

01921
37



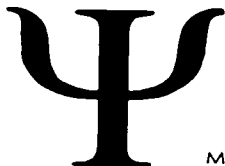
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN GIMNASTAS
MEXICANAS DE 9 A 16 AÑOS**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
BRITO TOLEDANO, NADIA IVONNE
CINTRA BUENROSTRO KAREN EUGENIA

DIRECTORA: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ - MITRE
REVISORA: DRA. LUCY REIDL MARTINEZ



MEXICO, D.F.

2003

1



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.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AGRADECIMIENTOS

A **Dios** por iluminar mi camino y por todas las bendiciones que me has dado a lo largo de mi vida.

A mis **padres** porque gracias a ellos soy lo que soy, gracias por su motivación, apoyo pero sobre todo por sus desvelos, ejemplo y amor. Gracias por creer en mi.

A ti **Gerson**, porque desde que estas a mi lado has sido una presencia incondicional y un apoyo constante gracias por tu amor, Te amo.

A mis **abuelos**, porque me enseñaron lo que es querer a pesar de los defectos. los adoro.

A uds, **Israel, Diana y Alan**, porque sin ustedes no sería completa mi vida.

A ti **Aima**, por enseñame lo que es tener coraje para enfrentar la vida.

A mis **tios**, porque a pesar de todo son parte fundamental de mi desarrollo.

Pero sobre todo a ti **Sebastián**, esta tesis es por y para ti, Te amo hijo.

Y a ti **bebé**, porque antes de venir al mundo ya me tuviste toda la paciencia, Te espero.

A ti **Karen**, por tu paciencia, comprensión pero sobre todo por tu amistad, T.Q.M. Amiga.

A ti **Vanessa**, porque has estado en cada momento de mi vida.

A ti **Mónica**, por alentarme a seguir adelante. Gracias.

A uds, **Eva, Laura, Miriam, Vanessa y Gloria**, porque sin su presencia jamás hubiera concluido esta etapa de mi vida.

A nuestra Directora de Tesis, **Dra. Gilda Gómez Peresmitré**, con cuya orientación y consejos nos fue posible terminar la tesis.

A mis sinodales **Dra. Lucy María Reidl Martínez, Mtra. Olga Bustos Romero, Mtra. Lilia Joya Laureano y Lic. Jorge Valenzuela Vallejo**.

A uds, **Silvia, Rodrigo y Gisela** por el apoyo prestado para la elaboración de esta tesis. Muchas Gracias.

Nadia

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada a **ti**, por darme la vida y estar en todo momento conmigo.

A **Claude** (Chiquito), mil gracias por haberme aguantado durante todo este proceso, el cual ha sido muy duro y por haberme alentado en culminarlo, creo que finalmente valió la pena puesto que he cumplido un sueño muy deseado, para finalmente verlo realizado, no tengo las suficientes palabras para agradecerle y transmitirte lo que significa en mi vida, por tu paciencia y apoyo pero sobre todo por tu amor y ejemplo a alcanzar los sueños que uno tiene. Te amo.

A **Natasha**, mi hija que fue la que me motivo a luchar por este sueño, a pesar de los miles de sacrificios que vivió por no tener una mamá de tiempo completo, mi amor aquí estamos y te agradezco el haberme alentado con todo tu amor y cariño y por haber sido siempre esa niña que me impulso con sus sonrisas a seguir adelante.

A **Annette**, chiquita que me acompañaste durante un buen rato en este camino y que fuiste otra luz que me impulso a seguir adelante y no derrotarme, se que aún no comprendes, pero algún día abrirás este ejemplar y lo harás.

A mi **bebé** que desgraciadamente no puede acompañarme el día de hoy pero que permanecerá en mi mente toda la vida, se que donde te encuentres te sentirás orgulloso, chiquito trataste de llegar pero no fue posible sin embargo pienso mucho en ti y eres parte esencial de mi vida.

A mis **papas** por haberme dado la vida y enseñarme a luchar por los sueños que uno se forja, por haber estado conmigo durante todo el tiempo y apoyarme sobre todo en los momentos en que creí que no iba a ser posible llegar a culminarlos. Los amo.

Opa y Orni, mil gracias por todo su apoyo y amor, pero sobre todo por ser tan maravillosos.

A mis hermanos **Keven, Carlos y Vanessa**, por ser una gran familia y siempre apoyarme a seguir adelante con sus consejos. Los amo.

A la familia **Garza- Buenrostro**, que cada uno de sus miembros ha sido un gran apoyo en todo el transcurso de mi vida y gracias a ellos por compartir momentos increíbles.

A la familia **Mendoza- Buenrostro** por estar conmigo durante mi vida, en especial a **ti choyo** (†), que desgraciadamente ya no te encuentras junto a mí pero que fuiste un gran compañero en mi vida, que difícil que te hayas tenido que ir tan de repente sin embargo en mi siempre estarás.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A la familia **Escalona- Buenrostro** por todos los momentos de apoyo que he recibido y de verdad mil gracias por que siempre he encontrado una puerta abierta con ustedes.

Tío **León**, que te puedo decir creo que las palabras no caben para agradecerle todo lo que has hecho por mi y todas las platicas que hemos tenido, por tu apoyo incondicional y por estar siempre ahí, cuando lo he necesitado, así mismo a **Sofi** que ha sido un gran apoyo en todo momento y mi primichis que te adoro (**Ahutz**), mil gracias de verdad simplemente por ser tan maravillosos como lo han sido siempre.

Mara, mi amiga inseparable, que ha vivido conmigo todo este proceso y me ha alentado ha seguir adelante siempre, espero que esta amistad tan bonita perdure toda la vida como lo ha hecho hasta el día de hoy, tu bien sabes que fuiste un gran apoyo.

Jesse mil gracias también por estar en todos los momentos conmigo y haber sido parte esencial de este sueño.

Nadia, finalmente aquí estamos culminando ese sueño que tuvimos y que pudimos llevar a cabo, mil gracias de verdad por haberme apoyado durante todo este tiempo.

Lato, simplemente por haber sido un gran compañero de trabajo en todo momento y haberme ayudado cuando lo necesite.

Maricarmen, amiga mil gracias por haber insistido tanto en esta etapa de mi vida y haberte conocido puesto que has sido una amiga incondicional en todo momento la cual me ha alentado a luchar por los ideales.

Norma, Rosalba, Lucero, Gary, mil gracias por haber sido parte de este trabajo y haberme apoyado, no tengo palabras para expresarles lo que significan en mi vida y los ratos tan agradables que hemos vivido.

A la **Dra. Glidia Gómez Peresmitré**, por la cual siento una gran admiración y agradecimiento por haberse tomado el tiempo de dirigir esta tesis.

A la **Dra. Lucy María Reidí Martínez, Mtra. Olga Livier Bustos Romero, Mtra. Lilia Joya Laureano, Lic. Jorge Valenzuela Vallejo**, por tomarse el tiempo y dedicación en el presente trabajo.

A **Silvia, Rodrigo y Gisela**, mil gracias por su apoyo y dedicación para la elaboración de esta tesis.

Finalmente a cada persona que a lo mejor omití en nombre pero que me han ayudado a ser mejor persona y que con las experiencias que hemos vivido he crecido.

Karen
4

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE	
RESUMEN	3
INTRODUCCION	4
CAPITULO 1 - TRASTORNOS ALIMENTARIOS	7
1.1. <i>Antecedentes históricos</i>	7
1.2. <i>Antecedentes teóricos</i>	13
CAPITULO 2 - DEFINICION DE CONCEPTOS	19
2.1. <i>Anorexia Nerviosa (AN)</i>	19
2.1.1. <i>Sintomatología</i>	20
2.1.2. <i>Criterios diagnósticos de la AN</i>	21
2.2. <i>Bulimia Nerviosa (BN)</i>	23
2.2.1. <i>Sintomatología</i>	24
2.2.2. <i>Criterios diagnósticos de la BN</i>	25
2.3. <i>Evaluación de los Trastornos Alimentarios</i>	26
2.4. <i>Factores de Riesgo</i>	27
2.4.1. <i>Deporte como Factor de Riesgo</i>	29
CAPITULO 3 - IMAGEN CORPORAL	32
3.1. <i>Estudios sobre la imagen corporal</i>	34
3.1.1. <i>Tipología semiintuitiva de Kretschmer</i>	34
3.1.2. <i>Sheldon entre tipología y factoriales</i>	35
3.2. <i>Temperamento y el tipo corporal</i>	37
3.3. <i>Técnicas y métodos para evaluar la imagen corporal</i>	38
3.3.1. <i>Antropometría</i>	39
3.3.2. <i>Relación peso-talla</i>	39
3.3.3. <i>Percepciones evaluativas</i>	40
3.4. <i>Características del desarrollo físico del adolescente</i>	41
3.5. <i>Cambios antropométricos</i>	42
3.6. <i>La imagen Corporal y la sociedad</i>	44
3.7. <i>Sintaxis de la Imagen</i>	47
CAPITULO 4 - ADOLESCENCIA	49
4.1. <i>Surgimiento del estudio de la adolescencia</i>	49
4.2. <i>Definición de adolescencia</i>	50
4.3. <i>Aspectos físicos y fisiológicos</i>	54
4.4. <i>Aspectos psicológicos</i>	60
4.5. <i>Contexto Social</i>	66
4.6. <i>Desarrollo Emocional</i>	69
4.7. <i>Problemas de Adaptación en la Adolescencia</i>	73

CAPITULO 5 - TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y SU RELACION CON EL EJERCICIO.....	78
CAPITULO 6 - PROYECTO DE INVESTIGACION Y METODOLOGIA.....	100
6.1. <i>Planteamiento del Problema.....</i>	100
6.2. <i>Hipótesis de Trabajo.....</i>	100
6.3. <i>Definición de Variables.....</i>	100
6.4. <i>Definiciones Conceptuales y Operacionales de Variables Dependientes e Independientes.....</i>	101
6.5. <i>Tipo de Investigación y Diseño.....</i>	103
6.6. <i>Muestra.....</i>	103
6.6.1. <i>Características de la Muestra.....</i>	103
6.6.2. <i>Cráterios de Exclusión.....</i>	104
6.7. <i>Instrumentos y Mediciones.....</i>	105
6.8. <i>Procedimiento.....</i>	106
CAPITULO 7 - RESULTADOS.....	107
7.1. <i>Descripción de la Muestra.....</i>	107
7.2. <i>Distribución de las Variables de Estudio.....</i>	110
7.2.1. <i>Índice de Masa Corporal.....</i>	110
7.2.2. <i>Alteración de la Imagen Corporal.....</i>	110
7.2.3. <i>Preocupación por el Peso Corporal.....</i>	111
7.2.4. <i>Preocupación por la Percepción de Otros.....</i>	112
7.2.5. <i>Aceptación de la Figura Corporal.....</i>	113
7.2.6. <i>Inicio de la Preocupación por el Peso Corporal.....</i>	113
7.2.7. <i>Diets Restrictivas.....</i>	114
7.2.8. <i>Edad de la Primera Dieta para el Control de Peso...</i>	115
7.2.9. <i>Seguimiento de Dieta para el Control de Peso.....</i>	116
7.3. <i>Prueba de Hipótesis de Trabajo.....</i>	116
7.3.1. <i>Alteración de la Imagen Corporal.....</i>	116
7.3.2. <i>Preocupación por el Peso y la Comida.....</i>	118
CAPITULO 8 - DISCUSION, CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.....	119
REFERENCIAS.....	124
ANEXO.....	144

RESUMEN

El propósito de la presente investigación es el determinar si existen diferencias estadísticamente significativas respecto a la conducta alimentaria de riesgo entre adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas, así como conocer las diferencias existentes respecto a la autopercepción de la imagen corporal entre las adolescentes gimnastas y las no gimnastas. Se trabajó con una muestra formada por N= 140 preadolescentes y adolescentes mujeres (n= 70 adolescentes gimnastas y n= adolescentes no gimnastas), a las cuales se les pidió que contestaran una escala conocida como EFRATA que mide conducta alimentaria de riesgo y el tipo de control alimentario. Por último se registraron las medidas antropométricas con el fin de obtener el IMC de cada sujeto. El análisis de resultados se obtuvo por medio de análisis descriptivo e inferencial.

Entre los resultados más importantes se encontró que las mujeres de ambas muestras se mostraron preocupadas por el peso corporal y la comida sin embargo esto se reflejó mucho más en el grupo de las gimnastas.

Por otra parte, también se observó que las gimnastas presentaron su primera menstruación más tarde. En cuanto a la percepción de la imagen corporal se encontró que las gimnastas tienden a sobreestimar más su cuerpo en comparación al grupo de las no gimnastas. Así mismo otro dato importante fue que el grupo de las gimnastas tiende a recurrir a dietas restrictivas a más temprana edad.

"Forma parte de una investigación mayor denominada: "Desarrollo de Estrategias para la Intervención en la Prevención de Factores de Riesgo en Trastornos de la Conducta Alimentaria" N° IN 301501. (PAPIIT).

INTRODUCCION

Aunque existen varios trastornos del comer, como la anorexia, la bulimia y la conducta alimentaria compulsiva que pueden presentar problemáticas similares, este estudio se centra de manera particular en la conducta alimentaria, y en su posible relación con la actividad física, con las conductas alimentarias de riesgo y con la imagen corporal de individuos en edades de 9 a 16 años que la representan.

Es importante mencionar que los trastornos alimentarios no suelen iniciarse en la adultez, sino en la adolescencia ya que esta etapa de la vida se caracteriza por una búsqueda de aprobación marcada y de identidad, lo cual trae consigo mucha ansiedad y conflicto interno. Para el adolescente, la apariencia es fundamental, por lo que el tener una insatisfacción corporal puede generar graves conflictos en su persona, que pueden resultar en factores desencadenantes de trastornos alimentarios.

Debido a los grandes cambios que tienen lugar en la pubertad y la adolescencia, esta etapa es conocida como la edad del seguimiento de un gran número de dietas de moda, donde los niños y adolescentes están sujetos a la influencia de una cultura en donde impera un ideal de delgadez, difícil de alcanzar.

El adolescente anhela una figura esbelta debido a que la cultura en la que se encuentra, está obsesionada con el aspecto físico y con lucir mejor, lo cual crea una insatisfacción que afecta las diferentes áreas de su vida tanto en el aspecto social, como psicológico y emocional.

Todo esto suele impulsar al adolescente a incurrir en conductas de riesgo relacionadas con la alimentación, entre las que sobresale la práctica de dietas. Entre las conductas alimentarias de riesgo se encuentra el consumo de comidas exageradamente abundante (conducta alimentaria compulsiva), el saltarse alguna

comida del día (acción relacionada con la pretensión de una dieta hipocalórica), comer como respuesta a estados emocionales ya sean estresantes o angustiantes y comer con excesiva rapidez. Además, el realizar ejercicio físico excesivo puede ser indicativo de una imagen corporal insatisfactoria o de un temor a poseer kilos de más (preocupación por el peso y la comida), por lo que en ocasiones se constituye como una conducta de riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios.

