De acuerdo con Rosen (1992, citado en Raich, 2000), la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo. Es decir, se contemplan: aspectos perceptivos, aspectos subjetivos (como satisfacción o insatisfacción, preocupación, evaluación cognitiva, ansiedad), además de aspectos conductuales.

"La imagen corporal ha sido definida de muy diversas maneras, sin embargo, es considerada como una construcción social con referentes biológicos, psicológicos, económicos y

socioculturales. Los factores comunes más frecuentemente señalados son: su naturaleza subjetiva, autoperceptiva o autoevaluativa; actitudinal, cognoscitiva, afectiva o emocional; y experiencial, que incluye cambios físicos, dolor y placer, entre otros" (Gómez Pérez-Mitré, 1998, p.p. 227). La imagen corporal corresponde a una "categoría psicosocial estructurada cognoscitivamente y afectiva o emocionalmente evaluada" (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

De acuerdo con Lerner (1969, citado en Grinder 1997) existen en Estados Unidos varios estereotipos que prevalecen a lo largo del tiempo y que no se ven afectados por el sexo, la edad, la raza o la ubicación geográfica. Lo interesante en este punto es la influencia de los ideales norteamericanos sobre los mexicanos.

Thompson (1990, citado en Raich, 2000) explica que el constructo de imagen corporal se encuentra integrado por tres elementos:

- a) un componente perceptual: Se refiere a la precisión con que se percibe el tamaño corporal de diferentes partes del cuerpo o de éste en su totalidad. La alteración de este componente da lugar a sobreestimación o subestimación.
- b) Un componente subjetivo (cognitivo-afectivo). Actitudes, sentimientos, cogniciones y valoraciones que despierta el cuerpo, principalmente el tamaño corporal, peso, partes del cuerpo o cualquier otro aspecto de la apariencia física. Satisfacción.
- c) Un componente conductual. Conductas que la percepción del cuerpo y sentimientos asociados provocan (por ejemplo, conductas de exhibición, evitación de situaciones que exponen el propio cuerpo a los demás, etc.).

De acuerdo con Raich (2000, p. 25) la imagen corporal "es un constructo complejo que incluye tanto la percepción que tenemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de éste, la experiencia subjetiva de actitudes, pensamientos, sentimientos y valoraciones que hacemos y sentimos y el modo de comportarnos derivado de las cogniciones y los sentimientos que experimentamos".

Para Cash y Pruzinsky (1990, citado en Raich, 2000) la imagen corporal es la actitud hacia el propio cuerpo, hacia la apariencia e implica diferentes evaluaciones desde tres puntos de vista:

- a) Perceptualmente, imágenes y valoraciones del tamaño y la forma de varios aspectos del cuerpo.
- b) Cognitivamente, supone una focalización de la atención en el cuerpo y autoafirmaciones inherentes al proceso, creencias asociadas al cuerpo y a la experiencia corporal.

- c) Emocionalmente, involucra experiencias de placer/displacer, satisfacción/insatisfacción y otros correlatos emocionales ligados a la apariencia externa.

Aunque no es exclusivo de los desórdenes del comer, el estudio de la imagen corporal, está fuertemente ligado a ellos, debido a que numerosos estudios han mostrado que las mujeres que padecen algún tipo de trastorno alimentario severo tienen mayor susceptibilidad a poseer problemas con su imagen corporal (Mintz y Betz, 1988 citados en Gómez Pérez-Mitré, 1998).

En el estudio de la imagen corporal se han empleado diferentes métodos. Uno de ellos es el método del vídeo, a través del cual se busca encontrar el grado de distorsión de la imagen corporal (Guaraldi, Orlandi, Boselli y Tartoni, 1995). Otros métodos son la evaluación en áreas, los autorreportes, las escalas, métodos de estimación global, el espejo distorsionante, etc. A continuación se presentan algunos:

Métodos de evaluación de la imagen corporal

Área a evaluar	Método de evaluación
Percepción	Métodos de estimación corporal global. Métodos de estimación de partes corporales.
Emoción	BPSS-Body Parts Satisfaction Scale (Cash, 1990). Escala de satisfacción de áreas corporales. DST-The Distressing Situations Test (Cash, 1990). Inventario Situacional de Ansiedad ante la Imagen Corporal. Suescala del EDI de Insatisfacción Corporal (Eating Disorders Inventory, Garner, Plivy y Olmstead, 1983). Entrevista BDEE (Body Dysmorphic Disorder Examination de Rosen, Reiter y Orosan, 1995). Escala Yale-Brown modificada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1996). BSQ-Body Shape Questionnaire (Cooper, Fairburn, Cooper y Taylor, 1987). CIMEC-Cuestionario de Influencia del Modelo Estético Corporal de Toro (Salamero y Martínez, 1994). MBSRQ-Multidimensional Body Shape Relation Questionnaire (Cash, 1990). Escalas de "siluetas" o de figuras.

	<p>BCS-Body Cathexis Scale (Secord y Jourard, 1953).          BAQ-Ben-Towin Walker Attitudes Questionnaire.          OSIQ-Offer Self-Image Questionnaire (Offer, Ostrov y Howard, 1982).          Body Esteem Scale (Mendelson &amp; White, 1982).          SCWT The Stroop Colour-Word Test (Tarea de denominación de colores). Ben-Towin, Walker, Douglas-Kok, Yap Evelyn, 1998.          Autoobservación y autorregistro.</p>
Cognición	<p>Cuestionario de pensamientos relacionados con el cuerpo (Cash, 1990).          Entrevista BDDE-Body Dysmorphic Disorder Examination (Rosen, Reiter y Orosan, 1995).          Escala Yale-Brown modificada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1996).          Autoobservación y autorregistro.</p>
Conducta	<p>Cuestionario BIAQ-Body Image Avoidance Questionnaire (Rosen, Salzberg, Srebnik y Went, 1990).          Entrevista BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination, de Rosen, Reiter y Orosan, 1995).          Escala Yale-Brown modificada para el Trastorno Dismórfico (Phillips, 1996).          Autoobservación y autorregistro.</p>

Fuente: Raich (2000) pp. 99-100.

Se han realizado diferentes estudios con pacientes que padecen algún tipo de trastorno alimentario, en los que se emplea la imagen corporal real e ideal con el propósito de determinar el grado de satisfacción, así como el indicador de percepción del tamaño corporal (Madrígal-Fritsch, De Irala, Martínez-González, Kearney y Martínez-Hernández, 1999).

Raich (2000) opina que el tener una buena o mala imagen corporal influye de manera importante sobre la manera en que los individuos se comporten, en sus sentimientos y pensamientos, de manera que repercute en la interacción con los otros. Pero también afirma que esta imagen no es fija e inalterable, sino que cambia o se modifica a través de las diferentes etapas de la vida, cobrando especial importancia en la infancia y la adolescencia, además de estar preservada por diversas circunstancias, experiencias y el contexto en el que se viva.

Dependiendo de cómo interpretemos, juzguemos o pensemos, será la forma en que nos sentiremos. Algunos experimentos han demostrado que nos comportamos de acuerdo a como creemos que somos y los demás nos responden de acuerdo a lo que nosotros demostramos que somos (Raich, 2000).

## EL IDEAL DE DELGADEZ

La belleza subjetiva es la percibida por el propio sujeto independientemente del juicio de los demás, aunque lo que el propio sujeto conciba como bello no corresponda a los estereotipos o ideales que impone la sociedad. Esta belleza subjetiva es la que predice mejor la autosatisfacción en el adolescente (Minan, 1971 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992). Entonces, el somatotipo percibido es un buen predictor para la satisfacción corporal (Tucker, 1984 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992). Gómez Peresmitré (1998b) corroboró este dato al encontrar que es un buen predictor de satisfacción corporal "sentirse atractivo" sobre "ser atractivo".

El estereotipo de belleza influye en la elección de pareja. Los sujetos más guapos son los más populares con el sexo opuesto, siendo a su vez más deseables como compañeros, amigos, parejas o cónyuges (Walster, 1966 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992; Byrne, Ervin y Lamberth, 1970 citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

La delgadez conceptualizada como ideal (que es en realidad la búsqueda de un cuerpo que se asemeje a un "esqueleto viviente"), se ve influida por las interpretaciones subjetivas que la sociedad determina que deben considerarse de acuerdo a los valores estéticos que se determinan dependiendo de la confluencia de influencias culturales (Zukerfeld, 1996). Esto coincide con lo encontrado por Gómez Peresmitré (1999) quien señala que la percepción de sí mismo es la más importante, aunque se ve afectada por los estereotipos que marca la sociedad, la presión ejercida por los padres y amigos, etc., al hacer comentarios sobre el cuerpo o peso de las mujeres, lo cual tiene un impacto que puede desencadenar en la preocupación por el peso y la figura.

Existe, de acuerdo a algunos autores (Silverstein et al., 1986, citado en Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001a) la coincidencia entre este ideal de cuerpo sin curvas marcadas, tan asociadas a la mujer atractiva pero no brillante intelectualmente hablando, al aumento de mujeres profesionales. Entonces, las mujeres que buscan éxito profesional y que, buscando preservar una imagen de mujer inteligente, prefieren ser delgadas. Cash, Winstead y Janda (1986, citado en Gómez Peresmitré, Saucedo y Unikel, 2001a) mencionan que socialmente se ha creado la necesidad de estar delgadas con el propósito de ser sexualmente atractivas, esto debido a que

actualmente se señala como defecto el sobrepeso, aunque éste sea moderado. Entonces, las mujeres probablemente son más juzgadas en su apariencia en comparación con los hombres (Czajka-Narins & Parham, 1990 citados en Pritchard, King y Czajka-Narins, 1997).

Es un hecho que algunas mujeres poseen la creencia de que ser delgada es sinónimo de ser bella (Cash, Winstead and Janda, 1986 citado en Folk, Pedersen y Cullari, 1993). Esta creencia es difícil de rechazar si se toma en cuenta que alrededor existen muchas fuentes de presión que obligan a la mujer a adoptar el ideal de delgadez. Las mujeres no sólo se enfrentan a la presión de los medios, las empresas que venden productos *light*, las grandes marcas de ropa, sino también a la familia y a los amigos. En un estudio realizado sobre la imagen corporal en mujeres afroamericanas y sus hijas (Flynn y Fitzgibbon, 1996), se encontró que el ideal que presentan las madres no es diferente al ideal de las hijas. Esto es, las madres con peso normal estaban satisfechas con su peso, y las hijas con peso normal estaban satisfechas también. Sus similares "blancas" no mostraron el mismo nivel de satisfacción, el cual es menor, sino que también poseen ideales de figura mucho más delgados a los de las mujeres afroamericanas.

Socialmente se considera que lo que es bello es bueno. Las personas que son más atractivas de ambos sexos, son calificadas como más cálidos, amables, sensibles, más interesantes como compañeros, más fuertes, equilibrados, con mejores habilidades sociales así como más abiertos (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Por otra parte, es interesante notar que las mujeres obesas no necesariamente están insatisfechas con su imagen corporal. Podríamos decir que se encuentran en dos grupos: el primero en el que estas mujeres buscan ayuda profesional, y por otra parte, las que están relativamente satisfechas con sus cuerpos y cuyo ajuste psicológico no parece diferente al de las mujeres que poseen peso normal. Esto se debe a que las mujeres obesas en ciertos casos no se autoperceben como menos saludables ni menos atractivas (Faubel, 1987). Aunque el ideal estético es establecido por la sociedad y se le atribuye a las personas obesas cualidades negativas como: descuidadas, poco saludables, evidentemente feas, poco atractivas, ser "dejadas" (Raich, 2000).

Mucho se ha hablado sobre la incidencia de los trastornos de la alimentación y los ideales de imagen corporal en países desarrollados y clases sociales altas, pero se ha encontrado que su propagación va en aumento atravesando las barreras culturales. Se ha encontrado que las mujeres mexicanas también están preocupadas por mantener una figura esbelta. En un estudio sobre los 50 hombres y mujeres más atractivos en México, se encontró que el prototipo de mujer bella tiene una edad promedio de 25 años con un índice de masa corporal promedio de 18 (considerado como

peso por abajo del normal). Por otra parte, un hombre guapo tiene una edad promedio de 26 años y un índice de masa corporal promedio de 22.83 (peso medio o normal de acuerdo a los puntos de corte). Los ideales estudiados correspondían a actores, actrices y modelos. Por supuesto, los medios de comunicación han jugado un papel fundamental en la promoción y perpetuación del ideal de delgadez (Gómez-Peresmitré et al., 2001a). Las ganancias que obtienen medios y empresas por la promoción y venta de productos light, libros de dietas, gimnasios, etc. son impresionantes (Raich, 2000; Braguinsky, 1996).

Los efectos de la internalización del ideal de delgadez no son sencillos. Ocultamente se puede albergar sentimientos negativos respecto a la imagen corporal hasta el punto de llegar a la compensación mediante el uso de determinadas vestimentas o tatuajes que contribuyen al desarrollo de la estética a través de la moda (Guimón, 1999).

Soto (2002) señala cómo la cultura de la delgadez nos lleva a extremos en los que los cuerpos a los que se les "rinde culto" son aquellos a los que la ropa ajustada se les "ve bien". Entonces, se considera atractivo o sexy aquello que hace resaltar algunas partes del cuerpo, aunque esto no vaya de acuerdo a la estética. La moda ejerce un papel importante aquí, convirtiendo el cuerpo en un adorno de la persona y la ropa una "segunda piel". Así, el cuerpo debe ser cuidado de manera esmerada, ya que podría considerarse un ecosistema, así que habría que protegerlo de la grasa, el colesterol y las calorías. Por lo tanto, la gordura en nuestra sociedad es considerada anti-natural, debido a que no coincide con el ideal de esbeltez.

Lizaur (citado en Cota, 2002) resalta la importancia de la sociedad, la televisión y los juguetes en la concepción de lo bello tanto en los adultos como en los propios niños, elementos que influyen significativamente en la satisfacción y distorsión de la imagen corporal. Tal es la importancia de esta influencia que se ha tratado de tomar medidas al respecto. Por ejemplo, en algunos países se ha tratado de implementar medidas para que la compañía productora de la muñeca BARBIE promocione un juguete con modelos más "lilenitos".

Una imagen corporal positiva, es decir, de satisfacción contribuye a la adaptación social, mientras que una imagen negativa, en donde encontramos preocupación por el peso y otras actitudes, se asocia fuertemente a trastornos de la conducta alimentaria y a otros problemas sociales (Cash y Pruzinsky, 1990 citado en Gómez Peresmitré et al., 2001a).

Stice, Ziemba, Margolis y Flick (1996, citado en Stice, Chase, Stormer y Appel, 2001) plantean que la presión sociocultural que se ejerce para tener un cuerpo delgado promueve la

internalización del ideal de delgadez, la insatisfacción y la conducta dietaria. Esta internalización constituye un factor de riesgo importante en los trastornos de la conducta alimentaria, particularmente para la bulimia nervosa.

### **FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA IMAGEN CORPORAL**

En la literatura internacional son considerados factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria los relacionados con la imagen corporal: satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, sobreestimación-subestimación y discrepancia entre figura real e ideal (Gómez Pérez-Mitré, 1997).

De los factores de riesgo asociados con imagen corporal sobresale el del deseo de una figura ideal delgada. Gómez Pérez-Mitré (1998a) afirma que lo anterior es "reflejo de que la sociedad rinde culto a la delgadez". Por otra parte, sabemos, que la cultura es un factor importante cuando se trata de los trastornos de la conducta alimentaria y la imagen corporal (Heinberg, Thompson & Stormer, 1995 citado en Altabe 1998).

El estereotipo de la mujer con una figura delgada, considerado como lo más deseable socialmente hablando, contribuye significativamente en la presión que se ejerce sobre las mujeres, quienes cada vez son de menor edad, dando lugar al aumento de incidencia en los trastornos alimentarios (Garner, Garfinkel, Stancer & Modofsky, 1976, citados en Brodie, Bagley y Slade, 1994; Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986, citados en Brodie et al., 1994).

Cuando hablamos de imagen corporal en trastornos alimentarios nos referimos a dos aspectos principales: satisfacción/insatisfacción y distorsión de la imagen corporal. La insatisfacción con la imagen corporal es una de las variables más importantes en el estudio de los trastornos alimentarios. Dentro de los factores relacionados con su origen se encuentra el "psicológico-social y de naturaleza cognoscitiva", con un componente actitudinal al expresarse, además del conocimiento del propio cuerpo, afecto hacia la figura corporal. Este afecto puede ser tanto positivo (aceptación) como negativo (rechazo o insatisfacción), (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

En el momento en que la apariencia no corresponde al ideal de delgadez genera insatisfacción. Esta insatisfacción se ve fuertemente influenciada por los ideales de belleza que se manejan actualmente, es decir, es a partir de los ideales que la sociedad va formando como se califica la imagen propia como satisfactoria o no. Los ideales de belleza se asemejan cada vez más a figuras tipo niño tendiente hacia un cuerpo tipo andrógino, mientras que la figura se vuelve cada

vez se exige más delgada. Estos ideales se ven reforzados desde la infancia al incorporarse y asimilarse a través de los juegos, y cuando son mayores, es decir, cuando llegan a la adolescencia quieren parecerse al modelo de la BARBIE, donde también los medios de comunicación ejercen una influencia importante (Gómez Pérez-Mitré, 1998a).

La insatisfacción es una percepción subjetiva del propio cuerpo, que puede distorsionarse gravemente, esto en el sentido en que se va alejando de la realidad. Tanto en la anorexia, como en la bulimia nervosa, se comparte el temor hacia la gordura, aunque las acciones para contrarrestar ese temor sean diferentes (Fairburn y Garner, 1986 citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993)

Entre el concepto de imagen corporal y la autoestima y la identidad existe una asociación interesante (Zuckerfeld, 1996). Abell y Richards (1996) señalan que se ha encontrado relación entre la satisfacción con la figura y la autoestima en mujeres adultas. Por otra parte, la idea de una imagen corporal negativa está muy relacionada a una autoestima baja y a la presencia de sentimientos de ineficacia, presentándose entonces la relación insatisfacción corporal menor autoestima. Los problemas que suelen acompañar, además de baja autoestima, a una pobre imagen corporal son: problemas con la identidad del género, ansiedad interpersonal, problemas en las relaciones sexuales y depresión (Raich, 2000).

Uno de los factores que favorecen el inicio de la insatisfacción con el propio cuerpo es la imposición de un ideal de delgadez. Este ideal es promovido principalmente hacia la población femenina y difundido a través de los medios de comunicación que ejercen una fuerte presión para su asimilación. De acuerdo con Braguinsky, (1987 citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993) el ideal femenino ha venido adelgazando desde los años 50's, ya que antes de esa época la delgadez se asociaba con enfermedad. Garner, Garfinkel, Schwartz y Thompson (1980) también coinciden en que la figura considerada ideal ha ido evolucionando en los últimos años en dirección hacia una figura cada vez más delgada.

En lo referente a la obesidad y el sobrepeso, esta insatisfacción tiene una base real. Si existe un exceso de grasa que justifique la insatisfacción. Las personas obesas tienden a relacionarse poco con su cuerpo debido al rechazo que sienten hacia él (Braguinsky, 1987 citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1998a) cuando se mide directamente la satisfacción-insatisfacción de la imagen corporal, se puede obtener una respuesta favorable o deseable socialmente hablando, es decir, se contesta lo que debería ser de acuerdo a las expectativas de los

demás y no a las creencias y sentimientos propios, pero cuando se mide indirectamente se reduce esta posibilidad.

Polivy y Herman (1983 citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993) y Wardle y Beales (1988 citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993) mencionan que el hecho de que una persona opte por el seguimiento de dietas reductoras del peso corporal "es equivalente a una restricción consciente o propositiva de la ingesta de alimentos e implica, si no necesariamente insatisfacción con la imagen corporal, por lo menos preocupación por la misma". Coincidentemente con esto, Brodie y Slade (1988) encontraron relación entre las mediciones de insatisfacción y la presencia de dietas y atracones, que también suelen relacionarse con problemas emocionales.

Como se había mencionado con anterioridad, se ha encontrado en el momento de medir la satisfacción con la imagen corporal que en su forma directa se presentan respuestas de deseabilidad social, mientras que en la medición indirecta, por ejemplo, elección de figura ideal de un continuo de siluetas que van desde una muy delgadas pasando por una de peso normal hasta muy delgadas, niñas y adolescentes mexicanas muestran insatisfacción. Operacionalmente se mide este factor como la "diferencia entre figura actual y la ideal, considerándose satisfacción una diferencia igual a cero" (Gómez Peresmitré et al., 2001a, p. 281).

Hay varios modelos que explican la discrepancia entre la figura ideal y la real, el ajuste de acuerdo a la imagen corporal y la insatisfacción. El modelo de Raich, Torras y Mora (1997, citado en Raich, 2000) define como variables que relacionan la insatisfacción con la imagen corporal y los trastornos de la conducta alimentaria: autoestima, índice de masa corporal, tendencias dismórficas, insatisfacción corporal, conductas de evitación, alteraciones del comportamiento alimentario y psicopatología general.

En el estudio de la imagen corporal, como se había planteado anteriormente, también identificamos otro factor: la distorsión o alteración de la imagen corporal. Para identificar si hay un disturbio en la imagen corporal se toma en cuenta hacia dónde se dirige el discurso de la persona y hacia qué dirección se apuntan sus conductas. En este sentido, se debe valorar por una parte cómo se concibe la "búsqueda de la delgadez" y por la otra, las alteraciones a nivel perceptual, cognitivo y social que puedan estar relacionados (Zukerfeld, 1996).

La alteración de la imagen corporal es el "mayor o mejor alejamiento, específico, concreto, del peso imaginario" (Gómez Peresmitré, 1995 p.185). Esta alteración se ha encontrado en mayor medida en pacientes con anorexia nervosa. Esto, reportado como la imagen ante el espejo en la

que se perciben "gordos", cuando en realidad no es así, el tamaño del cuerpo es sobreestimado, siendo el ideal mucho más delgado a medida que pasan los años (Garfinkel, Modolfsky y Garner, 1979).

Brooks-Gunn y Warren (1985, citado en Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996) señalan que la percepción subjetiva de "gordura" aunado al deseo de ser delgada, son características que se presentan con frecuencia en el estudio de trastornos de la conducta alimentaria en mujeres adolescentes.

Por su parte, Cooper y Taylor (1988, citado en Guaraldi et al., 1995) se refieren a la distorsión como la estimación exacta del propio cuerpo en cuanto a tamaño y forma. La distorsión, junto con la insatisfacción con el cuerpo, que se refiere a los sentimientos asociados a la satisfacción o insatisfacción hacia el cuerpo completo o alguna de sus partes en lo que se refiere a tamaño y apariencia, es uno de los aspectos relevantes de estudio referentes a la imagen corporal. Gustavson, Gustavson, Pomariega, Herrera-Amighetti, Pate, Hester y Gabaldon (1993) mencionan que hay una relación inversa entre la estatura y la distorsión de la Imagen corporal, es decir, cuando disminuye la estatura aumenta la distorsión de la imagen corporal.

Gómez Peresmitré et al. (2001a, p. 288) señalan que se considera como alteración de la imagen corporal la "diferencia producida entre la variable autopercepción del peso corporal menos el índice de masa corporal (IMC) real". Entonces, cuando esta diferencia es igual a cero, puede interpretarse como ausencia de distorsión. También se califica la respuesta subjetiva a la pregunta "cómo percibo el tamaño de mi cuerpo" tomando en cuenta una medición objetiva, tal es el caso del peso y la estatura.

Las teorías psicoanalíticas explican las alteraciones de la imagen corporal como el resultado de la angustia-señal que pone en guardia al yo acerca de la presión que ejercen las tendencias instintivas prohibidas que no han de ser contrarrestadas por los mecanismos de defensa, particularmente por la negación (Guimón, 1999).

Guaraldi et al. (1995) reportan que cuando se presenta alteración, la máxima distorsión encontrada es durante la niñez y adultez tardía. En la primera, los niños tienden a sobreestimar su figura, mientras que, por otra parte, en el segundo caso, las mujeres mayores tienden a subestimar su tamaño corporal.

Diferentes estudios han mostrado diferencias en la satisfacción con la imagen corporal en hombres y mujeres. Madrigal-Fritsch et al. (1999) sugieren que es probable que los hombres se encuentren menos preocupados por su imagen corporal, razón por la cual tienden a subestimar su cuerpo más frecuentemente, en comparación con la mujer, quien factiblemente es más conciente de su imagen corporal.

## LOS TRASTORNOS DE LA IMAGEN CORPORAL

Rosen (1990 citado en Raich, 2000) sugiere que el trastorno de la imagen corporal se conceptualice como una preocupación exagerada que produce malestar, hacia algún defecto imaginario o maximizado relacionado con la apariencia física. Por otra parte, en el DSM-IV, a este conjunto de características se le denomina trastorno dismórfico (APA, 1994).

El trastorno de la imagen corporal es multifactorial y multidimensional, en donde está presente un malestar subjetivo que puede llegar a ser perturbador afectando principalmente la relación social. En el estudio de los trastornos alimentarios, los trastornos de la imagen corporal son un síntoma asociado. Para referirnos particularmente al término *trastorno de la imagen corporal* hablaremos de un conjunto de aspectos que representa un grado de malestar e inhabilitación más severo que el expresado por otros términos (Raich, 2000, p.p. 29).

Zuckerfeld (1996) se refiere a tres trastornos de la imagen corporal. El primero describe el trastorno al nivel perceptual involucrando la visión y las estructuras relacionadas que se ve reflejado en distorsiones sobre la valoración de la superficie corporal y sus respectivas dimensiones. El tipo cognitivo-emocional abarca el grado de satisfacción con la propia imagen, que necesita estar asociada a una distorsión perceptual, y se caracteriza por un terror a engordar y una tendencia a estimar el cuerpo como "feo, hinchado, insoportable", refiriéndose en realidad a la palabra "gorda"; por otro lado, también considera el grado de registro de la interioridad corporal, y con esto quiere explicar que existen personas que trastornan las sensaciones de hambre y saciedad de manera que no pueden verbalizar sentimientos y discriminarlos (alexitimia), y en donde se asocia a los sentimientos de angustia la sensación de hambre. Por último, el tipo social, el cual aborda los "modos de subjetivación" que la cultura va imponiendo, donde la figura "delgada" va asociada en un continuo de sinónimos que iría en el siguiente orden: "delgado-bello-erótico-exitoso", o bien, "delgado-puro-perfecto-esquelético-inmortal". En este tipo de distorsión la exigencia que se hace con respecto a la imagen corporal es imposible o no real.

Las conductas que suelen presentarse con mayor frecuencia en estos trastornos son: mirarse en el espejo, arreglarse durante mucho tiempo (incluso levantarse mucho más temprano con el propósito de poder probarse ropa repetidamente, afeitarse, peinarse, lavarse o desmaquillarse compulsivamente), camuflar su defecto con maquillaje, flequillos, posturas específicas, uso de tallas de ropa más grandes, comprar ropa compulsivamente para "verse mejor", asistir con frecuencia a la estética o centros de belleza. La asistencia a tales lugares no harán sentir mejor a las personas que padecen trastorno dismórfico debido a que difícilmente quedarán satisfechas. También suelen visitar a dentistas, dermatólogos, oftalmólogos, etc. con el propósito de tratar su "defecto". Asimismo, buscan información y leen obsesivamente sobre dicho defecto, tocan la parte del cuerpo para cambiarla, presentan comportamientos supersticiosos, se miden determinadas partes del cuerpo, hacen ejercicio excesivo y se pesan compulsivamente con el objeto de ver que tan bella(o) o fea(o) es (Raich, 2000).

## Conductas comunes en personas con trastorno dismórfico

Conductas	Porcentaje de personas que sufren trastorno dismórfico con esta conducta
Comparar el propio cuerpo con el de otros/escudriñar la apariencia de los otros.	91
Comprobar la apariencia en espejos y otras superficies reflejantes.	84
Camuflar:	84
- Con ropas.	48
- Cambiando la posición.	44
- Con maquillaje.	35
- Con la mano.	23
- Con un sombrero.	16
Con cirugía estética, dermatología u otros tratamientos médicos.	72
Preguntando o buscando confirmación de que no es evidente o bien convenciendo a los demás de que el supuesto defecto es importante	42
Arreglo excesivo: peinarse, ponerse maquillaje, afeitarse, cambiarse de ropa...	35
Evitar mirarse al espejo.	35
Tocar el defecto.	33
Apretar o tocarse la piel.	27
Otros comportamientos repetitivos	27

Fuente: Raich (2000) p. 43

Rosen (1990, citado en Raich, 2000) menciona que los mecanismos de mantenimiento del trastorno son: atención selectiva hacia la parte o partes de cuerpo que preocupan, las conductas de evitación y los rituales de comprobación y confirmación, como preguntar repetidamente por la presencia o ausencia de un defecto o mirarse muy a menudo al espejo.

Zukerfeld (1996) propone, en cuanto a los trastornos asociados con la imagen corporal, replantear algunos puntos básicos relacionados con la concienciación en el sentido en primer lugar, de la concientización en cuanto a desarrollar responsabilidad por el propio cuerpo. Por otra parte, registrar señales placenteras y displacenteras en el sentido de hambre y saciedad y por último, replantear los criterios de belleza y salud en el sentido de que en teoría lo hermoso es lo saludable, cuando en realidad, esa asociación está en entredicho en nuestros tiempos si tomamos en cuenta lo que la sociedad nos dice que es "hermoso".

Las preocupaciones por el peso y la figura que se presentan durante la anorexia o bulimia nervosas no se diagnostican como trastorno dismórfico o de la imagen corporal, aunque algunos estudios han mostrado que los pacientes han oscilado entre trastornos alimentarios y de la imagen corporal, por lo que se infiere que son trastornos relacionados (Raich, 2000).

## **LA IMAGEN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA**

Como sabemos, en la adolescencia se presentan una gran cantidad de cambios físicos y psicológicos. Estos cambios que comienzan durante la pubertad, pueden estar relacionados e incluso ser fuente de actitudes hacia la imagen corporal (Simmons, Blyth y McKiney, 1983, citado en Folk et al., 1993). Los numerosos cambios en la adolescencia tienen un impacto de tal magnitud, que pueden afectar no sólo la imagen corporal, sino la percepción del individuo en su totalidad (Tobin-Richards, Boxer and Petersen, 1983 citados en Folk et al., 1993).

Si a esta fuente de presión y estrés relacionada con los cambios propios de la etapa, le añadimos el comienzo de la época de citas en la que muchos empezarán el proceso de elección de pareja, podemos explicar la particular preocupación sobre la apariencia debida a la edad (Pritchard et al., 1997).