En la actualidad, ante los cambios socioeconómicos los seres humanos nos vemos obligados a ejercer un control por distintos medios sobre nuestro cuerpo para ajustarnos a las exigencias sociales, reforzadas por la mercadotecnia, aun cuando en muchas ocasiones sean ineficaces y atenten contra la salud y el bienestar integral de quienes los practican.

En México, nos enfrentamos a cambios en el estilo de vida que han provocado una disminución en la actividad física y sustitución de la dieta tradicional por el consumo de comida rápida, aunado a patrones estéticos y de consumo propios de los países industrializados.

La cultura de delgadez que cada vez se presenta más en nuestra actualidad ha propiciado la comercialización de publicaciones periódicas especializadas en dietas, ejercicios y técnicas para estar delgado y/o controlar el peso, tiendas especializadas en productos adelgazantes, clínicas para el control de peso, gimnasios, así como una serie de técnicas para reducir peso como son las inyecciones, masajes y cirugías.

La presente investigación tiene como propósito determinar si las adolescentes gimnastas constituyen un grupo de riesgo para desarrollar trastornos de la conducta alimentaria.

Así mismo, conocer si en adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas se presentan conductas y actitudes que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria.

En el primer capítulo se ofrece una reseña histórica de los trastornos de la alimentación, desde las primeras referencias que se han documentado hasta las clasificaciones actuales del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). En el segundo capítulo se centra la descripción de los trastornos de la conducta alimentaria, basados en el DSM-IV: anorexia nerviosa, bulimia nerviosa y los factores de riesgo en los trastornos de la alimentación. En el tercer capítulo se habla de conceptos de la imagen corporal así como de estudios sobre imagen corporal y diferentes teorías. El capítulo cuarto expone el tema de adolescencia, desde el surgimiento de los primeros estudios, definición, aspectos físicos, fisiológicos y psicológicos, desarrollo emocional y social. El capítulo cinco explica los trastornos del comportamiento alimentario y su relación con el ejercicio, así como estudios realizados dentro de este ámbito. En el capítulo seis se detalla el problema de investigación, los objetivos y la metodología que se empleó para la presente investigación. En el capítulo siete se exponen los resultados obtenidos y por último en el capítulo ocho se desarrolla la discusión y las conclusiones.

CAPITULO 1 - TRASTORNOS ALIMENTARIOS

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

Desde hace poco mas de tres décadas, y marcadamente durante los 90's, se ha puesto notable énfasis a la "cultura de la alimentación", en el mundo occidental, esto derivado por los ideales culturales del estado físico y lo que una buena apariencia significa (Craig,1989).

En antaño, la supresión o ingesta de los alimentos era usado como instrumento de castigo o control para algunas sociedades, en su mayor parte se trataba de tabúes alimentarios muy solidamente establecidos, de carácter religioso, aunque se piense que su origen pudiese basarse en justificaciones puramente alimentarias. En tales circunstancias, comer es pecar, la ingestión alimentaria debe provocar culpa, ansiedad sensación de haber infringido una norma sagrada. Se trata de reglas suficientemente interiorizadas para que, aun sin observadores externos, el infractor reaccione angustiadamente, deseando no haberlo hecho, arrepintiéndose (Bempoard, 1996).

En tales sociedades, se utilizaba el ayuno (abstinencia) total o selectivo como penitencia, o como parte de algunas celebraciones, se tomaba el alimento como medio para humillar de manera practica e impredecible al sujeto, de ahí la idea de que el mismo sujeto puede autoinflingirse dicha humillación (Toro, 1999).

En el año de 1373 ó 1374, Santa Catalina de Siena M, tenía unos veintiséis años de edad. Había nacido en Siena en una familia acomodada. En su adolescencia, el fallecimiento de sus dos hermanas parece haberle inducido sentimientos de culpa e incrementado una vida religiosa que ya había germinado con anterioridad. Esto chocaba con las ideas de sus padres que querían que se casara. Lo cual la condujo a un rotundo aislamiento, encerrándose en su habitación, donde se flagelaba tres veces al día con una cadena de hierro, una por

sus pecados, otra por la vida y una tercera por la muerte. Se azotaba durante una hora y media, discutiendo la sangre desde sus hombros hasta sus pies. Nunca le gusto la carne, pero llegó a rechazarla enteramente repugnando su olor. Hacia los 16 años subsistía de pan, agua y vegetales crudos. Su sueño se reducía a 30 minutos cada dos días. En 1380, mientras meditaba acerca de la circuncisión de Cristo, decidió añadir a su lista de austeridades el no beber más agua. El 29 de ese mismo mes acabó su abstinencia alimentaria y su muerte sobrevino tres meses después, tras un periodo de convulsiones (Bell, 1985).

Bell (1985), profesor de Historia en la Rutgers University, ha revisado escritos autobiográficos, cartas, testimonios de confesores y actas de canonizaciones de más de 261 mujeres italianas desde el siglo XIII hasta el actual. Todas ellas eran mujeres religiosas y muchas de ellas en opinión del autor, pudieran haber padecido anorexia nerviosa.

Catalina de Siena, Verónica Giuliani (Santa Verónica), María de Oignies, Beatriz de Nazaret, Margarita de Yperen, Juliana de Lieja, Columbia de Rieti e Ida de Lovaina no son más que algunas de las más significativas y conocidas de estas mujeres.

Son varias las culturas en que el ayuno ha sido considerado como un medio para protegerse contra las fuerzas del mal. Cuando los médicos europeos de los siglos XVII y XVIII analizaron este género de trastornos, los denominaron *inedia prodigiosa* y *anorexia mirabilis*. Mantenerse sin comer era, comúnmente considerado como un signo de santidad.

Bell (1985) sugiere que una gran parte de esas mujeres eran auténticas anoréxicas nerviosas. Sin embargo otros expertos han criticado esta posición, señalando que el ayuno religioso debiera ser considerado en su contexto histórico y no a partir de los prejuicios de hoy (Bynum 1987).

De acuerdo con Bynum, 1987, cualquier comportamiento hay que procurar entenderlo en su contexto histórico y cultural, y que la peculiar conducta alimentaria de esas mujeres contaba con indudables raíces religiosas. Ciertamente no sabemos si estas mujeres padecían de la distorsión de la imagen corporal ni el temor a engordar que tan significativos resultan para nuestros diagnósticos actuales.

La reforma protestante cambió significativamente las cosas, por lo menos en los países donde triunfo. En ciertos lugares, las mujeres ayunadoras pasaron a ser perseguidas: era Satanás y no Dios quien las motivaba. Sin embargo, desde el siglo XVI al XIX fueron bastantes las mujeres que restringieron drásticamente su alimentación, consiguiendo recompensas materiales (Bell, 1985).

El caso de **Marthe Taylor** presenta peculiaridades interesantes, era una muchacha, que tras una infancia plagada de accidentes, parálisis de las extremidades inferiores, probables episodios depresivos y una tos aparatosa, se dedico a leer las sagradas escrituras. A los 18 años inicio una amenorrea, por lo tanto es la primera posible anoréxica de nuestro tiempo.

El Papa Benedicto XIV dictó ciertas normas, con las cuales los ayunos pasaron a un segundo plano, al tiempo que descendió drásticamente el número de canonizaciones. Los autores apuntan a que este recorte de canonizaciones pudiera conllevar una pérdida de expectativas de alcanzar la santidad y en consecuencia la reducción de las prácticas alimentarias. Este conjunto de hechos contribuyó a que las doncellas milagrosas se convirtieran en muchachas ayunadoras (Vandereycken y Deth, 1994).

En el siglo XVIII hubo ciertos hombres que se exhibían en circos y ferias extremadamente delgados, donde sobresalía el hecho de que comían prácticamente nada y seguían vivos, sin embargo aquí el motor era la recompensa económica (Vandereycken y Deth, 1994).

La palabra **Anorexia** era utilizada como sinónimo de falta de apetito y ciertos trastornos del estómago. Existe un acuerdo médico en el que fue Richard Morton, doctor en Medicina en la universidad de Oxford en 1694, quien llevó a cabo la primera descripción del cuadro llamándola "**Consumción Nerviosa**" (Mateos y Solano, 1997).

Sin embargo durante el siglo XVII, la mayor parte de los médicos seguían creyendo en la abstinencia prodigiosa. Cuando pretendían dar explicaciones naturales a estos fenómenos no pasaban de plantearse la posibilidad de una nutrición mantenida gracias al aire respirado o a la retención de la menstruación, lo cual se mantuvo hasta bien entrado el siglo XIX. Charcot, fue el primero en señalar el miedo a la obesidad, tan importante para el diagnóstico en la actualidad (Vandereycken y Van Deth, 1990).

Para Freud y Janet se relacionaba al desarrollo sexual, puesto que tal desarrollo y sus anomalías constituían el marco etiopatogénico referencial de prácticamente toda patología. Para, Janet la anorexia nervosa o mental tenía un origen emocional. Sus pacientes parecían avergonzarse de su cuerpo, estaban obsesionados por la idea de su volumen corporal y contaban con una multitud de pequeños delirios relacionados con los alimentos y el comer. Janet interpretó todas estas manifestaciones en relación a la sexualidad. El pudor, un género de ocultación de lo sexual, definiría los sentimientos de estas muchachas. Su negativa a crecer, a ser mujeres, implicaría su rechazo al desarrollo sexual.

Sigmund Freud, la describió como una forma de melancolía en la que la sexualidad no habría alcanzado un adecuado desarrollo, clasificándola como una neurosis nutricional. Para Freud, todos los apetitos eran manifestaciones de la libido o impulso sexual, asocio comer o no comer a la presencia o ausencia de impulsos sexuales básicos. Sin embargo hay una diferencia significativa, el ayuno o la restricción alimentaria suponía, para Janet, la superación o control del hambre y para Freud, la repugnancia o malestar por el alimento. Sin embargo ninguno vio

la importancia de los factores socioculturales.(Janet, 1903; Freud,1905; citado en Toro, 1999).

Hilde Bruch (1982) encabeza la visión de estos nuevos trastornos y la anorexia nerviosa debía entenderse en términos de desarrollo de la personalidad total en el contexto de una familia concreta, así se oponía a una visión limitada al desarrollo psicosexual.

Las hospitalizaciones por anorexia se iniciaron en 1948. Selvini Palazzoli atribuyó al desarrollo de la anorexia nerviosa a la emergencia de una sociedad opulenta, orientada hacia el consumo, habiendo incrementado las familias de clase media su atención dirigida a los hijos, y con las mujeres experimentando una situación contradictoria provocada por la creciente presión a favor de su emancipación (Toro,1999).

En cuanto a la **Bulimia nervosa** hay menos información histórica, ya que los atracones sólo merecían atención médica si eran considerados como síntomas de algún otro trastorno. El banquete y el vómito fueron auténticas instituciones de las clases medias y altas de Roma. Estos banquetes podían incluir mas de veinte platos, cada vez que el estómago quedaba saciado, los comensales se trasladaban al *vomitorium*. Durante la edad media, el vómito constituyó una práctica penitencial, ya que por medio de este se arrojaban los pecados.

En Francia, Blachez, (1969), revisó la historia del concepto de bulimia, donde señaló que el bulímico tiene el alimento como su principal obsesión y preocupación. Cuando la bulimia se acompañaba de vómito hablaba de **Cinorexia**. Russell en 1979, describe la bulimia como tal.

Pero los tiempos van cambiando y en la década reciente las cosas son muy diferentes, el mundo occidental ha experimentado una laicización de la sociedad, se ha ido alejando de los cánones eclesiásticos, cambiando sus costumbres por

fenómenos movidos por agentes económicos y políticos mas que por otra cosa, se cambia el significado de hambre, y es aquí donde surgen los llamados Trastornos del Comportamiento Alimentario tales como la Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y otros trastornos no especificados (Toro, 1999).

Es durante este tiempo donde la alarma social comienza a sonar alrededor de la belleza corporal, Dios y sus seguidores han pasado a un segundo nivel, en donde la silueta y el anhelo de delgadez van ganando cada vez más terreno. El cuerpo delgado se ha convertido en una *conditio sine quan non* para que un sujeto pueda llegar a la felicidad terrenal (Toro, 1999).

En la actual sociedad, existe una preocupación excesiva por la comida, su contenido calórico, las dietas la imagen y la figura, por lo que las preferencias sociales por la delgadez -y no por el buen estado de salud- han creado una "cultura de dieta".

Esta idealización de la delgadez hace que los sujetos de la sociedad, sigan o rechacen un modelo, lo que claramente afecta su psiquismo, prueba de esto es la alta incidencia de dietas y métodos para la disminución de peso (French y Jeffery, 1994) y en los casos mas extremos el desarrollo de trastornos alimentarios más severos que llegan no solo a disminuir su estado psíquico si no que merman también su estado físico llegando a fatales consecuencias.

Diversos usos que las sociedades hacen de las comidas:

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 del grupo.
9. Hacer frente al estrés psicológico o emocional.
10. Significa estatus social.
11. Recompensas o castigo.
12. Reforzar la autoestima y ganar conocimiento.
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.

***Fuente: Bass (1979)

1.2. ANTECEDENTES TEORICOS

Pero ¿Qué es alimentación?, ¿Qué es nutrirse? Y ¿Cuáles son estos trastornos de esta que desafortunadamente tanta fama tiene hoy en día?. Partiremos de la definición dada por Higashida (1991) donde distingue que LA ALIMENTACION es una acción voluntaria mediante la cual el sujeto ingiere comestibles, la cual esta sujeta a una amplia variabilidad en función de la cultura, la situación económica, la disponibilidad de alimentos, las preferencias, los

contextos sociales e incluso los estados de ánimo. Mientras que la definición de **NUTRICION** es el conjunto de procesos químicos que realiza el organismo con dichos insumos. A esta definición Bourgues (1990) agrega que la alimentación obedece en mayor parte a los hábitos y las costumbres, lo que nos dice que este proceso llega a ser parte tal del individuo mismo, tal que se van adquiriendo y modulando a lo largo de toda su vida.

¿Pero todos lo individuos tienen una alimentación normal?, como ya hemos mencionado anteriormente la sociedad actual se preocupa mas por aspectos como las dietas, la imagen y la figura (Gamer,1997), por lo que las preferencias sociales por la figura han afectado la conducta alimentaria así como las actividades que giran alrededor de la comida. Sin embargo creemos pertinente hacer una diferenciación aquí de lo que a dietas se refiere, existen dietas *restrictivas*, que son aquellas en las que hay una restricción, omisión o evitación de algún tipo de alimento, mientras que la evitación en si misma de la alimentación se conoce como *ayuno* (Attie y Brooks-Gunn, 1989).