La imagen corporal es de mayor importancia para la muchacha que para el muchacho adolescente. Socialmente se espera que la mujer haga resaltar su atractiva mediante su vestimenta, accesorios, etc., mientras que para el hombre la presión es menor y va dirigida hacia mostrarse fuerte y vigoroso (Grinder, 1997). Entonces, la preocupación por la imagen corporal

generalmente se atribuye a las mujeres (Cash, Counts y Huffine, 1990 citados en McKay y Read, 1997), aunque se ha encontrado que el adolescente varón también está expuesto a la presión por un ideal corporal (Ham et al., 1983 citado en McKay y Read, 1997).

Diversos reportes al respecto indican que la edad es importante en la investigación sobre la imagen corporal (Altabe, 1998). También se ha reportado que la edad está relacionada a diferentes ideales, y que a medida que la edad aumenta, el ideal corporal se vuelve más delgado (Cohn, Adler, Irwin, Melstein, Kegels and Stone 1987, citados en Brodie et al. 1994) lo cual sugiere que hay un incremento en la presión para la delgadez en poblaciones de edad más avanzada Brodie et al., 1994).

En un estudio realizado por Raich, Deus, Muñoz, Pérez y Requena (1991) adolescentes españolas de 15 y 16 años manifestaron preocupación por su figura superior a la que manifiestan las de 14 y 17 años. Por otra parte, Acosta-García (2000), encontró en un estudio realizado con adolescentes mexicanos y españoles que existe insatisfacción entre los adolescentes, siendo más acentuada ésta entre las mujeres, y de carácter positivo, lo cual quiere decir que las adolescentes mujeres desean ser más delgadas en comparación con su propia figura. También coincidió que para los hombres es más importante la figura para tener éxito con el sexo opuesto en comparación con las mujeres quienes no lo consideran tan importante.

Algunos autores han aportado información referente a que los sentimientos hacia la imagen corporal pueden cambiar a lo largo de diferentes etapas y edades de la vida, sin que necesariamente sepamos cómo y cuándo se van presentando los cambios en nuestra imagen corporal. Por otra parte, en un estudio sobre insatisfacción en mujeres de diferentes edades, se encontró que la satisfacción con el propio cuerpo disminuyó cuando la edad aumentaba, esto es una correlación negativa entre satisfacción y edad (Guaraldi et al., 1995).

Brodie et al. (1994) encontraron que los preadolescentes tienen un ideal corporal más delgado del que poseen ellos mismos, así como que este deseo se incrementa durante la adolescencia. Grinder (1997) menciona, por su parte, que el adolescente que posee características físicas "atléticas" es acreedor de impresiones más favorables en comparación de aquellos que no las poseen, esto debido a estereotipos culturales y a tendencias actuales sobre la atractividad. En esta edad, la competencia cobra especial importancia, particularmente sobre la popularidad, el éxito con el sexo opuesto y las consideraciones otorgadas por los adultos, aunque esta importancia pueda manifestarse de manera sutil. A partir de esto, las actividades del adolescente hacia su cuerpo influirán en su autoconcepto y en las actitudes que los demás presentarán ante ellos,

además de las expectativas que presentan. En México, Gómez Peresmitré (1999) encontró que es a la edad de 11 años en la que se ha encontrado la figura ideal más delgada, considerándose ésta como más atractiva. Además, a esta edad también se encontró mayor frecuencia en el seguimiento de dieta con propósito de control de peso. Es entonces esta edad un punto crítico donde se presentan factores de riesgo. Además, ya desde la preadolescencia se ha hallado insatisfacción con la imagen corporal en niñas. Por otra parte, la mitad de las niñas participantes en el estudio expresaron estar satisfechas con su imagen corporal y poco menos de la mitad manifestaron no hacer dieta con propósito de control de peso. También, quienes reportaron insatisfacción con partes corporales específicas como muslos, estómago y pompas, también correlacionando con sobrepeso real o percibido. Por otro lado, se encontró relación entre satisfacción con la imagen corporal, seguimiento de dieta con propósito de control de peso y cambios en la alimentación en el último año; las niñas que mostraron mayor grado de satisfacción no seguían dieta ni hicieron cambios en su alimentación.

Murrieta Contreras (1997, citado en Gómez Peresmitré et al., 2001a) encontraron entre adolescentes de escuelas públicas y privadas, que prefieren figuras que corresponden a la clasificación de delgada. Asimismo, Aguilar y Rodríguez (1997, citado en Gómez Peresmitré, et al., 2001a) encontraron que las diferencias en nivel socioeconómico no inciden en la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal, aunque sí influyen variables como sexo y nivel escolar.

El deseo de una figura delgada y muy delgada va incrementando a medida que la edad aumenta, para que al llegar a la adolescencia la frecuencia de dicho deseo sea elevada. Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda (2001b) encontraron que el 77% de las adolescentes que evaluaron desean una figura delgada o muy delgada. Las niñas pequeñas también muestran una tendencia importante hacia esta preferencia, mientras que los hombres presentan porcentajes menores en este rubro. Entre los hombres, púberes y adolescentes, también presentan insatisfacción, pero a diferencia de las mujeres, desearían estar más gruesos.

En un estudio realizado con estudiantes de danza, secundaria y preparatoria, se encontró que las adolescentes se autoperceben en general con más peso del que realmente tienen, y que además presentan un marcado deseo de ser más delgadas (Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996).

Toro et al. (1988 citado en Raich et al., 1991) mencionan que si la publicidad en los medios hace hincapié en los temas de delgadez, figura ideal y dieta, éstos mensajes tendrán un impacto directo sobre la población adolescente dando lugar al fomento de actitudes y pensamientos como preocupación por la figura y "sentirse gorda", autodesvaloración y complejos que se generan al

comparar el propio cuerpo con el de otros, lo que ocasionará insatisfacción por la figura, además de otros comportamientos que se asocian, como evitación, llantos, vómitos, falta de concentración, etc.

Acosta-García (2000) plantea que en México, el ideal de delgadez y la insatisfacción que produce al no ser un ideal que vaya de acuerdo a la morfología del mexicano, puede ser una herencia de los norteamericanos, producto de la influencia provocada por la cercanía de nuestro país con ellos. Esta influencia la podemos observar en la música, moda, estereotipos adoptados, etc.

## CAPÍTULO IV ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa intermedia entre la niñez y la adultez. Implica una serie de cambios fundamentales, no sólo a nivel físico, sino también psicológico, afectivo y social, por lo cual es definido como un periodo de transición. Aunado a esta serie de cambios, se debe recordar que cada persona es diferente, lo cual hace que el adolescente se convierta en una persona multifacética. La duración de este periodo depende de factores culturales, es decir, en sociedades con mayor crecimiento económico, esta etapa se alarga, lo cual puede observarse en el hecho de que se tiene una mayor permanencia en la escuela. Así, en grupos sociales donde las actividades son relativamente más sencillas, este periodo tenderá a acortarse (González Núñez, 2001).

### CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

La palabra *adolescente* viene del latín *adulescens*, el cual es una conjugación del verbo *adolescere*, el cual tiene como significado *crecer* (González Núñez, 2001). Papalia, Wendkos y Duskin (2001, p. 409) mencionan que la adolescencia es "una etapa de transición entre el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que implica cambios psicosociales, cognitivos y físicos". Grinder (1997, p. 17) afirma que la adolescencia es un "periodo en que los individuos empiezan a afirmarse como seres humanos distintos entre sí". Es una época de tempestades y tensiones que la sociedad favorece, de lo contrario si la sociedad establece las condiciones para que la transición se de con facilidad, será una transición exitosa (Muss, 1962, citado en Zimbardo, 1984).

Al inicio de este periodo tiene lugar un proceso por medio del cual los individuos van alcanzando la madurez sexual y adquieren la capacidad de reproducción. A este proceso se le denomina *pubertad*, el cual comienza a causa de un incremento en la producción de hormonas sexuales (Papalia et al., 2001). El término *pubertad* viene del latín *pubertas* que significa "edad viril" (Mussen, Conger y Kagan, 1982).

### FASES DE LA ADOLESCENCIA

Gessell (1990/1992, citado en González Núñez, 2001) menciona que una persona pasa por diferentes fases durante la adolescencia. A los 10 años se muestra una clara preferencia por hablar con compañeros y maestros, de manera que gustan de escuchar y relatar historias; optan por grupos pequeños, muestran gusto por la escuela, valoran la familia y se muestran alegres y

adaptables. A los 11 años, se vuelven más inquietos, gustan de mascotas, videojuegos, exploración; son curiosos, y sociables; la competencia aumenta. A los 12 años sorprenden a los adultos por su sentido del humor y sociabilidad; ahora son más racionales y menos ingenuos; son más adaptables y suelen realizar mejor tareas individuales. A los 13 años, son más susceptibles, reservados, reflexivos y soñadores; por otra parte, son dignos de confianza aunque pueden apartarse un poco de los padres. A los 14 años uno de los rasgos característicos es el agrado por mantener conversaciones telefónicas; hay mayor alegría y relajación, tienden a ser más extrovertidos y tienden a mostrar actitudes de madurez. A los 15 años presentan inclinación hacia las tendencias de la moda dependiendo de su grupo social de referencia; contemplan la vida escolar como un escape de las ligaduras familiares. A los 16 años presentan mayor autoconfianza, tolerancia, interés por la gente y autonomía, muestran interés por formar grupos, es decir, gustan de la compañía de amigos de ambos sexos. A los 17 años presentan idealización de figuras, en particular de aquellas que funjan como líderes; establecen relaciones afectivas de corta duración y buscan planes orientados al futuro profesional. A los 18 años se está llevando a cabo la elección vocacional y busca relaciones más duraderas. A partir de los 19 años se observa una mayor aproximación hacia la madurez en todos los aspectos: escolar, familiar, social, económico, afectivo. Aproximadamente a los 25 años termina la adolescencia, en este momento se adquiere independencia económica, intelectual y de la familia, en donde están presentes el manejo apropiado del tiempo libre, el establecimiento de una actividad laboral, el ajuste emocional y social a la realidad y la formación de una filosofía de vida.

De acuerdo con Blos (1968, citado en González Núñez, 2001) menciona que no existen etapas cronológicas, sino que se observan de acuerdo a un punto de vista evolutivo, aunque puede darse una edad aproximada para cada una de ellas:

- a) Preadolescencia, de 9 a 11 años: En esta etapa comienzan metas impulsivas, se presentan algunas fobias, miedos o tics nerviosos que desaparecen pronto. Los varones suelen ser hostiles con las mujeres, las evitan o se burlan de ellas.
- b) Adolescencia temprana, de 12 a 15 años: Aquí se intensifican las metas impulsivas y los afectos; hay identificación con el padre del mismo sexo; además, se favorece el inicio de la madurez emocional, ya que se expresan mejor y emplean mayor tolerancia a la frustración.
- c) Adolescencia como tal, 16 a 18 años: En esta etapa culmina la formación de la identidad sexual; la vida emocional se hace más intensa y profunda. Se orientan acciones, pensamientos y valores hacia la realidad.

- d) Adolescencia tardía, de 19 a 21 años: Se presenta una mayor integración del trabajo, el amor y se afirman creencias e ideologías. Se busca una ocupación y se dirigen las acciones hacia realizarla.
- e) Postadolescencia, de 22 a 25 años: La identificación se reafirma y fortalece. Se consolida una escala de valores que da sentido a la vida. El uso del tiempo libre se establece como un satisfactor productivo.

## **DESARROLLO FÍSICO DURANTE LA ADOLESCENCIA**

### **FACTORES HORMONALES**

Durante la adolescencia, las hormonas segregadas por la pituitaria estimulan otras glándulas endocrinas involucradas en el crecimiento y desarrollo propios de ésta. Estas hormonas actúan sobre la tiroides, las suprarrenales, los testículos y los ovarios, además de activar hormonas relacionadas con el desarrollo sexual. Éstas últimas pueden clasificarse en andrógenos o masculinizadoras, estrógenos o feminizadoras, y progestinas que son las responsables del embarazo. La diferenciación hormonal entre los sexos depende de la proporción de unas y otras en el organismo (Mussen et al., 1982).

### **CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS**

Dos formas de evaluar el crecimiento son el aumento de estatura y peso. Entre los 9 y los 15 años se puede observar un rápido crecimiento corporal, lo cual suele denominarse como "estirón". Las adolescentes alcanzan mayor madurez de estatura antes que los varones; por otra parte, los varones pueden en un inicio aumentar de peso sin presentar estirones y otros pueden permanecer flacos hasta que peso y estatura aumentan considerablemente. Después de la cabeza, manos y pies son los huesos que comienzan a crecer más tempranamente y, por lo tanto, las primeras en dejar de crecer. El antebrazo termina de crecer aproximadamente seis meses antes que el brazo, y el ensanchamiento de los hombros dura unos meses más, al menos en los varones, que el ensanchamiento de caderas y tórax. Las dimensiones que los adolescentes alcancen dependerán de factores genéticos y ambientales (Grinder, 1997; Mussen et al., 1982).

### **CARACTERES SEXUALES**

Cuando se habla de caracteres sexuales primarios, se hace referencia a los órganos necesarios para la reproducción. En el caso de las mujeres se refiere a los ovarios, las trompas de

Falopio, el útero y la vagina; mientras que para los hombres son los testículos, el pene, el escroto, la vesícula seminal y la glándula prostática. Durante la pubertad se presentan caracteres sexuales secundarios, que son señales fisiológicas no directamente vinculadas a los órganos sexuales (Papalia et al., 2001).

TABLA 4.1 SECUENCIA NORMAL DE LOS CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN LA ADOLESCENCIA

<b>Características femeninas</b>	<b>Edad de la primera aparición</b>
Crecimiento de los senos	6-13
Crecimiento del vello púbico	6-14
Crecimiento corporal	9.5-14.5
Menarca	10-16.5
Vello axilar	Cerca de dos años después de la aparición del vello púbico
Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (que puede originar el acné)	Casi en la misma época de aparición del vello axilar
<b>Características masculinas</b>	<b>Edad de la primera aparición</b>
Crecimiento de los testículos, el saco escrotal	10-13.5
Crecimiento del vello púbico	12-16
Crecimiento corporal	10.5-16
Crecimiento del pene, la glándula prostática, la vesícula seminal	11-14.5
Cambio en la voz	Casi al mismo tiempo que el crecimiento del pene
Primera eyacuación de semen	Casi un año después de comenzar el crecimiento del pene
Vello facial y axilar	Casi dos años después de la aparición del vello púbico
Incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas (que puede originar el acné)	Casi en la misma época de aparición del vello axilar

Fuente: Papalia, Wendkos y Duskin (2001) p. 412.

Una muchacha crecerá entre 6 y 10 centímetros después de la menarca, o primera menstruación. El crecimiento de las mujeres finaliza antes que el de los hombres y los hombres son en general 10% más grandes que las mujeres cuando termina el estirón. Las diferencias físicas producidas entre hombres y mujeres pueden observarse en: la modelación de la superficie, la cual se refiere a músculos, grasa subcutánea, protuberancias óseas, venas y tendones; la cintura

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS  
FALLA DE ORIGEN

escapular; talle; vuelo de las caderas; glúteos; forma del muslo; espacio intercrural (entre las piernas); y, por último, las pantorrillas (Grinder, 1997).

La primera señal de que una mujer está en la pubertad es el crecimiento de senos aunado al primer sangrado o menarca, la cual suele presentarse a la edad de 13 años. En las mujeres, la menarca, suele presentarse dos años después del inicio de crecimiento de senos. Diferentes factores influyen en la edad de la primera menstruación, como suelen ser hereditarios, físicos, emocionales, ambientales, actividad física y nutrición (Papalia et al., 2001). La menstruación tiene un significado muy especial para la adolescente ya que representa un símbolo de madurez sexual, es un símbolo que le da estatus de mujer. Algunas de ellas la esperan orgullosamente, pero no es el caso de todas ya que algunas lo interpretan como un fenómeno negativo. Esto puede explicarse a partir de la influencia de la actividad negativa de otras mujeres, el malestar físico que produce como los dolores de cabeza, cintura, calambres y cólicos. Otra posible explicación se atribuye a una falta de identificación femenina que sea satisfactoria (Mussen et al., 1982). En el hombre, la principal señal de madurez sexual se considera que es la producción de semen. En las primeras ocasiones se presenta en una emisión nocturna, la cual es una eyaculación involuntaria, a la que también suele denominarse sueño húmedo (Papalia et al., 2001).

En los varones, otro de los cambios característicos observables es la voz, la cual se hace más grave, pero en esta etapa el cambio suele ser brusco de manera que mientras va aumentando de tamaño la laringe y las cuerdas vocales se hacen más largas, el tono baja aproximadamente una octava. Esto no es necesariamente una regla ya que hay casos en los que este cambio es apenas perceptible (Mussen et al., 1982).

#### CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y ENDOCRINOS

Durante la adolescencia se presentan una serie de cambios fisiológicos y endocrinos. Entre los cambios fisiológicos se puede mencionar, por ejemplo, que las mujeres presentan una elevación de la presión sanguínea en la sístole, mientras que los varones la presentan debido al aumento del tamaño del corazón y al volumen sanguíneo presente en su cuerpo. Mientras tanto, la presión sanguínea de la diástole permanece igual. La velocidad de la respiración disminuye (Grinder, 1997). Por otra parte, en esta etapa, la hipófisis segrega hormonas que estimula los ovarios, testículos y glándulas suprarrenales. Hormonas como las gonadotrofinas, estrógenos y andrógenos ejercen un papel importante en la adolescencia al producir el desarrollo de caracteres sexuales secundarios, cambios en el estado de ánimo, y cambios a nivel cognitivo (Grinder, 1997).

## EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LA MADUREZ PRECOZ O TARDÍA

El hecho de madurar precoz o tardíamente tiene efectos diversos en hombres y mujeres. Parece ser que madurar tempranamente es valorado positivamente por los hombres, adquieren mayor seguridad, pueden desempeñarse mejor en deportes y con el sexo opuesto, son considerados más atractivos, con una mejor imagen corporal y en general muestran una mejor autoestima. En cambio, las mujeres no consideran la madurez temprana como algo positivo ya que las mujeres que maduran antes son menos sociables, suelen ser menos expresivas, introvertidas, tímidas y presentan ciertas actitudes negativas frente a la menarca; pudiera ser que no se sientan listas y esto les genera angustia hasta los 15 o 16 años. Su imagen corporal puede verse afectada y también tener una autoestima baja (Papalia, et al., 2001).

En un estudio realizado por Jones y Bayley (1950, citado en Grinder, 1997) se encontró que las diferencias de personalidad entre los adolescentes de maduración temprana y tardía permanecían a lo largo del tiempo a pesar de que hubieran desaparecido las distinciones físicas. A los 33 años, a los de maduración temprana se les consideraba cooperativos, emprendedores, persistentes, de metas fijas, sociables, acogedores, comprensivos y en ocasiones hipercontrolados, por otra parte, a los de maduración tardía se les consideraba intuitivos, flexibles, más impulsivos, susceptibles, atentos a opiniones y ayuda y descuidados.

En general, los efectos de la maduración temprana o tardía en las mujeres suele ser menos extremosa en comparación con el caso de los hombres. Aún cuando las chicas que maduran precozmente suelen ajustarse mejor a determinadas situaciones, al paso del tiempo suelen suavizarse las diferencias con sus iguales (Mussen et al., 1982).

## SALUD MENTAL Y FÍSICA

Las niñas que maduran más rápido corren algunos riesgos en su salud mental. Entre los padecimientos más frecuentes se encuentran la depresión, comportamiento disruptivo, trastornos alimentarios, abuso de sustancias e intento de suicidio (Graber et al., 1997, citado en Papalia et al., 2001). Los problemas de salud que suelen presentarse en esta etapa están íntimamente ligados al estilo de vida. Dependiendo de su entorno social, el consumo de drogas, alcohol o la actividad sexual constituirán riesgos marcados durante esta etapa (Papalia et al., 2001).

### Estado físico

Aunque la buena condición física es algo que debe buscarse a lo largo de toda la vida, en la adolescencia cobra especial importancia. Existe una relación interesante entre la buena condición física, la constitución y la rapidez de crecimiento. Por otra parte, la relación entre el desarrollo físico y la fuerza posee una correspondencia mauro que de uno a uno. Además de los beneficios de la actividad física existe el papel que tiene la socialización al participar en estas actividades. También el rendimiento académico se ve beneficiado con la actividad física (Grinder, 1997).

Por lo general, la fuerza física es una de las características que se presentan más diferenciadas en hombres y mujeres. Alrededor de los 12 a los 14 años, los adolescentes comienzan a desarrollar un gran aumento de fuerza, mientras que en las mujeres ésta casi no cambia. Una niña de 10 años presenta casi la misma fuerza que una mujer adulta. En cambio, el hombre presenta el doble de fuerza que la que tiene un niño (Bee, 1978).

### Necesidades de sueño

Los adolescentes suelen irse a dormir tarde y, en época escolar, levantarse temprano. Es recomendable para esta edad cubrir un periodo de 9 horas de sueño de calidad. Es un hecho que "recuperarse" durante el fin de semana no funciona. Si no se cumple tal condición, los adolescentes pueden estar soñolientos durante el día, mostrar síntomas de depresión y por lo tanto mostrar bajo rendimiento escolar. Aunque suele atribuírsele muchas causas al hecho de que los adolescentes se acuesten tarde, lo que es cierto es un cambio en el ciclo de sueño debido a que el ritmo de secreción de melatonina (indicador de que el cerebro está listo para dormir) se realiza horas después en comparación con la que tiene lugar en la infancia (Carskadon, Acebo, Richardson, Tate y Sélér, 1997 citado en Papalia et al., 2001).

Otro factor a considerar es la actividad hormonal, Crouter y Larson (1998, citado en Papalia et al., 2001) encontraron que los adolescentes suelen estresarse más durante las primeras horas de la mañana y tener un bajo nivel de atención; es por ello que la concentración y la atención serán mejores horas más tarde.

### Consumo y abuso de drogas

Durante la adolescencia los jóvenes están expuestos con mayor facilidad al uso y consumo de drogas. El término abuso de sustancias se refiere al consumo excesivo de alcohol o fármacos de

manera que se convierte en un patrón de comportamiento que se presenta por más de un mes, aunque este hábito le ocasione a la persona perjuicios además de dependencia física y/o psicológica (APA, 1994 citado en Papalia et al., 2001).

Se ha encontrado que hay algunos factores que aumentan la probabilidad de presentar una situación de abuso de drogas: 1) poco control sobre los impulsos y tendencia a buscar actividades excitantes; 2) influencia familiar, ya sea por medio de predisposición genética o por hábitos de los padres, patrones de crianza, disfunción familiar, etc.; 3) temperamento difícil; 4) problemas de comportamiento frecuentes y tempranos; 5) bajos resultados en el ámbito escolar; 6) problemas de socialización con los pares; 7) cercanía con personas que consumen drogas; 8) rebeldía y asilamiento; 9) actitudes favorables hacia el consumo de drogas; y 10) consumo temprano de drogas. Se consideran drogas de entrada el alcohol, la marihuana y el tabaco (Papalia et al., 2001).

### **DESARROLLO COGNITIVO**

Bloom (1964, citado en Grinder, 1997) opina que el desarrollo del pensamiento después de los 18 años está fuertemente influenciado por el ambiente. Entre los factores ambientales más importantes se encuentran los intereses culturales de la familia, el nivel educativo de los padres, el ánimo de los mismos, las condiciones favorables hacia la lectura y la facilidad de comunicación de los padres.

El desarrollo cognoscitivo del adolescente parece seguir secuencias invariantes, de manera que el adolescente tiende a lograr un pensamiento abstracto en contraposición del que presenta el niño, el cual es definido como concreto. Elinkind, Barocas y Johnsen (1969, citado en Grinder, 1997) mencionan tres características que permite diferenciar el pensamiento en estas dos etapas: 1) lo cuantitativo, porque el niño hace combinaciones simples, mientras que la lógica del adolescente queda abierta a una síntesis de varios factores; 2) lo cualitativo, debido a que el niño se queda en un nivel concreto de representaciones simbólicas de la percepción y función de las cosas, por otra parte, el adolescente puede manipular los símbolos de diferentes y nuevas maneras; y 3) lo afectivo, se observa que el niño es más susceptible a la sugestión.

Peel (1965, citado en Grinder, 1997) opina que el adolescente transita de los 11 a los 20 años de un pensamiento descriptivo al explanatorio. En el primero se vinculan los atributos de un fenómeno entre sí, mientras que en el segundo se relacionan con otros fenómenos anteriormente explicados y con conceptos e ideas generales. Aquí se observan cambios en la comprensión, deducción, evaluación y comprobación de hipótesis.

## ETAPA DE OPERACIONES FORMALES DE PIAGET

Piaget e Inhelder (1993) mencionan que la etapa de operaciones formales o proposicionales se presenta de los 11-12 a los 14-15 años, y el individuo plantea en la realidad un conjunto de transformaciones posibles. Una característica principal en este rubro dentro de la adolescencia es la "liberación de lo concreto" para dar paso a la transformación del pensamiento que permite elaborar hipótesis y razonar sobre proposiciones que no se comprueban necesariamente de manera concreta y actual. La base de este pensamiento se forja en la preadolescencia. Las transformaciones lógicas no se quedan en el plano de lo abstracto sino que se emplean también en el plano afectivo.

El pensamiento cambia de ser un razonamiento de tipo concreto hacia lo abstracto. Se puede comprender el espacio y el tiempo, emplear símbolo, realizar operaciones matemáticas que incluyen el álgebra y el cálculo, comprenden mejor las metáforas y encontrar significados más profundos en la literatura. A este pensamiento lo caracteriza el razonamiento hipotético-deductivo, en el cual se plantean, exploran y comprueban hipótesis (Papalia et al., 2001).

### Características de inmadurez en el pensamiento del adolescente

Elkind (1984/1988 citado en Papalia et al., 2001) identificó algunos rasgos del pensamiento del adolescente que pudieran derivarse de las primeras experiencias en el pensamiento abstracto: tendencia a discutir, indecisión, búsqueda de fallas en las figuras de autoridad, hipocresía evidente, autoconciencia (audiencia imaginaria), suposición de invulnerabilidad. Estas dos últimas características son muy interesantes y propias de la edad; por ejemplo, en la audiencia imaginaria hay un observador que existe en su mente y está preocupado por sus pensamientos y acciones de manera que puede ser juzgado. En el caso de la fábula personal se refiere al pensamiento "eso no me va a pasar a mí", es decir, las reglas que se emplean para los demás no son aplicables para el adolescente. Por otro lado, es probable que estas dos características del pensamiento adolescente se perduren hasta la edad adulta.

## CAMBIOS EN EL ALCANCE Y CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

El adolescente ha adquirido y continúa adquiriendo mayores conocimientos y habilidades; un ejemplo de ello es el mejoramiento de la comprensión de la lectura y la memorización; se va perfeccionando el vocabulario, y su pensamiento se enriquece de manera que se vuelve cada vez más complejo. En este momento, la comprensión y estudio de la ciencia es adecuado, además del

desarrollo de conceptos holísticos sobre la sociedad y principios éticos, es entonces cuando se advierte un deseo de estructuración del comportamiento, pensamientos y actitudes, de manera que sean congruentes a partir de un punto de referencia personal, grupal o de un modelo. Asimismo, se observa capacidad de análisis de opciones para la toma de decisiones a partir de hipótesis elaboradas (Craig, 1994).

#### RAZONAMIENTO MORAL

Kohlberg (1969, citado en Papalia et al., 2001) opinaba que las personas emiten determinados juicios morales dependiendo del desarrollo cognitivo y no sólo por la interiorización de reglas o principios impuestos por los padres, profesores o amigos. Así podía identificar tres niveles de razonamiento moral:

Tabla 4.2 Etapas del razonamiento moral del Kohlberg

Niveles	Etapas de razonamiento
<b>Nivel I: Moral preconvencional</b> (de los 4 a los 10 años de edad). Caracterizado por el control externo.	Etapa 1: Orientada hacia el castigo y la obediencia. Etapa 2: Propósito instrumental e intercambio.
<b>Nivel II: Moral convencional</b> (de los 10 a los 13 años). Los niños desean agradar a otras personas y mantener el orden social.	Etapa 3: Mantenimiento de relaciones mutuas. Etapa 4: Preocupación y conciencia sociales.
<b>Nivel III: Moral posconvencional</b> (adolescencia temprana, en la edad adulta temprana o nunca). Es el nivel de la verdadera moral.	Etapa 5: Moral de contrato, de derechos individuales y de leyes aceptadas democráticamente. Etapa 6: Moral de principios éticos universales.

Fuente: Papalia, Wendkos y Duskin (2001) p. 431.

#### ASPECTOS EDUCATIVOS Y PROFESIONALES

La escuela le proporciona al adolescente un abanico de oportunidades de conocimiento, de expresión de orientación profesional y de socialización. No obstante, no siempre se considera la escuela de acuerdo a la idea anterior, sino que el adolescente puede visualizarla como un obstáculo en su camino por la búsqueda de la independencia (Papalia et al., 2001).

La influencia familiar ejerce un papel importante en las aspiraciones y logros educativos, siendo variables a considerar: la armonía de la relación entre los padres, orden en el hogar, metas educativas, etc. Estas variables impactarán el desempeño del adolescente en la escuela. Por otro lado, no sólo son interesantes las actividades académicas en la escuela para el adolescente ya que

también suele ser lugar de actividades deportivas que le conceden atención, oportunidades de socialización y desarrollo de la identificación (Grinder, 1997).

Existen dos factores que influyen significativamente en el desempeño escolar del adolescente: la auto-eficacia, que es el sentimiento de ser capaz de resolver situaciones y alcanzar metas; y la motivación. Si no hay auto-eficacia, se cae en frustración y depresión, lo cual no les ayudará a alcanzar sus objetivos. Aquí cumplen un papel fundamental el entorno familiar, la influencia de los amigos y las condiciones socioeconómicas. Por otra parte, no debe olvidarse que también es importante considerar la calidad de la enseñanza, es decir, un entorno que brinde orden, libertad, dirección y liderazgo por parte de los profesores. La interacción de malos sistemas de enseñanza, falta de motivación en los estudiantes, situaciones económicas adversas y falta de planeación profesional y educativa, entre otros, dan lugar a la deserción escolar, la cual produce graves daños a la sociedad - delincuencia, violencia, drogadicción -, pero sobretodo a los adolescentes mismos (Papalia et al., 2001).

Una de las tareas más complejas que implica la toma de decisiones para el adolescente es la elección de una carrera y prepararse para ella. En este proceso se pueden identificar tres etapas: la de fantasía, la tentativa y la realista. Los motivos básicos de esta elección son el altruismo o la agresión por ejemplo, y la identificación con los padres, sin dejar de lado los factores culturales, los amigos, la escuela y las expectativas sociales sobre el género (Mussen et al., 1982).