Los trastornos alimentarios mas estudiados son los que menciona la American Psychiatry Association (1994) en el Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) y son seis: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Sobreingesta, Trastorno alimentario no especifico, Pica y Rumiación, sin embargo estos dos últimos fueron reclasificados en Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la Infancia o la niñez.

Mientras que la obesidad, si bien esta incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como una enfermedad médica, en el DSM-IV no aparece, ya que desde su punto de vista no se ha establecido una asociación consistente con síndromes psicológicos o conductuales; Al respecto existe una controversia en lo que a su etiología se refiere, ya sea biológica vs. mental así como por su estrecha relación con la alimentación compulsiva (Álvarez, Mancilla y López, 1996; Álvarez, Mancilla, López, Vázquez, Ocampo y

López, 1998). Sin embargo en el DSM-IV se sugiere que cuando existen pruebas de que factores psicológicos desempeñan un papel importante en la etiología o en el curso de algún caso de obesidad, puede remitirse este a la categoría: Factores psicológicos que afectan al estado físico.

Con el Trastorno por Sobreingesta (Binge Eating Disorder), existió una polémica ya que en el DSM-III-R (APA, 1988) no se encontraba, se incluyó cuando Wilson y Walsh (1991) propusieron fuese considerado para el DSM-IV (APA, 1994) como trastorno específico, por su alta incidencia y por ser un trastorno de la conducta, si bien se ha formalizado su inclusión en dicha categoría (corresponde específicamente al trastorno No.6), que a su vez recibe a otra categoría, la de aquellos trastornos que aún requieren de mayor investigación, a la que denominan como: Criterios y Ejes propuestos para Estudios Posteriores. En términos generales, este diagnóstico se aplica al subgrupo de pacientes obesos y de individuos de peso normal, que exhiben episodios de hiperfagia clínicamente significativos, pero no emplean métodos de control de peso, como pueden ser las conductas compensatorias (Mora y Raich, 1994).

La categoría del DSM-IV (APA, 1994) denominada como Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado (TCANE o Eating Disorders Not Otherwise Specified) incluye aquellos trastornos del comer que no concuerdan con los criterios para ninguno de los trastornos específicos, los que serán descritos más adelante en el capítulo de la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa, pero que pueden ser igualmente graves, y se pueden incluir aquellos casos que:

- Cumplen todos los criterios de la AN, pero sin amenorreas,
- Cumplen todos los criterios de la AN, pero pese a existir una pérdida de peso significativo, se encuentra dentro de los límites de normalidad
- Cumplen todos los criterios de BN, pero los episodios de atracones y conductas compensatorias ocurren menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses

- Empleo regular de conductas compensatorias inadecuadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal
- Masticar y expulsar pero no tragas, cantidades importantes de comida
- Trastorno compulsivo: son atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria (DSM-IV, 1994)

Estos trastornos de la conducta alimentaria se dan cuando los sujetos interfieren el proceso normal de ingesta y regulación de peso corporal, tras una fase de ayuno extremo o dieta restrictiva (Slade, 1996). En este punto parece pertinente aclarar que estos trastornos tienen más que ver con las manifestaciones de abundancia que con las de privación, a diferencia de los trastornos por desnutrición (Soroski, 1988). No obstante sería un error creer que entonces estos solo se producen en los niveles socioeconómicos medio o alto (Dalle De Luca y Oliosi, 1997; Rogers, Resnick, Mitchell y Blum, 1997) o en las sociedades desarrolladas- como tradicionalmente se creía- ya que en países como México y otras economías emergentes tienen cada vez mayor prevalencia, pese a los problemas nosológicos y clínicos para su identificación y diagnóstico como trastornos de la alimentación y no solo como síntomas de otros trastornos (Mancilla, Álvarez, López Mercado, Manríquez y Román, 1998).

Los trastornos alimentarios que para este trabajo interesan son la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN), en razón del aumento de su prevalencia, además de su delimitación y caracterización como trastornos mentales (Raich, 1994), pero también se prestara especial atención a aquellos trastornos que sin ser puramente AN o BN, por no cumplir todos los criterios prescritos en el DSM-IV, están bastante cerca de serlo y normalmente se clasifican como trastornos de la alimentación no específicos o atípicos (Vetrone, Cuzzolaro y Antonozzi, 1997) o que en el campo de la investigación Garner, Olmstead, Polivy y Garfinkel (1984) denominaron como *trastorno subclínico o síndrome parcial*. Esto en medida de que es específicamente con las poblaciones identificadas como de alto riesgo, con las que precisamente emerge la necesidad

y posibilidad de considerar una función no solo paliativa o de "cura" sino además preventiva.

La AN y la BN ocurren con mayor frecuencia en las mujeres adolescentes y jóvenes, especialmente en aquellas mujeres ligadas al ámbito del deporte, de ahí que se les identifique como poblaciones de alto riesgo (Kaplan y Sadock, 1994)

Diversos estudios demostraron que del 2% al 3% de las mujeres que pasan de los 12 años sufren de AN, BN o ambos (Johnson y Connors, 1987). Así mismo, hay evidencias de que la bulimia es al menos dos veces más prevalente que la anorexia en mujeres, sin embargo en los hombres esta tendencia parece revertirse, siendo más frecuente en ellos la anorexia (Hoek, Bartelds, Bosveld Van del Graaf, Limpens, Maiwald y Spaaij, 1995).

Kendler, Mc Lean, Neale, Kessler, Heath y Eaves (1991), con base en un estudio realizado establecieron que una de cada 25 mujeres esta en riesgo de desarrollar el Síndrome de BN en algún momento de su vida.

Mientras que Levine y Smolack (1992) reportaron que la edad de inicio de los trastornos alimentarios se sitúa entre los 14 y los 18 años y si bien se dan predominantemente en mujeres jóvenes, parece haber crecido en los últimos seis años el porcentaje de varones afectados, pasando de 4% al 10% (Crispo, Figueroa y Guelar, 1996); algunos autores se refieren a que la incidencia sube en el caso de sujetos inmersos en actividades artísticas o deportivas (como el físico culturismo, la gimnasia, el boxeo, el atletismo, etc.). Sin embargo ante esto Clarkson y Riedi (1997) previene acerca de los casos de patología alimentaria en el sexo masculino ameritan de un mayor estudio, en razón de que si esta presente en ellos el deseo de adelgazar, existe un contrasentido respecto a la ponderación de la masa corporal, refinándose al desarrollo muscular.

Respecto al aumento en los últimos años de los trastornos alimentarios, Bruch (1982) se muestra escéptica, ya que señala que es muy probable que hasta antes de 1970 estos casos fueran etiquetados bajo otras categorías diagnósticas — particularmente bajo un rótulo endocrino— por lo que se refiere que no existe ninguna figura confiable acerca de la ocurrencia actual, ya que en los últimos 15 años se han modificado tres veces los criterios diagnósticos de la anorexia y la bulimia nerviosa.

CAPITULO 2 - DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

2.1. ANOREXIA NERVIOSA (AN)

DEFINICIÓN.

La anorexia nerviosa es un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por una pérdida significativa del peso corporal (superior al 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. (Toro, 1999).

Sin embargo, esta definición no es del todo correcta, el DSM-IV (APA, 1994), dice que la anorexia consiste en el rechazo contundente a mantener el peso corporal por encima de unos valores mínimos normales para una determinada edad y talla, miedo intenso a ganar peso o a convertirse en una persona obesa, aun cuando sé este por debajo del peso considerado normal, alteración en la imagen corporal y amenorrea (en las mujeres).

Por lo tanto debe señalarse, que la primera definición no es del todo cierta ya que el término "anorexia" está mal utilizado ya que este en realidad significa perdida de apetito, lo que en este trastorno es raro. Las personas que padecen este trastorno aseguran estar obesas o que alguna parte de su cuerpo está totalmente desproporcionado; cuando en realidad están obviamente por debajo de su peso corporal normal o incluso están emaciados.

La malnutrición, una vez establecida produce alteraciones en todo el organismo, especialmente en el eje hipotálamo-hipofisario-gonadal, lo que da lugar a la amenorrea en las mujeres y a la pérdida de interés y potencia sexuales

en el hombre. La fórmula hormonal se hace prepuberal, da lugar a todo tipo de síntomas y trastornos: hipotermia, bradicardia, hipotensión, anemia, osteoporosis, alteraciones en la piel, caída del cabello, aparición de lanugo (vello similar al del neonato), desequilibrios electrolíticos, trastornos gastrointestinales, etc. (Toro, 1999).

2.1.1. SINTOMATOLOGÍA.

Junto con los trastornos somáticos ya descritos y las alteraciones de la imagen corporal, los síntomas de ansiedad, depresión, obsesivos y compulsivos constituyen el entramado psicopatológico que estructura el cuadro. Son comunes la aparición de otras conductas peculiares relacionadas con la comida; a menudo preparan comidas muy elaboradas para los demás, aunque tienden a limitar las suyas a dietas de bajo contenido calórico, además, la comida puede ser almacenada, ocultada, desmenuzada o arrojada a la basura.

Autoimagen y autoestima pueden ser sumamente negativas, el perfeccionismo y la rigidez suelen ser la norma de enjuiciamiento de la realidad personal, de los rendimientos y por consiguiente del comportamiento. Por regla general la dedicación al estudio es superior a lo normal, lo mismo pasa cuando se practica alguna actividad deportiva (Toro, 1999).

Durante la enfermedad pueden presentarse conductas compulsivas, como lavarse las manos, que pueden justificar un diagnóstico adicional de trastornos obsesivo-compulsivos. Las relaciones interpersonales siempre están alteradas, la conflictividad familiar es en la mayoría de los casos secundaria al trastorno lo que trae un aislamiento social, el cual suprime las gratificaciones socio afectivas e incrementa la disforia. La edad de comienzo según el DSM-IV se sitúa entre el principio y el final de la adolescencia, aunque el trastorno puede presentarse antes de la pubertad hasta el principio de la tercera década.

El curso de este trastorno puede ser progresivo hasta la muerte, episódico o más frecuentemente, consistir en un episodio único, con posterior recuperación del peso normal. Sin embargo los estudios de evolución indican que transcurridos cinco años después del diagnóstico, un 25% de los pacientes siguen siendo anoréxicos, un 40% presenta síntomas depresivos y un 25% obsesivos. La tasa de mortalidad se sitúa entre el 8 y el 10%, pero en seguimientos de 30 años o más dicha tasa se eleva al 18%, después de 12 años de evolución la curación se considera difícil.

En algunas personas el comienzo de la enfermedad se encuentra asociado a algún episodio de estrés vital, algunas de estas personas han sido descritas como extraordinariamente perfeccionistas "niñas modelo", alrededor de un tercio de ellas presentan un moderado exceso de peso al inicio de la enfermedad (DSM-IV, APA, 1994).

2.1.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA AN

Para la formulación del diagnóstico de Anorexia Nerviosa se sugiere en el DSM-IV que deben cubrirse los siguientes cuatro criterios (APA, 1994):

- A. Peso corporal un 15% por debajo del peso teórico, conforme a la edad y talla, así como un rechazo contundente a mantener el peso por encima del valor mínimo normal;
- B. Temor intenso a ganar peso o acumular grasa, aun sin tener sobrepeso
- C. Alteración a la percepción del peso, la talla o la silueta corporal
- D. Ausencia de al menos tres ciclos menstruales

En el DSM-III-R (APA, 1988), se mencionaba que en ocasiones la AN y la BN pueden presentarse conjuntamente, sin embargo en el DSM-IV se observan criterios más específicos a este respecto, de modo que facilitan el diagnóstico diferencial, además se establecen dos subtipos dentro de las categorías diagnósticas como son:

1. Tipo restrictivo.- durante el episodio de anorexia nerviosa el paciente no presenta conductas compensatorias inapropiadas (auto provocación del vómito, o consumo de laxantes, diuréticos, etc..)
2. Tipo compulsivo / purgativo.- durante el episodio de anorexia nerviosa el paciente presenta conductas compensatorias inapropiadas.

Cabe mencionar que antes de que se hiciera esta distinción ya había autores que hacía la diferenciación entre anorexia restrictiva de la compulsiva, la cual sin embargo era entonces denominada *anorexia-bulímica* (Garfinkel & Gamer, 1982; Levin & Hylar, 1986; Swift & Stern, 1982).

De acuerdo al DSM-IV algunos trastornos asociados a la anorexia nerviosa pueden ser la esquizofrenia, los trastornos depresivos y cierto tipo de trastornos somáticos.

Por otra parte el CIE-10 (1994) define los siguientes criterios para el diagnóstico de la Anorexia Nerviosa:

- A. Pérdida de peso corporal por lo menos del 15% por debajo del peso normal esperado para su edad y talla
- B. Evitación de alimentos que engordan
- C. Distorsión de la imagen corporal psicológica en forma de idea sobre valorada e intrusa de miedo intenso a la obesidad.
- D. Trastorno endocrino generalizado que afecta al eje hipotálamo-hipófisis-adrenales, manifestando en la mujer amenorrea y en el varón pérdida de interés y de la potencia sexual.

2.2. BULIMIA NERVIOSA (BN)

DEFINICIÓN.

El término "bulimia" en griego significa "hambre voraz" (Kaplan & Garfinkel, 1984), en inglés es "binge eating" y en español se traduce como "atacón" o "sobreingesta alimentaria".

Es un trastorno 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 (Toro, 1999).

En el DSM-IV se define como episodios recurrentes de voracidad (consumo rápido de una gran cantidad de comida en un periodo discreto de tiempo); percepción de falta de control sobre la ingesta, vómito provocado, empleo de fármacos laxantes y diuréticos, dietas estrictas o ayuno, ejercicio vigoroso para prevenir el aumento de peso y preocupación persistente por la silueta.

Los alimentos consumidos son de alto valor calórico, sabor dulce y una textura que facilita la ingesta, suelen consumirse de manera discreta, es engullida con rapidez, sin ser masticada apenas. Los vómitos autoinducidos son el recurso más frecuente, junto con el uso anómalo de laxantes diuréticos, etc. La restricción alimentaria, los ayunos compensatorios, son también parte del mismo.

Estas limitaciones alimentarias constituyen una característica que emparenta la bulimia nerviosa con la anorexia nerviosa, pero no solo en esto coinciden estos trastornos; la preocupación desmesurada por el peso y el cuerpo y la excesiva influencia de la misma en la determinación de la autoestima son otras de las coincidencias que explican la existencia de anorexias bulímicas, de restricciones alimentarias en la bulimia y de transiciones entre ambos trastornos, especialmente de la anorexia hacia la bulimia (Toro, 1999).

2.2.1. SINTOMATOLOGÍA.

De acuerdo con Joseph Toro (1999) los episodios de ingesta alimentaria excesiva y voraz, una gran preocupación por su peso, aunque por lo general tienen un peso normal, e incluso los hay con ligero sobrepeso, se observa un estado de ánimo deprimido, en algunas personas hay abuso o dependencia de sustancias psicoactivas como sedantes, anfetaminas, cocaína o alcohol.

Señala este mismo autor que los estados de ánimo disfóricos (ansiedad, tristeza, cólera, aburrimiento) son desencadenantes usuales, pero lo son también las situaciones de estrés y otras de la vida cotidiana que previamente han quedadas asociadas con los atracones (situaciones condicionadas). Las características cognitivas de los pacientes bulímicos son muy semejantes a las observadas en los anoréxicos, en lo que concierne a sus pensamientos y actitudes relacionados con el peso, cuerpo y la alimentación. La diferencia más notable radica en que el bulímico típico suele experimentar dificultades en el control de los impulsos mientras que el anoréxico tiene un hipercontrol.

Se estima que su prevalencia se sitúa alrededor de 2-4,5% de la población femenina adolescente juvenil, mientras que solo se da en el 0.4% de los hombres. En muestras clínicas el curso habitual es crónico e intermitente a lo largo de muchos años. Con frecuencia las comilonas se alternan con periodos de ingesta normal o con periodos de normalidad y ayuno. Sin embargo en los casos extremos puede existir una alternancia entre las comilonas y los ayunos, sin periodos de ingesta normal. La bulimia nerviosa muy rara vez resulta incapacitante, excepto en aquellos casos que pasan el día entre comilonas y vómitos. La erosión dentaria es una complicación frecuente del vómito. Puede haber desequilibrios hidroelectrolíticos y deshidratación que dan lugar a complicaciones físicas serias, como, arritmias cardiacas y muerte súbita ocasional. Las complicaciones más raras incluyen desgarras esofágicos y roturas gástricas (DSM-IV, APA. 1994).

Frecuentemente los padres del paciente son obesos, algunos estudios han señalado la existencia de depresión mayor entre los familiares de primer grado del paciente con bulimia, en mayor frecuencia de la esperada. Existe evidencia de que la obesidad en la adolescencia predispone al desarrollo del trastorno durante la vida adulta (Withers, 1984).

2.2.2. CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA BN.

Para el diagnóstico de Bulimia Nerviosa el DSM-IV contempla los siguientes criterios (APA, 1994,p.p.563):

- A. Recurrentes episodios (o separados) de ingesta compulsiva, caracterizados por:
 - A.1. Ingesta en un periodo corto de tiempo (menor de 2 hrs.) de una cantidad de comida definitivamente mayor a la que la mayoría de la gente ingeriría en ese periodo de tiempo.
 - A.2. Sensación de falta de control sobre la conducta alimentaria durante los episodios de voracidad, no pueden parar la ingesta ni controlar la cantidad de comida.
- B. Recurrente ó conductas compensatorias inadecuadas para prevenir el aumento de peso, como la auto provocación del vómito, empleo de laxantes y diuréticos, practica de dietas y ayunos o bien la realización de ejercicio excesivo
- C. La ingesta compulsiva y las conductas compensatorias inadecuadas deben ocurrir en un promedio de al menos dos veces a la semana por tres meses
- D. La autovaloración esta excesivamente influenciada por la figura y el peso

- E. Los síntomas no ocurren exclusivamente durante los episodios de anorexia nerviosa

Existen dos tipos de bulimia:

1. Tipo con purga: durante el episodio los pacientes presentan conductas compensatorias.
2. Tipo sin purga: durante el episodio de bulimia nerviosa, la persona ha practicado conductas compensatorias inadecuadas como la dieta y el ejercicio excesivo, pero no se provoca vomito regularmente ni usa laxantes, diuréticos o enemas (APA, 1994, p-p.564).

Cabe aclarar que los pacientes bulímicos no siempre presentan pérdida de peso significativa, a diferencia de los pacientes con anorexia nerviosa (Fernández, Turon & Vallejo, 1998; citado en Toro, 1999).

2.3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS.

Existen puntos de convergencia entre la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa y es que estos comparten básicamente un deseo de adelgazar, y por tanto, una fobia a la obesidad e incluso al sobrepeso, asociándose esto a un trastorno de la imagen corporal; de ahí que algunos autores establezcan como crucial para su inicio la creciente presión social respecto a la deseabilidad de la delgadez (Reiss, 1996; Toro, Salmero y Martínez, 1994). Esta deseabilidad ha cobrado tanta importancia como modelo, que incluso, algunos autores (Polivy & Herman, 1987) encuentran paradójico hablar y aun más prescribir actualmente lo que implica una conducta alimentaria normal, cuando pareciera que hoy la alimentación "normal" implica una alimentación restringida, permeada por el régimen dietético. Sobre todo es de destacar que esta no responde a una sensibilización respecto a las ventajas de estos sobre la salud (Vera, 1998), sino más bien la necesidad de lograr una imagen corporal prescrita como ideal social.

Las influencias culturales relevantes en su asociación con los trastornos alimentarios son todas aquellas que contribuyen de un modo u otro a provocar, facilitar o justificar la delgadez y por tanto las motivaciones y prácticas adelgazantes que se justifican con base a razones estéticas y sociales, son una serie de valores que constituyen lo que se ha denominado la "Cultura de la Delgadez" (Hohlstain, Smith & Atlas, 1998; Toro y Salamero, 1994).

2.4. FACTORES DE RIESGO EN LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN.

De acuerdo con Olascoga (1969), factor viene del latín "hacedor". Acontecimiento o característica claramente definida que se ha asociado con el aumento del porcentaje de una enfermedad que ocurre a continuación.

Factor de riesgo también se define como un agente o situación desconocida que hace al individuo o a la población más susceptible al desarrollo de una condición negativa específica.

Los Factores de Riesgo (FR) representan el peligro de que se rompa el equilibrio de la salud y se desencadene el trastorno, estos factores estarían representados por patrones de interacción familiar y social, estilos de vida y situaciones o condiciones desarrollados a lo largo de la vida del individuo.

Factores de riesgo son aquellos que inciden negativamente en el estado de salud del sujeto individual o colectivo contribuyendo al desajuste o bien al desequilibrio del mismo, y esto en la medida en que vulnerabiliza al individuo, incrementando la posibilidad de enfermedad y en la que facilitan las condiciones para la manifestación de la misma (Gómez Pérez-Mitré, Alvarado, Moreno, Saloma y Pineda, 2001).

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré los factores de riesgo en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria se dividen en cuatro grupos, tomando

en cuenta la naturaleza de las variables que empíricamente se han agrupado en función de resultados, de sus correlaciones y/o de sus contenidos:

- Factores de Riesgo asociados con la imagen corporal satisfacción-insatisfacción; alteración de la imagen corporal: sobreestimación-subestimación; preocupación por el peso y la comida, actitud hacia la obesidad-delgadez, autoatribución positiva-negativa, figura real, ideal e imaginaria; peso deseado y atraktividad ligada a la delgadez, etc.
- Los Factores de Riesgo asociados con conducta alimentaria, seguimiento de dieta restrictiva: atracones, conducta alimentaria compulsiva, hábitos alimentarios inadecuados, ayunos, saltarse alguno de los alimentos principales (desayuno, comida y cena), disminuir o evitar alimentos considerados de alto contenido calórico ("engordadores"), y consumo de productos light.
- Aquellos relacionados con el cuerpo biológico: peso corporal, talla o estatura, madurez sexual precoz / tardía y/o amenorrea
- Aquellas practicas compensatorias inapropiadas tales como: ejercicio excesivo (10 horas o más a la semana); y uso de inhibidores de hambre, laxantes, diuréticos, y consumo excesivo de agua (mayor de 2 litros al día) y de fibra, con el propósito de control de peso (Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Al respecto, Striegel-Moore, Siberstein y Rodin (1986) han especificado tres categorías de factores de riesgo que están presentes al inicio y/o en la cronicidad de los desordenes de la alimentación.

1. Factores socioculturales, en los que la delgadez es altamente valorada.
2. Factores individuales, desórdenes psicopatológicos, desórdenes de la personalidad, obesidad, diabetes y trastornos de la imagen corporal.
3. Factores familiares, estructura familiar estricta, sobreprotección, psicopatología familiar.

En los varones se ha podido encontrar que actúan los mismos factores de riesgo que en las mujeres, incluyendo una baja autoestima y en ocasiones antecedentes de abuso físico y sexual durante la niñez. Además también se ha visto que es mucho más difícil establecer un diagnóstico de trastornos de la alimentación en ellos debido a que son más aptos para ocultar esta problemática que las mujeres, por lo que, la enfermedad puede estar muy avanzada cuando es diagnosticada (Gómez Pérez-Mitré, 1995; Morea, 1999).

2.4.1. DEPORTE COMO FACTOR DE RIESGO

La literatura que existe acerca de los trastornos de alimentación, la imagen corporal y los factores de riesgo en el deporte, se enfoca con mayor frecuencia a estudios realizados en las disciplinas del atletismo y la gimnasia (Toro, 1999).

Gibney (1986) y Feldman (1990) coinciden en que la dieta más adecuada para las necesidades del atleta, sea aficionado o profesional no es distinta de la del resto de la población; es decir, que el aporte energético se base en: 10 a 15% de proteínas, 30-35% de grasa polinsaturadas, 10% de grasas insaturadas y 50 - 60% de carbohidratos, con excepción de los atletas que requieren más energía, alcanzando hasta el 70% de carbohidratos, con cantidades apropiadas de agua, vitaminas y minerales obtenidos de los alimentos que consumen.

Además ambos autores refieren que no es verdadera la suposición de que los atletas necesiten mayor aporte de proteínas; en realidad el combustible para la actividad muscular es la grasa obtenida de los depósitos musculares y de los ácidos grasos presentes en la sangre y, por otra parte, los complementos vitamínicos no mejoran el rendimiento de los atletas siendo recomendable mantener una alimentación balanceada.

Lemus y Rubio (1993) realizaron una revisión de la literatura existente acerca de la incidencia de trastornos de la alimentación dentro del deporte,

específicamente del atletismo en mujeres. Indican que los deportes en donde existe mayor probabilidad de desarrollar trastornos de la alimentación son aquellos en donde existe una mayor presión por mantener un peso bajo o perder peso.

Estos autores identificaron 4 grupos de deportes en donde es importante tener un peso corporal bajo:

1. Deportes que establecen categorías con base en el peso: boxeo, lucha, halterofilia;
2. Deportes en donde un peso bajo mejora el desarrollo de los movimientos (gimnasia) o para la competición (remeros, kayak, jockey);
3. Deportes en que se requiere una figura esbelta y atractiva ante los jueces (gimnasia, patinaje artístico) y
4. Deportes de resistencia (fondo, medio fondo y maratón).

Respecto al último grupo, indican que la mayor incidencia de anorexia se encuentra en las corredoras de fondo y medio fondo. Esto se debe probablemente a que mantienen la creencia que si poseen un peso corporal bajo, su rendimiento aumentará.

En un estudio que realizaron Rosen, McKeag, Hough y Curley (1986, citado en Toro, 1999), se investigó la incidencia de conductas patógenas que tenían como objeto la pérdida de peso en un grupo de 162 mujeres deportistas de edades entre 17 y 23 años, pertenecientes a 10 distintas disciplinas. Encontraron que el 25 % ingería comprimidos para adelgazar, el 15% utilizaba laxantes y el 14% se inducía el vómito con la finalidad de disminuir su peso corporal. El 32% practicaba al menos una de estas conductas compensatorias inapropiadas. En su historia personal, la mayoría que predicaban estas formas de adelgazamiento se percibieron como obesas en algún momento de su vida. El 74% de las gimnastas y el 47% de las fondistas de este estudio reportaron conductas alimentarias anómalas.

Por otra parte, Petrie (1993) estudio las conductas anómalas relacionadas con los alimentos en una muestra de mujeres gimnastas. La muestra se dividió en diferentes grupos: un grupo que tenía peso normal, otro estaba conformado por mujeres que tenían hábitos normales de alimentación, en otro estaban las mujeres que hacían ejercicio, o se purgaban o vomitaban o recurrían a dietas restrictivas, bulímicas y sub-bulímicas. También se propuso determinar que tanto diferían estos grupos de atletas con desordenes de alimentación, en cuanto a características de personalidad y creencias de lo que es atractivo. Las variables estudiadas fueron la autoestima y la satisfacción corporal, así mismo se observo la relación entre peso ideal y peso real.

Los resultados mostraron que el 61.3% de las gimnastas se clasificaron con desordenes intermedios del comer. El 60% reportó conductas anómalas del comer aunque no necesariamente patológicas. También se encontró que las clasificadas como bulímicas tenían menor satisfacción con su cuerpo que las normales y que las que hacían ejercicio obsesivo. Así mismo de las que practicaban ejercicio excesivo, el 18% reportaron hacerlo como método para perder peso. De las clasificadas como dietas restrictivas, el 18.2% reportaron hacer dietas rápidas sin hacer ejercicio excesivo. Estos hallazgos sugieren que las jóvenes atletas pueden llegar a emplear el ejercicio con mas frecuencia como método para perder peso, que recurrir a dietas rápidas.

CAPITULO 3 - IMAGEN CORPORAL.

La imagen corporal (IC) se considera como una actitud hacia el propio cuerpo y de manera particular hacia la propia apariencia (Citado en Gómez Peresmitré, Saucedo, Unikel, 2001).

Rosenbaum (1979), define como una sensación del cuerpo que comienza en la niñez temprana y es continuamente modificada a través de la vida por la enfermedad, dolor, placer y atención. El desarrollo estable y positivo de la imagen corporal es aceptar los cambios anatómicos, tomando en cuenta que es también un fenómeno cultural (citado en; Cash y Pruzinsky, 1990; Stenberg & Blinn, 1993).

Señala Griner (1987), que en ciencias sociales se considera que la imagen corporal surge de la interacción social, parece que la imagen corporal que posee el adolescente es producto de experiencias reales y fantasiosas, que provienen en parte de su propio desarrollo físico, del resalte que sus compañeros dan a los atributos físicos y a las presiones culturales.

Imagen Corporal ha sido definida por Bruch (1962) y Hsu (1982), como la fotografía mental y/o la actitud que tiene un individuo, de la apariencia física de su cuerpo (citados en; Williamson, Davis, Bennett, Gereczny & Gleaves, 1989).

Bruchon-Schweitzer (1992), llaman imagen corporal a la configuración global que forma el conjunto de las representaciones preceptuales, sentimientos y actitudes que el individuo ha elaborado con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, siendo la mayoría de las veces la imagen del cuerpo una representación evaluativa.

Señala la misma autora que el término Imagen Corporal parece apropiado para describir los aspectos subjetivos de la experiencia corporal, tal como puede ser percibida y relatada por el individuo no sólo a propósito de un cuerpo objeto

provisto de propiedades físicas (estatura, peso, volumen, orientación...), sino también a propósito de un cuerpo sujeto lleno de afectos complejos, mas o menos conscientes, y a menudo de la naturaleza autoevaluativa.