## **DESARROLLO PSICOSOCIAL**

### **RELACIÓN CON LA FAMILIA**

#### Relación con los padres

La adolescencia ha sido también llamada la época de la rebeldía, debido a la serie de confusiones, conflictos con la familia y alienación de la sociedad, conductas imprudentes y rechazo al sistema de creencias y valores que manejan los adultos. Esto no significa que la adolescencia tiene que ser una etapa tranquila o sencilla, necesariamente influyen los conflictos familiares, los cambios de humor y en ocasiones, comportamientos de riesgo. La dependencia de los padres les genera tensión y por lo tanto buscan romper con ella, lo cual se contraponen a los sentimientos ambivalentes de los padres: por una parte dar suficiente independencia a sus hijos, y por otra, evitar que cometan errores a causa de su poca experiencia en la vida. Las discusiones más

frecuentes tocan temas como: trabajo en casa, la escuela, vestimenta, dinero, fiestas, citas, amigos y valores. La frecuencia de estos conflictos disminuirá en la adolescencia tardía (Papalia et al., 2001).

Los patrones de conducta de los padres facilitan o no el establecimiento de la independencia del adolescente. Los padres pueden ser: autocráticos (los padres sólo les dicen a los jóvenes lo que tienen que hacer), autoritarios (cuando el joven puede participar, pero no son consultados en la toma de decisiones), autoritativos (el adolescente participa en la discusión de asuntos relacionadas con él y puede tomar decisiones, pero éstas últimas las toman los padres), igualitarios (hay una diferencia mínima entre padres e hijos), permisivos (favoreciendo siempre as decisiones del adolescente), y laissez faire (el joven puede atender o desatender los deseos de los padres). Parece entonces que las relaciones con los padres de tipo autoritativo fomentan mejor la independencia responsables al brindar oportunidades en autonomía, comunicación, identificación positiva con los padres y modelos de independencia razonable (Mussen et al., 1982).

Uno de los problemas que puede impactar en la familia es el estrés económico, sobre todo, en familias donde sólo está presente uno de los padres. Entonces, la pobreza puede influir negativamente en el desarrollo del adolescente al limitarlo en expectativas y condiciones de desarrollo (Papalia et al., 2001).

#### Tipos de interacción familiar

Existen diferentes estilos de interacción y comunicación que se presentan en la familia. En las *familias rígidas*, no se permiten nuevas reglas y esto genera conflictos en la etapa de la adolescencia al ser obstaculizados el crecimiento y el cambio, de manera que los adolescentes se someten a la autoridad de los padres con la consiguiente frustración o rebeldía. La *familia sobreprotectora* busca sobretodo el bienestar y la protección de todos los integrantes, de manera que se les da todo, lo cual da lugar a falta de autonomía, competencia y desarrollo del adolescente, además de generarle una gran inseguridad. En las *familias amalgamadas* todas las actividades se realizan juntos, es penalizado el intento de individuación, y esto genera fuertes conflictos en el adolescente. Las *familias evitadoras de conflictos* se caracterizan por mostrar baja tolerancia a la frustración, no presentan autocrítica y no enfrentan los problemas debido a que no son conscientes de ellos. Las *familias centradas en los hijos* tienen padres que no tienen una buena relación de pareja y desvían su atención hacia los hijos, depositando en ellos la estabilidad del hogar, de manera que el adolescente se vuelve dependiente. En las *familias de un solo padre*, el adolescente puede tomar el lugar de la pareja ausente de manera que no vive su etapa, adopta el papel de

adulto, pero más adelante buscará regresar a esta etapa. La *familia pseudo-democrática* es una familia flexible, pero que no sabe establecer límites, la autoridad es confusa y el adolescente hace lo que quiere sin tener límites y siendo destructivo. Por último, las *familias inestables* tienen metas inseguras debido a la falta de planeación, lo que da lugar a que el adolescente se vuelva inseguro, desconfiado, temeroso y con problemas de identidad (Pick, Aguilar, Rodríguez, Reyes, Collado, Pier, Acevedo y Vargas, 1995).

### Relación con los hermanos

Los adolescentes tienden a estar menos cerca de sus hermanos debido a que se encuentran más cercanos a los amigos, con quienes comparten circunstancias e inquietudes similares. Cuando los hermanos más pequeños entran en la adolescencia tiende a reducirse el grado de autoridad que los mayores ejercían sobre él, quedando entonces la relación en términos igualitarios. Cuando entre los hermanos hay mayor distancia de edad, tienden a llevar relaciones más afectivas en comparación de aquellos que se encuentran más cercanos, y por otra parte, los del mismo sexo tenderán a estar más unidos que los de sexos opuestos (Papalia et al., 2001).

### RELACIÓN CON LOS PARES

Los amigos proporcionan una importante fuente de apoyo emocional. También pueden constituir una fuerte presión hacia comportamientos que no son del todo aceptables para los padres. Las circunstancias que los rodean son experimentadas por personas que sienten lo mismo al mismo tiempo, pueden sentirse comprendidos. En un grupo de amigos pueden encontrar afecto, simpatía, guía, y autonomía e independencia de los padres. Estos grupos pueden ser clasificados como populares, rechazados, olvidados, controversiales y normales, es decir, aquellos que no reciben cantidades predominantes de comentarios de ningún tipo. Al igual que los niños, los adolescentes buscan la amistad de jóvenes parecidos a ellos, basándose en la elección y el compromiso. Con los amigos se busca intimidad, lealtad y compartir, marcando una transición hacia las relaciones de la amistad adulta. Con ellos se aprende a expresar mejor pensamientos y sentimientos, a hacer planes, a manejar conflictos a compartir confidencias y brindar apoyo emocional. Estas dos últimas, son más importantes para las mujeres a lo largo de la vida (Papalia et al., 2001).

Los grupos de pares permiten a los adolescentes experimentar su primera independencia. A su vez les brindan oportunidades, reciprocidad y exploración de nuevas relaciones. El lenguaje que manejan, las creencias, valores y expectativas pueden crear un sistema de comunicación que los

separe de sus padres. En el grupo, el adolescente puede adquirir una gran variedad de roles: líder, seguidor, desviacionista o conformista. Los estilos en los que suelen participar los grupos pueden ser hedonistas, complacientes o de protesta (Grinder, 1997).

También a esta edad comienzan las citas. Las motivaciones más fuertes son el tener compañía y la elección de pareja, aunque de inicio en la adolescencia son eventuales, es decir, con el objeto de conocerse, divertirse y pasarla bien. Puede ser que los adolescentes decidan casarse a esta edad, pero cuando esto sucede, por lo general adoptan responsabilidades de adulto y no suelen considerarse a sí mismos adolescentes (Grinder, 1997).

Aunque la adolescencia es una etapa de intensa sociabilidad, también puede representar una etapa de una marcada soledad. En estos momentos necesita poder compartir emociones fuertes y en ocasiones confusas, sus sueños y sus dudas. El sólo estar con otras personas no es algo que resuelva el problema, es necesario para el adolescente ser aceptado por los pares y tener uno o varios amigos (Mussen et al., 1982).

#### LA SEXUALIDAD EN EL ADOLESCENTE

En esta etapa comienzan debido a los cambios físicos ciertas inquietudes en los adolescentes, es decir, existe una creciente pulsión sexual como clave del desarrollo. En los inicios de la adolescencia parece aumentar la capacidad de excitación en los adolescentes varones, llegando a un punto máximo tres o cuatro años después. Por otra parte, las adolescentes muestran un aumento en la excitabilidad y excitación alcanzando su punto más alto hacia los veintes o treinta (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948 citado en Grinder, 1997).

Actualmente se ha dado una mayor apertura al tema de las relaciones sexuales prematrimoniales, la cual puede explicarse a partir de la reducción de la doble moral y la tendencia a contraer matrimonio a edades mayores. Por otra parte, los adolescentes están expuestos a contraer enfermedades de transmisión sexual y al embarazo, lo cual suele preocuparles y en donde la información sobre sexualidad y anticoncepción son consideradas como alternativas importantes (Papalia et al., 2001; Mussen et al., 1985).

La orientación sexual es un asunto de suma importancia para el adolescente. Así, este punto de interés se acompañará del aspecto amoroso o afectivo, el cual se determinará como heterosexual, homosexual o bisexual, en donde influirán patrones de crianza, ambiente familiar,

factores hormonales y neurológicos, el proceso prenatal o factores hereditarios (Papalia et al., 2001).

## IDENTIDAD, VALORES Y ALINEACIÓN

La tarea más difícil e importante de la adolescencia es la búsqueda de la identidad. El adolescente ya no sólo toma modelos de los adultos, como lo hacen los niños, sino que los modifica y sintetiza para formar su identidad. Erickson (1968, citado en Papalia et al., 2001) señala que en esta etapa, la crisis a resolver es precisamente la de identidad frente a confusión de identidad de manera que, al resolverse, el individuo será un adulto único, con sentido del yo y un papel importante en la sociedad.

Mussen et al. (1982) mencionan que la identidad es la conceptualización de sí mismo como una persona distinta, congruente consigo misma. El adolescente busca esta identidad como un proceso que no es necesariamente del todo o nada, debido a que durante esta etapa puede haber episodios de confusión en donde los deseos propios y los planes de vida se vislumbran embrollados. Entonces, el establecimiento de relaciones interpersonales favorables con los padres facilitarán el periodo (Mussen et al., 1982).

La primera identificación se da en la infancia al imitar el comportamiento de sus padres. La imitación se sustituye entonces en el desempeño y asunción de un rol, de manera que el adolescente comienza a actuar de manera diferente a sus padres. Aquí influyen las expectativas de los padres, los pares y maestros. La formación de la identidad da lugar al desarrollo de la madurez en la conciencia, de manera que la adopción de roles da lugar a que los principios externos se asimilen como internos (Grinder, 1997).

Se dice que la identidad se va formando de acuerdo a la resolución de tres puntos importantes: la elección de una ocupación, la adopción de un sistema de valores y creencias asociados a un sentido a la vida, y el desarrollo de una identidad sexual satisfactoria. Un adolescente que enfrenta adecuadamente esta crisis puede desarrollar la fidelidad, la cual es concebida como una extensión de la confianza y lealtad, o sentido de pertenencia a un grupo o a un ser amado, una ideología, una religión, movimiento político, etc. Marcia (1980, citado en Papalia et al., 2001) encontró cuatro tipos de estado de identidad: logro de identidad – compromiso con elecciones tomadas después de una crisis-; aceptación sin raciocinio – la persona no considera alternativas y se compromete de acuerdo a los planes de otra persona-; moratoria – se consideran las alternativas en crisis y el compromiso es guía- y difusión de identidad – no hay ni crisis ni

compromiso. De acuerdo a estos estados existe o no crisis y compromiso, los cuales son fundamentales en el desarrollo de la identidad. Pero, no todos los adolescentes llegan a conformar su identidad completamente. Según Elkind (1998, citado en Papalia et al., 2001) hay dos formas de llegar a la identidad: la diferenciación e Integración, es decir, reconocer las diferencias entre el yo y los demás y luego unificar las partes distintivas; y la sustitución, la cual se refiere a reemplazar ideas, actitudes, sentimientos, creencias y compromisos adoptados que pertenecen a otras personas.

Las amistades brindan un espacio para expresar sentimientos reprimidos de cólera o de ansiedad, dudas, esperanzas y miedos. En circunstancias favorables este ambiente puede ayudar al adolescente a definir mejor su propia identidad, aunque no siempre es el caso de la amistad en esta etapa (Mussen, et al., 1982).

#### LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y EL ADOLESCENTE

Es un hecho que los modelos mostrados en los medios de comunicación, revistas, etc., que el adolescente acepta en esta etapa pueden impactar en su proceso de identificación. Un ejemplo de esto se observa en la preocupación por la figura que presentan las adolescentes. La gente quiere parecerse a las "estrellas", producto de la mercadotecnia, que muestran figuras delgadas. Este medio constituye un mensaje que vende y gana adeptos, moda que se vuelve cada vez más inalcanzable y ejemplo de conductas y actitudes, es por eso que con facilidad se aceptan estos modelos y lejos de aceptarse solamente, se incorporan como ideales que pueden llegar a cambiar por completo acciones, actitudes y conductas, hasta cambiar por completo formas de vida (Toro, 1996).

La llamada sociedad consumista se refiere al consumo de tipo superfluo porque de ninguna manera se promueve el consumo de lo estricto o indispensable, y buena parte de lo que se promueve consumir es ingerible. El refresco de la gente joven "Pepsi" destaca el valor de la competencia en la sociedad y en los deportes, y la "Coca-Cola" envía la mayoría de sus mensajes a los adolescentes en donde se asegura que tomando este producto se alcanzará el éxito, se disfrutará la vida y estaremos rodeados de amigos, de manera que se puede sonreírle a la vida. También las "Sabritas" proponen un mundo alegre, en el que "las necesidades son satisfechas" (Anaya, Delhumeau y Müller, 1984).

## DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD E IMAGEN CORPORAL

La imagen corporal surge a partir de las interacciones sociales. La que posee el adolescente está derivada de experiencias reales y fantasiosas, provenientes de su propio desarrollo físico, de las opiniones de los que lo rodean y de las expectativas sociales que se le hayan enseñado (Schonfeld, 1963, citado en Grinder, 1997). El adolescente puede estar impactado con respecto a los cambios que está experimentando su cuerpo y, ante ello, presenta una actitud crítica hacia sí mismo. Por lo tanto, será intolerante ante las desviaciones que su cuerpo pudiera presentar en esta etapa, es decir, si se encuentra demasiado delgado u obeso, lo cual se contrapone con lo expuesto en los medios de comunicación, al presentar adolescentes con figuras atractivas y sin problemas posturales, de acné ni mucho menos de socialización (Craig, 1994).

Uno de los aspectos que más preocupan al adolescente y sus padres es la estatura final, aquí los estereotipos juegan un papel muy importante. Los varones tienen miedo de quedar demasiado cortos de estatura mientras que las chicas tienen miedo de llegar a ser "demasiado altas". Esta preocupación puede ser exagerada, sin embargo una vez pasado el "estirón" esta preocupación disminuirá. Por otra parte, se ha observado que en ciertos casos, al apartarse de ciertas normas idealizadas de crecimiento en talla y aspecto físico puede ser una experiencia que genere mucha angustia en el adolescente (Mussen et al., 1982).

## ALIMENTACIÓN EN LA ADOLESCENCIA

### CONDUCTA ALIMENTARIA DEL ADOLESCENTE

La adolescencia es la etapa en la que se realiza mayor actividad física, de manera que se enfrenta el adolescente a gastos energéticos importantes. Un adolescente puede llegar a necesitar más de 3,500 calorías diarias, dependiendo de la actividad que realice. Las dietas para adolescentes que realizan actividades físicas intensas debe ser rica en glúcidos (Barrero, 2000).

Cabe recordar que el crecimiento en esta etapa está fuertemente vinculado a la aparición de los caracteres secundarios, además de que la desnutrición retrasa el crecimiento y el desarrollo. Hablando en términos de necesidades promedio, las mujeres requieren de 2,200 kilocalorías diarias, mientras que la demanda en los varones será de 2,750 aproximadamente. Los carbohidratos deben constituir del 55 al 60% de la energía total de la dieta y la dieta no debe ser hipergrasa. Por otra parte, más del 10% de la energía del adolescente deportista debe provenir de proteínas de alta calidad (Ramos, 1985).

## TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DE NUTRICIÓN

Como en todas las etapas, la nutrición es importante. Se deben evitar los "alimentos chatarra" o bajos en nutrientes. Se han encontrado deficiencias frecuentes entre los adolescentes como son en minerales como el calcio, zinc y hierro. Por lo anterior, es frecuente la presencia de anemia por deficiencia de hierro entre los adolescentes. Debe recordarse que entre los beneficios que otorga el consumo de hierro está el mejoramiento del aprendizaje verbal y la memoria (Papalia et al., 2001).

Los adolescentes varones que muestran sobrenutrición tienden a ser más altos que el promedio. Las muchachas más delgadas son más altas que las demás y las más pesadas tienden a presentar la menarca con anterioridad. La desnutrición parece retardar el crecimiento, pero esto puede prevenirse mediante la implantación de dietas adecuadas de manera que el individuo alcance la estatura esperada de acuerdo a la información genética que posee su cuerpo (Grinder, 1997).

Como habíamos mencionado antes, la mujer adolescente requiere de un consumo de 2,200 calorías diarias, mientras que el varón necesita cerca de 2,800. Debido a un exceso en el consumo de calorías puede llegarse a la obesidad, la cual puede prolongarse hasta la adultez. Como contraparte, la determinación de no llegar a ser obeso puede dar lugar a trastornos como la anorexia y bulimia nervosas (Papalia et al., 2001). Se ha encontrado que hay algunas actividades que colaboran a la aparición de estos trastornos, como por ejemplo, deportes de alta competencia como gimnasia, natación, ballet, atletismo y patinaje artístico (Skolnick, 1993 citado en Papalia et al., 2001).

Un adolescente obeso puede estar desnutrido. Esto se debe a una falta de patrones alimentarios adecuados a sus necesidades. Entre los alimentos que se ingieren con frecuencia en esta edad están excesivas grasas y féculas, como contraparte, se encuentran deficiencias de proteínas, vitaminas y minerales. Otros factores influyen en que los adolescentes se vuelvan obesos: el aislamiento social, la inferioridad física, sentimientos de depresión y rechazo (Grinder, 1997).

Como ya se ha mencionado antes, los cambios producidos durante la pubertad, en donde hay una mayor acumulación de grasa en el cuerpo, lo cual es normal por cierto, pueden dar lugar a una imagen corporal negativa, lo cual es más frecuente que pase en mujeres en comparación con los hombres (Shapiro et al., 1967 citado en Grinder, 1997; Acosta García, 2000), con esto no se quiere decir que el hombre no esté expuesto a la presión por un ideal corporal (Ham et al., 1983

citado en McKay y Read, 1997). Así, al llegar a la adolescencia el deseo de una figura delgada incrementa (Gómez Peresmitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

Por último, el propósito de mencionar las características de la adolescencia mencionadas en este capítulo es tratar de brindar un panorama general de las situaciones y cambios a los que se enfrenta el adolescente, aunque cabe recordar que no todos los adolescentes son iguales, ni todos los adolescentes pasan por las mismas situaciones.

## CAPÍTULO V

### AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

#### CONCEPTO DE ESTRÉS

El ser humano se enfrenta continuamente a situaciones inesperadas. Continuamente escuchamos que la forma en la que reaccionamos está relacionada con el estrés. La palabra estrés viene del latín *stringere* que significa oprimir, apretar, atar. Esta palabra derivó a la palabra en francés que en español significa estrechar, rodear con el cuerpo, apretando con fuerza, acompañado de sentimientos opuestos. Se puede sofocar a alguien apretándolo con los miembros oprimiendo el corazón. También se deriva de *stringere* la palabra angustia, que implica sentimientos de abandono, de soledad, de impotencia, experimentadas durante alguna situación de necesidad, sufrimiento o peligro (Stora, 1992).

En el siglo XVII el significado de la palabra estrés implicaba sufrimiento, privación, privaciones y pruebas ante adversidades y consecuencias. Para el siglo XVIII el significado de consecuencia emocional del estrés se transforma en el sentido de su causa, es decir, se asocia con la presión, la fuerza y la tensión. Más adelante, en los años cincuenta, la noción de estrés junto con la consideración del factor emocional y las condiciones de vida en la prevalencia de enfermedades, permitió que se considerara la dimensión psicológica como catalizador en la enfermedad (Stora, 1992).

En 1966, Lazarus (citado en González-Forteza, 1992) propuso que se considerara al estrés como un concepto organizador que comprende una amplia gama de fenómenos que tienen lugar en la adaptación humana, y que, durante dicho proceso, se daban procesos cognitivos, acciones específicas y estilos de vida de forma automática y rutinaria.

Kaminoff y Proshansky (1982 citado en Valadéz, 1995) definen estrés como un patrón de respuestas fisiológicas, conductuales y psicológicas ante demandas del medio físico y social de alta magnitud de tal manera que se deben llevar a cabo actividades para enfrentarlo. Existe una base fisiológica para definir al estrés y determinar la vulnerabilidad de un individuo al estrés, la cual se evalúa en función de la homeostasis (Porges, 1992).

Omar (1995) define estrés como aquella fuerza que proviene del exterior actuando sobre un objeto o una persona, en donde los conflictos de rol, ambigüedad de rol, peligro de accidentes, etc., se consideran situaciones estresantes bajo las cuales una persona puede estar sometida. En

este sentido, se considera como estresor aquellas condiciones ambientales que provocan que una persona presente determinados tipos de respuesta ante ellas.

También se considera el estrés como una reacción en la cual se involucran condiciones somáticas y psicológicas de una persona de manera que al interactuar con una situación (estresor) se emite un conjunto de respuestas específicas (Magnuson, 1982 citado en Valadez, 1995).

Lazarus y Folkman (1991) definen estrés como una relación particular entre la persona y su medio que es evaluado por el sujeto como superior a sus recursos y que puede afectar su bienestar, en donde el estrés es en ocasiones el agente y en otros casos la respuesta.

Mahl (1953, citado en López-Becerra, 1999) menciona que existen demandas crónicas y agudas, estas son diferentes a partir de su intensidad y duración. Las personas manifiestan el estrés de forma diferente ante estos dos tipos de demanda aún cuando la pérdida fuera la misma en diferentes situaciones. "El estrés es una exigencia a las capacidades de adaptación de la mente y el cuerpo" (Fontana, 1992, p. 3).

Considerando las definiciones anteriores, podemos entender el estrés como el conjunto de respuestas fisiológicas, emocionales y conductuales que provocan un estado de alertamiento o activación general, el cual presenta un individuo ante situaciones que son interpretadas como amenazantes o peligrosas para su propio bienestar.

## SÍNDROMES Y SÍNTOMAS DEL ESTRÉS

McKay (1970, p. 9) menciona que el estrés es una combinación de tres factores o elementos, entre los que se encuentran el medio, los pensamientos negativos y las respuestas físicas, que dan lugar a una serie de reacciones, de manera que la persona se siente ansiosa, enojada o deprimida. De acuerdo a esto, existe dos maneras de explicar el síndrome del estrés:

1. Estímulo ambiental → activación fisiológica → pensamientos  
negativos = emoción dolorosa
2. Estímulo ambiental → pensamientos negativos → activación  
fisiológica = emoción dolorosa

La emoción se debe a las evaluaciones de los sucesos internos y externos. No se debe únicamente a la activación fisiológica. De esta forma sabemos que la elección de la forma de evaluación de la percepción sobre determinada situación da lugar a la respuesta emocional. La

emoción depende del pensamiento. Así, el síndrome del estrés crea un circuito de retroalimentación negativo uniendo mente y cuerpo. Cuando la persona siente cómo se activan diferentes partes de su cuerpo, puede interpretar esto como que está bajo un estado de ansiedad o miedo, lo cual da como resultado a su vez, una mayor activación fisiológica. Otra forma de este circuito de acuerdo a la segunda fórmula del estrés arriba escrita es que la persona interpreta una situación como peligrosa, ante la cual su cuerpo reacciona con una respuesta de alarma con taquicardia, movimientos intestinales, sudoración; luego piensa sobre el peligro que siente. De manera que para poder romper este circuito de retroalimentación negativo, se deben cambiar los pensamientos negativos, las respuestas físicas, o la situación (McKay, 1970).

Algunos síntomas del estrés son: ansiedad en situaciones específicas (exámenes, entrevistas, etc.), ansiedad de las relaciones personales, ansiedad general, depresión, desesperación, impotencia, ineficacia, baja autoestima, hostilidad, cólera, irritabilidad, resentimiento, fobias, obsesiones, tensión muscular, falta de decisión, gula, consumo de tabaco, problemas de bebida, juego de azar, derroche, dolor físico/enfermedad, compulsiones, insomnio, dificultad para conciliar el sueño, fantasías y conductas sexuales no deseadas, perfeccionismo (McKay, 1970), sudoración, incremento en la tasa cardíaca, disminución de la temperatura en las extremidades, incremento del flujo sanguíneo en los músculos (Domínguez, Hernández y Tam, 2002). Asimismo, cuando el organismo se enfrenta a situaciones amenazadoras se activan respuestas autónomas y endocrinas con el objetivo de movilizar los recursos de energía del cuerpo. Debido a la activación del sistema nervioso autónomo, las glándulas adrenales segregan epinefrina, la cual afecta el metabolismo de la glucosa, de manera que los músculos puedan estar disponibles para su movilización. Junto con la epinefrina, la norepinefrina estimula el incremento del flujo sanguíneo a los músculos. La norepinefrina también actúa en el cerebro como neurotransmisor, de manera que junto con el cortisol estimula respuestas conductuales (Carlson, 1996).

#### FUENTES DE ESTRÉS

Al inicio del estudio del estrés, se consideraba que los estímulos que producían este estado eran los estímulos físicos (Seyle, 1950 citado en Moya-Albiol y Salvador, 2001). Actualmente podemos considerar varios tipos de estresores que interactúan para producir estrés:

- Estresores ambientales: son aquellas condiciones que se encuentran en el medio y que producen estrés, por ejemplo, sustancias tóxicas, cambios de temperatura, ruido, etc. (Hollahan, 1982 citado en Valadez, 1995). Lazarus y Cohen (1977 citado en Valadez, 1995) consideran tres subtipos de estresores ambientales: fenómenos cataclísmicos (repentinos,

únicos y poderosos que afectan a muchas personas, universales), eventos o cambios poderosos (enfermedades, muerte, pérdidas, ruido, problemas de tránsito, etc.) y conflictos diarios (problemas constantes, repetidos, de baja dificultad y consecuencias).

- **Estresores fisiológicos:** son aquellos que producen dolor, tensión, fiebre, fatiga, además del ruido intenso, cambios bruscos de temperatura y pérdida de sueño. Los estados emocionales y anímicos también se interpretan como estados estresantes (Hamilton, 1982 citado en Valadez, 1995).
- **Estresores cognoscitivos:** son los eventos, procesos u operaciones que exigen un mayor esfuerzo de procesamiento (Hamilton, 1982 citado en Valadez, 1995).
- **Estresores psicogénicos:** eventos o su anticipación en cuanto a la percepción de consecuencias desfavorables para la persona (Hamilton, 1982 citado en Valadez, 1995), los cuales activan el sistema simpático y adrenomedular y afectan al sistema inmune (Cacioppo, 1994 citado en Moya-Albiol y Salvador, 2001).

Existen varios factores que producen estrés en las personas, acontecimientos de la vida diaria, acontecimientos extraordinarios o presiones continuas por tiempo prolongado. Zimbardo (1984) señala que las fuentes de estrés pueden dividirse en crisis en la vida y salud, colapso de redes sociales y estrés ocupacional. Por crisis en la vida y salud se entiende como una serie de cambios que se presentan en etapas críticas de la vida. Por otra parte, las personas que no tienen vínculos sociales tienden a presentar mayores niveles de estrés en comparación con aquellas que sí tienen relaciones sociales. El estrés ocupacional se refiere al conjunto de condiciones de trabajo que alteran la homeostasis fisiológica y/o psicológica de una persona.

Rowshan (2000) menciona que los agentes estresantes pueden dividirse en: predecibles e impredecibles. En los primeros se contemplan aquellos eventos que ocurren durante un periodo específico de tiempo, es decir, que corresponden a una etapa específica de la vida. Cada una de las etapas de la vida contiene eventos que representan retos o amenazas que pueden considerarse como estresantes, por ejemplo, en la adolescencia la adquisición de la identidad. Los segundos, en cambio, se consideran eventos inesperados que impactan significativamente la vida de un individuo, donde los accidentes, desastres naturales y enfermedades se consideran ejemplos de éstos.

### **Acontecimientos vitales estresantes**

Existe evidencia de las consecuencias negativas que tienen las adversidades y amenazas que se van presentando a lo largo de la vida, de manera que se han identificado algunos eventos

que se han denominado acontecimientos vitales estresantes, de manera que se pretende detectar factores de riesgo a favor de la prevención de enfermedades por medio de la identificación de las relaciones de éstos con los acontecimientos estresantes y la aparición de síntomas. Si se considera al estrés como un proceso que depende de las condiciones que el sujeto elabora con respecto a su entorno, las consecuencias derivarán de la percepción subjetiva de dicho evento. En un estudio realizado en 1967 por Holmes y Rahe se exploraron los valores estresantes atribuidos por las personas a diferentes situaciones, partiendo de un valor de 50 para la condición *matrimonio*, debido a que se considera una situación que exigen readaptaciones importantes tanto en el área personal como socioeconómica, considerándose entonces esta condición como punto de referencia (Valdés, 1985). Es importante considerar que de acuerdo a estos autores, cambios importantes relacionados con los hábitos alimentarios son considerados como eventos estresantes.

Tabla 1. Escala de Ajuste Social de Holmes y Rahe (SRRS) sobre el que se ha realizado la Escala de Acontecimientos vitales (SRE, Holmes y Rahe, 1967).

1. Muerte del cónyuge	100
2. Divorcio	73
3. Separación conyugal	65
4. Encarcelamiento o confinamiento	63
5. Muerte de un familiar cercano	63
6. Enfermedad o lesión personal grave	53
7. Matrimonio	50
8. Despido	47
9. Reconciliación conyugal	45
10. Jubilación	45
11. Cambio notable en la salud o en la conducta de un familiar	44
12. Embarazo	40
13. Dificultades sexuales	39
14. Existencia de un nuevo familiar (nacimiento, adopción, etc.)	39
15. Reajuste financiero importante (reorganización, quiebra, etc.)	39
16. Cambios importantes en el estado financiero (ganar)	39
17. Muerte de un amigo íntimo	37
18. Cambio a una línea o tipo de trabajo distinto	36
19. Incremento importante en las disputas conyugales	35
20. Desembolso mayor de \$ 100,000 (compra de casa, negocios, etc.)	31
21. Vencimiento de hipoteca o préstamo	30
22. Cambio importante en las responsabilidades de trabajo	29

23. Abandono del hogar por parte de algún hijo (independencia, matrimonio, etc.)	29
24. Problemas con la ley	29
25. Triunfo personal sobresaliente	28
26. Esposa que empieza o abandona el trabajo fuera de casa	26
27. Inicio o finalización de la escolaridad	26
28. Cambio importante en las condiciones de vida (nueva casa, detenero vida vecindario)	25
29. Cambio de hábitos personales (vestuario, amigos, etc.)	24
30. Problemas con los superiores	23
31. Cambio importante en las condiciones o el horario de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio a una nueva escuela	20
34. Cambio importante en el tipo y/o cantidad del tiempo libre	19
35. Cambio importante en la frecuencia de ir a la iglesia	19
36. Cambio importante en las actividades sociales (clubes, cine, visitas)	18
37. Contraer hipoteca o préstamo inferior a \$100,000 (coche, TV, etc.)	17
38. Cambio importante en los hábitos de sueño	16
39. Cambio importante en el número de familiares que viven juntos	15
<b>40. Cambio importante en los hábitos dietéticos</b>	<b>15</b>
41. Vacaciones	13
42. Navidad	12
43. Transgresión menor de la ley (manifestaciones, infracción de tráfico)	11

Fuente: Valdés (1985) p.p. 16-17.