Para Gómez Peresmitré (1995), imagen corporal se refiere a una representación psicosocial, es como una fotografía dinámica, en movimiento, producto de una elaboración que finalmente puede tener muy poco que ver con el objeto de la realidad que le dio origen.

Algunos investigadores han argumentado que la imagen corporal tiene dos dimensiones básicas:

1. **Distorsión Perceptual**, siendo ésta la inhabilidad de percibir exactamente el tamaño del propio cuerpo y se expresa ya sea sobrestimándolo o subestimándolo.
2. **Satisfacción e Insatisfacción**, es el grado con el cual a la persona le gusta o disgusta y en consecuencia acepta o rechaza el tamaño y forma de su propio cuerpo (Cash & Brown, 1987; Thompson, 1990; citados en Schlundt & Bell, 1993).

En síntesis, el desarrollo de la imagen corporal consiste en percibir el propio cuerpo como único, diferente de los otros y como propio, lo que corresponde también a la aprehensión de sí mismo como objeto y sujeto (Bruchon-Schweitzer, 1992).

Dondis (1973), argumenta que captamos la información visual de muchas maneras, que las fuerzas kinestésicas de naturaleza fisiológica, son vitales para el proceso visual. Todas estas respuestas son naturales y actúan sin esfuerzo, no tenemos que estudiarlas ni aprender a darlas. Pero nuestra percepción esta influida y posiblemente modificada por estados psicológicos de ánimo por

condicionamientos culturales y por expectativas ambientales. El como vemos en general al mundo afecta casi siempre lo que vemos.

3.1. ESTUDIOS SOBRE IMAGEN CORPORAL.

Ha habido muchos intentos para clasificar a la estructura corporal. Tradicionalmente se ha abordado por las corrientes tipológicas, como la de los tipos de Hipócrates donde un tipo humano que es bajo-grueso corresponde a un *habitus apoplecticus* y el alto-delgado al *habitus phthisicus*. Hipócrates también observo la tendencia a una mayor incidencia de tuberculosis en el *habitus phthisicus* y a la apoplejía en el *habitus apoplecticus*.

Rees y Eysenck (1945) y Eysenck (1959), han propuesto un índice de masa corporal en el cual se asume que el cuerpo es un rectángulo que puede describirse con dos dimensiones independientes la estatura y el grosor. La estatura multiplicada por el grosor proporciona el tamaño total, mientras que la división de una entre el otro proporciona una relación que representa la configuración, con este método si se evalúan las medidas y las desviaciones estándares obtenidas de la estatura y el grosor transversal de pecho, es posible obtener una descripción del tamaño y la estructura general de cuerpo. Los trabajos de Kretschmer y de Sheldon marcan una evolución importante de ideas y procedimientos en la categoría tipológica descubierta intuitivamente con datos empíricos muy numerosos y condensados estadísticamente (citado en Horrocks, 1986).

3.1.1. TIPOLOGIA SEMIINTUITIVA DE KRETSCHMER.

Psiquiatra alemán que vincula el tipo físico y la enfermedad mental, describe tres tipos físicos fundamentales: Pícnico (ancho), Leptosomo (estrecho y largo) y Atlético (musculoso), y después un tipo mixto o displástico.

Los tres primeros tipos se asocian respectivamente a la locura circular (psicosis maniaco-depresiva), con la demencia precoz (esquizofrenia), con la epilepsia y también con uno tipos prepsicóticos (cicloide-esquizoide, epileptoide) y también tipos normales (ciclotímico, esquizotímico, ixitímico), es decir, sociable y realista, taciturno e idealista, lento e impasible, respectivamente.

Kretschmer ha añadido a las tipologías clásicas unos métodos más sistemáticos (medidas, índices, fotografías, porcentajes y conceptos nuevos). Como dicen Nuttin (1968), la tipología no es una mera cuestión de clasificación, sino de una búsqueda de los lazos que unen entre sí a diferentes fenómenos (físicos y psíquicos) (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

3.1.2. SHELDON ENTRE TIPOLOGIAS Y FACTORIALES.

Sheldon (1950-1951), se relaciona con las tipologías constitucionales clásicas; Pero también se aparta de ellas y aparece como un precursor del enfoque dimensional. Intenta evaluar la correspondencia entre somatotipos y temperamento mediante escalas ordinales, más próximas a los rasgos (continuos) que a los tipos (discontinuos).

Este investigador, intentó establecer una clasificación de morfologías basándose en datos antropológicos objetivos, este intento fracasó y recurrió a un método de aparición global e intuitivo, la somatoscopia, éste método consistió en clasificar a simple vista 4000 mil fotografías de adolescentes masculinos de 16 a 20 años, dando origen a tres escalas de clasificación, a las que llamó *componentes*:

1. endomorfismo-alto, vísceras desarrolladas,
2. mesomorfismo, predominio de los huesos y músculos,
3. ectomorfismo, predominio del sistema nervioso y de la piel.

Opina Sheldon que, cualquier individuo puede clasificarse a grandes rasgos en una ubicación principal a lo largo de la escala de un tipo, puede hasta cierto grado ocupar posiciones menores en las otras dos escalas. Las escalas se denominan endomórfica, mesomórfica y ectomórfica, este autor sostiene que las tres capas germinales del embrión, el endodermo, el mesodermo y el ectodermo, producen tres tipos de tejido, y que los tres tipos corporales son el resultado de las proporciones significativamente diferentes en las que esos tres tejidos ocurren en diferentes estructuras físicas. En términos generales, la persona endomórfica es algo gorda; la ectomórfica es delgada y la mesomórfica muestra excepcional crecimiento óseo y muscular.

De acuerdo con Sheldon, el somatotipo es estable y relativamente fijo desde el nacimiento, y el cuadro total de la estructura general y del desarrollo del peso de un individuo puede predecirse con antelación. De hecho, ésta es una opinión polémica, como podría esperarse, el cuadro de descripción de Sheldon ha sido objeto de críticas. Por ejemplo, Meredith pone en duda las definiciones que presenta Sheldon para sus escalas y Humpreys (1957) sostiene que la escala es más individual que normativa y que la elección teórica del tipo restringe la información asequible (citados en Horrocks, 1986).

Dupertus y Michael (1953), observaron que los mesomorfos tienden a crecer más rápido y a madurar más temprano. Bayley (1943), opina que los niños de madurez tardía por lo regular tienen piernas largas y caderas estrechas, dos características comunes en la persona ectomórfica. Reynolds y Wines (1951), advierte que los individuos ectomórficos tienden a madurar sexualmente antes que los mesomórficos. Livson y McNeill (1962), concuerdan con los estudios de otros investigadores en los que refieren a la dirección general de las diferencias en las tasas de maduración de los ectomorfos comparados con los mesomorfos (citados en Horrocks, 1986).

3.2. TEMPERAMENTO Y EL TIPO CORPORAL.

Sheldon (1951), llega a una clasificación de los temperamentos en tres componentes que rompe con los sistemas tipológicos anteriores, no por la descripción de estos temperamentos, sino por el método utilizado para definirlos.

- Viscerotonía : tranquilidad, sociabilidad, jovialidad, oralidad...
- Somatotonía: afirmación de sí, vigor, ascendente, rudeza...
- Cerebrotonía: comedimiento, introversión, tensión mental, hipersensibilidad...

(citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Desde el siglo pasado, los científicos intentaban clasificar en tipos a los seres humanos y hoy en día los investigadores de las diferentes ciencias se esfuerzan por encontrar correlaciones entre los tipos y el temperamento, la personalidad y la inteligencia.

Sugarman y Haronian (1964), encuentran estereotipos culturales asociados con el tipo corporal, haciendo énfasis en que el adolescente se ve a sí mismo en términos de estereotipos. Van Versen (1965), trató de correlacionar las mediciones antropométricas según el sistema de Sheldon con el rendimiento en una prueba de temperamento; encontró que aunque la dimensión del temperamento se correlaciona significativamente con el componente mesomórfico, la relación entre el componente y la estructura física no es lo bastante alta para que permita el diagnóstico del temperamento mediante el somatotipo. Pero la mejor opinión estriba en que la estructura corporal, como tal, no es lo importante en el temperamento, sino la relación más o menos fortuita que un individuo dado pueda desarrollar o verse obligado a aceptar en su ambiente o cultura particular, y esto varía de un individuo a otro y es difícil predecirlo con mucha antelación (citados en Horrocks, 1986).

3.3. TÉCNICAS Y METODOS PARA EVALUAR LA IMAGEN CORPORAL.

Williamson, Kelley, Davis, Ruggiero & Blouin (1985) desarrollaron un método para medir los disturbios de la imagen corporal, este método consiste en presentarle al sujeto nueve siluetas con diferentes tamaños corporales que van de un rango de *delgada a obesa*, las tarjetas son colocadas al azar en una mesa enfrente del sujeto y se le pide que seleccione la tarjeta que más se parezca a su tamaño corporal actual, tal y como lo percibe, después de que la examinada selecciona la tarjeta, el aplicador registra el número de la silueta, que es el puntaje del tamaño corporal actual (current), posteriormente se revuelven de nuevo las tarjetas colocándolas al azar. Nuevamente se le pide a la examinada que elija la tarjeta que más se acerque al tamaño corporal que preferiría tener y esta tarjeta se registra como el tamaño corporal ideal (citados en Williamson, Davis, Bennett, Gorezny & Gleaves, 1989).

Entre las diferentes aproximaciones utilizadas en la evaluación de la imagen corporal, está el vídeo (Collina, 1987), esta técnica de ajuste de luz (Ruff & Barrios, 1986), el uso de cuestionarios (Cooper, Taylor, Cooper, & Fairbum, 1987; Cash & Green, 1986) entre muchos otros (citados en Schlundt & Bell, 1993).

Es así como la definición de la imagen corporal dada por los diversos investigadores: Es un network multicomponente de cogniciones almacenadas en la memoria de largo término y utilizada para procesar información en situaciones en las que el tamaño, forma del cuerpo o apariencia es relevante, parece ser que nunca habrá una sola medida de la imagen corporal: más bien se pueden utilizar diversas aproximaciones para probar estas estructuras de conocimiento y generar información cuantitativa que sea útil para propósitos clínicos y de investigación (Weiss, 1995).

3.3.1. ANTROPOMETRÍA.

De acuerdo con Saucedo y Gómez Peresmitré (1997) las mediciones antropométricas relacionadas con la nutrición son medidas lineales y de masa a partir de las cuales se pueden construir índices que estiman las características corporales de los individuos.

Características y requisitos de las mediciones antropométricas:

- a) accesible costo, de difícil deterioro y fácil transportación
- b) no necesitan de habilidad extraordinaria para la obtención de mediciones con exactitud y precisión.
- c) correlacionarse con el estado de nutrición
- d) correlacionables con el conjunto de datos del sujeto, para que no resulten redundantes o insuficientes

Importancia de las mediciones antropométricas

Permite medir al ser humano durante las etapas cruciales de crecimiento y desarrollo así como diagnosticar las desviaciones observables, tanto en la salud como en la enfermedad, con el propósito de integrar al individuo a la sociedad en condiciones óptimas.

3.3.2. RELACIÓN PESO-TALLA

Para la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) existen métodos y técnicas objetivas para medir el peso y la talla y obtener un índice de Masa Corporal (IMC) $\text{real peso} / \text{talla}^2$ (P/T^2) este se utiliza como indicador de desnutrición aguda o emaciación, para evaluar el impacto de los programas de intervención de asistencia o ayuda alimentaria y también cuando se desconoce la

edad del niño, es así como el *peso corporal real* es el resultado de la medición realizada con una balanza y estadímetro (FAO, 1996).

Estas son las mediciones que dada la calidad de información que aportan como indicadores, pueden ser consideradas como las más adecuadas: el peso y la talla, las cuales, referidas a la edad y el sexo permiten establecer las adecuaciones respecto a la norma de peso para la talla (nutrición actual); talla para la edad (nutrición histórica); peso para la edad (nutrición actual e histórica); IMC o segmento antropométrico (peso en Kg. y talla en cm) (Mora, 1997; FAO, 1996).

Partiendo de los indicadores anteriores, se han establecido algunos índices y se han construido una serie de gráficas que permiten evaluar la situación nutritiva del individuo con el conocimiento de la talla, peso y edad. Los más utilizados en el área de salud son:

1. **Peso relativo**, se basa en la comparación de la relación simple del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, la talla y el sexo del mismo sujeto.
2. **Índice Quetelet o Índice de Masa Corporal (IMC)**, este índice al ser relacionado con la edad del sujeto nos da una dimensión de mayor dinamismo al incorporar simultáneamente el peso, la talla y la edad, como variables, en función de las cuales se establece el crecimiento somático, se calcula dividiendo el peso (Kg.) entre la talla (M) elevada al cuadrado, siendo esta su fórmula (Saucedo & Gómez Pérez-Mitré, 1997).

3.3.3. PERCEPCIONES EVALUATIVAS.

Por otra parte el peso imaginario se define como un patrón de respuestas autoperceptivas, actitudinales y de juicio autovalorativo que se ponen en acción

cuando el objeto de observación y/o estimación es el propio cuerpo. Usualmente funciona en la dirección de una sobreestimación del tamaño del cuerpo lo que conduce también a una sobrestimación del peso corporal, acompañada de respuestas de rechazo o de insatisfacción con la imagen corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Hay dos conceptos adicionales relacionados con problemas de imagen corporal : motivación para la delgadez e insatisfacción corporal, el drive para la delgadez puede considerarse como una motivación extrema para lograr un bajo peso corporal y un muy delgado tamaño corporal. La insatisfacción con el peso corporal se puede conceptualizar como el grado con el cual el precepto de tamaño y la forma del ideal percibida por el individuo (Willamson, Davis, Bennett, Gorezny & Gleaves, 1989).

Cuanto más aumenta la distancia entre forma percibida y la forma ideal, mas crece la insatisfacción, todo esta concuerda con los resultados de Jourard y Secord (1954-1955), donde se confirma que las características del cuerpo, tal como son percibidas por el individuo, son las que predicen la satisfacción corporal con preferencia a estas mismas características evaluadas ya por los otros objetivamente (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Se le conoce como distorsión de la imagen corporal, a la diferencia entre peso real y peso imaginario, o sea, al mayor o menor alejamiento específico, concreto del peso real (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

3.4. CARACTERÍSTICAS DEL DESARROLLO FÍSICO DEL ADOLESCENTE.

No hay duda que el desarrollo físico es consecuente de la pubertad, siendo éste complejo ya que recibe influjos de factores hereditarios y sociales. La herencia ha de ser tomada en cuenta cuando se trata de la estatura, el peso, el estirón, las proporciones somáticas, el sistema reproductor, y el desarrollo

fisiológico y endocrino, así como también se han de considerar la nutrición, el ambiente y la influencia de la clase social cuando se trata de ese mismo desarrollo físico (Papalia & Olds, 1988).

3.5. CAMBIOS ANTROPOMÉTRICOS.

Aumento de estatura y peso, se cree que la manera de comprobar el crecimiento físico es con la longitud del pie (Meredith, 1969) y la comprobación de peso mediante una escala determinada. Las curvas de estatura y peso, que se emplean se extraen de promedios de edad entre un gran número de jóvenes que se observan a través de un estudio longitudinal (citado en Grinder, 1987).

El crecimiento físico durante la infancia y la adolescencia parece mostrar tres ciclos claros:

1. corresponde a un mes después de la fertilización hasta los dos años después del nacimiento.
2. va de los dos años de edad a los siete, la tasa de crecimiento tiene su cima por los dos años y medio.
3. empieza gradualmente a los siete u ocho años de edad, entre los nueve y quince años, todo muchacho crece rápidamente en casi todas las dimensiones corporales, a lo que se le da el nombre del *Estirón* (Tanner, 62) (citado en Grinder, 1987).

Es más probable que sean más significativas las desviaciones respecto a la estatura que las desviaciones referente al aumento de peso. Si no se crece en estatura puede ser indicador que el sujeto está fuera de trayectoria y probablemente indique la falta de suplementos hormonales o que se requiere una forma de intervención terapéutica (Tanner, 1961). La desviación con el peso suele indicar que existe necesidad de mejorar la nutrición y el ejercicio (Kogman, 1970; Tanner, 1961; citados en Grinder, 1987).

Las relaciones entre las curvas de rapidez en la estatura y peso de ordinario están más relacionadas con las muchachas que con los muchachos (Bayer & Bayley, 1959). Las muchachas alcanzan la madurez de estatura relativamente temprano y adquieren incremento en peso por debajo del promedio (citados en Grínder, 1987).

Con el fin de representar un cuadro más claro del patrón general de crecimiento, Tanner (1961) ha aportado índices suplementarios de talla y peso de grasa subcutánea, medición que se puede lograr punzando juntas una doble capa de tejido subcutáneo y midiendo el grosor del pliegue dérmico, esta medición indica el porcentaje del peso somático que es grasa.

Las muchachas tienen más grasa subcutánea que los muchachos, distinción que es más clara a partir de los 5 o 6 años. De esta edad en adelante, el grosor de su grasa subcutánea crece en extremidades y el tronco. Para las muchachas el estirón ocurre uno año antes que los muchachos, son más altas y de más peso que los muchachos entre los 10 y los 13 años. La muchacha típica comienza su estirón poco después de los 10 años, alcanza la velocidad cumbre hacia los 12 y remite notablemente hacia los 14 años (Meredith, 1967; Tanner, 1961; citados en Grínder, 1987).

La mayoría de las estructuras esqueléticas y musculares siguen el patrón general del estirón de los adolescentes, son notables excepciones el cerebro y el cráneo.

En el esquema de Bayer y Bayley (1959), hay ocho mediciones somáticas:

1. La modelación de la superficie (músculos, grasa subcutánea, protuberancias óseas, venas y tendones).
2. Cintura escapular,
3. Talle,

4. Vuelo de las caderas,
5. Glúteos,
6. Forma del muslo,
7. Espacio intercrural (entre las piernas),
8. Pantomillas

Así sumando el valor total de las escalas se obtienen el total de la puntuación andrógina. Mediante esta escala los autores presentan perfiles masculinos y femeninos relativamente ideales (Grinder, 1987).

Grinder (1987), opina que la nutrición es un factor que influye en el crecimiento físico y en cambio la sobrenutrición, parece retardar el estirón al estimular el anabolismo proteínico que acelera el crecimiento en talla.

3.6. LA IMAGEN CORPORAL Y LA SOCIEDAD.

Caplan (1973), señala que las facetas de la adaptación social y de la personalidad están afectadas por la configuración y el funcionamiento del cuerpo: primero, la impresión que una persona les causa a los demás y segundo, el modo en que el adolescente percibe su cuerpo, o sea su propia imagen corporal.

Osterieth (1984), señala que el hecho de tener un cuerpo que cambia atraerá inevitablemente la atención del sujeto hacia ese objeto que cambia por lo tanto hacia el yo. Este encuentro del adolescente consigo mismo esta expresado en la imagen de los adolescentes que se estudian frente al espejo y tratan de determinar quien y que es él o ella (citado en Carretero & León, 1990).

Caplan (1973), dice que el tamaño del cuerpo, la fuerza física y las nuevas sensaciones sexuales ahora positivas en los adolescentes son debido a los cambios puberales de la adolescencia, que hacen que el adolescente se

encuentre preocupado y afectado por su físico y por la apariencia de su figura corporal.

La imagen que presenta el cuerpo humano ha sido objeto de interés, se ha creído que el temperamento y el carácter integrantes de la imagen corporal, estaban determinadas biológicamente y venían predicados por la información somática en general. Se creía así mismo que las personas que eran propensas a poseer buena cantidad de adiposidad subcutánea, tenían que ser flemáticas, pasivas, desidiosas, cariñosas y de buen corazón. Kurtz (1968), informó que las mujeres delgadas se consideraban mas activas que lo general de las mujeres (citado en Grinder, 1987).

La belleza humana no ha podido ser definida por propiedades mesurables, aún se ignora la relativa generalidad o especificidad de los criterios propios de cada cultura. En los trabajos experimentales es considerado como bello o como feo aquel que es juzgado como tal por los otros individuos. Bruchon-Schweitzer (1992), opinan que la cara sería mas determinante que otras partes o características del cuerpo en cuanto al atractivo global de un sujeto. La mayor parte de los trabajos que estudian el atractivo muestran que las mujeres, por término medio, son percibidas como más atractivas que los hombres.

Según la morfología personal (peso, estatura, relación de la estatura con la raíz cúbica del peso que indica la forma del cuerpo) la adhesión a los modelos varía sensiblemente. Las mujeres más conformistas son esbeltas, altas y de tendencia ectomórfica.

En los grandes sistemas morfopsicológicos los métodos que llevan a descubrir unas relaciones entre forma corporal y personalidad son vulnerables a la impresión global que produce el cuerpo de los otros sobre un observador. Muchos estudios después del de Barocas y Karoly (1972) han mostrado que los sujetos más atractivos experimentan relaciones sociales gratificantes. Un individuo

atractivo es pues globalmente mas gratificado, cuando necesita apoyo, que un sujeto poco atractivo (Benson, Karabenick & Lemer, 1976; Wilson, 1978). Esto se acentúa particularmente cuando el demandante es una joven hermosa (citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

La belleza facilita las interacciones sociales cuantitativamente y cualitativamente (intimidad y satisfacción reciproca). La belleza es considerada como un valor social, hemos visto con anterioridad que una persona atractiva suscita curiosidad e interés y puede ser más convincente que una poco atractiva.

Bruchon-Schweitzer (1992), señalan que las mujeres perciben la conformidad con ciertas normas de delgadez y belleza como signo de adecuación a su rol. Este rol es complejo porque implica a la vez su impotencia en ciertos campos reservados (fuerza física, posición social) y su poder extremo en los procesos que implican la perceptividad, la seducción y el atractivo interpersonal.

El cuerpo de una mujer es juzgado tanto más femenino cuanto más coherente es con diversos roles asignados lo que anuncia su delicadeza y atractivo. De ahí el interés considerable dirigido a los cuidados del cuerpo, maquillaje, vestidos, peinado, etc. Cuando el adolescente esta insatisfecho con su imagen corporal que según cree tienen de él los demás, entonces trata de alterar su apariencia corporal, el adolescente adopta un enfoque más constructivo. Se acerca a otros en procura de consejo, presta atención a los anuncios de revista, televisión, diarios y experimenta por medio de ensayo-error técnicas para modificar su cuerpo y apariencia personal, los medios de comunicación y los héroes del atletismo contribuyen a la glorificación del cuerpo ideal (Schonfeld, 1963; citado en Grinder, 1987).

La imagen corporal es de mayor importancia crítica para la muchacha que para el chico, ya que la sociedad le da mas relevancia a la forma femenina con el fin de que la mujer haga resaltar su atractivo (Grinder, 1987).

Hurllock (1973), nos dice que las muchachas como grupo se preocupan más que los varones por sus cuerpos en desarrollo, por que para ellas sus cuerpos están más estrechamente relacionados con sus funciones. El adolescente sabe que su cuerpo en particular su tamaño, adecuación al sexo y el atractivo personal llama la atención de las otras personas y afecta sus reacciones hacia él, esto a su vez afecta su actitud hacia sí mismo. Además sabe que la gente acepta estereotipos culturales que vinculan los aspectos físicos con los rasgos de popularidad.

Podemos resumir que la satisfacción de la imagen corporal contribuye significativamente a la adaptación social y personal, a la satisfacción favorable de las propias capacidades, al equilibrio emocional y a la salud.

3.7. SINTAXIS DE LA IMAGEN.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dondis (1973), dice que existe un sistema visual básico que todos los seres humanos compartimos; pero este sistema está sometido a variaciones que se refiere a temas estructurales básicos, siendo así la característica dominante de la sintaxis visual la complejidad. La Psicología de la Gestalt ha aportado valiosos estudios y experimentos al campo de la percepción, buscando la significancia de los patterns visuales y descubriendo como el organismo humano ve y organiza el input visual (información de entrada) y articula el output visual (salida de información). En conjunto lo físico y lo psicológico son términos relativos, nunca obsoletos.

Cada patrón visual tiene un carácter dinámico que no puede definirse intelectual o emocionalmente ni mecánicamente por el tamaño, la dirección, el contorno o distancia, estos estímulos son solamente mediciones estáticas, para las fuerzas psicofísicas que ponen en marcha. Como los de cualquier estímulo modifican, disponen o deshacen la imagen real, juntas crean la percepción de un

diseño, objeto, persona, etc. Por abstractos que puedan ser los elementos psicofisiológicos de la sintaxis visual cabe definir su carácter general. La información visual puede tener también una forma definible, bien sea mediante un significado adscrito en forma de símbolos, bien mediante la experiencia compartida del entorno de la vida. La influencia psicológica o física más importante sobre la percepción humana es la necesidad del equilibrio, este es la referencia visual mas fuerte y firme del hombre, su base consciente e inconsciente para la formulación de juicios visuales. Lo extraordinario es que, aunque todos los pattems visuales tienen un centro de gravedad técnicamente calculable, no hay un método tan rápido, exacto y automático como la sensación intuitiva de equilibrio que es inherente a las percepciones del hombre.

CAPITULO 4 - ADOLESCENCIA

4.1. SURGIMIENTO DE LA ADOLESCENCIA.

El estudio científico de la adolescencia se inicia a principios del siglo pasado tras las publicaciones "Adolescence" de Stanley Hall (1904), y "tres ensayos sobre una teoría sexual" de Sigmund Freud (1905). A partir de entonces surgió un importante interés por el conocimiento e interpretación de la pubertad. de la adolescencia y toda la edad juvenil.

Para algunos, Hall es el pionero de los estudios de la adolescencia. Sin embargo no es hasta 1909, cuando se reúne con Freud en la Clark University. cuando se siembran las bases de la psicología de la adolescencia.

Ambos pensadores, formados en el marco del evolucionismo, convergen en algunos acontecimientos, y consideran la sexualidad como el motor biológico de la evolución humana.

Hall, tomó el concepto darwiniano de evolución biológica y lo elabora como teoría psicológica, de la misma forma que la humanidad ha evolucionado a través de etapas, el individuo desarrolla unas fases hasta llegar a la adultez, las cuales son: infancia, niñez, juventud y adolescencia (Aguirre, 1994).

El término adolescente se usa generalmente para referirse a una persona que se encuentra entre los 13 y 19 años de edad, período entre la niñez y la adultez. Tal período comienza con los cambios fisiológicos de la pubertad. y termina cuando se llega al pleno status sociológico del adulto. Sin embargo, al igual que las demás etapas del desarrollo, estos puntos extremos no están muy bien definidos.

La pubertad es una etapa con grandes cambios biológicos que se producen al final de la infancia, pero también es un proceso social y emocional que se encuentra relacionado con la cultura. Es la transición entre la infancia y la edad adulta. Durante esta etapa maduran las funciones reproductoras, crecen los órganos sexuales y aparecen las características sexuales secundarias. Etapa que se inicia por lo general entre los 9 y los 10 años, aunque puede variar, ya sea antes o después. Hay que mencionar que, además de los cambios físicos, los cambios emocionales son muy notorios.

La adolescencia en los seres humanos se presenta como una fase particular de desarrollo, aunque sea una fase de transición, con sus propias características biológicas, sociales e intelectuales. Una gran parte de los problemas sociales y personales del desarrollo surgen durante la adolescencia y las dificultades que giran alrededor de la independencia personal, de la separación de la familia y de la elección de una vocación, son todos problemas típicos de esta etapa de la vida (Hurlock; 1987).

4.2. DEFINICION DE ADOLESCENCIA.

El término adolescencia, se remonta al latín "adolescere", que significa "crecer hacia" o "crecer" (ad, que significa crecer "hacia", olescere, "crecer" o ser alimentado).

Otros consideran que la esencia misma del periodo de la adolescencia es el conflicto mismo. Friedenberg (1959) ha sugerido que la identidad individual nace del conflicto que los adolescentes experimentan con sus padres y con otras figuras de autoridad. Por otro lado, Bandura (1964) sostiene que la idea de que la adolescencia es necesariamente un periodo tormentoso: es un mito. Afirma que son los medios masivos de comunicación los que han destacado dramáticamente este aspecto de la adolescencia y que tal vez los adolescentes mismos se estén adaptando a un patrón que ha sido elaborado por una sociedad adulta. Opina que

las reacciones de los adultos con respecto a la adolescencia son reacciones estereotipadas (citado en Grinder,1987.)

Con los postulados y la teoría de Freud en el campo de la psicología, se consideró que los cambios más importantes ocurrían durante la niñez. "Infancia es destino" afirmó Freud, y aunque dicha aseveración no deja de tener algo de verdad, investigaciones recientes indican que durante toda la vida se presentan cambios fundamentales. Hoy se sabe que la adolescencia y la edad adulta son periodos de desarrollo importantes para los seres humanos, y no solamente etapas en que las personas sencillamente viven su vida de acuerdo con patrones establecidos durante la primera infancia (Morris,1992).

Hay dos aspectos principales en los cuales se centra la mayoría de los psicólogos en lo que al desarrollo del adolescente se refiere: uno de ellos implica el establecimiento de una identidad propia; el otro consiste en la integración adecuada de los impulsos sexuales y agresivos.