Otra forma de afectar al organismo es la tensión crónica. Aquí no sólo se obliga al individuo a reaccionar ante un acontecimiento, sino que implica estilos de vida que contienen acontecimientos estresantes, estrategias de afrontamiento inadecuadas, cogniciones erróneas y dificultad para que el organismo vuelva a sus valores basales. En este caso es difícil identificar cuál es la causa y cual la consecuencia. De cualquier manera, el potencial de estrés se verá afectado por las experiencias previas, entre las que consideramos aprendizajes, entrenamientos y habilidades adquiridas.

Se consideran fuentes de estrés social las movilizaciones geográficas y la migración. Ambos son considerados factores de riesgo para enfermedades somáticas y otros trastornos emocionales.

La ausencia y desintegración de estructuras sociales pueden afectar y debilitar la resistencia mental de las personas (Stora, 1992).

#### EFFECTOS DEL ESTRÉS

Evans y Cohen (1987 citado en Valadez, 1995) clasificaron las áreas en las que influye significativamente el estrés en las siguientes:

- Efectos fisiológicos: Se activa el sistema nervioso simpático, lo que genera un aumento en la actividad de la glándula suprarrenal que da lugar a un incremento en catecolaminas y corticosteroides, lo que se traduce en un incremento de la tasa cardíaca, aumento de la presión sanguínea, respiración agitada, sudoración, activación electrodérmica y tensión muscular.
- Efectos en ejecución de tareas: Afecta la detección rápida, la atención sostenida o atención ante varios estímulos. También se puede mejorar o disminuir la memoria.
- Efectos en las conductas interpersonal y afectiva: Al presentarse mayor ansiedad, tensión o nerviosismo, la situación amenazadora se interpreta como más estresante, lo que puede generar conductas menos altruistas, más competitivas, hostiles y/o agresivas. Se dificulta la toma de decisiones debido a que no se consideran todas las posibilidades.
- Efectos en la conducta verbal y no verbal: Se presentan fallas en el habla como repeticiones, uso de muletillas, habla rápida, además de posturas corporales defensivas, menor contacto visual, conductas estereotipadas o manipulación de objetos.
- Efectos en los procesos de adaptación: Se pueden presentar problemas de ajuste emocional y social, disminuir la motivación, sobregeneralización de respuestas de afrontamiento, mayor susceptibilidad al desamparo aprendido, aumento de la agresividad, y mayor susceptibilidad a trastornos psicológicos y enfermedades infecciosas.

Carlson (1996) menciona que la exposición a eventos que producen estrés puede ser dañino para la salud, y que se asocian algunas enfermedades a éste, tal es el caso de las úlceras pépticas, ataques cardíacos, apoplejías, asma, problemas menstruales, cefaleas y urticarias. Estas condiciones suelen no presentarse si los eventos estresantes ocurren con baja frecuencia, pero a manera que se eleva la frecuencia de éstos, los efectos a largo plazo sobre la salud se vuelven importantes. Por su parte, Fernández y Edo (1994) mencionan que los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés por sí solos no son un agente patógeno, pero sí representan un riesgo que hace más vulnerables a las personas ante las enfermedades. Aunque algunas tendencias

emocionales pueden convertirse en riesgos específicos para enfermedades concretas, riesgo que se incrementan al presentarse exposiciones al estrés por tiempo prolongado y de alta intensidad.

Aldwin y Stokols (1988 citados en Valadez, 1995) mencionan que el estrés también puede tener efectos positivos, los cuales se pueden observar cuando se fortalece el sistema inmunológico, aumenta la creatividad, se mejora la memoria, se favorece la autoestima, se realizan tareas con mayor precisión, se fortalece la identidad o mejora la cohesión ante situaciones de adversidad en condiciones estresantes.

Meichenbaum (1987) menciona que las respuestas fisiológicas no conforman por sí mismas un estado de estrés, de manera que no necesariamente en todos los casos se generan efectos que afecten la fortaleza de una persona. Tiene mayor importancia la manera en que se perciben eventos y cambios en la determinación de dichos efectos.

#### **AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS (COPING)**

De acuerdo a una perspectiva psicoanalista de la psicología del ego, el afrontamiento es el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles encaminados a la solución de problemas, y que por lo tanto, reducen el estrés. Por otra parte, de acuerdo al modelo psicoanalista de la psicología del yo, procesos como las formas neuróticas de adaptación, la fragmentación o fracaso del ego o procesos regresivos así como otras defensas, se emplean para manipular la relación individuo-entorno (Lazarus y Folkman, 1991).

El afrontamiento es cualquier respuesta, conductual o psicológica, que tiene como meta reducir las cualidades aversivas del estrés. Esto incluye, por supuesto, los intentos llevados a cabo por la persona para soportar y vencer al estresor. El afrontamiento es un proceso que comprende el reconocimiento de una serie de condiciones y situaciones ante las cuales se genera una respuesta a la amenaza o daño experimentado o percibido ante tal situación. Además están involucradas reacciones de activación por parte del organismo (Fleming, Baum y Singer, 1984 citado en Valadez, 1995).

Lazarus y Folkman (1991) consideran que el afrontamiento al estrés es un rasgo que depende de las características del individuo que le predisponen a reaccionar de determinada manera. Estos mismos autores lo definen también "como 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" (p. 164). Esto indica que el afrontamiento se empleará ante condiciones en las que el individuo se encuentre bajo estrés psicológico ante el cual se necesite un cambio. Cabe mencionar la importancia de la palabra *esfuerzo* en esta definición debido a que estos autores consideran que hay situaciones que no pueden dominarse, y en dichas situaciones las acciones encaminadas a tolerar, minimizar, aceptar o incluso negar aquello que no se puede dominar, se considerarán formas de afrontamiento eficaces. En este sentido se excluyen comportamientos y pensamientos automatizados al no requerir esfuerzo.

Friedman (1989 citado en Valadez, 1995) reconoce en el afrontamiento un conjunto de interpretaciones y comportamientos empleados con la finalidad de protegerse ante un posible daño en nuevas situaciones. Entonces, se considera el afrontamiento como un mediador entre el impacto de los estresores y la salud de un individuo.

Omar (1995) menciona que se entiende por coping o estilos de afrontamiento a las diferentes formas de respuesta que presentan las personas cuando se encuentran ante eventos amenazantes o estresantes. Así, el afrontamiento engloba respuestas tanto cognitivas como conductuales empleadas con el objeto de manejar y tolerar el estrés. Las habilidades empleadas en el afrontamiento al estrés constituyen un factor de especial importancia en relación con la salud y la enfermedad, además de conformar características estables tanto de la propia persona, como del medio en el cual se desempeña (Omar, 1985). Por otra parte, es necesario considerar el tipo de estresor y los recursos internos y externos de la persona para poder determinar la respuesta de afrontamiento (Seiffge-Krenke, 1995).

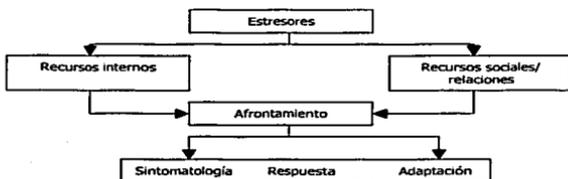


Fig. 1 Modelo de estrés, afrontamiento y respuestas en la adolescencia

Fuente: Seiffge-Krenke (1995) p. 28.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Barrero (2000) menciona que no existe una forma de afrontamiento universal que funcione para todas las personas en todas las circunstancias. Los estilos de afrontamiento se eligen y aprenden dependiendo de características individuales y del ambiente. Afirma que sí existe una forma de controlar el estrés de manera eficaz: aceptar que no todo se puede cambiar, tener el valor de cambiar lo que sí se puede cambiar y aprender a diferenciar entre una y otra condición.

Las personas actúan de manera diferente ante situaciones amenazantes. Influyen factores personales como umbrales de sensaciones biológicas y psicológicas, inteligencia, capacidad verbal, tipo de personalidad, experiencias previas y creencias sobre el control de la propia vida. También deben considerarse factores externos como escolaridad, edad, profesión, ingresos, etc. (Stora, 1992).

#### EL AFRONTAMIENTO COMO PROCESO

Lazarus y Folkman (1991) consideran que el afrontamiento como proceso se debe a tres aspectos: en relación a las observaciones vinculadas a lo que la persona realmente piensa o hace en contraposición a lo que generalmente hace (rasgo), relativo a las condiciones o contexto específico en el que el individuo piensa o hace algo, y en cuanto a que referirse a un proceso de afrontamiento implica hablar de un cambio en pensamientos y acciones producto de la interacción entre éstos. Se consideran como cambios a las continuas evaluaciones o reevaluaciones de la relación individuo-entorno. Algunos autores consideran que el afrontamiento como proceso integra un conjunto de etapas que son la forma en la que los individuos van reaccionando ante determinadas situaciones.

#### Etapas en el proceso

De acuerdo con Shontz (1975 citado en Lazarus y Folkman, 1991), la primera etapa en el afrontamiento es la de *shock*, la cual se manifiesta cuando un suceso ocurre sin previo aviso, en donde se presenta un sentimiento de distanciamiento, en ocasiones acompañado de lucidez y eficacia tanto en el pensamiento como en la acción. La siguiente fase es la de encuentro, caracterizado por desesperanza, pánico y desorganización. Ésta va seguida de la fase de retirada, la cual va siendo poco a poco abandonada y en su lugar sigue la comprobación de la realidad. La fase de retirada permite al individuo prevenir temporalmente el desmoronamiento. Se dice que el proceso de afrontamiento se ha completado satisfactoriamente cuando poco a poco disminuye la frecuencia de estos ciclos hasta desaparecer.

Wortman y Brehm (1975 citado en Lazarus y Folkman, 1991) también proponen un modelo por etapas basado en el concepto de reactancia, es decir, la respuesta de enfado y una creciente motivación que se presenta en una persona con el objetivo de vencer las barreras que pudieran restringir su libertad de acción. La secuencia de reacciones con objeto de recuperar el control sigue el modelo fortalecimiento-depresión. Si los esfuerzos realizados fracasan aumentarán paulatinamente la pasividad y la depresión. Esto no significa que la secuencia iría necesariamente del fortalecimiento a la depresión.

#### FUNCIONES DEL AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Lazarus y Folkman (1991) mencionan que el afrontamiento, de acuerdo a su perspectiva, puede tener múltiples funciones, además del manejo del estrés. White (1974, citado en Lazarus y Folkman, 1991) menciona que algunas de estas funciones son: asegurar la información adecuada del entorno, mantener condiciones satisfactorias tanto para la acción como para el manejo de la información, y mantener la autonomía o libertad para emplear el propio repertorio de movimientos de acuerdo a un modelo flexible de expresión. Por su parte, Mechanic (1974 citado en Lazarus y Folkman, 1991) señala que también son funciones el afrontar las demandas sociales y del medio, crear la motivación necesaria para enfrentarse a tales demandas, y mantener el equilibrio psicológico de manera que se pueda destinar tanto energía como recursos a las demandas externas. También hay funciones en condiciones específicas como en la enfermedad, exámenes, etc., pero estas funciones serán menos generales.

#### FORMAS DE AFRONTAMIENTO

Lazarus y Folkman (1991) consideran dos formas de afrontamiento al estrés:

- Dirigidas a la emoción: se presentan generalmente cuando se ha dado una evaluación de que no se puede cambiar o modificar las condiciones amenazantes o desafiantes del medio. Aquí se emplean tres tipos de estrategias: a) estrategias que disminuyen el grado de trastorno emocional: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos; b) estrategias que aumentan el grado de trastorno emocional: autorreproche o autocastigo, sentirse verdaderamente mal o precipitarse a sí mismos a la acción; y c) estrategias que modifican la forma de vivir la situación: reevaluación. Esto no incluye las reevaluaciones defensivas porque no constituyen formas de afrontamiento al distorsionar la realidad.

- **Dirigidas al problema:** aparecen cuando el individuo considera que las condiciones pueden ser modificadas. Implica el empleo de estrategias que contemplen un objetivo, un proceso analítico dirigido al entorno y al interior del sujeto. Se consideran dos tipos de estrategias: a) estrategias dirigidas al entorno: modifican las presiones ambientales, obstáculos, recursos, procedimientos, etc.; y b) estrategias dirigidas al sujeto: encargadas de cambios motivacionales o cognitivos. Por ejemplo, variación del nivel de aspiraciones, búsqueda de canales distintos de gratificación, desarrollo de nuevas pautas de conducta, etc.

Ambas formas de afrontamiento pueden interferir entre sí, de manera que pueden facilitar o no el afrontamiento.

Folkman y Lazarus (1985, citado en González Forteza, 1992) encontraron que las respuestas de afrontamiento ante una situación estresante pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. Enfrentamiento confrontativo
2. Distanciamiento
3. Auto-control
4. Búsqueda de apoyo social
5. Aceptación de la responsabilidad
6. Evitación-escape
7. Planeación de la solución del problema
8. Reevaluación positiva

#### RECURSOS PARA EL AFRONTAMIENTO

Antonovsky (1979 citado en Lazarus y Folkman, 1991) menciona que los recursos generalizados de resistencia son aquellas caracterizan que facilitan el manejo del estrés, siendo importantes características físicas, bioquímicas, materiales, cognitivas, emocionales, de actitud, interpersonales y macrosocioculturales.

Por otra parte, Lazarus y Folkman (1991) identificaron algunas categorías en las que se encuentran recursos importantes en el afrontamiento al estrés:

- **Salud y energía:** el bienestar físico ayuda a la persona a resistir problemas e interacciones estresantes y le permite movilizarse adecuadamente.
- **Creencias positivas:** aquellas que sirven de base para la esperanza y favorecen el afrontamiento en las condiciones difíciles. Una creencia general sobre un locus de control interno produce una mayor actividad y persistencia en el afrontamiento que la creencia en un locus externo.

- Técnicas para la resolución del problema: incluyen habilidad para conseguir información, analizar situaciones, examinar posibilidades y alternativas y en base a eso elegir un plan de acción eficaz.
- Habilidades sociales: se refieren a la capacidad de comunicación y actuar con los demás de manera adecuada y eficaz.
- Apoyo social: tener alguien de quien recibir apoyo emocional y de información.
- Recursos materiales: dinero, bienes y servicios. Éstos aumentan las opciones de afrontamiento si se saben emplear adecuadamente.

Rowshan (2000) menciona que dentro de las habilidades para el manejo del estrés es importante reconocer y expresar los sentimientos propios, comunicarse asertivamente, establecer objetivos, no aplazar la toma de decisiones y dirigir las acciones a favor de la resolución de problemas.

Ciertas condiciones limitan el empleo de los recursos de afrontamiento, tanto personales como ambientales. Algunos de los factores que pueden comprometer el afrontamiento son la tolerancia a la ambigüedad, los problemas con figuras de autoridad, necesidad de dependencia, etc. Por otra parte, se consideran condicionantes ambientales el dinero, opciones que ofrece el entorno, las amenazas (Lazarus y Folkman, 1991).

Sidle, Moos, Adams y Cady (1969, citado en González-Forteza, 1992, p. 22) encontraron 10 estrategias de afrontamiento entre población estudiantil: 1) tratar de saber más acerca de la situación; 2) hablar con un familiar, amigo o profesional sobre la situación; 3) encontrar el lado positivo del problema; 4) no preocuparse; 5) mantener la mente ocupada en otras actividades; 6) encontrar aprendizaje a partir de la experiencia; 7) prepararse para lo peor; 8) contemplar varias alternativas de acción; 9) analizar la experiencia pasada y recapitularla; y 10) tratar de reducir la tensión bebiendo, comiendo, fumando más o haciendo ejercicio.

### **Dimensiones para el control del estrés**

Rowshan (2000) menciona que existen 4 dimensiones bajo las cuales el control del estrés se puede llevar a cabo de manera efectiva:

- Dimensión física: Es la dimensión más elemental. Cuando el estrés no se emplea a favor de la resolución de la situación estresante, se puede afectar varios sistemas del cuerpo. El estado de relajación refuerza el sistema inmunológico, lo cual se puede llevar a cabo a través de técnicas de relajación progresiva, respiración y masajes, por ejemplo. Por otra parte, una dieta

adecuada disminuye la propensión al estrés, mientras que en una situación estresante se consumen grandes cantidades de carbohidratos, grasas y proteínas.

- Dimensión mental: Herramientas como la visualización, el entrenamiento autógeno (sugestión por medio de frases), el discurso interior (combatir el efecto de los pensamientos negativos sobre las reacciones físicas y emocionales a través de frases positivas empleadas en situaciones reales) y el cambio de marco (eliminar suposiciones que inducen a estados de tensión) pretenden que a través de la modificación de pensamientos negativos en positivos, se logre una adaptación eficiente a las situaciones cotidianas.
- Dimensión emocional: Es conocido que los grupos de apoyo, la familia, la pareja, los amigos y el trabajo terapéutico con un profesional, funcionan como fuente de apoyo emocional al poder hablar de los problemas. Así mismo, cabe resaltar que el empleo de la risa, el tacto, y sentimientos como el amor aplicados a nuestra vida diaria colaboran positivamente en el control del estrés. También se deben considerar las formas de control de las emociones como un recurso muy eficiente en este rubro, en donde la postura, el clima, la iluminación, los colores, los sonidos, participan significativamente.
- Dimensión espiritual: Se propone que la oración, la meditación, el perdón (renunciar a sentimientos del pasado), y la fe (nuestras creencias rigen nuestra vida) se empleen como recursos para alcanzar y mantener estados de relajación que le permitan tomar mejores decisiones, aceptar sentimientos y evaluar las formas de acción que considere más eficientes para disminuir el estrés.

#### MODELOS REFERENTES A LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO O COPING

##### **Modelo de la desesperanza/indefensión (Helplessness model)**

Seligman (1975 citado en Valdés, 1985) propuso una teoría atribucional para estudiar el estrés y sus efectos en la cual se relacionan los efectos desorganizadores de aprendizajes adquiridos a partir de atribuciones peculiares. En una situación de indefensión, la persona elabora cogniciones o atribuciones protectoras o insalubres de manera que se habla de una situación de desesperanza.

##### **El modelo fenomenológico cognitivo**

Lazarus y Folkman (citados en Omar, 1995) proponen un modelo en el cual el afrontamiento es visto como un proceso en el que no se reduce apropiadamente el estrés sino que se refiere al intento del individuo por tomar el control y manejo de una situación estresante. Así, se

consideran dos métodos de afrontamiento: comportamental y cognitivo, mientras que también consideran dos tipos de estrategias:

- Enfocadas en el problema o de aproximación
- Enfocadas en la emoción o de evitación.

En este modelo se considera que la evaluación cognitiva es el proceso por medio del cual cada individuo evalúa la importancia de la interacción entre el medio y su bienestar, la cual es denominada evaluación primaria. A partir de esta evaluación, la persona considera las posibles formas de afrontamiento, lo cual forma parte de la evaluación secundaria. El afrontamiento es el proceso que media las relaciones entre estrés y la adaptación somática y psicológica. Si se llevan a cabo aprendizajes desadaptados se atribuyen a desajustes entre la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento. Este modelo enfatiza en la importancia de la interacción entre la evaluación que hace un individuo del estímulo y las demandas de dicho estímulo sobre la persona, de manera que el estrés no estará determinado únicamente por la naturaleza de un estímulo ni por las características de un sujeto como factores aislados.

La evaluación primaria del estrés puede ser de tres tipos: daño-pérdida, amenaza y reto. En los tres casos el sujeto obtiene evaluaciones negativas de su estado presente o futuro en términos de bienestar, aunque con el reto se obtienen menos evaluaciones negativas y un sentimiento más positivo. Lo que marca la diferencia entre amenaza y reto son el tono afectivo y el potencial de ganancia que les acompañan. En la evaluación secundaria, se evalúan otros aspectos de la situación, como las relaciones ambientales. Ambas evaluaciones influyen en la otra (Seiffge-Krenke, 1995).

#### Modelo bidimensional de estrategias intrapsíquicas de Krohne

Krohne (1989 citado en Omar, 1995) plantea que existen dos tipos de estrategias de afrontamiento: vigilancia y evitación o prevención cognitiva. Con vigilancia se refiere a un procesamiento intensificado de la información que el sujeto considere relevante de manera que gane control y protección contra la amenaza. En el caso de la evitación o prevención cognitiva se hace alusión a una disminución de la activación fisiológica por medio de una retirada de la información que pudiera ser amenazante. Este modelo es determinado disposicionalmente de manera que considera aquellas estrategias que tienen como objetivo modificar la representación subjetiva de elementos objetivos asociados con una situación amenazante. Cuando se emplea con alta frecuencia estrategias de vigilancia, se emplean escasamente estrategias de evitación cognitiva y viceversa. Así, se puede distinguir a personas sensitivas (vigilancia rígida), represivas (prevención

cognitiva rígida), ansiosas (afrentamiento inestable), y no defensivas (empleo flexible de estrategias). Por lo anterior, este modelo considera cuatro estilos de afrontamiento:

- Sensitivo: alta vigilancia, baja prevención cognitiva.
- Represivo: alta prevención cognitiva, baja vigilancia.
- Ansioso: altos puntajes en ambas escalas.
- No-defensivo: bajos puntajes en ambas dimensiones.

#### Modelo multifactorial del control percibido de Bryant

Bryant (1989 citado en Omar, 1995) explica las formas en que las personas califican el control que tienen sobre eventos y sentimientos en relación con experiencias positivas y negativas. Así, las personas pueden llegar a cuatro autoevaluaciones que corresponden a su habilidad para mantener el control: evitar resultados negativos; soportar los resultados negativos; conseguir o lograr resultados positivos, y gozar o disfrutar de los resultados positivos. De estas cuatro, se considera que se encuentran más relacionadas con la percepción subjetiva del estrés evitar los resultados negativos y soportar los resultados positivos.

#### Modelo transaccional de las relaciones diádicas del apoyo de Schwarzer y Leppin

Schwarzer y Leppin (1991 citado en Omar, 1995) plantean un modelo en el cual el proceso estrés-afrontamiento está afectado por la integración social, el apoyo cognitivo social (información que le ayuda a la persona a percibir que es estimado, cuidado y valorado por los que se encuentran en su entorno), y el apoyo comportamental. Estos factores se correlacionan con la personalidad, el estrés, el afrontamiento y procesos patogénicos. Los procesos relacionales sociales pretenden separar tres aspectos de la relación social: el estrés, la personalidad y la salud.

#### Modelo multivariado de estrés de Cervantes y Castro

Cervantes y Castro (1985, citado en López-Becerra, 1999) reconocen la importancia de los antecedentes, los mediadores personales y ambientales, las consecuencias en el campo de la salud mental, en relación a eventos de vida y estresores crónicos. La interacción persona-ambiente es importante, aunque se deben considerar también variables situacionales en su contexto temporal. Los estresores potenciales se clasifican en dos categorías: inherentes o universalmente aversivos y simbólicos o personal/culturalmente aprendidos. La evaluación del estrés es importante así como los mediadores internos, como son las variables de personalidad, actitudes, valores y creencias culturales, y los mediadores externos que son las fuentes de información ambientales. Al final se

consideran las respuestas de afrontamiento, las cuales se clasifican en directivas-activas, paliativas o intrapsíquicas y de resignación. Las consecuencias en la salud mental están determinadas en el sentido de la efectividad o no de las respuestas de afrontamiento ante los estresores.

#### OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS

Dentro de los estilos cognitivos propuestos tradicionalmente encontramos los controles cognitivos, cuyo propósito es mantener la estabilidad entre actitudes y orientaciones del individuo de acuerdo a las demandas de la realidad. Uno de estos controles es el de nivelamiento-agudización, el cual busca un equilibrio entre estímulos nuevos y recuerdos de experiencias previas; en el nivelamiento se busca observar las similitudes mientras que en la agudización las diferencias. También son controles cognitivos la focalización, importante en la determinación de la atención ante determinadas situaciones; el rango de equivalencia, el cual permite establecer juicios para discriminar similitudes y diferencias; el control flexible y estrecho, el cual determina la respuesta que se presentará ante la percepción de situaciones incongruentes; y la tolerancia a experiencias irreales, la cual se emplea para responder ante situaciones que retan a la persona en cuanto a los conocimientos que emplea usualmente en cuanto a la realidad externa. Otro estilo cognitivo es la dependencia e independencia de campo, es decir, la independencia brinda a los individuos la capacidad de reestructurar los componentes de un estímulo en mayor grado de manera que se reacciona con afrontamiento positivo ante las situaciones estresantes. Un rasgo de afrontamiento hace referencia a las propiedades que posee una persona y que emplea en determinadas situaciones (por ejemplo, la represión-sensibilización, el mal humor y buen humor, afrontamiento-avoidancia, o control-brusquedad) (Lazarus y Folkman, 1991).

#### Apoyo social

En este caso, se habla de la percepción de tener apoyo social. Esta percepción parece ser eficaz y no sólo eso, sino que también puede estimular y mejorar las estrategias de afrontamiento, de manera que se empleen en menor medida otros mecanismos de defensa. Una persona se siente apoyada socialmente cuando se le expresa afecto positivo, acuerdo y sintonía, se le alienta a la expresión de ideas y sentimientos y se le ayuda de forma material (Valdés, 1985).

Hirsch (1985 citado en González Forteza, 1992) encontró que es importante para los adolescentes el apoyo social de los amigos así como una vida escolar satisfactoria, de manera que

si estas dos condiciones se asociaban se reducía sintomatología psicológica como somatización, rumiación obsesivo-compulsiva, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad.

#### Estrategias de reestructuración psíquica

Conforman un conjunto de estrategias de afrontamiento que busca neutralizar la experiencia estresante en caso de no ser modificadas por aquellas que eliminan la amenaza objetiva. Por lo tanto, implican cambios de actitud y posición psicológica de la persona con respecto del estresor, es decir, el sujeto reestructura su medio interno de manera que amortigua los efectos de la interacción con el entorno (Valdés, 1985).

#### Conductas defensivas

Estos comportamiento son próximos a modificar el estado de las cosas. En este caso nos referimos a las conductas sustitutivas, dentro de las cuales se busca el desplazamiento de la agresión y la autoestimulación. Ejemplo de estas conductas son: fumar, beber, comer, trabajar, practicar la sexualidad o hacer ejercicio. Estas acciones no están encaminadas a que se reciban estímulos alternativos a aquellos que generan tensión. Por lo tanto, no son conductas realmente adaptativas al no operar con éxito sobre el entorno ni ser estrategias muy seguras o eficaces.

#### Alexitimia

En este caso, la persona es incapaz de traducir la vida emocional a su correspondencia racional de manera que el pensamiento que posee es concreto o preoperatorio, le falta imaginación y fantasías determinadas por sentimientos e impulsos. De esta forma, los sujetos responden al estrés somatizando, no pueden disfrutar el placer ni expresan afectividad en su vida excepto en algunos accesos de emotividad incontrolada (Nemiah et al., 1976 citado en Valdés, 1985).

#### CLASIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En la identificación de diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, se han encontrado algunas específicas, tal es el caso de la reducción de la tensión, el autorreproche, la búsqueda de apoyo social, el distanciamiento del problema, la focalización sobre lo positivo, el autoaislamiento, la manifestación de las emociones, la solución del problema de manera activa, respuestas de evitación, depresivas o cogniciones confortables (Omar, 1995).

Tabla 2. Clasificación de tipos de estrategias de afrontamiento de acuerdo a algunos autores.

Tipos de estrategias	Autores
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfocada en el problema vs</li> <li>• enfocada en la emoción</li> </ul>	Folkman y Lazarus (1980) Bachrach y Zautra (1985)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• aproximación vs</li> <li>• evitación</li> </ul>	Ruth y Cohen (1986)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• evitación vs</li> <li>• no-evitación</li> </ul>	Suls y Fletcher (1985)  Krohne (1989)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• comportamental vs</li> <li>• cognitiva</li> </ul>	Stephoe (1989)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• solución de problemas</li> <li>• autocrítica</li> <li>• pensamientos ansiosos</li> <li>• evitación del problema</li> <li>• búsqueda de soporte social</li> <li>• reestructuración cognitiva</li> <li>• expresión emocional</li> </ul>	Tobin, Holroyd, Wigal y Reynolds (1989)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• búsqueda de apoyo social</li> <li>• habilidad para solucionar problemas</li> </ul>	Dubow, tsak, Causey, Hryshko y Reid (1991)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• búsqueda de apoyo social</li> <li>• solución de problemas</li> <li>• rechazo o negación</li> </ul>	Kendler, Kessler, Heath, Neale y Eaves (1991)

Fuente: Omar (1995) p. 27.

Se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento focalizadas en vigilancia y prevención cognitiva, los recursos de afrontamiento como alta autoestima, sentido de control y soporte social percibido pueden cumplir una función amortiguadora del estrés de manera que se aumenta la capacidad de la persona para reajustarse y minimizar la probabilidad de desórdenes psicofisiológicos. Como sabemos, en ocasiones el humor se emplea para disminuir la tensión en una discusión o para evitar que sea aburrida. A su vez, el optimismo-pesimismo es un índice de ajuste social. Una persona con altos puntajes de pesimismo, presentará rasgos de depresión, deficiente salud física y bajas funciones inmunológicas. Teóricamente se ha tratado de describir el papel del humor ante el estrés, aunque en la práctica dicho rol no es claro del todo (Omar, 1995).

## AFRONTAMIENTO Y PERSONALIDAD

La habilidad para poder manejarse con estresores, depende de los recursos de afrontamiento que el sujeto tiene disponibles. Dichos recursos son características estables de la persona o del medio en el cual se desenvuelve. Así, algunas dimensiones de personalidad estables se asocian con el estrés, siendo buenos predictores de problemas de salud. Se ha observado que el neuroticismo es un predictor muy fuerte del estrés. En comparación con los introvertidos, los extravertidos son más resistentes al estrés debido a que son menos sensibles a las señales de amenaza, reaccionan menos ante los estímulos aversivos y toleran en mayor cantidad altos niveles de activación. Omar (1995) encontró que algunos patrones de afrontamiento tienen cierta consistencia con los tipos de personalidad: entre los extrovertidos predomina la búsqueda de apoyo social y la solución activa del problema, lo cual se puede esperar de acuerdo a la predisposición a la sociabilidad que caracteriza a las personas que poseen en mayor medida esta dimensión de la personalidad. La estrategia de evitación se encontró en mayor medida en individuos de temperamento ansioso. La combinación de neuroticismo e introversión da lugar a altos niveles de ansiedad y aumento de afectos negativos. Entre los individuos varones neuróticos se presenta la tendencia a no enfrentar el problema, mientras que las mujeres predomina la estrategia de evitación. En esta investigación se sugirió que el estrés es un factor en el desarrollo de síntomas depresivos.

## AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y ESTEREOTIPOS SEXUALES

Algunas estadísticas muestran que las mujeres tienden a padecer en mayor frecuencia trastornos emocionales que los hombres, aunque éstos últimos padecen enfermedades relacionadas con el estrés. De cualquier forma, no se tienen indicadores precisos sobre cuál sexo se enfrenta mejor al estrés. Por otra parte, las mujeres enfrentan mucho más estrés en relación a posición social baja, incertidumbre, impotencia y monotonía. En el caso de los varones, éstos se enfrentan al estrés por las horas insociables, problemas con los jefes, conflictos con colegas y responsabilidades relativas al trabajo. Culturalmente las mujeres pueden reaccionar ante situaciones estresantes llorando, renunciando, ausentándose y con debilidad general, mientras que a los varones les es permitido enojarse, agredir y autoafirmarse, es decir, pelearse (Fontana, 1992).

Las mujeres de esta época, a diferencia de otras épocas, se enfrentan a situaciones estresantes relacionadas al trabajo, por citar un ejemplo. Se ha encontrado que algunos síntomas que presentan las mujeres ante el estrés son: amenorrea, tensiones premenstruales, cefaleas, depresión postparto, melancolía y depresión menopáusicas, vaginismo, frigidez y esterilidad.

También se consideran dentro de este apartado la anorexia, la bulimia, trastornos por angustia y depresión. El sentimiento de pérdida de control sobre el cuerpo genera angustia y esto aumenta la percepción de la situación amenazante (Stora, 1992).

### **AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN LA ADOLESCENCIA**

La adolescencia puede ser un periodo de tensión alta debido a factores culturales e históricos (Craig, 1994). Bosma y Jackson (1990, citados en Seiffge-Krenke, 1995) mencionan que esta etapa puede ser un periodo de afrontamiento al estrés efectivo y exitoso debido a la adaptación que se logra en esta edad al enfrentarse el adolescente a una serie de cambios relacionados a su desarrollo, así como a problemas y tareas propios de la edad.

En un estudio realizado con adolescentes mexicanos, se encontró que los hombres de secundaria definieron el término estrés como cansancio, enojo, depresión, aburrimiento, nervios, inquietud y problemas de dolor. Por su parte, las mujeres lo definieron como cansancio, aburrimiento, enojo, nerviosismo, depresión, desesperación y enfermedad (Jiménez, González-Forsteza, Mora y Gómez-Castro, 1995).

Algunos estudios han mostrado que las mujeres adolescentes tienden a recurrir a contactos sociales cuando afrontan problemas. Por otra parte, los hombres tienden a disminuir la naturaleza estresante de una situación problemática. En el modelo de estrés, afrontamiento y relaciones sociales en la adolescencia, se considera importante tomar en cuenta los siguientes aspectos relacionados con el afrontamiento al estrés y la adaptación en la adolescencia: a) la naturaleza específica del estresor, la evaluación individual del evento y las estrategias de afrontamiento a seguir, c) los recursos internos como la estructura de la personalidad o el autoconcepto, y d) los recursos sociales como soporte y asistencia de afrontamiento por parte de los padres y amigos. Los adolescentes atribuyen con cierta consistencia los efectos limitados del afrontamiento a barreras externas y situacionales y en menor medida a sus propios esfuerzos. Las respuestas de afrontamiento que presentan con mayor frecuencia corresponden a la categoría de afectos negativos y procesos cognitivos de reflexión y evaluación de la situación, mientras que las acciones no fueron tan frecuentes. En este caso, la probabilidad de control y cambio se asociaron más al afrontamiento del foco del problema en lugar de las características propias. Existen diferencias de género que marcan discrepancias en la percepción de la estructura de los eventos. Las mujeres reportaron más eventos relacionados con la identidad y estresores referentes a las relaciones sociales en comparación con los hombres, ellos en cambio, sentían más amenazante un evento y fueron más pesimistas en el sentido de las oportunidades de resolver conflictos subyacentes. Por

otra parte, se ha encontrado que los varones tienen mayor habilidad para separarse del problema independientemente de que éste se resuelva o no (Seiffge-Krenke, 1995).

Seiffge-Krenke (1995) realizó un estudio en el que se identificaron algunos dominios de eventos considerados como estresantes particularmente en adolescentes. Los dominios fueron los siguientes:

- Sobre sí mismo: Con frases como "me sentí solo(a)", "fui humillado(a)", "estoy insatisfecho(a) con mi apariencia".
- Relaciones románticas: "me enamoré"
- Pares/amigos: "he tenido algunos problemas con mis amigos"
- Escuela: "obtuve bajas calificaciones", "discutí con mi profesor(a)"
- Padres: "tuve una discusión con mis padres"
- Político/Futuro: "un evento político/futuro me afectó mucho"
- Eventos de vida críticos: "tuve una experiencia muy estresante".

Las dimensiones de afrontamiento fueron divididas en varias categorías: relacionadas con el afecto, relacionadas con la cognición y relacionadas con acciones. En el primer caso, se identificaron 10 tipos de dimensiones: afectos difusos, enojo, disgusto, miedo, culpa/pena, desesperación, decepción, alegría, afecto y empatía. Para la segunda categoría se identificaron: diferenciación, reflexión, anticipación, cavilación, evaluación realista, autoconfianza, autocrítica, optimismo, pesimismo, trivialidad, derogación e intención de actuar. Para la tercer categoría: comienzo de iniciativas, empleo de recursos sociales/discutir con alguien, búsqueda de ayuda, resistencia, encontrar soluciones, sumisión, retirada, incertidumbre sobre qué hacer, y pasividad/hacer nada. En este estudio, la insatisfacción con la apariencia se mostró en mayor medida en las adolescentes mujeres en comparación con los varones, en donde se encontró que recurrían a una mayor autocrítica y mal humor, además de una serie de actividades encaminadas a resolver el problema con la insatisfacción con la apariencia. Asimismo, las chicas mostraron más sentimientos negativos en este rubro en comparación con los varones. Por otra parte, los eventos de vida, que los adolescentes identificaron como más estresantes fueron: enfermedades graves, divorcio y partida de algún miembro de la familia fuera de casa, discriminación a extranjeros, presenciar o estar involucrado en algún accidente, desempleo de amigos o familiares, despido. Las chicas refirieron en mayor medida haber experimentado situaciones muy estresantes. Los estresores que se encontraron son: relacionados con la escuela, presión, nerviosismo ante los exámenes y bajas calificaciones; relacionados con la familia, como problemas de comunicación, limitación de autonomía, obligaciones y demandas de los padres; asociados con relaciones sociales;

y relacionados con el futuro y la política. En este último caso, los adolescentes presentaron preocupación por situaciones que todavía no estaban experimentando. Por último, los adolescentes expresaron sus sentimientos, pero percibían muchas barreras para poder actuar ante las situaciones.

Díaz Guerrero (1973 citado en González Forteza, 1992) encontró en adolescentes de 14 años en una investigación con niños de diferentes países, que existen premisas histórico-socio-culturales que determinan los estilos de afrontamiento.

Por otra parte, el estrés y la imagen corporal están relacionados en esta etapa. La excesiva publicidad enfocada hacia las adolescentes, quienes son más susceptibles de la influencia de este tipo de publicidad, provocan efectos negativos sobre la satisfacción hacia la imagen corporal, relacionándose con depresión, estrés, culpabilidad, pena, inseguridad, infelicidad, y baja autoestima (Almond, 2000).

#### **AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y CONDUCTA ALIMENTARIA**

El estrés y las enfermedades asociadas a su exposición prolongada están relacionadas a una de las actividades básicas del ser humano para su supervivencia: comer. El estilo de vida y los hábitos contemporáneos facilitan que todo el tiempo la gente se la viva "corriendo", de manera que no se tiene muchas veces tiempo para comer, por ello, se come deprisa, se recurre a la comida rápida, acompañada de malos hábitos alimenticios. Sólo por citar un ejemplo de la importancia de una adecuada alimentación como factor de combate al estrés, las vitaminas se encuentran vinculadas al circuito del estrés, las vitaminas del complejo B tienen un efecto calmante o relajante. También, durante los periodos de estrés, la vitamina C es esencial debido a que baja el sistema inmunológico y ésta resulta clave en estos casos. Algunos componentes negativos de la dieta son la cafeína, alcohol, tabaco, azúcar en exceso, la sal y la carne en exceso (Barrero, 2000).

El estrés está relacionado con conducta alimentaria de riesgo. Martin (2001) reportó que existen "comedores emocionales" quienes son con mayor frecuencia mujeres, que no comen más que los "comedores no emocionales" ante situaciones estresantes, sino que ingieren alimentos con mayor cantidad de calorías y altos en grasas. Dentro de este tipo de comedores se encuentran ciertos rasgos de personalidad. Por otro lado, se ha encontrado que a pesar de las similitudes entre las respuestas cerebrales de hambre y saciedad en hombres y mujeres, pueden existir algunas

diferencias en el procesamiento emocional y cognitivo de éstas (Del Parigi, Chen, Gautier, D Salbe, Prately, Ravussin, Reiman y Tataranni, 2002).

Algunos investigadores han encontrado dos tipos diferentes de rasgos, uno relacionado a factores positivos como la reactividad al ambiente, niveles de felicidad, soporte social, optimismo. El otro tipo consistió en patrones bajos de sueño, depresión, ansiedad, estrés, alta necesidad de soporte social y preocupación por comer. Se ha encontrado que las mujeres con sobrepeso reaccionan más emocionalmente, y las mujeres con bajo peso tienden hacia la ansiedad y la depresión (Lang, 1993).

Barrero (2000) menciona que el estrés y la anorexia nervosa están asociados por los estilos de vida actuales, la competitividad, las escalas de valores. Además ambos surgen en la sociedad occidental y ambos están relacionados con lesiones al sistema digestivo. Por otra parte, la adolescencia es una etapa en la que los cambios afectan de manera importante y particular a cada individuo. El estrés que se deriva de la necesidad de gustarse y gustar, de aprobar los exámenes, etc. puede estar relacionado con anorexia, obesidad o bulimia.

Parece existir una relación positiva entre las creencias en pacientes con trastornos alimentarios y el afrontamiento emocional y una relación negativa con el afrontamiento orientado hacia la acción (Loumidis y Well, 2001). Troop, Holbrey y Treasure (1998) mencionan que parece haber una relación entre ciertos estilos de afrontamiento y los trastornos alimentarios. Encontraron que las mujeres que padecen algún trastorno alimentario tienden a emplear evitación o rumiación cognitivas mientras que son menos propensas a minimizar los problemas. También encontraron que las mujeres que padecían bulimia nervosa mostraban una mayor tendencia a culparse. Por otra parte, hallaron que las mujeres con trastornos alimentarios presentaban estilos de afrontamiento menos efectivos que aquellas que no los padecían.

En un estudio realizado en España, se observó que adolescentes que padecían anorexia o bulimia nervosas, tendían a presentar un mayor índice de frecuencia en problemas que afectan las relaciones con amigos y padres, mientras que los adolescentes sin trastornos alimentarios presentaban problemas de estrés asociados a las actividades escolares. Se encontró también, que antes de presentar un trastorno alimentario, los adolescentes habían reportado un aumento de estrés casi cuatro veces mayor al de los adolescentes sanos, aunque se considera que también intervienen otros factores como la ansiedad y la depresión (Europa Press, 2001).

Koff y Snagani (1997) hallaron que existe una interacción interesante entre los estilos de afrontamiento orientados a la emoción y una imagen corporal negativa, es decir, mientras más se emplea un estilo orientado a la emoción, se tiene en mayor medida una imagen corporal negativa, por lo que sugieren que podría considerarse el afrontamiento orientado a la emoción como un factor de riesgo en los trastornos alimentarios.

Se ha encontrado que en pacientes anoréxicas y bulímicas, al final del tratamiento emplean con mayor frecuencia afrontamiento enfocado a la modificación de pensamientos negativos, esto puede colaborar a que se presente un mejor resultado en la evaluación de seguimiento (Bloks, Spinhoven, Callewaert, Willemsse-Koning, 2001).

Troop (1998) señala que se ha mencionado que los síntomas de los trastornos alimentarios pudieran ser estrategias de afrontamiento, lo cual puede ser discutido a partir del concepto de afrontamiento. Por otro lado, también se considera que es poco probable que los trastornos alimentarios sean estrategias de afrontamiento de inicio, sino que adquieren un estatus funcional a través del reforzamiento, lo cual no significa que son necesariamente estrategias de afrontamiento. Ball y Lee (2001) menciona que las estrategias de afrontamiento y el estrés no necesariamente pueden constituir un factor de predicción de trastornos alimentarios.

Debido a que algunos adolescentes presentan conductas asociadas a los trastornos de la alimentación, como dietas restrictivas, ayunos, ejercicio excesivo, o en caso contrario, conductas compensatorias como atracones, comer en exceso, etc., como respuesta ante la tensión y el estrés producidos por la etapa de grandes cambios ante la que se encuentran (Mussen, Conger y Kagan, 1982), se decidió conocer la relación existente entre el afrontamiento al estrés y los factores de riesgo asociados a la conducta alimentaria.

## CAPÍTULO VI PLAN DE INVESTIGACIÓN

### ***Problema de investigación***

¿El afrontamiento al estrés (positivo-negativo) se relaciona con los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria y con imagen corporal en adolescentes hombres y mujeres?

### ***Problemas específicos***

- 1) El afrontamiento al estrés (positivo-negativo) se relaciona con:
  - 1.1 Conducta alimentaria compulsiva
  - 1.2 Seguimiento de dieta
- 2) El afrontamiento al estrés (positivo-negativo) se relaciona con:
  - 2.1 Satisfacción-Insatisfacción con la imagen corporal
  - 2.2 Preocupación por la figura
  - 2.3 Preocupación por el peso y la comida
  - 2.4 Actitud hacia la obesidad

### ***Definición de variables***

Variable independiente: **Afrontamiento al estrés**

Definición teórica: Lazarus y Folkman (1991) lo definen como "rasgo o estilo que se deriva de una perspectiva estructural, que se refiere a las características del individuo que le dispone a reaccionar de una forma determinada."

Definición operacional: El puntaje se obtendrá a partir de los resultados obtenidos de la Sección I del EFRATA.

Variables dependientes:

• **Conducta alimentaria compulsiva:**

Definición teórica: Se define "atracción" como el consumo a lo largo de un periodo corto de tiempo una cantidad de comida muy superior a la que la mayoría de los individuos comería, donde el periodo corto es inferior a dos horas (APA, 1995).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Definición operacional:** El puntaje que se obtendrá a partir de las respuestas a los reactivos "Como tan rápido que la comida se me atraganta" y "Como rápido y mucho" contenidos en el cuestionario Alimentación y Salud para preadolescentes versión 2002.

• **Seguimiento de dieta:**

**Definición teórica:** Programa alimentario específico a fin de controlar el peso (Gómez Peresmitré & Avila, 1998b).

**Definición operacional:** El puntaje que se obtendrá a partir de las respuestas a los reactivos "En el último año: si/no he hecho cambios en mi alimentación" y "estos cambios fueron: (para subir de peso/para bajar de peso/ por otra razón) contenidos en el cuestionario Alimentación y Salud para preadolescentes versión 2002.

• **Satisfacción-insatisfacción en la imagen corporal:**

**Definición teórica:** La imagen del cuerpo puede concebirse como una configuración total, global, conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora respecto a su cuerpo durante su existencia (Gómez Peresmitré et. al. 2001).

**Definición operacional:** Una diferencia positiva o negativa entre la figura ideal y la actual se considerará insatisfacción. Mientras que una diferencia igual a cero se interpreta como satisfacción (Gómez Peresmitré, 1997).

• **Preocupación por la figura:**

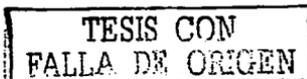
**Definición teórica:** Expectativa dirigida hacia la posesión de un cuerpo estéticamente agradable (Gómez Peresmitré, 1999)

**Definición operacional:** El puntaje que se obtendrá a través de las respuestas a los reactivos "me preocupa la forma de mi cuerpo y me preocupa llegar a estar gordo(a)" contenidos en el cuestionario Alimentación y Salud para preadolescentes versión 2002.

• **Preocupación por el peso:**

**Definición teórica:** Miedo a subir de peso debido a la ingesta "excesiva de alimentos"

**Definición operacional:** El puntaje que se obtendrá a través de las respuestas a los reactivos "¿Te preocupa tu peso corporal? Y "Me preocupa subir de peso" contenidos en el cuestionario Alimentación y Salud para preadolescentes versión 2002.



• **Actitud hacia la obesidad:**

Definición teórica: Sentimientos e ideas favorables o desfavorables hacia la obesidad

Definición operacional: El puntaje que se obtendrá a través de las respuestas a los reactivos

"Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)" y "Cuando quiero insultar a alguien lo(la) llamo gordo(a)", contenidos en el cuestionario Alimentación y Salud para preadolescentes versión 2002.

### HIPÓTESIS

*El afrontamiento al estrés se relaciona con Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria.*

1. El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con conducta alimentaria compulsiva.
2. El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con seguimiento de dieta.
3. El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal.
4. El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con preocupación por la figura.
5. El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con preocupación por el peso.
6. El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con actitud hacia la obesidad.

### MÉTODO

#### DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevó a cabo de acuerdo con un tipo de investigación de campo correlacional o expostfacto transversal 2 x 2.

Tipos de Afrontamiento	Hombres	Mujeres
Afrontamiento positivo al estrés		
Afrontamiento negativo al estrés		

Con una N = 104

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La muestra fue intencional o no probabilística y quedó dividida de la siguiente manera:

$n_1 = 55$  hombres con afrontamiento adecuado-inadecuado

$n_2 = 49$  mujeres con afrontamiento adecuado-inadecuado

### **Sujetos**

Mujeres adolescentes (de 13 a 16 años), estudiantes, pertenecientes a una escuela secundaria pública, que no tuvieran defectos físicos notables.

Hombres adolescentes (de 13 a 16 años), estudiantes, pertenecientes a una escuela secundaria pública, que no tuvieran defectos físicos notables.

#### *Criterios de exclusión*

1. Que no tuvieran defectos físicos notables
2. Solteros
3. Que no tuvieran hijos
4. Que no trabajaran

### **Instrumentos y aparatos**

Se aplicó el Cuestionario de Alimentación y Salud para Preadolescentes (versión 2002) que exploró las siguientes áreas:

- **SOCIODEMOGRÁFICA:**  
Sección A: Está compuesta por 15 reactivos que indagan sobre edad, escolaridad, ocupación de los padres.
- **SEGUIMIENTO DE DIETA**  
Sección C: De los 30 reactivos contenidos en esta sección se emplean los relacionados con cambios en la alimentación.
- **CONDUCTA ALIMENTARIA**  
Sección C: Incluye 30 reactivos relacionados con conducta alimentaria. Se dió el puntaje más alto a la respuesta que implicó mayor problema.
- **SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL**  
Sección E e I: Están compuestas por dos escalas visuales con seis siluetas que cubren un continuo de peso corporal que van desde una muy gruesa, pasando por una de normopeso, con una opción para elegir una figura que se dibujó por el sujeto.

- **PREOCUPACIÓN POR LA FIGURA**  
Sección D: Incluye 4 reactivos relacionados con la preocupación por la forma del cuerpo y llegar a estar gordo.
- **ACTITUD HACIA LA OBESIDAD/DELGADEZ**  
Sección D: Incluye 3 reactivos relacionados con Actitudes hacia las personas obesas.  
Sección F: Incluye el reactivo "según yo, un niño atractivo es..."
- **PREOCUPACIÓN POR EL PESO**  
Sección B: Incluye dos reactivos en donde se pregunta: ¿Te preocupa tu peso corporal? Y ¿A qué edad comenzó a preocuparte tu peso corporal?
- **AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS**  
Sección I: Consiste en 11 reactivos que evalúan la capacidad y forma de afrontamiento al estrés con relación a la Conducta Alimentaria (\*Cuestionario Alimentación y Salud formas XX y XY, versión 1998).

#### **Procedimiento**

1. Se solicitó permiso a los directores de las escuelas donde se aplicó a los estudiantes los instrumentos. Se les dijo que el propósito de esta investigación era conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la salud integral, física y psicológica de la comunidad estudiantil y poder contribuir así a su mantenimiento y mejoramiento.
2. Se les aseguró tanto a los directores como a los alumnos el manejo confidencial de los datos proporcionados, así como el manejo estadístico de los mismos.
3. Se aplicó los instrumentos de manera colectiva en los salones de clase.

#### **Análisis de los datos**

Se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales. Las primeras se emplearon para describir las distribuciones de las variables de estudio. Las segundas se utilizaron para la prueba de hipótesis, por ejemplo, ANOVA para analizar las diferencias de las medias entre dos o más grupos y el uso de una regresión múltiple para conocer los pesos de las variables independientes en la predicción de la variable dependiente.

## CAPÍTULO VII

### RESULTADOS

El objetivo de esta investigación fue conocer si existe relación entre el afrontamiento al estrés (adecuado/inadecuado) y los factores de riesgo asociados con imagen corporal y con conducta alimentaria en adolescentes hombres y mujeres. Para este efecto, se emplearon estadísticas descriptivas e inferenciales aplicadas a través del programa SPSS (versión 5.0); utilizándose las primeras con el objeto de describir las distribuciones de las variables de estudio, mientras que las segundas se utilizaron para la prueba de hipótesis.

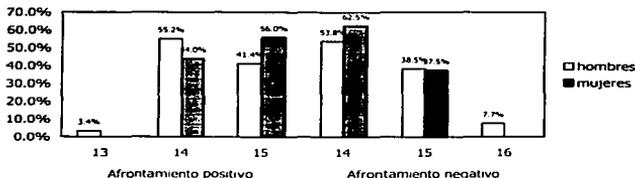
#### 1. Descripción de la muestra

Se trabajó con una muestra no probabilística conformada por adolescentes hombres y mujeres (N=104) que cursaban el tercer grado de secundaria, en una escuela pública, cuya edad promedio fue  $\bar{X}=14.51$ ,  $S=.54$  (ver Figura 1).

Tabla 1. Distribución del tamaño de la muestra por tipo de afrontamiento al estrés y sexo.

		SEXO		Total
		hombres	mujeres	
Tipo de Afrontamiento	Afrontamiento positivo	29	25	54
	%	52.7%	51.0%	51.9%
Afrontamiento	Afrontamiento negativo	26	24	50
	%	47.3%	49.0%	48.1%
Total		55	49	104
		%	100%	100%

Fig. 1 Distribución porcentual de la variable edad por grupo



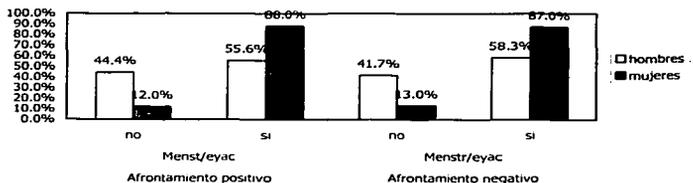
De esta manera, se obtuvieron cuatro grupos de acuerdo al tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) y al sexo:  $n_1 = 29$  (adolescentes hombres con afrontamiento positivo),  $n_2 = 25$  (adolescentes mujeres con afrontamiento positivo),  $n_3 = 26$  (adolescentes hombres con afrontamiento negativo),  $n_4 = 24$  (adolescentes mujeres con afrontamiento negativo).

Tabla 2. Medias y desviaciones estándar de la variable edad por grupo

	Media	N	Desv. Estand
<b>Afrontamiento positivo</b>	14,5	54	0,5163
<i>Afrontamiento negativo</i>	14,52	50	0,5712
<i>Total</i>	14,51	104	0,5409

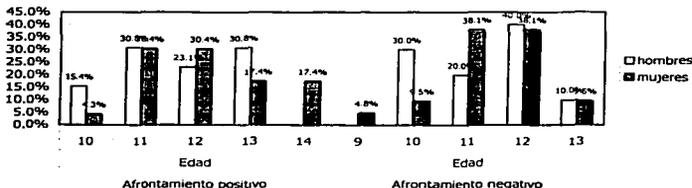
Cuando se preguntó a los sujetos de la muestra (Independientemente de su tipo de afrontamiento) sobre su madurez sexual, la mayoría (87%) de las mujeres adolescentes expresaron haber presentado su menarca. Por otra parte, el 57% de los adolescentes hombres expresó haber presentado emisiones nocturnas. Además, se observan porcentajes similares en la presentación de emisiones nocturnas en varones. El 56% de los adolescentes varones con afrontamiento positivo, refirieron haber tenido emisiones nocturnas, mientras que un porcentaje similar (58%) de los adolescentes hombres con afrontamiento negativo reportaron haberlas presentado también.

Fig. 2 Distribución porcentual de la variable madurez sexual (menarca y emisiones nocturnas) por grupo



La mayoría de las adolescentes mujeres con afrontamiento positivo presentó su primera menstruación en un rango de edad de los 12-14 años, mientras que las adolescentes con afrontamiento negativo presentaron su menarca de los 9 a los 11 años. Por su parte, los adolescentes varones, tanto con afrontamiento positivo como con afrontamiento negativo, presentaron su primera emisión nocturna entre los 12 y los 13 años (ver Figura 3).

Fig. 3 Distribución porcentual de la variable edad de la madurez sexual por grupo



## 2. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

### 2.1 CONDUCTA ALIMENTARIA COMPULSIVA

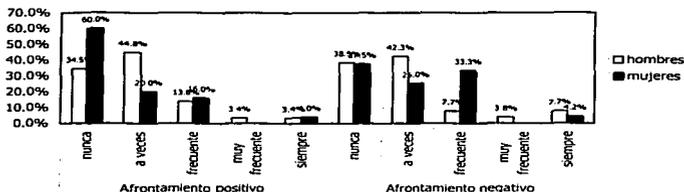
La Tabla 3 muestra que los adolescentes con afrontamiento positivo al estrés, tanto varones como mujeres, ante el reactivo "como tan rápido que la comida se me atraganta" expresaron en mayor medida la frecuencia nunca. También lo expresaron así el 50% de los adolescentes hombres con afrontamiento negativo. En contraste, el 50% de las adolescentes mujeres con afrontamiento negativo expresaron que a veces suelen hacerlo y el 4% lo hace frecuentemente, contra 0% de las adolescentes mujeres con afrontamiento positivo. Cabe resaltar, que el 83% de los adolescentes varones con afrontamiento positivo eligieron la opción "nunca" en contraste con los adolescentes varones con afrontamiento negativo (52%), mientras que el 10% de los varones con afrontamiento positivo eligieron la opción "a veces" en comparación con el 44% con afrontamiento negativo.

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable Conducta alimentaria compulsiva (Como tan rápido que la comida se me atraganta) por grupo

Tipo de afrontamiento		Sexo		Total
		hombres	mujeres	
Afrontamiento positivo	nunca	82.8%	60.0%	72.2%
	a veces	10.3%	40.0%	24.1%
	frecuentemente	6.9%	0%	3.7%
	Total	100%	100%	100%
Afrontamiento negativo	nunca	52.0%	45.8%	49.0%
	a veces	44.0%	50.0%	46.9%
	frecuentemente	4.0%	4.2%	4.1%
	Total	100%	100%	100%

El 60% de las adolescentes con afrontamiento positivo expresaron que nunca comen rápido y mucho, mientras que el 59% de los adolescentes varones con afrontamiento positivo lo hacen a veces o frecuentemente. Por otro lado, el 58% de las adolescentes con afrontamiento negativo refirieron comer rápido y mucho a veces o frecuentemente, mientras que los adolescentes varones con afrontamiento negativo expresaron hacerlo con la misma frecuencia que las anteriores en un 50% de los casos (Figura 4).

Fig. 4 Distribución porcentual de la variable "Como rápido y mucho" por grupo



## 2.2 DIETA

Las adolescentes tanto con afrontamiento al estrés positivo (72.7%) como negativo (66.7%) expresaron que la edad a la que comenzaron a hacer dieta (dejar de comer ciertos alimentos) fue a los 14 años. Por otro lado, los adolescentes varones de ambos grupos expresaron en su mayoría que hicieron su primera dieta entre los 12 y los 13 años (Tabla 4).

Tabla 4. Distribución porcentual de la variable edad de la primera dieta por grupo

		Edad	Sexo		Total
			hombres	mujeres	
<b>Afrontamiento positivo</b>	Edad	11	20.0%	9.1%	12.5%
		12	40.0%	9.1%	18.8%
		13	40.0%	9.1%	18.8%
		14	0%	72.7%	50.0%
		Total	100%	100%	100%
<b>Afrontamiento negativo</b>	Edad	11	0%	16.7%	9.1%
		12	20.0%	16.7%	18.2%
		13	60.0%	0%	27.3%
		14	20.0%	66.7%	45.5%
		Total	100%	100%	100%

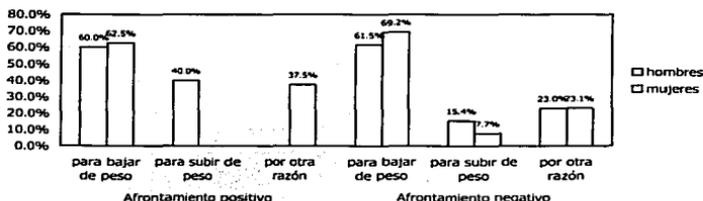
Como se puede observar en la Tabla 5, el grupo que reportó mayor frecuencia en haber hecho cambios en su alimentación fue el grupo de adolescentes mujeres con afrontamiento positivo al estrés (60%), en segundo lugar las adolescentes mujeres con afrontamiento negativo(52%), en tercer lugar los adolescentes varones con afrontamiento negativo al estrés(40%) y el último lugar, los adolescentes hombres con afrontamiento positivo (17%). Por otra parte, en las adolescentes mujeres el seguimiento de dieta es independiente del tipo de afrontamiento.