Para Stanley Hall (1904), la adolescencia era como un periodo de tormentas y estrés inevitables, sufrimiento pasión y rebelión en contra de la autoridad de los adultos. Tanto así que Hall y Freud pensaban que un adolescente que no experimentaba trastornos y confusión tendría problemas de desarrollo en el futuro (citado en Grinder,1987).

Freud vislumbró la adolescencia como una época en la cual el individuo en desarrollo se ve amenazado por la disolución de la personalidad que ha construido y ha estabilizado durante el periodo de latencia. Ante tal amenaza, el individuo ha de modificar diversas facetas de su vida y ha de adaptarse a la nueva etapa que está atravesando.

Para Keniston (1975), los problemas de la mayor parte de los adolescentes surgen de una tensión entre el yo y la sociedad, de una inadecuación entre los que son y lo que piensan que la sociedad desea de ellos (citado en Grinder, 1987).

Brooks (1959), denomina la adolescencia como el periodo de la vida humana que se extiende aproximadamente entre los doce y trece años y los veinte. El periodo se cierra cuando el individuo entra a la edad adulta. En el transcurso de esta época alcanzan madurez las funciones reproductoras, y se presentan cambios físicos, mentales y morales que se producen simultáneamente (citado en Brooks, 1959).

Gessell 1956, (Gesell, 1958; Harrocks, 1984), define la adolescencia como un periodo prominentemente rápido e intenso en cuanto al desarrollo físico, acompañado por profundos cambios que afectan a toda la economía del organismo (citado en Hurrocks, 1986).

Hurrocks (1986), ofrece una definición desde el punto de vista biológico. De acuerdo con ello, el individuo se convierte en adolescente cuando es capaz de reproducirse. Por lo general, a esto se le conoce como el inicio de la pubertad, pero en realidad este periodo principia con la acción de las hormonas sexuales secundarias. Al terminar la pubertad, el individuo adquiere la capacidad para reproducirse.

Es importante mencionar, que han surgido algunas confusiones al considerar ciertas interpretaciones de la adolescencia, debido al hecho de que diferentes autores han utilizado criterios diferentes para describir el periodo de la adolescencia o, porque han empleado la misma palabra para describir aspectos distintos y hasta cierto grado, mutuamente excluyentes.

Por ejemplo, Gesell, Ilg y Ames (1958) hablan de la juventud y la definen "como el periodo comprendido entre los 10 y los 16 años; Hall (1911) considera

que este periodo es el comprendido entre los 8 y los 12 años, y Landis (1952) restringe el uso del término juventud a los últimos años de la adolescencia (Hurrocks, 1986, p.21).

Muchos psicólogos han enumerado las tareas o metas más comunes de los adolescentes. Havighurst (1953) llama a estas tareas desarrollistas. Las siguientes son algunas de las metas, de acuerdo con dicho autor, las cuales son consideradas sobresalientes del desarrollo del adolescente:

1. Lograr el sentimiento de independencia con respecto a los padres.
2. Adquirir las aptitudes sociales que se requieren de todo adulto joven.
3. Lograr un sentido de sí mismo como de una persona que tiene su propio valor.
4. Desarrollar las necesarias habilidades académicas y vocacionales.
5. Adaptarse a un físico que esta cambiando rápidamente, y al desarrollo sexual.
6. Asimilar un conjunto de normas y valores internalizados que le sirvan de guías.

Aunque hay ciertos patrones bien diferenciados en el desarrollo humano que comparten las civilizaciones en todas las épocas, el proceso desarrollo está profundamente influido por las fuerzas socioeconómicas del momento. Ello se advierte sobre todo en la adolescencia, cuando el individuo trata de acostumbrarse a vivir con las presiones sociales y alcanzar un equilibrio entre los valores internos y externos.

Erikson (1959) ha sugerido que el período de la adolescencia es un período en el que el individuo lucha entre identidad y confusión o pérdida de identidad. En la forma que lo usa, el término identidad significa "la confianza intensificada de que la realidad y continuidad internas que se han preparado en el pasado, corresponden a la realidad y continuidad del significado que uno tiene para los demás". La búsqueda de identidad es una parte de la experiencia humana en todas las etapas de la vida, aunque es precisamente durante el crecimiento rápido

y durante los cambios fisiológicos estrepitosos de la adolescencia cuando la identidad desempeña un papel fundamental en el desarrollo.

Las características de la adolescencia han sido notorias desde la antigüedad. Aristóteles escribió acerca del carácter apasionado e irascible de los adolescentes y comentó acerca de la tendencia que tienen a tomar posturas extremas y a dar opiniones categóricas. Platón, ya hacía notar lo modificables que son las actitudes de los adolescentes (Erikson, 1997).

No obstante, a estas actitudes, notorias desde la antigüedad, hay que advertir que el estudio científico de la adolescencia, en el cual ésta es concebida como un periodo distinto del desarrollo humano es reciente. Muller (1969) opina que el principio de una cuarta fase del desarrollo del concepto de niñez tuvo lugar alrededor de 1930. Aunque los niños fueron tratados en otras épocas como pequeños adultos, en la actualidad se acepta que el periodo de la niñez tiene sus propias características (Freud, 1982; citado en Muller, 1969).

4.3. ASPECTOS FISICOS Y FISIOLÓGICOS .

La adolescencia se caracteriza por una gran rapidez en lo que respecta a los cambios biológicos. Los cambios biológicos de la adolescencia son un aumento considerable en el ritmo de crecimiento y de tamaño corporal, un rápido desarrollo de los órganos reproductores y la aparición de características sexuales secundarias. Las hormonas que afectan el crecimiento de los adolescentes aumentan su producción durante la pubertad y provocan cambios físicos notables. La secreción de testosterona hace que el pene crezca, que la espalda se ensanche, y que el pelo aparezca en el área genital y cara. En mujeres, el estrógeno hace que el útero y los pechos crezcan, y que las caderas se ensanchen. También las hormonas que segregan la glándula pituitaria y las glándulas sexuales tienen una repercusión emocional y fisiológica importante en el adolescente (Craig, 1989).

Generalmente, los cambios de la pubertad están precedidos por un incremento en la grasa del cuerpo por lo que no es extraño que algunos preadolescentes aumenten de peso de manera evidente en esta época. También, el principio de la adolescencia suele estar marcado por un gran incremento en la altura. Los huesos y los músculos aumentan del tamaño y al crecimiento de las extremidades le sigue normalmente un crecimiento en el ancho del cuerpo. En este crecimiento tan acelerado, por lo general, los niños pierden la grasa extra que acumularon al principio, mientras que las niñas tienden a conservar la mayor parte de la grasa que acumularon, grasa que sin embargo, se distribuye en distintos lugares del cuerpo (Craig, 1989).

Los sexos maduran a diferente ritmo. En promedio, aunque hay muchas variaciones, las mujeres pasan por profundos cambios biológicos dos años antes que los varones.

Además del crecimiento, el cambio biológico más importante en el hombre adolescente es el desarrollo del sistema reproductor. La primera indicación de la pubertad es el crecimiento acelerado de los testículos y el escroto. Aproximadamente un año más tarde, suele haber un crecimiento rápido en talla y en el pene, así como las vesículas seminales y de la próstata. Empieza a aparecer el vello púbico y la primera emisión seminal suele aparecer entre los 11 y los 16 años (Craig, 1989).

En las mujeres, el crecimiento de los senos suele ser la primera señal del inicio de la pubertad. Hay crecimiento del útero y la vagina, así como un aumento en las dimensiones del clitoris y los labios genitales. La menarca, que constituye la principal característica de maduración sexual, aparece en esta etapa, generalmente entre los 9 y los 16 años (Craig, 1989).

La adolescencia es un periodo de la vida que implica una serie de cambios físicos importantes. El más evidente es el llamado estirón, incremento rápido tanto

en peso como en estatura que se inicia a los 8 ó 9 años en las niñas y a los 10 ó 11 años en los niños. Este estirón produce un alargamiento del tronco y el cuerpo de los niños empieza a hacerse más fuerte. Las niñas, por su parte, empiezan a acumular mayor cantidad proporcional de grasa en brazos, pecho, caderas y piernas, y su aspecto empieza a ser el de una mujer joven (Grinder, 1987).

Los adolescentes son plenamente conscientes de estos cambios físicos que ocurren tan aceleradamente en su cuerpo; y les preocupa que su físico sea deseable y que sean aceptados por sus compañeros y amigos. Después de todo, el sentimiento de pertenencia es una necesidad fundamental en la vida de todo ser humano. Por ello, los adolescentes le conceden una enorme importancia a su aspecto físico y no es raro que sientan insatisfacción ante el mismo. Debido a los cambios tan acelerados, el adolescente común se enfrentará con dificultades al tratar de "moldear" su cuerpo y al pretender poseer la figura ideal (Craig, 1989).

De hecho, aproximadamente la tercera parte de los niños y la mitad de las niñas en los primeros años de la adolescencia hablan de malestar respecto de su apariencia física. Especialmente entre las niñas, la satisfacción con la propia apariencia va ligada con la satisfacción de sí misma (Lerner y Karabenick, 1974). Asimismo, los adolescentes menos satisfechos con su aspecto físico también presentan menos autoestima, su autoimagen es menos estable y son más conscientes de su aspecto (Adams y Gullota, 1983).

La edad en que se producen los cambios más notables en el adolescente es variable, lo cual afecta indudablemente el aspecto psicológico. Los niños que maduran tempranamente se desempeñan mejor en los deportes y actividades sociales, y por lo tanto suelen ganarse el respeto de los compañeros y amigos que les rodean. Por el contrario, los que tardan en madurar tienen más probabilidades de sentirse inadecuados, ansiosos y muy conscientes de sí mismo (Jones y Bayley, 1950).

En las mujeres, la maduración temprana parece tener sus ventajas y sus desventajas. La adolescente que madura a edad más temprana es admirada por sus compañeras, aunque corre el peligro de ser ridiculizada por los hombres o de que la vean como un objeto sexual. Sin embargo, las niñas de maduración precoz, aunque pueden sufrir un poco durante la adolescencia por su mayor tamaño y por su condición de mayor desarrollo, en la edad adulta suelen ser personas bien ajustadas y contentas consigo mismas (Peskin, 1973).

Indudablemente, la maduración sexual, al igual que otros importantes cambios físicos, tienen consecuencias psicológicas para los adolescentes. Entre los jóvenes, la creciente frecuencia de las erecciones y la eyaculación correspondiente es motivo de orgullo y señal de que se ha iniciado la transición hacia la virilidad.

Asimismo, muchas adolescentes reciben con gusto el inicio de la menstruación porque es un signo de que finalmente se están convirtiendo en mujeres, y cruzan el umbral de la edad adulta. Pero las pruebas indican que la mayoría de las niñas tienen una actitud mucho menos positiva al respecto (Grief y Ulman, 1982). Para muchas, la menstruación- a la que algunas de ellas perciben como maldición- es, en el mejor de los casos, algo que debe ser tolerado y, en el peor, fuente de considerables malestares psicológicos y físicos. Por los mismos condicionamientos a los que se ven expuestas, no es raro que haya adolescentes que se consideren impuras o que asuman una actitud de vergüenza ante un proceso tan natural y tan maravilloso como en realidad los es. Por ello, tampoco es raro que aquellas adolescentes que se encuentran sexualmente activas opten por no tener relaciones sexuales durante su menstruación. Así, todos estos aspectos fisiológicos que tienen lugar en la mujer adolescente afectan de manera variable en cada una de ellas su aspecto emocional, psicológico e inclusive, el afectivo.

La maduración sexual temprana y el énfasis que da la sociedad actual a la sexualidad, se combinan para incrementar la importancia de ésta en la vida de la mayoría de los adolescentes contemporáneos. Para muchos adolescentes de hoy en día, el sexo es un medio de comunicación, una nueva experiencia, un indicio de madurez, una fuente de aprobación y de estatus entre compañeros de la misma edad, un reto hacia los padres o la sociedad restrictiva y un escape de la soledad o las presiones de la vida. No obstante, estos mismos adolescentes no están más maduros, psicológicamente hablando, que sus padres a la misma edad. Una consecuencia de esta discrepancia del crecimiento, madurez sexual e inmadurez psicológica, resulta en un tremendo incremento en el número de embarazos no deseados (Craig, 1989).

**TESIS CON
FALLA DE
ORIGEN**

CAMBIOS FISIOLÓGICOS DE LA ADOLESCENCIA

NIÑAS	NIÑOS
Desarrollo del esqueleto	Desarrollo del esqueleto
Crecimiento de los testículos	Vello púbico lacio y pigmentado
Vello púbico lacio y pigmentado	Desarrollo del busto
Primeros cambios de voz	Crecimiento de los genitales externos
Eyacuulación con frecuencia durante el sueño	Aumento de la tasa del crecimiento
Vello púbico rizado y pigmentado	Vello púbico rizado y pigmentado
Aumento de la tasa de crecimiento	Menstruación
Aumento del tamaño del pene	Vello axilar
Vello facial suave	Presencia de hormonas gonadotrópicas en la orina
Vello axilar	Cambios en el rostro: textura de la piel más gruesa, poros más grandes, aparición del acné
Cambio de voz tardío	Olor corporal más fuerte
Vello facial áspero y pigmentado	Voz gradual más grave
Vello en el tórax	Cambios en la forma del cuerpo: pelvis más grande, caderas más anchas, mayor desarrollo de grasa subcutánea
Crecimiento ocasional de los pechos	
Aumento en las erecciones	
Presencia de hormonas gonadotrópicas en la orina	
Cambios en el rostro: textura más gruesa de la piel, poros más grandes, aparición del acné	
Olor corporal más fuerte	

ORGANOS SEXUALES PRIMARIOS

Ovarios	Testículos
Trompas de Falopio	Pene
Útero	Órganos que transportan el espermatozoides de los testículos al pene
Vagina	

CAJAS DE CONTROL DE LOS CAMBIOS SECUNDARIOS

Senos	Vello púbico
Vello púbico	Vello axilar
Vello axilar	Vello facial
Incremento del ancho y profundidad de la pelvis	Cambio de voz
	Vello corporal

Fuente: Papelle & Wendkos, 1998, p.382.

4.4. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

Si bien la apariencia es considerada importante en todas las etapas de la vida, para los adolescentes particularmente, su cuerpo tiene una importancia enorme. Los adolescentes suelen ser muy sensibles y perceptivos respecto a su apariencia física y la de sus amigos. La distancia entre su autoimagen imperfecta y el ideal que se les muestra en la sociedad por los medios masivos de comunicación pueden constituir una fuente de ansiedad. Por aspectos como éstos, los adolescentes pueden ser, inclusive, extremadamente intolerantes ante la desviación tanto en la constitución corporal como en la sincronización corporal. (Craig, 1989).