Tabla 5. Distribución porcentual de la variable seguimiento de dieta por grupo

Tipo de Afrontamiento al estrés		sexo		Total
		hombres	Mujeres	
Afrontamiento positivo	no	82.8%	40.0%	63.0%
	si	17.2%	60.0%	37.0%
	Total	100.0%	100.0%	100.0%
Afrontamiento negativo	no	60.0%	47.8%	54.2%
	si	40.0%	52.2%	45.8%
	Total	100%	100%	100%

En el caso de los adolescentes que reportaron haber hecho cambios en su alimentación, el mayor porcentaje de todos los grupos eligió la opción "para bajar de peso", en segundo lugar se encontró la opción "por otra razón" y en tercer lugar "para subir de peso". Fueron las adolescentes mujeres con afrontamiento negativo quienes reportaron un mayor porcentaje para la primera opción (69.2%) (ver Figura 5).

Fig. 5 Distribución porcentual de la variable seguimiento de dieta



### 2.3 SATISFACCIÓN-INSATISFACCIÓN CON LA IMAGEN CORPORAL

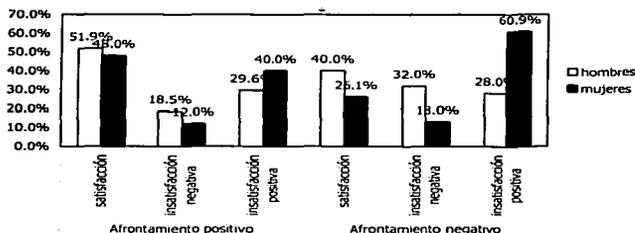
De acuerdo con la variable sexo en relación con la pregunta "¿Cómo te sientes con tu figura?" (Tabla 6), los adolescentes varones mostraron estar más satisfechos con su imagen en comparación con las adolescentes mujeres de ambos grupos. Asimismo, las adolescentes con afrontamiento positivo al estrés reportaron con mayor frecuencia estar "satisfechas" (44%) en comparación con sus coetáneas con afrontamiento negativo (25%). De igual manera las adolescentes con afrontamiento positivo al estrés refirieron estar menos insatisfechas (12%) en comparación con las adolescentes con afrontamiento negativo (33%).

Tabla 6. Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal (medición directa) por grupo

Tipo de Afrontamiento		Sexo		Total
		hombres	mujeres	
Afrontamiento positivo	muy satisfecho	31.0%	24.0%	27.8%
	satisfecho	55.2%	44.0%	50.0%
	indiferente	6.9%	20.0%	13.0%
	insatisfecho	0%	12.0%	5.6%
	muy insatisfecho	6.9%	0%	3.7%
	Total	100%	100%	100%
Afrontamiento negativo	muy satisfecho	15.4%	8.3%	12.0%
	Satisfecho	50.0%	25.0%	38.0%
	Indiferente	19.2%	20.8%	20.0%
	insatisfecho	11.5%	33.3%	22.0%
	muy insatisfecho	3.8%	12.5%	8.0%
	Total	100%	100%	100%

Por otro lado, cuando se midió indirectamente la misma variable a través de la selección de siluetas, los adolescentes varones mostraron estar más satisfechos que las adolescentes mujeres para ambos tipos de afrontamiento al estrés. Sin embargo, fueron las adolescentes mujeres con afrontamiento negativo las que reportaron mayor insatisfacción con su figura, particularmente insatisfacción positiva, es decir, que quieren ser más delgadas (57%), en comparación con las adolescentes con afrontamiento positivo (36%) y con los adolescentes varones con ambos tipos de afrontamiento (positivo= 30%; negativo= 32%) (Fig. 6).

Fig. 6 Distribución porcentual de la variable satisfacción-insatisfacción con imagen corporal (medición indirecta) por grupo



En ambas mediciones, los adolescentes varones reportaron estar más satisfechos en comparación con sus coetáneas mujeres. Asimismo, los resultados reportados por las adolescentes mujeres difiere en ambos tipos de medición. En la medición directa, los adolescentes reportaron encontrarse muy satisfechos, satisfechos e indiferentes con respecto a su figura, mientras que en la medición indirecta se observaron porcentajes más elevados de insatisfacción.

## 2.2 PREOCUPACIÓN POR LA FIGURA

En la Tabla 7, se muestra que los adolescentes hombres y mujeres con ambos tipos de afrontamiento al estrés refirieron estar preocupados por la forma de su cuerpo, aunque alrededor del 60% de los sujetos ubicaron su preocupación como poca o regular, observándose puntajes similares para las opciones de respuesta para la pregunta "Me preocupa la forma de mi cuerpo". Los adolescentes varones con afrontamiento negativo reportaron con mayor frecuencia (23%) la opción "mucho" con respecto a los adolescentes varones con afrontamiento positivo al estrés (14%).

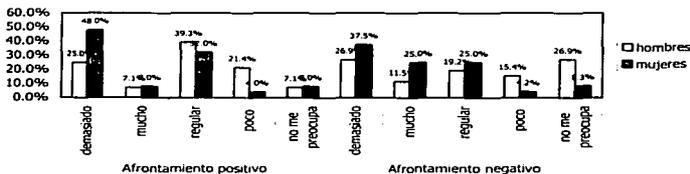
TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable Preocupación por la figura por tipo de afrontamiento

Tipo de afrontamiento		sexo		Total
		hombres	mujeres	
Afrontamiento positivo	nada	20.7%	8.0%	14.8%
	poco	20.7%	44.0%	31.5%
	regular	44.8%	20.0%	33.3%
	mucho	13.8%	28.0%	20.4%
	Total	100%	100%	100%
Afrontamiento negativo	nada	19.2%	12.5%	16.0%
	poco	34.6%	33.3%	34.0%
	regular	23.1%	29.2%	26.0%
	mucho	23.1%	25.0%	24.0%
	Total	100%	100%	100%

Como se puede observar en la figura 7, las adolescentes con ambos tipos de afrontamiento mostraron estar más preocupadas por llegar a estar gordas en comparación con los adolescentes varones, siendo mayor la preocupación (opciones demasiado y mucho) en las adolescentes con afrontamiento negativo. Por otra parte, los adolescentes varones con afrontamiento negativo mostraron estar menos preocupados (no me preocupa o me preocupa poco) por llegar a estar gordos.

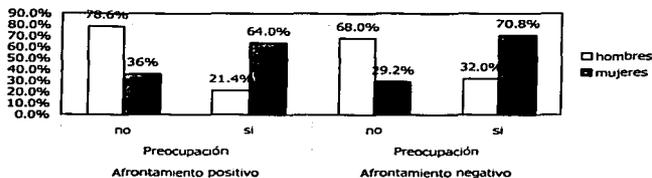
Fig. 7 Distribución porcentual de la variable Preocupación por la figura (me preocupa llegar a estar gordo) por grupo



### 2.3 PREOCUPACIÓN POR EL PESO

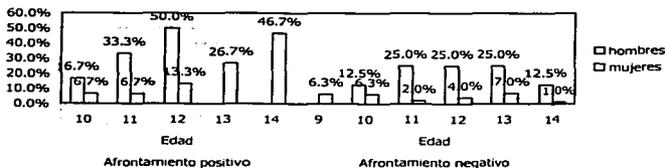
Como se puede observar en la Figura 8, las adolescentes mujeres mostraron mayor preocupación por el peso en comparación con los adolescentes varones, en ambos tipos de afrontamiento. Por otra parte, se presentó mayor preocupación por el peso en los grupos de adolescentes hombres y mujeres con afrontamiento al estrés negativo.

Fig. 8 Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso por grupo



En la figura 9 se muestra el tipo de afrontamiento al estrés en relación con la edad en la que empezó la preocupación por el peso corporal. Las adolescentes mujeres con afrontamiento positivo expresaron que la edad en la que comenzaron a preocuparse por el peso oscilaba entre los 13 y los 14 años, mientras que aquellas con afrontamiento negativo expresaron haber comenzado a preocuparse por el peso entre los 9 y los 12 años. Por su parte, los adolescentes varones con afrontamiento positivo expresaron que la edad en la que comenzaron a preocuparse oscilaba entre los 11 y los 12 años, dato similar al de los adolescentes con afrontamiento negativo, quienes reportaron que la edad en que comenzaron a preocuparse estaba entre los 11 y los 13 años.

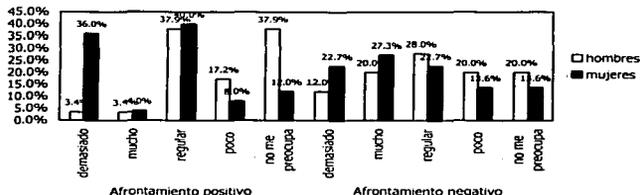
Fig. 9 Distribución porcentual de la variable "¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?" por grupo



Los adolescentes con afrontamiento positivo mostraron menor preocupación por subir de peso, en comparación con los adolescentes con afrontamiento negativo al estrés. Además, se observó mayor preocupación en las adolescentes mujeres de ambos grupos en comparación con los

adolescentes hombres de ambos grupos (ver Figura 10). Es decir, en los adolescentes varones la preocupación por el peso es independiente del tipo de afrontamiento, no así en el caso de las adolescentes mujeres.

Fig. 10 Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso por grupo

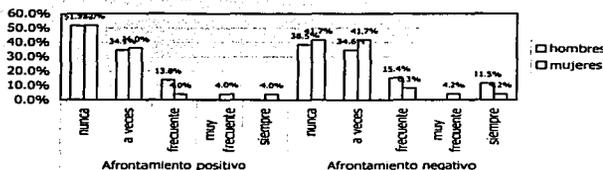


#### 2.4 ACTITUD HACIA LA OBESIDAD

Para el reactivo "Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)", que los adolescentes mujeres y hombres con afrontamiento positivo al estrés refirieron en mayor medida la opción "nunca", en comparación con los adolescentes con afrontamiento al estrés negativo, siendo las adolescentes mujeres las que reportaron hacerlo "nunca" o "a veces" en mayor medida. Además fueron las adolescentes mujeres con afrontamiento positivo las que mencionaron hacerlo nunca o a veces en mayor medida comparándolas con las adolescentes con afrontamiento negativo; por otro lado, los adolescentes varones con afrontamiento positivo reportaron en mayor frecuencia (52%) la opción "nunca" en comparación con los adolescentes hombres con afrontamiento negativo (39%) (Figura 11).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Fig. 11 Distribución porcentual de la variable actitud hacia la obesidad por grupo



Por otra parte, cuando se les preguntó "Cuando quiero insultar a alguien lo (la) llamo gordo(a)", los adolescentes varones con ambos tipos de afrontamiento refirieron hacerlo con mayor frecuencia que las adolescentes mujeres. Además, las adolescentes con afrontamiento negativo expresaron hacerlo en menor frecuencia (79%) que en comparación con las adolescentes con afrontamiento positivo al estrés(60%) (ver Tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable actitud hacia la obesidad (cuando quiero insultar a alguien lo (la) llamo gordo(a)) por grupo.

Tipo de afrontamiento	Sexo		Total	
	hombres	mujeres		
Afrontamiento positivo	nunca	42.9%	60.0%	50.9%
	a veces	50.0%	36.0%	43.4%
	frecuente	7.1%		3.8%
	muy frecuente			
	siempre		4.0%	1.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	
Afrontamiento negativo	nunca	46.2%	79.2%	62.0%
	a veces	38.5%	16.7%	28.0%
	frecuente	3.8%		2.0%
	muy frecuente	3.8%		2.0%
	siempre	7.7%	4.2%	6.0%
Total	100%	100%	100%	

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

### 3. PRUEBA DE HIPÓTESIS PARA LA COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS

Con el propósito de confirmar o no las hipótesis de trabajo se aplicó a cada una de las variables dependientes del estudio un ANOVA factorial simple teniendo en todos los casos como variables independientes sexo y tipo de afrontamiento.

Como se observa en el caso de las variables relacionadas con conducta alimentaria compulsiva, en la Tabla 1 cabe notar que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal tipo de afrontamiento al estrés ( $F_{(1,99)}=4.403$ ,  $p=.038$ ), pero no en el efecto sexo. Estos resultados nos permiten comprobar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con conducta alimentaria compulsiva". Las medias incluidas en la Tabla 1.1 indican que los adolescentes (hombres y mujeres) con afrontamiento negativo al estrés reportaron en mayor medida comer tan rápido que la comida se atraganta en comparación con sus coetáneos con afrontamiento positivo al estrés.

Tabla 1. Resultados ANOVA (Factorial Simple). Conducta alimentaria compulsiva (Como tan rápido que la comida se me atraganta) por sexo y tipo de afrontamiento al estrés.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F
Efectos principales	1.762	2	.881	2.779	.067
Sexo	.366	1	.366	1.156	.285
Tipo de afrontamiento	1.396	1	1.396	4.403	.038
Interacción	.058	1	.058	.183	.669
Explicada	1.820	3	.607	1.914	.132
Residual	31.384	99	.317		
Total	33.204	102	.326		

Tabla 1.1 Medias de la variable Conducta alimentaria compulsiva (Como tan rápido que la comida se me atraganta) por tipo de afrontamiento al estrés

Tipo de Afrontamiento	$\bar{X}$
Positivo	1.31
Negativo	1.55

Por otra parte, se indica en la Tabla 2 que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable seguimiento de dieta en los efectos principales tipo de afrontamiento ( $F_{(1,98)}=2.063$ ,  $p=.154$ ) ni sexo ( $F_{(1,98)}=3.247$ ,  $p=.075$ ). Por otro lado, se observa que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la interacción tipo de afrontamiento y sexo en relación

a esta variable ( $F_{(1,98)}=3.956$ ,  $p=.050$ ). Estos resultados nos permiten comprobar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés y el sexo se relacionan con el seguimiento de dieta restrictiva". Así, las medias presentadas en la Tabla 2.1 indican que independientemente del tipo de afrontamiento, las mujeres reportaron haber hecho cambios en su alimentación en el último año en mayor medida en comparación con los hombres con afrontamiento positivo. Los hombres con afrontamiento negativo también reportaron haber hecho cambios en su alimentación. Por otra parte, al analizarse los resultados de la variable seguimiento de dieta, es decir, realizar cambios en la alimentación, estos cambios fueron para (bajar de peso/subir de peso/ por otra razón) no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en dicha variable en los efectos principales tipo de afrontamiento ( $F_{(1,42)}=.164$ ,  $p=.688$ ) ni sexo ( $F_{(1,42)}=.473$ ,  $p=.495$ ).

Tabla 2. Resultados ANOVA (Factorial Simple) seguimiento de dieta por sexo y tipo de afrontamiento al estrés.

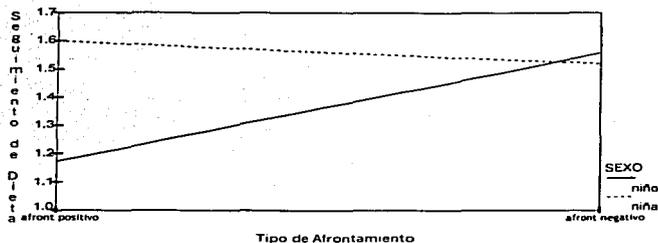
Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F
Efectos principales	1.844	2	.922	2.655	.075
Sexo	1.128	1	1.128	3.247	.075
Tipo de afrontamiento	.716	1	.716	2.063	.154
Interacción	1.374	1	1.374	3.956	.050
Explicada	3.218	3	1.073	3.088	.031
Residual	34.037	98	.347		
<b>Total</b>	<b>37.255</b>	<b>101</b>	<b>.369</b>		

Tabla 2.1 Medias de la variable seguimiento de dieta por tipo de afrontamiento al estrés y sexo

Tipo de Afrontamiento	Hombres	Mujeres
Positivo	1.17	1.56
Negativo	1.60	1.52

Se puede notar en la figura 12 que existe una interacción estadísticamente significativa entre el seguimiento de dieta y el tipo de afrontamiento, en donde las mujeres mostraron en mayor medida seguimiento de dieta independientemente del tipo de afrontamiento. Por su parte, los varones con afrontamiento negativo al estrés, mostraron seguimiento de dieta en contraste con los adolescentes con afrontamiento positivo, quienes no mostraron esa tendencia.

Fig. 12 Interacción estadísticamente significativa de la relación seguimiento de dieta por tipo de afrontamiento y sexo.



En cuanto a las variables relacionadas con imagen corporal, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable satisfacción/insatisfacción con la figura (medición directa) en el efecto principal tipo de afrontamiento ( $F_{(1,100)}=10.784$ ,  $p=.001$ ), así como en el efecto sexo ( $F_{(1,100)}=6.098$ ,  $p=.015$ ), no así en la interacción de ambas variables. Así, estos resultados nos permiten confirmar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) se relaciona con la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal" (Tabla 3). En primer lugar, las medias incluidas en la Tabla 3.1 indican que los adolescentes con afrontamiento negativo al estrés reportaron encontrarse indiferentes con respecto a su imagen corporal en comparación con los adolescentes con afrontamiento positivo quienes reportaron sentirse satisfechos con su figura. En segundo lugar, las medias incluidas en la Tabla 3.2 muestran que las adolescentes mujeres reportaron también sentirse indiferentes con respecto a su imagen corporal en comparación con los adolescentes hombres quienes refirieron sentirse satisfechos con su figura.

Tabla 3. Resultados ANOVA (Factorial Simple). Satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal (medición directa) por sexo y tipo de afrontamiento al estrés.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F
Efectos principales	18.647	2	9.323	8.441	.000
Sexo	6.736	1	6.736	6.098	.015
Tipo de afrontamiento	11.911	1	11.911	10.784	.001
Interacción	1.939	1	1.939	1.756	.188
Explicada	20.586	3	6.862	6.213	.001
Residual	110.453	100	1.105		
<b>Total</b>	<b>131.038</b>	<b>103</b>	<b>1.272</b>		

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Tabla 3.1 Medias de la variable satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal (medición directa) por tipo de afrontamiento al estrés

<b>Tipo de Afrontamiento</b>	$\bar{X}$
Positivo	2.07
Negativo	2.76

Tabla 3.2 Medias de la variable satisfacción/insatisfacción (medición directa) con la imagen corporal por sexo

<b>Sexo</b>	$\bar{X}$
Hombres	2.16
Mujeres	2.67

Con respecto a la medición indirecta de la variable satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal (siluetas) no se observaron diferencias estadísticamente significativas en los efectos principales tipo de afrontamiento al estrés ( $F_{(1,96)}=2.089$ ,  $p=.152$ ) ni sexo ( $F_{(1,96)}=2.796$ ,  $p=.098$ ). Estos resultados no permiten confirmar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con la satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal".

En el análisis de la variable "Me preocupa la forma de mi cuerpo" no se observaron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal tipo de afrontamiento ( $F_{(1,100)}=.683$ ,  $p=.411$ ), ni en el efecto principal sexo ( $F_{(1,100)}=.006$ ,  $p=.938$ ). Estos resultados no nos permiten confirmar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con la preocupación por la figura".

Por otro lado, en la Tabla 4 se puede observar que se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable "Me preocupa estar gordo" en el efecto principal sexo ( $F_{(1,99)}=7.305$ ,  $p=.008$ ) y no en el efecto tipo de afrontamiento al estrés. Estos datos no nos permiten confirmar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con la preocupación por la figura". También, en la Tabla 4.1 se pueden observar las medias para esta variable, en las que se muestra que las adolescentes mujeres se encuentran preocupadas (mucho) por estar gordas en comparación con sus coetáneos varones quienes refieren que les preocupa regular.

Tabla 4. Resultados ANOVA (Factorial Simple). "Me preocupa estar gordo" por sexo y tipo de afrontamiento.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F
Efectos principales	14.078	2	7.039	3.808	.026
Sexo	13.503	1	13.503	7.305	.008
Tipo de afrontamiento	.575	1	.575	.311	.578
Interacción	.268	1	.268	.145	.704
Explicada	14.346	3	4.782	2.587	.057
Residual	182.994	99	1.848		
<b>Total</b>	<b>197.340</b>	<b>102</b>	<b>1.935</b>		

Tabla 4.1 Medias de la variable "Me preocupa estar gordo" por sexo

Sexo	$\bar{X}$
Hombres	3.09
Mujeres	3.82

Como se observa en la Tabla 5, se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable preocupación por el peso en el efecto principal sexo ( $F_{(1,98)}=20.028$ ,  $p=.000$ ), pero no en el efecto tipo de afrontamiento al estrés. Estos resultados no nos permiten comprobar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con la preocupación por el peso". Las medias incluidas en la Tabla 5.1 nos muestran que los hombres no reportaron preocupación por el peso, en comparación con sus contemporáneas independientemente del tipo de afrontamiento al estrés.

Tabla 5. Resultados ANOVA (Factorial Simple). Preocupación por el peso por sexo y tipo de afrontamiento.

Fuente de variación	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Significancia de F
Efectos principales	4.462	2	2.231	10.474	.000
Sexo	4.266	1	4.266	20.028	.000
Tipo de afrontamiento	.196	1	.196	.920	.340
Interacción	.009	1	.009	.042	.839
Explicada	4.471	3	1.490	6.997	.000
Residual	20.873	98	.213		
<b>Total</b>	<b>25.343</b>	<b>101</b>	<b>.251</b>		

Tabla 5.1 Medias de la variable preocupación por el peso por sexo

<b>Sexo</b>	$\bar{X}$
Hombres	1.26
Mujeres	1.67

Asimismo, como se observa en la Tabla 6, para la variable "Me preocupa subir de peso" se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal sexo ( $F_{(1,99)}=12.305$ ,  $p=.001$ ), pero no en el efecto tipo de afrontamiento. Estos resultados no nos permiten comprobar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con la preocupación por el peso". Las medias incluidas en la Tabla 4.1 nos muestran que los hombres reportaron en mayor medida la opción "poco" con respecto a la preocupación por el peso, mientras que las mujeres refirieron una preocupación "regular".

Tabla 6. Resultados ANOVA (Factorial Simple). "Me preocupa subir de peso" por sexo y tipo de afrontamiento.

<b>Fuente de variación</b>	<b>Suma de cuadrados</b>	<b>Grados de libertad</b>	<b>Media cuadrática</b>	<b>F</b>	<b>Significancia de F</b>
Efectos principales	22.683	2	11.341	6.857	.002
Sexo	20.352	1	20.352	12.305	.001
Tipo de afrontamiento	2.331	1	2.331	1.409	.238
Interacción	3.896	1	3.896	2.356	.128
Explicada	26.579	3	8.860	5.357	.002
Residual	160.431	97	1.654		
<b>Total</b>	<b>187.010</b>	<b>100</b>	<b>1.870</b>		

Tabla 6.1 Medias de la variable "Me preocupa subir de peso" por sexo

<b>Sexo</b>	$\bar{X}$
Hombres	2.48
Mujeres	3.38

En el análisis de las variables vinculadas con actitud hacia la obesidad, en el caso de la variable "Pienso cosas negativas de las personas obesas" no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal sexo ( $F_{(1,100)}=.085$ ,  $p=.772$ ), ni en el efecto tipo de afrontamiento al estrés ( $F_{(1,100)}=2.761$ ,  $p=.100$ ). Por otro lado, en el caso de la variable "Cuando quiero insultar a alguien lo(la) llamo gordo(a)" tampoco se produjeron diferencias estadísticamente significativas en el efecto principal sexo ( $F_{(1,99)}=3.448$ ,  $p=.066$ ), ni en el efecto tipo de afrontamiento al estrés ( $F_{(1,99)}=.045$ ,  $p=.832$ ). De esta forma, los resultados no nos permiten

comprobar la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con la actitud (positiva/negativa) hacia la obesidad".

## **CAPÍTULO VIII**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El propósito de esta investigación fue conocer si existe relación entre el afrontamiento al estrés y los factores de riesgo asociados con conducta alimentaria en población normal, debido al incremento en la incidencia de casos de pacientes con trastornos alimentarios y la necesidad de identificar estrategias eficaces con fines de prevención.

En el presente estudio, la muestra estuvo conformada por 104 adolescentes que cursaban el tercer grado de secundaria, pertenecientes a una escuela pública, cuya edad oscilaba entre los 13 y los 16 años. De acuerdo al sexo y tipo de afrontamiento, se dividió la muestra de la siguiente manera: 29 hombres con afrontamiento positivo, 25 mujeres con afrontamiento positivo, 26 hombres con afrontamiento negativo, 24 mujeres con afrontamiento negativo. Es importante mencionar que, más de la mitad de los adolescentes participantes en el estudio habían presentado menarca en el caso de las mujeres, y emisiones nocturnas en el de los hombres.

Los factores de riesgo son aquellos que incrementan la probabilidad de presentar algún padecimiento (Lemos, 1996 citado en Gómez Peresmitré, en prensa). Aquellos factores que influyen en el desarrollo de trastornos alimentarios favorecen la aparición de dichos trastornos, afectan la salud y mantienen dichos trastornos (Gómez Peresmitré et al., 2001).

El estrés es un fenómeno también relacionado con la salud y se han asociado a éste, algunos trastornos. Por otra parte, sabemos que las personas enfrentan de manera diferente eventos amenazantes. Lazarus y Folkman (1991) mencionan que los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales que desarrolla un individuo a fin de responder y manejar demandas del ambiente es lo que se denomina afrontamiento al estrés. Así, las formas o estilos de afrontamiento al estrés están vinculados con la salud y la enfermedad al conformar características estables en la persona y en el medio en el que se desenvuelve (Omar, 1985). Sidle et al. (1969 citado en González Forteza, 1992) mencionan que una de las diez estrategias que emplea la población estudiantil para afrontar situaciones de estrés es tratar de reducir la tensión bebiendo, comiendo o haciendo más ejercicio. Por otro lado, el estilo de vida actual, a partir del cual se modifican los hábitos alimentarios al "vivir de prisa", el tipo de alimentos consumidos, los lugares en donde se realiza este comportamiento, etc., asociados al estrés pueden relacionarse con alteraciones importantes en la conducta alimentaria. Barrero (2000) menciona que el estrés y la anorexia nervosa se encuentran relacionados por el estilo de vida, la competitividad y las escalas de valores,

donde el estrés que se deriva de la necesidad de gustarse y gustar, entre otras demandas, y puede estar relacionado con trastornos alimentarios. También se ha encontrado que, las mujeres con trastornos alimentarios presentaban estilos de afrontamiento menos efectivos que las mujeres que no los padecían (Troop et al., 1998). Culturalmente existen diferencias en las formas de reacción ante el estrés entre hombres y mujeres. Las mujeres pueden reaccionar ante situaciones estresantes llorando, renunciando, ausentándose y con debilidad general, mientras que a los varones les es permitido enojarse, agredir y autoafirmarse (Fontana, 1992); las mujeres adolescentes tienden a recurrir a contactos sociales cuando se encuentran ante situaciones estresantes, mientras que los adolescentes varones se enfocan en reducir la naturaleza estresante del problema al que se enfrentan (Seiffge-Krenke, 1995). Por lo mencionado anteriormente, se esperan entonces diferencias entre hombres y mujeres respecto a las conductas propias del afrontamiento al estrés y comportamientos asociados con conducta alimentaria.

Comer es una necesidad vital y básica debido a la satisfacción de necesidades de supervivencia, emocionales, sociales y resultantes de la personalidad (Montagu, 1961 citado en Ramos, 1985), y aunque es un acto sensual de gran impacto fisiológico, no se puede desligar la carga afectiva que impacta este comportamiento (Toro, 1996). Al mencionar conductas de riesgo relacionadas con el comportamiento alimentario, se hace referencia a la ingesta rápida de grandes cantidades de alimento o conducta alimentaria compulsiva (Gómez Peresmitré y Avila Angulo, 1998b). Cabe mencionar que ha observado la ingesta compulsiva como respuesta ante la tensión y el estrés en la adolescencia (Mussen, et al., 1982), y la relación de ésta con el tipo de afrontamiento al estrés (Briseño y Quirós, 2003). Se encontró relación entre conducta alimentaria compulsiva y tipo de afrontamiento al estrés, cuando los adolescentes consideraron que comían tan rápido que la comida se les atraganta. Sin embargo, cuando se les preguntó si comían rápido y mucho, los resultados no indicaban dicha relación. Esto puede deberse a que los adolescentes consideraban que comían mucho, aunque el hecho de que comían rápido no significaba para ellos propiamente un atracón, en esta circunstancia. En cambio, en la primera situación, pudiera vincularse más fácilmente con un episodio de atracones. Algunos autores mencionan que existen comedores emocionales, quienes en su mayoría son mujeres (Martin, 2001; Cadena 2002), contrario a esto, no se encontró relación entre la presencia de conducta alimentaria compulsiva y sexo.

El concepto dieta se refiere a la alimentación cotidiana, a aquel régimen que se sigue a diario o al conjunto de alimentos que se ingieren cada día (Ramos, 1985), donde la elección de los alimentos que la conforman dependerá de diferentes factores tales como la disponibilidad de los alimentos, hábitos familiares y sociales, variabilidad, preferencias, gustos, etc. (Carlson, 1996;

Toro, 1996); por lo tanto, a la comida se le puede atribuir varias cualidades, entre las que se encuentra el modelar el cuerpo, cuidándose qué es lo que se come para poder mantenerse sano, alegre, atractivo, etc. (Vargas, 1993). Cuando se lleva a cabo un régimen restrictivo se eliminan ciertos alimentos a fin de poder controlar el peso (Field et al., 1993); recordando que el seguimiento de dietas está íntimamente relacionado con la insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995). Cabe recordar que existe cierta relación entre seguimiento de dieta y conducta alimentaria compulsiva o de sobreingesta (Gómez Peresmitré, Pineda, L'Esperance, Hernández, Platas y León, 2002), y que se ha observado en otros estudios interacción entre sexo y tipo de afrontamiento al estrés en seguimiento de dieta (Briseño y Quirós, 2003). Las adolescentes, tanto con afrontamiento positivo como negativo al estrés, expresaron que la edad a la que comenzaron a hacer dieta fue en su mayoría a los 14 años, mientras que en los varones fue entre los 12 y 13 años. Cabe resaltar que la edad de inicio más temprana para todos los grupos fue a los 11 años, con excepción de los adolescentes varones con afrontamiento negativo, quienes refirieron la edad más temprana a los 12 años. Es importante señalar que se encontró interacción entre seguimiento de dieta y tipo de afrontamiento y sexo. Estos resultados indican que la relación seguimiento de dieta por tipo de afrontamiento y sexo no puede ser explicada únicamente a partir del tipo de afrontamiento ni del sexo de manera independiente, sino que debe considerarse la interacción entre ambas para poder explicar dicha relación (ver figura 12). Además, las adolescentes mujeres, independientemente del tipo de afrontamiento mostraron una tendencia similar al seguimiento de dieta, mientras que los hombres con afrontamiento negativo, en contraste con sus coetáneos con afrontamiento positivo, mostraron también seguimiento de dieta. Lo anterior coincide con lo reportado por Cadena (2002).

Se ha relacionado el estrés y la imagen corporal durante la etapa de adolescencia, debido a la gran cantidad de cambios físicos y psicológicos que se presentan (Simmons, Blyth y McKinney, 1983 citado en Folk et al., 1993). La presión ejercida por la publicidad dirigida a los adolescentes tiene efectos negativos sobre la satisfacción hacia la imagen corporal relacionándose con depresión, estrés e inseguridad, entre otros (Almond, 2000; Toro et al., 1988 citado en Raich et al., 1991), en donde ideas promovidas en diferentes medios como que es preferible decir la edad que la talla, o que ser atractiva es sinónimo de estar delgada impactan significativamente a los adolescentes. Los medios de comunicación, principalmente la televisión, las revistas, el cine y todos los relacionados con la publicidad, han sido los principales promotores de este "ideal de delgadez", reafirmando algunas de las ideas que se le atribuye a la gente delgada. Es deseable ser delgada ya que es sinónimo de ser bella (Cash et al., 1986 citado en Folk et al., 1993), lo bello es lo bueno, ser bello es ser amable, cálido, sensible, más interesante, más fuerte, con mejores habilidades sociales (Bruchon-Schweitzer, 1992). Las mujeres reportan mayor insatisfacción con la imagen corporal en

comparación con los adolescentes varones (Garner et al., 1980; Braguinsky, 1987 cit. en Gómez Pérez-Mitré, 1993; Madrigal-Fritsch, et al., 1999; Cash et al., 1990 citado en McKay y Read, 1997; Acosta-García, 2000) lo cual se explica a partir de mayor presión por parte de la sociedad a adoptar el ideal de delgadez, por lo que se promueve un ideal de belleza a partir del cual la mujer debe ser muy delgada para considerarse atractiva. Sin embargo, considerando lo anterior, en el presente estudio no se confirmó la hipótesis "El tipo de afrontamiento (positivo/negativo) al estrés se relaciona con la satisfacción/insatisfacción con la imagen corporal". Es decir, al contrastar los grupos por tipo de afrontamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativa en esta variable asociadas al efecto principal tipo de afrontamiento. Esto nos lleva a pensar que la presión ejercida por la sociedad tiene un efecto muy importante sobre la adopción de ideales de belleza en los adolescentes (Stice et al., 2001) más allá de las formas de afrontamiento al estrés producido por la etapa de la vida en la que se encuentran. Asimismo, estos resultados coinciden con la preocupación por la figura, la cual nuevamente es mayor en las mujeres, independientemente del tipo de afrontamiento, resaltándose la influencia cultural sobre los ideales estéticos.

Por otra parte, cabe señalar que la percepción subjetiva de gordura aunada al deseo de estar delgada, son elementos constantes en el estudio de los trastornos alimentarios en población femenina adolescente (Brooks-Gunn y Warren, 1985 citado en Unikel y Gómez Pérez-Mitré, 1996). Gómez Peresmitré (1999) señala que la presión de la sociedad, incluyendo a padres y amigos, al hacer comentarios respecto a cómo debe ser el cuerpo o peso de las mujeres, influye de manera importante en la aparición de la preocupación por el peso y la figura. La preocupación por la apariencia tiene especial impacto para el adolescente, al encontrarse en una etapa en donde comienza la época de citas, la cual inicia el proceso de elección de pareja, y al añadirse a esta inquietud la presión y el estrés relacionados con los cambios propios de esta etapa (Pritchard et al., 1997). Se encontró de nuevo que las mujeres adolescentes mostraron mayor preocupación por el peso en comparación con sus similares varones, lo cual coincide con lo encontrado por Cadena (2002). En el caso de las adolescentes mujeres, la edad en que comenzaron a preocuparse por su peso se encontraba entre los 13 y los 14 años, mientras tenían afrontamiento positivo al estrés. Por otro lado, las mujeres con afrontamiento negativo presentaron una edad menor (9-12 años) en la que la mayoría comenzó a preocuparse. En el caso de los hombres adolescentes, los que presentaron afrontamiento positivo refirieron que la edad en que comenzaron a preocuparse se encontraba entre los 11 y los 12 años, mientras que los adolescentes varones con afrontamiento negativo lo reportaron en un rango de 11 a 13 años. Sin embargo, tampoco se encontró en esta ocasión relación entre la preocupación por el peso y el tipo de afrontamiento al estrés.

A las personas con sobrepeso u obesidad se les atribuyen cualidades negativas como ser descuidadas, poco saludables, feas, poco atractivas, e incluso “dejadas” (Raich, 2000). Al explorarse la actitud hacia la obesidad relacionada al tipo de afrontamiento al estrés, no se reportaron diferencias entre los grupos, lo cual indica que no existe relación entre estas variables, donde es interesante destacar que no se encontró relación entre la actitud hacia la obesidad y sexo, y donde se puede explicar a partir de la formación de estereotipos culturalmente determinados independientemente de las características personales de los individuos.

De esta manera, la presión sociocultural que se ejerce hacia la posesión de un cuerpo esbelto, promueve la internalización del ideal de delgadez, el cual está íntimamente relacionado con la insatisfacción con la imagen corporal y la conducta dietaria, constituyéndose entonces un factor de riesgo de padecer algún trastorno alimentario (Stice et al., 1996 citado en Stice et al., 2001).

Por lo anterior, se concluye que:

- 1) El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con conducta alimentaria compulsiva, es decir, los adolescentes (hombres y mujeres) con afrontamiento negativo tenderán a presentar este comportamiento en mayor frecuencia en comparación con sus coetáneos con afrontamiento positivo. En cambio, no se observó relación entre sexo y conducta alimentaria compulsiva, de manera que no se encontraron diferencias de género.
- 2) Existe interacción entre tipo de afrontamiento al estrés y sexo en seguimiento de dieta. Es decir, las mujeres reportaron mayor incidencia en el seguimiento de dieta, en comparación con los hombres, pero los hombres con afrontamiento negativo mostraron mayor riesgo de llevar a cabo seguimiento de dieta. Para poder entender esta relación, es necesario considerar todas las variables implicadas. De esta forma se incrementa el riesgo en la aparición de trastornos de la conducta alimentaria.
- 3) El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) se relaciona con satisfacción-insatisfacción con la imagen corporal. De esta forma, el afrontamiento negativo al estrés estará relacionado con insatisfacción con la imagen corporal, principalmente en mujeres adolescentes. También se corrobora la relación entre sexo y satisfacción-insatisfacción con imagen corporal, siendo las mujeres adolescentes las que se encontraron más insatisfechas con su imagen corporal.
- 4) El afrontamiento al estrés (positivo/negativo) no se relaciona con la preocupación por la figura. Sin embargo, se reafirma la relación entre preocupación por la figura y sexo, en donde las

mujeres adolescentes se encuentran más preocupadas; ésta en comparación con sus coetáneos varones.

- 5) El tipo de afrontamiento al estrés (positivo/negativo) no se relaciona con la preocupación por el peso. Cabe notar que se presenta relación entre preocupación por el peso y sexo, donde nuevamente las mujeres adolescentes reportaron encontrarse más preocupadas.
- 6) El afrontamiento al estrés (positivo/negativo) no se relaciona con la actitud hacia la obesidad en adolescentes hombres y mujeres, sin embargo, es interesante observar que tampoco se encontró relación entre sexo y actitud hacia la obesidad, identificándose influencias culturales por encima de diferencias de género.
- 7) La presión socio-cultural tiene un impacto significativo sobre los ideales de belleza en los adolescentes y en la insatisfacción que presentan con respecto a su imagen corporal, en especial las mujeres, así como en la preocupación por el peso y la figura y en la adopción de conductas alimentarias de riesgo.

### **Sugerencias y limitaciones**

- Se sugiere realizar estudios en adolescentes con nivel socioeconómico medio-bajo y bajo a fin de identificar elementos que enriquezcan estrategias de prevención en diferentes estratos socioeconómicos.
- Se propone replicar el estudio con otros, a fin de confirmar las diferencias encontradas en éste estudio.
- Es necesario explorar y contrastar diferentes estilos de afrontamiento en relación con conducta alimentaria anormal y otros factores de riesgo en trastornos alimentarios, con el objeto de obtener mayor información en la creación de programas de prevención.
- Se recomienda la incorporación en los programas dirigidos a la prevención de trastornos alimentarios en adolescentes, técnicas de afrontamiento que promuevan comportamientos adaptativos relacionados con la conducta alimentaria, y la información necesaria para seguir un régimen adecuado a las necesidades de la etapa en la que se encuentra el adolescentes y a las

actividades que realiza. Dichos programas deberán dirigirse primordialmente a las mujeres, aunque se apunta la aplicación de programas considerando también a los adolescentes varones debido al incremento que se ha reportado de su incidencia en trastornos alimentarios.

**REFERENCIAS**

- Abell, S.C. and Richards, M.H. (1996). The relationship between body shape satisfaction and self-esteem: An investigation of gender and class differences. Journal of Youth and Adolescence, **25** (5), 691-703.
- Acosta García, M.V. (2000). Factores de riesgo asociados con trastornos de la alimentación: Imagen corporal y conducta alimentaria, una investigación transcultural entre España y México. Tesis Doctoral Universidad de Almería. España.
- Adami, G., Gandolfo, P., Meneghelli, A y Scopinaro, N. (1996). Food- and weight - related attitudes in obese persons: a longitudinal study over two years following biliopancreatic diversion. Journal of Psychosomatic Research, **41** (1), 31-38.
- Almond, S. (2000). The influence of the media on eating disorders. Journal of Human Nutrition & Dietetics, **13** (5), 363.
- Álvarez, G., Mancilla, J.M., Martínez, M. y López, C. (1998). Aspectos psicosociales de la Alimentación. Psicología y ciencia social, **2** (1), 50-58.
- Altabe, M. (1998). Ethnicity and Body Image: Quantitative and Qualitative Analysis. International Journal of Eating Disorders, **23** (2), 153-159.
- Aizpuru, A. (1995). Los trastornos de la alimentación y las adicciones: una perspectiva ecléctica. Psicología Iberoamericana, **2** (3), 49-56.
- Anaya, V., Delhumeau, A. y Müller, K. (1984). El impacto de la televisión en cinco comunidades vírgenes de México. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Asci, H, Gokmen, H., Tiryaki, G. and Asci, A. (1997). Self-concept and body image of Turkish high school male athletes and nonathletes. Adolescence, **32** (128), 959-968.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1995). DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. España: Masson.

- Ball, K., y Lee. C. (2001). Psychological stress, coping, and symptoms of disordered eating in a community sample of young Australian women. International Journal of Eating Disorders, 31 (1), 71-81.
- Barrero, A. (2000). Estrés y ansiedad. Madrid: Libro-Hobby-Club.
- Barris, J., Sibel, A., Quiles, I., Bassas, N., Oliveras, C. y Tomás, J. (2001). Perfil psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos. <http://www.psiqulatria.com>
- Basoe, H.H. (1990). Anorexia/Bulimia nervosa. The development of anorexia nervosa and of mental symptoms. Treatment and the outcome of the disease. Acta Psychiatr Scand Suppl. 361 (82), 7-13.
- Bee. H. (1975). El desarrollo del niño, México: Harla.
- Bollo, R. (1994). Las dietas engordan, comer adelgaza. México: Rafael Bollo Bermúdez.
- Bloks, H., Spinhoven, P., Callewaert, I. y Willemsse-Koning, C. (2001). Changes in coping styles and recovery after inpatient treatment for severe eating disorders. European Eating Disorders Review, 9 (6), 397-415.
- Bragulinsky, J. (1996). Obesidad. Argentina: El ateneo.
- Brallowsky, S. (1995). Las sustancias de los sueños: Neuropsicofarmacología. México: Fondo de Cultura Económica.
- Briseño, T.Y. y Quirós, P.L. (2003). El afrontamiento al estrés y la conducta alimentaria de riesgo en adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Brodie, D.A., Bagley, K., and Slade, P.D. (1994). Body-image perception in pre and postadolescent females. Perceptual and motor skills, 78, 147-154.
- Brodie, D.A. and Slade, P.D. (1988). The relationship between body-image and body-fat in adult women. Psychological Medicine, 18, 623-631.
- Bruchon-Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.

- Buli, C.M., Sullivan, P.F., Joyce, P.R. & Carter, F.A. (1995). Temperament, character and personality disorder in bulimia nervosa. The Journal of nervous and mental disease, 183 (9), 593-598.
- Button, E.J., Loan, P., Davies, J. and Sonuga-Barke, E.J. (1997). Self-Esteem, Eating Problems, and Psychological Well-Being in a Cohort of schoolgirls aged 15-16: A questionnaire and interview study. International Journal of Eating Disorders, 21 (1), 39-47.
- Cadena, V.L. (2002). Detección de los factores de riesgo de la conducta alimentaria asociados con el afrontamiento al estrés en una población de adolescentes. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Cantwell, D., Sturzenberg, S., Burroughs, J., Salkin, B. y Green, J. (1977). Anorexia nervosa. An affective disorder?. Arch Gen Psychiatry, 34, 1087-1093.
- Carlson, N. (1996). Fundamentos de Psicología Fisiológica. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Casillas, C.L. y Vargas, L.A. (1985). Alimentación y nutrición en la adolescencia. Cuadernos de Nutrición, 3, 17-32.
- Casper, R.C., Eckert, E.D., Halmi, K.A., Goldberg, S.C. & Davis, J.M. (1980). Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. Arch Gen Psychiatry, 37, 1030-1035.
- Chávez, A. (1991). La situación alimentaria y nutricional de México: Necesidades de acción inmediata. Memorias del taller sobre detección-atención de los problemas de nutrición en Yucatán. Universidad Autónoma de Yucatán. 3-8.
- Collings y King (1994). Ten year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. British Journal of Psychiatry, 164, 80-87.
- Cota, M. (2002). El precio de la vanidad. Universitarios Reforma. p. 21.
- Craig, G. (1994). Desarrollo psicológico. México: Prentice-Hall.
- Crispo, R., Figueroa, E. y Guelar, D. (1998). Anorexia y Bulimia. Lo que hay que saber. Barcelona, España: Gedisa.

Crow, S. Thuras, P., Keel, P. & Mitchell, J. (2002). Long-term menstrual and reproductive function in patients with bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, 159 (6), 596-603.

Del Parigi, A., Chen, K., Gautier, J.F., D Salbe, A., Pratley, R., Ravussin, E., Reiman E., y Tataranni, A. (2002). Sex differences in the human brain's response to hunger and satiation. American Journal of Clinical Nutrition, 75 (6), 1017-1022.

Domínguez, T.B., Hernández, T.C. y Tam, H.L. (2002). Manejo y conocimiento del estrés en niños. México: Plaza y Valdés.

Duker, M. y Slade, F. (1992). Anorexia nervosa y bulimia; un tratamiento integrado. México: Limusa.

Europa Press (2001). Un estudio revela la influencia del estrés en el inicio de la anorexia y la bulimia entre los adolescentes. <http://www.europapress.es/europa2001/abierto/noticia.asp>

Faubel, M. (1987). Body image and depression in women with early and late onset obesity. The Journal of Psychology, 123 (4), 385-395.

Fernández, J. y Edo, S. (1994). Emociones y salud. Anuario de Psicología, 61, 25-32.

Flynn, K. and Fitzgibbon, M. (1996). Body image ideals of low-income african american mothers and their preadolescent daughters. Journal of Youth and Adolescence, 25 (5), 615-630.

Field, E.A. Wolf, M.A., Herzog, B.D., Cheung, L. y Colditz, A.G. (1993). The relationship of caloric intake to frequency of dieting among preadolescent and adolescent girls. Journal American Academic, Child and Adolescent Psychiatric, 32 (2), 1246-1252.

Folk, L., Pedersen, J. and Cullari, S. (1993). Body satisfaction and self-concept of third and sixth-grade students. Perceptual and Motor Skills, 76, 547-553.

Fontana, D. (1992). Control del estrés. México: Manual Moderno.

García, S., Gil, I., Jódar, I., Bel, M.T., y Palao, D.J. (1998). Rasgos de personalidad en Anorexia Nerviosa. Actas españolas de Psiquiatría, 26 (90), 9095-9100.

Garner, D., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. and Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. Psychological Reports, 47, 483-491.

Garfinkel, P.E., Modolfsky, H. and Garner, D. M. (1979). The stability of perceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 703-708.

Gilburdy, S., Kirk, S. y Hill, A.J. (1999). Vegetarianism in young women: Another means of weight control?. International Journal of Eating Disorders, 26, 87-90.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y actitudinales asociadas con imagen corporal y desórdenes del comer: Problemas de peso. Investigación Psicológica, 3 (1), 95-112.

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

Gómez Pérez-Mitré, G. (1997). Alteraciones de la Imagen Corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31-40.

Gómez Peresmitré, G. y Saucedo, T. (1997). Validez diagnóstica del IMC (índice de masa corporal) en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18 (3), 103-110.

Gómez Peresmitré, G. y Ávila Angulo, E. (1998a). Conducta alimentaria y obesidad. Psicología Iberoamericana, 6 (2), 10-21.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1998a). Desórdenes del comer: La imagen corporal en México. La Psicología Social en México, 7, 277-282.

Gómez Peresmitré, G. (1998b). Imagen corporal. ¿Qué es más importante: "sentirse atractivo" o "ser atractivo?". Revista de Psicología y Ciencias Sociales, 2 (1), 27-33.

Gómez Peresmitré, G. & Avila Angulo E. (1998b). ¿Los escolares mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósitos de control de peso?. Revista Iberoamericana, 6 (2), 37-46.

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

Gómez Peresmitré, G. (en prensa). Factores de riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria. Teoría, práctica y prevalencia en muestras mexicanas.

Gómez Peresmitré, G., Saucedo, M., y Unikel, S. (2001a) Imagen corporal en los trastornos de la alimentación: La Psicología Social en el campo de la salud. En G. Gómez Peresmitré y N. Calleja (Comps.). *La Psicología Social en México*. México: Fondo de Cultura Económica.

Gómez Peresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E.L., Saloma, S., y Pineda, G. G., (2001b). Trastornos de la alimentación. Factores de riesgo en tres diferentes grupos de edad: Pre-púberes, púberes y adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*, 18 (3), 313-324.

Gómez Peresmitré, G., Pineda, G.G., L'Esperance, L.P., Hernández, A.A., Platas, A.S. y León, H.R. (2002). Dieta restrictiva y conducta alimentaria compulsiva en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología*, 19 (2), 125-132.

González, M.E. (2002). *Anorexia y bulimia: los desórdenes del comer*. México: Norma.

González Forteza, C. (1992). Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: Impacto sobre el estado emocional en adolescentes. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

González Núñez, J.J. (2001) *Psicopatología de la adolescencia*. México: El Manual Moderno.

Grinder, R. (1997). *Adolescencia*. México: Limusa-Noriega.

Guaraldi, G.P., Orlandi, E., Boselli, P., and Tartoni, P.L. (1995). Body size perception and dissatisfaction in female subjects of different ages. *Psychother Psychosom*, 64, 149-155.

Guelar, D. y Crispo, R. (2000). *Adolescencia y Trastornos del comer*. España: Gedisa.

Guimón, J. (1999). *Los lugares del cuerpo*. España: Paidós

Gustavson, C.R., Gustavson, J.C., Pomariega, A.J., Herrera-Amighetti, L., Pate, J., Hester, C. and Gabaldon, M. (1993). Body-image distortion among male and female American and Caucasian students and female Japanese students. Perceptual and motor skills, 76, 127-130.

Hatsukami, D., James, E.M. Eckert, E.D. y Pyle, R. (1986). Characteristics of patients with bulimia only, bulimia with affective disorder, and bulimia with substance abuse problems. Addictive Behaviors, 11 (1), 399-406.

Hetherington , M. M., Stoner, S.A., Andersen, A.E. y Rolls, B.J. (2000). Effects of acute food deprivation on eating behavior in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 28, 272-283.

Iancu, I., Sipivak, B., Ratzoni, G., Apter, A. & Weisman, A. (1994). The sociocultural theory in the development of Anorexia nervosa. Psychopathology, 27, 29-36.

Jiménez, A., González-Forteza, C., Mora, J. y Gómez-Castro, C. (1995). Acercamiento a la representación semántica del concepto "estrés" en adolescentes mexicanos. Salud mental, 18 (1), 45-49.

Jones, K.L., Shainberg, L.W. y Byer, C.D. (1970). Foods, diet and nutrition. New York: Canfield.

Joseph, A., Wood, I.K., & Goldberg, S.C. (1982). Determining populations at risk for developing anorexia nervosa based on selection of college major. Psychiatry research, 7, 53-58.

Koff, E. y Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. International Journal of Eating Disorders, 22 (1), 51-56.

Lang, S. (1993). Researchers link personality and body weight. Human ecology, 21 (3), 31-35.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1991) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Roca.

Lemberg, R. y Cohn, L. (1999). Eating disorders. A reference sourcebook. EU: ORYX.

León-Sánchez, R., Parra, M.L. y Weckmann-González, C. (1990). Estudio preliminar sobre la representación del cuerpo interno en el niño. La Psicología Social en México, 3, 113-117.

- López-Becerra, C. (1999). Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo hacia el SIDA en adolescentes. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, UNAM.
- Loumidis, K. y Wells, A. (2001). Exercising for the wrong reasons: relationships among eating disorder beliefs, dysfunctional exercise beliefs and coping. Clinical Psychology & Psychotherapy, 8 (6), 416-423.
- Madrigal-Fritsch, H., De Irala-Estévez, J., Martínez-González, M.A., Kearney, J., Gibney, M. y Martínez-Hernández, J.A. (1999). Percepción de la imagen corporal como aproximación cualitativa al estado de nutrición. Salud Pública de México, 41 (6), 479-486.
- Marsá, M., Carrasco, J.L., López-Ibor, J.J. y Saiz, J. (1998). Un estudio de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr., 26 (6), 288-296.
- Marsá, M., Carrasco, J.L., Prieto, R. y Sáiz, J. (2000). El papel de la personalidad en los trastornos de la conducta alimentaria. Actas Españolas de Psiquiatría, 28 (8), 29-36.
- Martin, W.E. (2001). Emotional eating. Psychology Today, 34 (2), 20-25.
- McKay, M. (1970). Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés. Madrid: Martínez-Roca.
- McKay, P.P. and Read, M.H. (1997). Adolescent males athletes: body image, diet and exercise. Adolescence, 32 (127), 593-603.
- Meichenbaum, D. (1987). Manual de inoculación de estrés. Barcelona: Martínez-Roca.
- Moya-Albiol, L. y Salvador, A. (2001). Empleo de estresores psicológicos de laboratorio en el estudio de la respuesta psicofisiológica al estrés. Anales de Psicología, 17 (1), 69-77.
- Mussen, P.H., Conger J.J., Kagan, J. (1982). Desarrollo de la personalidad del niño. México: Trillas.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Génova: OMS.
- Omar, A. (1995). Stress y coping: las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológicos y psicológicos. Argentina: Lumen.

- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2001, 8va. Ed.). Desarrollo humano. Colombia: McGraw-Hill.
- Piaget, J. e Inhelder, B. (1993). Psicología del niño. Madrid: Morata.
- Pick, S., Aguilar, J.A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M.E., Pier, D., Acevedo, M.P. y Vargas, E. (1995). Planeando tu vida: Programa de educación sexual y para la vida dirigido a los adolescentes. México: Planeta.
- Pineda, G.G., Platas, A.S. y Gómez Pérez-Mitré, G. (2000). Menarca, imagen corporal y conducta alimentaria de riesgo en preadolescentes. La Psicología Social en México, 8, 660-667.
- Polivy, J., Heatherton, T.F. and Herman, C.P. (1988). Self-Esteem, restraint and eating behavior. Journal of Abnormal Psychology, 97 (3), 354-356.
- Porges, S. (1992). Vagal tone: a physiological indicator of vulnerability to stress. Pediatrics, 90 (3), 498-504.
- Pritchard, M.E., King, S.L. and Czajka-Narins, D.M. (1997). Adolescent body mass index and self perception. Adolescence, 32 (128), 863-880.
- Raich, R.M., Deus, J. Muñoz, M.J. Pérez, O. y Requena, A. (1991). Evaluación de la preocupación por la figura en una muestra de adolescentes catalanas. Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 18 (5), 210-220.
- Raich, R.M. (2000). Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo. Madrid: Pirámide.
- Ramos, R. (1985). Alimentación normal en niños y adolescentes, teoría y práctica. México: El Manual Moderno.
- Rodríguez, C., Fernández de Corres, B., Lalaguna, B., González, R. y González-Pinto, A. (2001). Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Salud mental, 4, 1-7.
- Romay, R. (2002). Estudio sobre anorexia nerviosa en adolescentes de 11 a 16 años. <http://www.psiquiatria.com>

- Rosenzweig, M.R. y Leiman, A.I. (1992). Psicología Fisiológica. Madrid: McGraw-Hill.
- Rovira, B.L. (1996) Personalidad y factores psicológicos en anorexia y bulimia. En Braguinsky, J. (comps.) Obesidad. Argentina: El ateneo.
- Rowshan, A. (2000). El estrés: técnicas positivas para atenuarlo y asumir el control de tu vida. Barcelona: Oniro.
- San Sebastián, J. (2002). Aspectos históricos en la medicina sobre los trastornos alimentarios. Revista Estudios de Juventud. <http://www.psiquiatria.com/articulos/tralimentacion/general/6769>.
- Scherer, M. (2002). Anorexia, problema de salud pública. Proceso, 1330, 36-43.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). Stress, Coping, and Relationships in Adolescence. EU: Lawrence Erlbaum Associates.
- Soto, R.J. (2002). Estética de la vida social. La insignia. <http://www.lainsignia.org>
- Stice, E., Chase, A., Stormer, S. and Appel, A. (2001). A randomized trial of a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program. International Journal of Eating Disorders, 29 (3), 247-262.
- Stora, J. (1992). El estrés. México: Publicaciones Cruz.
- Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Barcelona: Ariel.
- Troop, N. (1998). Eating disorders as coping strategies: a critique. European Eating Disorders Review, 6 (4), 229-237.
- Troop, N., Holbrey, A. y Treasure, J. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, 24 (2), 157-166.
- Unikel, S.C. y Gómez Peresmitré, G. (1999). Trastornos de la conducta alimentaria: formas indiferenciadas y conductas alimentarias patológicas en mujeres mexicanas. Psicología Conductual, 7 (3), 417-429.

Ussery, L.W., and Prentice-Dunn, S. (1992). Personality predictors of bulimic behavior and attitudes in males. Journal of Clinical Psychology, 48 (6), 722-729.

Valdez, A. (1995). Evaluación del estrés ambiental: Una categorización de estresores físicos, efectos y recursos de afrontamiento. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UNAM.

Valdés, M. (1985). Psicobiología del estrés: conceptos y estrategias de investigación. Barcelona: Martínez-Roca.

Van Sommers, P. (1976). Biología de la conducta. México: Limusa-Noriega.

Van Strien, T. (2000). Ice-cream consumption, tendency toward overeating, and personality. International Journal of Eating Disorders, 28, 460-464.

Van Strien, T., Cleven, A. y Schippers, G. (2000). Restraint, tendency toward overeating and ice cream consumption. International Journal of Eating Disorders, 28, 333-338.

Vargas, G.L. (1984). Factores culturales en la alimentación. Cuadernos de nutrición, 4, 18-33.

Vargas, L.A. (1993). ¿Por qué comemos lo que comemos?. Revista de difusión del Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM, Nueva Época, 7, 24-31.

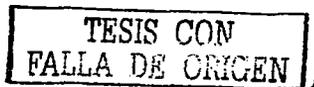
Warren, H. (1998) Diccionario de Psicología. México: Fondo de Cultura Económica.

Windauer,U., Lennerts, W., Talbot, P., Touyz, S.W. y Beumont,J.V. (1993). How well are "cured" anorexia nervosa patients? An investigation of 16 Weight-Recovered Anorexic Patients. British Journal of Psychiatry, 163, 195-200.

Yager, J., Andersen, A., Devlin, M., Egger, H., Herzog, D., Mitchell, J., Powers, P., Yates, A. and Zerbe, K. (2000). Practice Guideline for the Treatment of patients with Eating Disorders. American Psychiatric Association. [http://www.psych.org/clin\\_res/guide.bk.cfm](http://www.psych.org/clin_res/guide.bk.cfm)

Zimbardo, P. (1984). Psicología y vida. México: Trillas.

Zuckerfeld, R. (1996). Acto Bulímico, cuerpo y tercera tópica. México: Paidós.



# ANEXOS

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## 9.- ¿Ya estás menstruando?

- NO.... ( ) Pasa a la pregunta 12  
 SI..... ( ) Pasa a la pregunta siguiente

## 10.- Edad en que tuviste tu primera menstruación \_\_\_\_\_

## 11.- Tu menstruación se presenta...

- regularmente (todos los meses)..... ( )  
 irregularmente (unos meses si, otros no)..... ( )

## 12.- El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:

- A) \$2000 o menos  
 B) \$2001 a 4000  
 C) \$4001 a 6000  
 D) \$6001 a 8000  
 E) \$8001 a 10000  
 F) \$10001 a 12000  
 G) \$12001 o más

## 13.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar ?

- A) Padres (uno o los dos)  
 B) Tú y padre y/o madre  
 C) Tú  
 D) Tú, Hermanos y/o padres  
 E) Hermanos y/o padres  
 F) Abuelos  
 G) Otros. ¿Quién o quienes? \_\_\_\_\_

## 14.- 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  
 G)Sin Estudios

## 15.- 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  
 G)Sin Estudios

## SECCION B

## 1.- Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses

- ( ) Come tanto que me duele el estómago  
 ( ) He perdido el apetito  
 ( ) Pierdo el control y como demasiado  
 ( ) Me he sentido preocupada porque como muy poco

Me he sentido preocupada porque como mucho

Otro. Especifica \_\_\_\_\_

Ninguno

**2.-¿Cuándo sientes más hambre ?**

Desayuno ( )

Comida ( )

Cena ( )

Entre una comida y otra. ( )

**3.-¿Con que intensidad sientes hambre ?**

Poca Regular Demasiada

( ) ( ) ( )

**4.-¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre ?**

Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre

( ) ( ) (50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )

**5.- Escribe en el siguiente cuadro los alimentos que más engordan; en el número 1 el que más engorda y en el 2 el que le sigue, hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.**

ALIMENTOS "ENGORDADORES"	
1	
2	
3	
4	
5	

**6.- ¿Te preocupa tu peso corporal?**

No. (Pasa a la siguiente sección)

Si. (Pasa a la siguiente pregunta)

**7.- ¿A qué edad te empezó a preocupar tu peso corporal?**

\_\_\_\_\_ años

**8.- ¿A qué edad hiciste tu primera "dieta"( dejar de comer ciertos alimentos)?**

\_\_\_\_\_ años

**9.- Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:**

- A) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres
- B) Detienes tu dieta
- C) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

**10.- Cuando estás a dieta:**

- A) Comes y disfrutas los alimentos permitidos
- B) Comes todavía menos de lo que está permitido
- C) Sientes el estómago lleno "inflamado" con cualquier cosa que comes
- D) Aceptas y aprecias la pérdida de peso o los cambios positivos
- E) No ves los cambios y te sigues sintiendo y viendo con sobrepeso

**SECCIÓN C****1.- La cantidad de comida que consumo en casa la decide:**

Mamá ( )  
 Papá ( )  
 Yo mismo ( )  
 Tía(o) ( )  
 Abuela(o) ( )  
 Hermana (o) ( )  
 Otro. ¿Quién? \_\_\_\_\_ ( )

**2.- Cuando como, hacen que me termine todo lo que me serví o todo lo que me sirvieron.**

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

**3.- Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta".**

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

**4.- Como mis alimentos frente a la T. V.**

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

**5.- Consumo alimentos "chatarra"**

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

**6.- Mis padres o tutores me presionan (regañan, o amenazan con castigos) para comer**

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

**7.- Mis padres o tutores me hacen sentir mal por mi forma de comer**

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

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

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

**9.- Como a escondidas de mis padres**

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy	Siempre
-------	---------	----------------	-----	---------

- ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 10.-Me levanto de la mesa hasta terminar todo lo que me sirvieron**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 11.-Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me servi o todo lo que me sirvieron**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 12.-Trato de comer alimentos bajos en calorías por ejemplo: carnes sin grasa, refrescos dietéticos, leche descremada, frutas, verduras, etc.**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 13.-Mis padres o tutores me dejan en libertad de elegir mis alimentos**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 14.- Mis padres o tutores me permiten que coma hasta que tenga hambre**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 15.-Mis padres o tutores me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron o todo lo que me servi.**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 16.-Creo que como más rápido de lo que comen los demás.**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 17.-Como rápido y mucho**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )
- 18.- A mis padres o tutores les da lo mismo si como mis alimentos o no**  
 Nunca A veces Frecuentemente Muy Siempre  
 ( ) ( ) ( 50% de las veces) Frecuentemente ( ) ( )

**19.-Mis padres o tutores ignoran cuales son los alimentos que me gustan y los que no**

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

**20.-Para controlar mi peso es más fácil:**

Dejar de desayunar	( )
Dejar de comer	( )
Dejar de cenar	( )
Dejar de hacer cualquiera de las tres	( )
Ninguna de las tres	( )

**21.-Para controlar mi peso me salto alguna de las comidas (desayuno, comida, cena)**

Nunca	( )
A veces	( )
Frecuentemente	( )
Muy frecuentemente	( )
Siempre	( )

**22.- Según yo, como:**

Demasiado.....	( )
mucho.....	( )
ni mucho , ni poco ( regular ) .	( )
poco.....	( )
muy poco.....	( )

**23.-Según mis padres o tutores como:**

Demasiado.....	( )
mucho.....	( )
ni mucho , ni poco ( regular ) .	( )
poco.....	( )
muy poco.....	( )

**24.-A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.**

les interesa demasiado.....	( )
les interesa mucho.....	( )
les interesa regular.....	( )
les interesa poco.....	( )
no les interesa.....	( )

**25.- A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.**

les interesa demasiado.....	( )
les interesa mucho.....	( )
les interesa regular.....	( )
les interesa poco.....	( )
no les interesa.....	( )

**26.-Me preocupa subir de peso.**

me preocupa demasiado.....	( )
me preocupa mucho.....	( )
me preocupa de manera regular.	( )
me preocupa poco.....	( )

no me preocupa..... ( )

**27.-En el último año:**

No he hecho cambios en mi alimentación ( )  
 Si hice cambios en mi alimentación ( )

**Estos cambios fueron**

para bajar de peso..... ( )  
 para subir de peso..... ( )  
 por otra razón.....( ) explica para qué \_\_\_\_\_

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

Mamá o papá..... ( )  
 Abuelita(o)..... ( )  
 Tía(o)..... ( )  
 Hermana(o)..... ( )  
 Amiga(o)..... ( )  
 Doctor(a)..... ( )  
 Nadie, lo decidí yo mismo ( )

**29.-Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.**

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papa		
Yo misma		

**30.-En mi casa practican deporte:**

Mamá..... ( )  
 Hermana(o)..... ( )  
 Tía(o)..... ( )  
 Abuelita(o)..... ( )  
 Papá..... ( )  
 Nadie..... ( )  
 Otra persona, quién \_\_\_\_\_ ( )

**31.-Actualmente, practico un deporte o actividad física.**

diario..... ( )  
 2 veces por semana..... ( )  
 3 veces por semana..... ( )  
 1 vez a la semana..... ( )  
 ocasionalmente..... ( )  
 No practico deportes..... ( )

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

## SECCION D

## 1.-Llegar a estar gorda:

- me preocupa demasiado..... ( )  
 me preocupa mucho..... ( )  
 me preocupa de manera regular..... ( )  
 me preocupa poco..... ( )  
 no me preocupa..... ( )

## 2.-¿Cómo te sientes con tu figura?

- Muy satisfecha ( )  
 Satisfecha ( )  
 Indiferente ( )  
 Insatisfecha ( )  
 Muy insatisfecha ( )

## 3.-Me preocupa la forma de mi cuerpo :

- Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Mucho ( )

## 4.-Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)

- |       |         |                |                    |         |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| ( )   | ( )     | ( )            | ( )                | ( )     |

## 5.-Me gusta mirarme al espejo

- |       |         |                |                    |         |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| ( )   | ( )     | ( )            | ( )                | ( )     |

## 6.-Cuando quiero insultar a alguien la llamo "gorda" :

- |       |         |                |                    |         |
|-------|---------|----------------|--------------------|---------|
| Nunca | A veces | Frecuentemente | Muy Frecuentemente | Siempre |
| ( )   | ( )     | ( )            | ( )                | ( )     |

## 7.-Admiro a las personas delgadas :

- |      |      |         |       |
|------|------|---------|-------|
| Nada | Poco | Regular | Mucho |
| ( )  | ( )  | ( )     | ( )   |

## SECCION E

1.-Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como :



G  
( )

( Si no hay una figura que te guste, dibújala)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SECCION F

1.- Marca con una **x** en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMANO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Espalda					
Brazos					
Busto					
Estómago					
Cintura					
Cadera					
Pompas					
Piernas					
Pantorrillas					

## 2.-Creo que estoy:

- Muy gorda..... ( )  
 Gorda..... ( )  
 Ni gorda ni delgada ( )  
 Delgada..... ( )  
 Muy delgada..... ( )

## 3.- Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gorda..... ( )  
 Gorda..... ( )  
 Ni gorda ni delgada ( )  
 Delgada..... ( )  
 Muy delgada..... ( )

## 4.- Según yo, una niña atractiva es:

- Muy gorda..... ( )  
 Gorda..... ( )  
 Ni gorda ni delgada ( )  
 Delgada..... ( )  
 Muy delgada..... ( )

## 5.-Creo que mis amigos y amigas me ven:

- Muy gorda..... ( )  
 Gorda..... ( )  
 Ni gorda ni delgada ( )  
 Delgada..... ( )  
 Muy delgada..... ( )

## 6.-Me gustaría pesar:

- mucho más de lo que peso actualmente.....( )  
 un poco más de lo que peso actualmente.....( )  
 lo mismo que peso actualmente.....( )

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

un poco menos de lo que peso actualmente.....( )  
 mucho menos de lo que peso actualmente.....( )

7.-Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

		PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1.-	Critican tu estatura	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2.-	Critican tu peso corporal	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3.-	Comparan tu peso con el de tus amigos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4.-	Te molestan porque quieren que estés más delgada.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5.-	Te molestan porque quieren que subas de peso	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6.-	Se burlan de ti porque estas gordita.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7.-	Se burlan de ti porque estas flaquita	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8.-	Se burlan de ti porque estás chaparrita.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.-	Critican tu cuerpo delante de los demás.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

## SECCION G

1. -Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. Recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sana	1	2	3	4	5
Floja	1	2	3	4	5
Atractiva	1	2	3	4	5
Estudiosa	1	2	3	4	5
Mentirosa	1	2	3	4	5
Trabajadora	1	2	3	4	5
Buena	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativa	1	2	3	4	5
Cariñosa	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresiva	1	2	3	4	5
Cumplida	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquila	1	2	3	4	5
Tímida	1	2	3	4	5
Enojona	1	2	3	4	5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativa	1	2	3	4	5
Tramposa	1	2	3	4	5
Limpia	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lenta	1	2	3	4	5
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Solitaria	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Comprensiva	1	2	3	4	5
Ágil	1	2	3	4	5
Optimista	1	2	3	4	5
Falsa	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansiosa	1	2	3	4	5
Desconfiada	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Insegura	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

SECCION H

1.- En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata, y después te presentamos pares de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Mis manos  
son:

Por ejemplo:

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

Grandes                X                Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos un par de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son

Si piensas que son

Si opinas que son

Si crees que tus manos son

Si tus manos no son

**Grandes**

**pequeñas  
algo grandes**

**algo pequeñas  
ni grandes ni  
pequeñas**

contestarás la letra

marcarás la letra

elegirás la letra

elegirás la letra

responderás en la letra

**A**

**E**

**B (como en el  
ejemplo)**

**D**

**C**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## 1.-Mi cuerpo es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

## 2.- Mi cara es:

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

## 3.- Mi espalda es

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

## 4.-Mi busto es

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

5.- Mi cintura es

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

6.- Mis piernas son:

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

7.- Mis muslos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

8.- Mis pompas son

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

## 9.-MI estómago es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

## 10.-Mis brazos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

## SECCION I

1.-Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niñas. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

*Mi cuerpo se parece más a:*



A  
( )



B  
( )



C  
( )



D  
( )



E  
( )



F  
( )

G

( )

(Si no hay una figura que te guste, dibújala)

**SECCION J**

1.-¿ Cómo te llevas con..?

Tu papá	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tu mamá	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tus amigos	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tus maestros (as)	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tus compañeros (as)	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal

2.-¿Cuántas amigas cercanas tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellas para lo que sea)?

- Ninguna ( )  
 Una o Dos ( )  
 Tres o Cuatro ( )  
 Cinco ( )  
 Más de Cinco ( )

3.-¿Tienes o perteneces a un grupo de amigas y/o amigos con los que mantienes una buena amistad?

- No ( )  
 Sí ( )

En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión ? :

	Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente	Siempre
--	-------	---------	----------------	--------------------	---------

- |                              |     |     |     |     |     |
|------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 4. -Las amistades            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5. -El dinero                | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6. -La falta de comunicación | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7. -La disciplina            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8. -La comida o alimentación | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
9. -En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos, hay o ha habido :
- |            |     |
|------------|-----|
| Sobre peso | ( ) |
| Tabaquismo | ( ) |

- Obesidad ( )  
Alcoholismo ( )  
Delgadez extrema ( )  
Ninguno de los anteriores ( )  
Todos los anteriores ( )

10. -En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :

- Actitud negativa hacia la obesidad ( )  
Preocupación por el peso corporal ( )  
Preocupación por la forma de comer ( )  
Preocupación por la apariencia física ( )  
Insatisfacción con la figura ( )  
Todas las anteriores ( )  
Ninguna de las anteriores ( )

11. -En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :

- Dietas para el control de peso ( )  
Ejercicio excesivo (10 hrs. o más por semana) ( )  
Las dos anteriores ( )  
Ninguna de las anteriores ( )

**ESTUDIO SOBRE ALIMENTACION Y SALUD  
PREADOLESCENTES  
FORMA XY  
Versión 2003**

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

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

**MUCHAS GRACIAS POR TU COOPERACIÓN**

**SECCION A**

Nombre \_\_\_\_\_

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

Pública..... ( )

2.- Grado que cursas \_\_\_\_\_

3.- Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

4.-¿Cuánto pesas ? \_\_\_\_\_ Kg. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que pesas ? : \_\_\_\_\_ Kg.

5.-¿Cuánto mides ? \_\_\_\_\_ Mts. Si no sabes con exactitud ¿Cuánto crees que mides ? : \_\_\_\_\_ Mts.

6. ¿En qué trabaja tu papá?

- No tiene Trabajo ( )  
Obrero ( )  
Empleado ( )  
Vendedor Ambulante ( )  
Comerciante Establecido ( )  
Profesionista ( )  
Empresario ( )  
Jubilado ( )  
Otra cosa \_\_\_\_\_ ( )

7. ¿A qué se dedica tu mamá?

- Ama de casa ( )  
Empleada doméstica ( )  
Empleada (comercio u oficina) ( )  
Vendedora Ambulante ( )  
Comerciante Establecido ( )  
Profesionista ( )  
Empresaria ( )  
Jubilada ( )  
Otra cosa \_\_\_\_\_ ( )

8. ¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos ?

- Eres hijo único ( )  
Eres el más chico ( )  
Ocupas un lugar intermedio ( )  
Eres el mayor ( )



**9. ¿ Has tenido emisiones nocturnas (eyaculaciones) ?**

- NO.... ( ) Pasa a la pregunta 11  
 SI.... ( ) Pasa a la siguiente pregunta

**10. Edad en que tuviste tus primeras emisiones nocturnas \_\_\_\_\_**

**11. El ingreso mensual familiar es aproximadamente de:**

- A) \$2000 o menos
- B) \$2001 a 4000
- C) \$4001 a 6000
- D) \$6001 a 8000
- E) \$8001 a 10000
- F) \$10001 a 12000
- G) \$12001 o más

**12.- ¿Quién o quienes aportan el ingreso mensual familiar ?**

- A) Padres (uno o los dos)
- B) Tú y padre y/o madre
- C) Tú
- D) Tú, Hermanos y/o padres
- E) Hermanos y/o padres
- F) Abuelos
- G) Otros : ¿Quién o quienes ? \_\_\_\_\_

**13.- 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
- G) Sin estudios

**14.- 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
- G) Sin estudios

**SECCION B**

**1.- Señala cuáles de estos problemas has tenido en los últimos 6 meses:**

- ( ) Como tanto que me duele el estómago
- ( ) He perdido el apetito
- ( ) Pierdo el control y como demasiado
- ( ) Me he sentido preocupado porque como muy poco
- ( ) Me he sentido preocupado porque como mucho
- ( ) Otro. Especifica \_\_\_\_\_
- ( ) Ninguno

**2.-¿Cuándo sientes más hambre ?**

- Desayuno ( )  
 Comida ( )  
 Cena ( )  
 Entre una comida y otra ( )

**3.-¿Con que intensidad sientes hambre ?**

- Poca ( ) Regular ( ) Demasiada ( )

**4.-¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre ?**

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

**5.- Escribe en el siguiente cuadro los alimentos que más engordan; en el número 1 el que más engorda en el 2 el que le sigue hasta llegar al 5 que será el que engorde menos.**

**ALIMENTOS "ENGORDADORES"**

1.-	
2.-	
3.-	
4.-	
5.-	

**6.- ¿Te preocupa tu peso corporal ?**

- ( ) No (Pasa a la siguiente sección)  
 ( ) Sí (Pasa a la siguiente pregunta)

**7.-¿ A que edad empezó a preocuparte tu peso corporal ?**

\_\_\_\_\_ Años

**8.-¿ A que edad hiciste tu primera "dieta" (dejar de comer ciertos alimentos).**

\_\_\_\_\_ Años

**9.- Cuando has hecho dieta y has logrado bajar de peso:**

- D) Sigues haciendo dieta hasta alcanzar el peso que quieres  
 E) Detienes tu dieta  
 F) Sigues haciendo dieta aunque ya hayas alcanzado el peso que quieres

**10.- Cuando estás a dieta:**

- F) Comes y disfrutas los alimentos permitidos  
 G) Comes todavía menos de lo que está permitido  
 H) Sientes el estómago lleno "inflamado" con cualquier cosa que comes  
 I) Aceptas y aprecias la pérdida de peso o los cambios positivos  
 J) No ves los cambios y te sigues sintiendo y viendo con sobrepeso

## SECCION C

**1. La cantidad de comida que consumo en casa la decide:**

Mamá ( )  
 Papá ( )  
 Yo mismo ( )  
 Tía(o) ( )  
 Abuela(o) ( )  
 Hermana(o) ( )  
 Otro. ¿Quién? \_\_\_\_\_ ( )

**2.- Cuando como, me hacen que me termine todo lo que me servi o todo lo que me sirvieron.**

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

**3.- Como tan rápido que siento que la comida se me "atraganta".**

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

**4.- Como mis alimentos frente a la T. V.**

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

**5.- Consumo alimentos "chatarra"**

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

**6.- Mis padres o tutores me presionan (regañan, o amenazan con castigos) para comer**

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

**7.- Mis padres o tutores me hacen sentir mal por mi forma de comer**

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

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

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

**9.- Como a escondidas de mis padres**

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

**10.- Me levanto de la mesa hasta que termine todo lo que me sirvieron**

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

**11.- Mis padres o tutores me premian cuando me como todo lo que me servi o todo lo que me sirvieron**

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

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

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

**13.- Mis padres o tutores me dejan en libertad de elegir mis alimentos**

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

**14.- Mis padres o tutores me permiten que coma hasta que tenga hambre**

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

**15.- Mis padres o tutores me castigan cuando no me termino todo lo que me sirvieron o todo lo que me servi.**

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

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

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

**17.- Como rápido y mucho**

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

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

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

**19.- Mis padres ignoran los alimentos que me gustan y los que no**

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

**20.- Para controlar mi peso es más fácil:**

- Dejar de desayunar..... ( )  
 Dejar de comer.....( )  
 Dejar de cenar ..... ( )  
 Dejar de hacer cualquiera de las tres ( )  
 Ninguna de las tres ..... ( )

**21.- Para controlar mi peso me salto alguna de las comidas (desayuno, comida, cena)**

- Nunca.....( )  
 A veces.....( )  
 Frecuentemente.....( )  
 Muy frecuentemente.....( )  
 Siempre.....( )

**22.- Según yo, como:**

- Demasiado ..... ( )  
 Mucho ..... ( )  
 Ni mucho , ni poco ( regular ) ( )  
 Poco ..... ( )  
 Muy poco ..... ( )

**23.- Según mis padres o tutores como:**

- Demasiado ..... ( )  
 Mucho ..... ( )  
 Ni mucho , ni poco ( regular ). ( )  
 Poco ..... ( )  
 Muy poco .....( )

**24.- A mis padres o tutores les interesa que mi alimentación sea nutritiva.**

- les interesa demasiado..... ( )  
 les interesa mucho..... ( )  
 les interesa regular..... ( )  
 les interesa poco..... ( )  
 no les interesa..... ( )

**25.- A mis padres o tutores les interesa que practique algún deporte.**

- les interesa demasiado..... ( )  
 les interesa mucho..... ( )  
 les interesa regular..... ( )  
 les interesa poco..... ( )  
 no les interesa..... ( )

**26.- Me preocupa subir de peso.**

- me preocupa demasiado..... ( )  
 me preocupa mucho..... ( )  
 me preocupa de manera regular..... ( )  
 me preocupa poco..... ( )  
 no me preocupa..... ( )

**27.- En el último año:**

- No he hecho cambios en mi alimentación ( )

**TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN**

Si hice cambios en mi alimentación ( )  
**Estos cambios fueron**

- para bajar de peso..... ( )
- para subir de peso..... ( )
- por otra razón..... ( ) explica para qué\_\_\_\_\_

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

- Mamá o papá..... ( )
- Abuelita(o)..... ( )
- Tía(o)..... ( )
- Hermana(o)..... ( )
- Amiga(o)..... ( )
- Doctor(a)..... ( )
- Nadie, lo decidí yo mismo ( )

29. Marca con una cruz la persona o personas que en tu casa hacen dietas e indícalo en la columna correspondiente. Si en tu casa nadie hace dieta, no contestes.

PERSONAS	PARA BAJAR DE PESO	PARA SUBIR DE PESO
Mama		
Hermana (o)		
Tía (o)		
Abuelita (o)		
Papa		
Yo mismo		

30.- En mi casa practican deporte:

- Mamá..... ( )
- Hermana(o)..... ( )
- Tía(o)..... ( )
- Abuelita(o)..... ( )
- Papá..... ( )
- Nadie..... ( )
- Otra persona, quién \_\_\_\_\_ ( )

31. Actualmente, practico un deporte o actividad física.

- diario..... ( )
- 2 veces por semana..... ( )
- 3 veces por semana..... ( )
- 1 vez a la semana..... ( )
- ocasionalmente..... ( )
- No practico deportes..... ( )

SECCION D

1. Llegar a estar gordo:

- me preocupa demasiado..... ( )
- me preocupa mucho..... ( )
- me preocupa de manera regular..... ( )
- me preocupa poco..... ( )
- no me preocupa..... ( )

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**2. Como te sientes con tu figura ?**

Muy Satisfecho.....( )  
 Satisfecho.....( )  
 Indiferente .....( )  
 Insatisfecho.....( )  
 Muy Insatisfecho .....( )

**3.-Me preocupa la forma de mi cuerpo :**

Nada ( )      Poco ( )      Regular ( )      Mucho ( )

**4.-Pienso cosas negativas de las personas obesas (gordas)**

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

**5.-Me gusta mirarme al espejo**

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

**6.-Cuando quiero insultar a alguien lo llamo "gordo" :**

Nunca	A veces	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	Siempre
( )	( )	( )	( )	( )

**7.-Admiro a las personas delgadas :**

Nada	Poco	Regular	Mucho
( )	( )	( )	( )

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## SECCION E

1.- Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niños. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más te gustaría tener y marca con una X la letra correspondiente.

Me gustaría que mi cuerpo fuera como



A  
( )



B  
( )



C  
( )



D  
( )



E  
( )



F  
( )

G

( )

(si no hay una figura que te guste, dibújala)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

SECCION F

1.- Marca con una **x** en el cuadro que corresponda, ¿Cómo consideras las siguientes características de tu físico?

	MUY GRANDE	GRANDE	TAMAÑO ADECUADO	PEQUEÑO	MUY PEQUEÑO
Cara					
Cuerpo					
Estatura					
Espalda					
Brazos					
Tórax					
Estómago					
Cintura					
Cadera					
Pompas					
Piernas					
Pantorrillas					

2.- Creo que estoy:

- Muy gordo..... ( )
- Gordo..... ( )
- Ni gordo ni delgado ( )
- Delgado..... ( )
- Muy delgado..... ( )

3.- Creo que mis padres o tutores me ven:

- Muy gordo..... ( )
- Gordo..... ( )
- Ni gordo ni delgado ( )
- Delgado..... ( )
- Muy delgado..... ( )

4.- Según yo, un niño atractivo es:

- Muy gordo..... ( )
- Gordo..... ( )
- Ni gordo ni delgado ..( )
- Delgado..... ( )
- Muy delgado..... ( )

5.- Creo que mis amigos y amigas me ven:

- Muy gordo..... ( )
- Gordo..... ( )
- Ni gordo ni delgado ( )
- Delgado..... ( )
- Muy delgado..... ( )

6.- Me gustaría pesar:

- mucho más de lo que peso actualmente..... ( )
- un poco más de lo que peso actualmente..... ( )
- lo mismo que peso actualmente..... ( )

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON

un poco menos de lo que peso actualmente..... ( )  
 mucho menos de lo que peso actualmente..... ( )

7.-Marca con una (X) en la columna que corresponda a algunas de las situaciones con que te enfrentas constantemente.

	PAPA	MAMA	HERMANOS	MAESTROS	AMIGOS	YO MISMO
1.- Critican tu estatura	( )	( )	( )	( )	( )	( )
2.- Critican tu peso corporal	( )	( )	( )	( )	( )	( )
3.- Comparan tu peso con el de tus amigos.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
4.- Te molestan porque quieren que estés más delgado.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
5.- Te molestan porque quieren que subas de peso	( )	( )	( )	( )	( )	( )
6.- Se burlan de ti porque estas gordito.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
7.- Se burlan de ti porque estas flaquito	( )	( )	( )	( )	( )	( )
8.- Se burlan de ti porque estás chaparrito.	( )	( )	( )	( )	( )	( )
9.- Critican tu cuerpo delante de los demás.	( )	( )	( )	( )	( )	( )

## SECCION G

1. Lee la siguiente lista de atributos o adjetivos y marca con una X lo que creas tener de cada uno de ellos. Recuerda, cada escala va de 1 (nada) hasta el 5 (demasiado).

	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Inteligente	1	2	3	4	5
Fuerte	1	2	3	4	5
Sano	1	2	3	4	5
Flojo	1	2	3	4	5
Atractivo	1	2	3	4	5
Estudioso	1	2	3	4	5
Mentiroso	1	2	3	4	5
Trabajador	1	2	3	4	5
Bueno	1	2	3	4	5
Agradable	1	2	3	4	5
Creativo	1	2	3	4	5
Cariñoso	1	2	3	4	5
Obediente	1	2	3	4	5
Agresivo	1	2	3	4	5
Cumplido	1	2	3	4	5
Responsable	1	2	3	4	5
Feliz	1	2	3	4	5
Tranquilo	1	2	3	4	5
Tímido	1	2	3	4	5
Enojón	1	2	3	4	5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Rebelde	1	2	3	4	5
Cooperativo	1	2	3	4	5
Tramposo	1	2	3	4	5
Limpio	1	2	3	4	5
Amigable	1	2	3	4	5
Deportista	1	2	3	4	5
Lento	1	2	3	4	5
Solitario	1	2	3	4	5
Triste	1	2	3	4	5
Compreensivo	1	2	3	4	5
	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO	DEMASIADO
Agil					
Optimista					
Falso	1	2	3	4	5
Torpe	1	2	3	4	5
Ansioso	1	2	3	4	5
Desconfiado	1	2	3	4	5
Sociable	1	2	3	4	5
Pesimista	1	2	3	4	5
Inseguro	1	2	3	4	5
Confiable	1	2	3	4	5
Independiente	1	2	3	4	5

## SECCION H

1.- En esta sección te pedimos que nos digas como son varias partes de tu cuerpo. Primero te mencionamos de que parte se trata, y después te presentamos pares de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Mis manos  
son:

Por ejemplo:

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

Grandes \_\_\_\_\_   X   \_\_\_\_\_ Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos un par de características contrarias (grandes - pequeñas).

Si tú crees que tus manos son	<b>Grandes</b>	contestarás la letra	<b>A</b>
Si piensas que son	<b>Pequeñas</b>	marcarás la letra	<b>E</b>
Si opinas que son	<b>algo grandes</b>	elegirás la letra	<b>B (como en el ejemplo)</b>
Si crees que tus manos son	<b>algo pequeñas</b>	elegirás la letra	<b>D</b>
Si tus manos no son	<b>ni grandes ni pequeñas</b>	responderás en la letra	<b>C.</b>

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1. Mi cuerpo es:

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

2. Mi cara es:

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

3. Mi espalda es

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

4. Mi tórax es :

	A	B	C	D	E	
Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

5.-Mi cintura es :

	A	B	C	D	E	
Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
Gruesa	_____	_____	_____	_____	_____	Delgada
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlética	_____	_____	_____	_____	_____	Bofa
Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
Gorda	_____	_____	_____	_____	_____	Flaca
Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada

6. Mis piernas son:

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

7.-Mis muslos son :

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Grosos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

8. Mis pompas son

	A	B	C	D	E	
Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Feas
Gruesas	_____	_____	_____	_____	_____	Delgadas
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
Chicas	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivas	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivas
Gordas	_____	_____	_____	_____	_____	Flacas
Proporcionadas	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionadas

9. Mi estómago es:

A	B	C	D	E
_____	_____	_____	_____	_____

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
Débil	_____	_____	_____	_____	_____	Fuerte
Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Bofo
Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Flaco
Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado

10. Mis brazos son:

	A	B	C	D	E	
Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Feos
Gruesos	_____	_____	_____	_____	_____	Delgados
Débiles	_____	_____	_____	_____	_____	Fuertes
Atléticos	_____	_____	_____	_____	_____	Bofos
Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes
Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
Gordos	_____	_____	_____	_____	_____	Flacos
Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SECCION I

1. Observa con cuidado las siguientes siluetas o figuras de niño. Como puedes ver cada una tiene una letra. Escoge aquella figura (sólo una) que más se parezca a tu cuerpo y marca con una X la letra correspondiente

Mi cuerpo se parece más a:



A

B



D

E

F

G

( )

(si no hay una figura  
que te guste, dibújala)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## SECCION J

## 1. ¿ Cómo te llevas con..?

Tu papá	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tu mamá	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tus amigos	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tus maestros (as)	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal
Tus compañeros (as)	<u>                    </u> Muy Bien	<u>                    </u> Bien	<u>                    </u> Regular	<u>                    </u> Mal	<u>                    </u> Muy Mal

2. Cuántos amigos cercanos tienes (con quienes puedes platicar problemas personales y cuentas con ellos para lo que sea)

- Ninguno ( )  
 Uno o Dos ( )  
 Tres o Cuatro ( )  
 Cinco ( )  
 Más de Cinco ( )

## 3. ¿Tienes o perteneces a un grupo de amigos y / o amigas con los que mantienes una buena amistad?

- No ( )  
 Sí ( )

## En tu familia, ¿con qué frecuencia los siguientes temas son causa de discusión ? :

	Nunca	A veces	Frecuenteme nte	Muy frecuentemente	Siempre
--	-------	------------	--------------------	-----------------------	---------

- |                             |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| 4. Las amistades            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 5. El dinero                | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 6. La falta de comunicación | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 7. La disciplina            | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |
| 8. La comida o alimentación | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) | ( ) |

**9.-En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos, hay o ha habido :**

- Sobrepeso ( )  
 Tabaquismo ( )  
 Obesidad ( )  
 Alcoholismo ( )  
 Delgadez extrema ( )  
 Ninguno de los anteriores ( )  
 Todos los anteriores ( )

**10. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), tienen o han tenido :**

- Actitud negativa hacia la obesidad ( )  
 Preocupación por el peso corporal ( )  
 Preocupación por la forma de comer ( )  
 Preocupación por la apariencia física ( )  
 Insatisfacción con la figura ( )  
 Todas las anteriores ( )  
 Ninguna de las anteriores ( )

**11. En tu familia (padres y/o hermanos y/o abuelos y/o tíos), hacen o han hecho :**

- Dietas para el control de peso ( )  
 Ejercicio excesivo 10 hrs. o más por semana ( )  
 Las dos anteriores ( )  
 Ninguna de las anteriores ( )

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 qué 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**

Quando tengo un problema:

**Me Describe**

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

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**