La conciencia y el interés que el adolescente tiene por su cuerpo, se acentúa de manera importante cuando éste atrae la atención y tal vez los comentarios de los adultos y demás personas que le rodean. Esto es en particular cuando los deseos sexuales por los miembros del sexo opuesto comienzan a aparecer. Esta acentuada importancia que el adolescente da a su cuerpo puede adoptar varias formas, entre ellas, un mayor interés por el sexo opuesto, la apariencia y el desarrollo personal, la fuerza y resistencia muscular y la salud (Hurrocks, 1986).

Con estos cambios de interés por los aspectos físicos del sexo, los adolescentes no sólo tienden a generar curiosidad por la presencia física de otras personas, sino que también comienzan a pensar en sus propios cuerpos desde el punto de vista de los otros individuos que probablemente puedan observarlos.

El adolescente tiene deseos conflictivos. Por un lado quiere tener una buena apariencia, ser atractivo, exhibirse; por el otro desea ocultar los atributos físicos que los avergüenzan. Por ejemplo, muchas adolescentes cuyos senos comienzan a crecer se niegan a ponerse en pie cuando tienen que estar enfrente de la clase; se agachan y asumen posturas desgarbadas que consideran menos

"reveladoras". Sin embargo, para otras adolescentes, estos cambios enorgullecen y usan ropa demasiado ajustada para demostrar su nueva madurez.

Las cuestiones faciales son particularmente penosas para los adolescentes. Muchos jóvenes tienen erupciones cutáneas, barros, puntos negros, manchas en la piel, etc., tales erupciones y manchas cutáneas constituyen una fuente considerable de vergüenza para ellos (Hurrocks, 1986).

Las mujeres adolescentes generalmente se preocupan por el hecho de ser muy gordas o muy delgadas porque se interesan mucho por la aceptación social, y la gordura no es bien vista en nuestra sociedad. El principal interés de los hombres en esta etapa, por su parte, suele ser la fuerza física y las habilidades atléticas, por lo que la altura y los músculos son aspectos importantes para ellos.

Durante la adolescencia, otra área importante del comportamiento es la referente a las funciones y el desarrollo cognoscitivo. Así como hay cambios físicos importantes en la adolescencia, también tienen lugar en esta etapa cambios cognoscitivos trascendentes. Un aumento en la capacidad y el estilo del pensamiento enriquece la conciencia del adolescente, su imaginación, su juicio y su penetración (Keating, 1980).

Mediante los procesos cognoscitivos, la persona adquiere conciencia y conocimientos acerca de un objeto. Entre esos procesos se encuentran la percepción, sensación, identificación, asociación, condicionamiento, pensamiento, concepción de ideas, juicios, raciocinio, solución de problemas y memoria (Hurrocks, 1986).

En la teoría del desarrollo de Piaget, lo más importante del cambio cognoscitivo del adolescente es la aparición del pensamiento de las operaciones formales. Este nuevo procesamiento intelectual es abstracto, especulativo y libre de circunstancias y del ambiente inmediato. Incluye pensar en posibilidades,

comparar la realidad con aquello que puede ocurrir con aquello que nunca podrá suceder. A diferencia de los niños en etapas anteriores, los adolescentes manifiestan una creciente inclinación a tratar todo como una simple variación de lo que pudiera ser (Keating, 1980). El pensamiento de las operaciones formales requiere la capacidad de formular, probar y evaluar hipótesis y gracias a él, los adolescentes muestran una creciente capacidad de planear y prever las cosas, y de reflexionar sobre el propio pensamiento. Los adolescentes se vuelven extremadamente introspectivos y ensimismados. Poseen ya la capacidad de buscar relaciones entre relaciones y maniobrar con fluidez entre la realidad y la posibilidad. Piaget cuya formación fue biológica, no estaba interesado en la interpretación fisiológica de la conducta, sino que usó conceptos biológicos solamente para explicar el razonamiento humano. (Inhelder y Piaget, 1958).

Piaget en 1963, (citado en McKinney, Fitzgerald y Strommen, 1997), se refiere al funcionamiento intelectual como una adaptación, una analogía con el desarrollo evolucionista de las estructuras y funciones biológicas que permiten a los organismos adaptarse al ambiente.

Para Piaget, la inteligencia ocupa un papel central en los procesos psíquicos y existe una continuidad total entre los procesos superiores y la organización biológica. La inteligencia como la vida, es una creación continua de formas que se prolongan unas a otras, pero esa continuidad hay que buscarla en el aspecto funcional y no en el aspecto estructural de los contenidos del conocimiento. Piaget explica el desarrollo cognoscitivo a través de 4 etapas: sensoriomotriz, preoperacional, operaciones concretas y operaciones formales:

Etapas Sensoriomotriz (desde el nacimiento hasta los 2 años), el niño comienza su vida con unos cuantos esquemas hereditarios de tipo y reflejo y a medida que lo requiere el ambiente, desarrolla respuestas y hábitos más complejos. Durante este periodo el funcionamiento cognoscitivo está restringido a sucesos específicos.

Etapa Preoperacional (de los 2 a los 7 años), los niños construyen conceptos que poseen símbolos, como el lenguaje, para comunicarse. Estas imágenes se limitan a su experiencia personal inmediata (egocéntrico). Sus nociones de causa y efecto son muy limitadas, a veces "mágicas", y tienen problemas para clasificar objetos y eventos.

Etapa de Operaciones Concretas (de los 7 a los 11 años), los niños empiezan a pensar con lógica, a clasificar en varias dimensiones y a comprender conceptos matemáticos siempre que puedan aplicar estas operaciones a objetos o eventos concretos.

Etapa de Operaciones Formales (de los 11 a los 15 años), los individuos pueden aplicar soluciones lógicas tanto a conceptos concretos como abstractos. Pueden pensar sistemáticamente todas las posibilidades, proyectarse hacia el futuro o recordar el pasado, y razonar mediante analogías y metáforas. Es a partir de la adquisición de las operaciones formales, cuando el adolescente puede ampliar su mundo y es capaz de filosofar y pensar libremente en hechos que quedan fuera de sus circunstancias inmediatas y experiencias del pasado. Las operaciones formales tienen cuatro características interrelacionadas: a) la relación de lo real, con lo posible b) la capacidad para hacer análisis combinatorios c) la capacidad para el razonamiento proposicional y d) la capacidad para el pensamiento hipotético-deductivo (Mc Kinney, et al 1997).

El adolescente puede crear símbolos. En esta etapa las palabras son multipotenciales porque pueden simbolizar otros símbolos, además el adolescente puede dedicarse a la labor de autoestructuración, empleando algunos aspectos de sí mismo como símbolos de otros aspectos, o incluso utilizándose a sí como símbolo de su propia persona. Cuando entran al periodo de las operaciones formales, adquieren la capacidad de convertirse en idealistas, y en eso se transforman. A consecuencia de esto, a menudo adoptan posturas que les ocasionarán dificultades en su ajuste personal y aceptación social al afrontar la

realidad de la vida diaria. Además, esta etapa es muy importante ya que en este momento cuando el individuo adquiere el pleno concepto de muerte, y lo entiende como el final de la vida, y como un fenómeno natural e irreversible (Mc Kinney, et al 1997).

Es aceptado que todos los procesos mentales relativos al procesamiento de información y a la inteligencia se van incrementando de manera gradual a lo largo de toda la niñez y de la adolescencia. Los adolescentes tienen mayor capacidad para resolver problemas y para llevar a cabo inferencias que los niños en edad escolar, ya que poseen un rango más amplio de argumentos o esquemas a los cuales referirse. De acuerdo con los teóricos del procesamiento de información, el desarrollo cognoscitivo en la adolescencia comprende lo siguiente: 1) el uso más eficiente de los componentes del procesamiento de información por separado, tales como retención de memoria y de los componentes de transferencia; 2) el desarrollo de estrategias de memoria más complejas para diferentes tipos de resolución de problemas; 3) maneras más efectivas de adquirir información y almacenarla simbólicamente; y 4) el desarrollo de funciones ejecutivas de un orden más alto (meta), influyendo la planificación, toma de decisiones y flexibilidad en la elección de estrategias para una base más amplia de guiones.

Asimismo, los conocimientos y habilidades académicas fundamentales usualmente alcanzan niveles óptimos de funcionamiento durante la adolescencia. Además, esta complejidad en el contenido de su pensamiento afecta indudablemente la manera en como los adolescentes examinan el mundo social. El procesamiento racional de las cuestiones, por otra parte, está encaminado a conseguir una congruencia interna y a estructurar su comportamiento y su vida en general, aspectos que a menudo le producen conflicto cuando, como con frecuencia ocurre en esta etapa, el adolescente no cuenta con la suficiente claridad que le permite lograrlo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En la adolescencia se da una paradoja interesante. Por un lado, el adolescente es por lo general, aún dependiente de sus padres y tiene que adaptarse a los cambios que exige su desarrollo y aceptar ciertas reglas que se le imponen. Por el otro, anhela la independencia y pugna por la libertad, con frecuencia confundirla con el libertinaje. El mayor deseo del adolescente es, generalmente, forjarse una identidad propia y demostrar que puede enfrentar las condiciones de vida en las cuales se desarrolla. Lo que más le interesa es salir del seno de su familia y convivir ampliamente con sus amigos. En esta etapa la diversión y la relación con el sexo opuesto se convierten en una prioridad que supera incluso en muchas ocasiones a la propia familia. El adolescente busca deliberadamente distinguir de las personas de su edad y escapar de las responsabilidades que los adultos imponen. Es por ello que puede resultar en extremo difícil la adaptación y la estabilidad emocional que a menudo lo mantiene en un considerable conflicto interior (Stenberg, 1988).

Ana Freud (1958), establece que cuando un individuo llega a la adolescencia, se siente inseguro y por lo tanto no puede satisfacer a sus padres. También, establece que la conducta incongruente e imprescindible es normal en la adolescencia. El adolescente acepta sus impulsos y los rechaza, ama y odia a sus padres alternando entre la dependencia y la rebeldía (citado en Freud, 1958).

La rebeldía característica de esta etapa se manifiesta de diversas formas: rompiendo las reglas impuestas en el hogar, no asistiendo a clases, asumiendo actitudes no propias, etc., lo cual a menudo repercute en conflicto con los padres y plantea un desafío en la relación existente entre ellos.

El duelo que el adolescente experimenta por dejar atrás la etapa infantil es otro aspecto que debe considerarse, ya que es otro de los factores que contribuye a que el adolescente se vea en la necesidad de una readaptación de sus patrones conductuales; este ajuste que responde a las exigencias que los adultos le imponen se da con un ritmo distinto en cada individuo; sin embargo, si un

adolescente se niega internamente a asumir las nuevas responsabilidades que conlleva el entrar a esta etapa y a renunciar a los patrones conductuales anteriores, con gran probabilidad tendrán lugar conflictos en la estructura familiar que repercutirán, también en su desarrollo. El adolescente puede desarrollarse y formarse plenamente como un adulto en la medida en que pueda ajustar su conducta a las exigencias internas y externas que conlleva cada etapa de su vida. Algunos individuos sin importar su edad, jamás alcanzan esta condición de plenitud (Freud, 1958).

Debido a que la adolescencia es una etapa marcada de cambios tan acelerados e importantes, si los conflictos que el adolescente experimenta no son resueltos, pueden conducir a comportamientos neuróticos e inconvenientes, como las adicciones o el comer en exceso. Después de todo "adolescencia" de la raíz latina "adolescere", que significa adolecer, carecer. En esta etapa el individuo carece de una estructura firme y de pautas cognitivas estables que le permiten enfrentarse con seguridad a las condiciones de vida que se le presentan. El adolescente, entonces, adolece, hay crisis y son comunes en esta etapa los complejos, la ambivalencia y los problemas de autoestima o en el autoconcepto. Además existe el peligro de confusión, acerca de la identidad sexual, de la elección vocacional, etc. Por ello, la transición de cada etapa, y especialmente de la adolescencia a la adultez, resulta crítica en la vida de todo individuo.

4.5. CONTEXTO SOCIAL

Las técnicas que emplea el adolescente para afrontar el estrés de un nuevo cuerpo y de nuevos roles tienen su origen en el desarrollo de la personalidad a lo largo de la niñez. Algunos psicólogos argumentan que los adolescentes también están bajo la presión de sus padres, quienes les han transferido sus propias compulsiones para lograr y conseguir un estatus social superior (Elkind,1981). La actitud de los padres y las expectativas que tienen de sus hijos, juegan un papel importante en el concepto que desarrollan éstos de sí mismos, de su cuerpo y de

sus funciones. Generalmente cuando un niño siente que su cuerpo no satisface las expectativas de quienes lo rodean, se menosprecia. En esta etapa, la imagen que tienen de sí mismos los niños se encuentra en constante cambio y generalmente aceptan como verdadera la opinión de sus padres, compañeros y maestros. De esta manera el adolescente debe lidiar con todas las presiones externas e internas, confrontar y resolver tareas importantes del desarrollo, y formar una identidad coherente y funcional.

Asimismo, los psicólogos coinciden en que los adolescentes deben de afrontar y superar fundamentalmente dos problemas:

- Lograr cierta independencia y autonomía de sus padres
- Lograr la formación de una identidad, es decir, crear un yo integrado que combine de manera armoniosa los elementos de la personalidad.

Indudablemente, convertirse en un adulto implica una transformación gradual. Se requiere la capacidad para ser, al mismo tiempo, independiente e interdependiente. La independencia implica la capacidad de hacer uno mismo sus propios juicios y de regular uno mismo su propia conducta, mientras que la interdependencia implica una recíproca dependencia de quienes nos rodean, así como vinculaciones interpersonales que son características de la condición humana (Erikson, 1968).

El entrar a la adolescencia es un proceso que exige abandonar los viejos roles y establecer una nueva relación respecto a los padres, familiares, amigos y sociedad en general. Erikson (1968) ve en esto el problema fundamental que los adolescentes han de resolver si quieren hacer una transición buena y completa hacia la adultez.

La selección de un conjunto de valores que orienten es un proceso central en la adolescencia. A fin de romper con algunos de los valores que te fueron

inculcados en la niñez y formarse su propio sistema de valores, el adolescente debe de tener en cuenta las diferentes opciones y utilizar una lógica de causa y efecto. Ante la creciente independencia de los adolescentes, las familias deben también que renegociar, hacer ajustes. La adaptación es más fácil para familias que renegocian sus roles mientras mantienen cohesión, adaptabilidad y buena comunicación.

Asimismo, en esta etapa, las relaciones con los compañeros sirven para ofrecer a los adolescentes el apoyo emocional y son esenciales para el desarrollo de destrezas sociales. Las relaciones que éstos llevan a cabo con compañeros y amigos les ayudan a formar la identidad de grupo y a tener un sentimiento de pertenencia, aspecto fundamental en la vida de todo ser humano. También les ayudan a sus necesidades de integración de la personalidad, identidad y autorrealización que son especialmente fuertes en esta etapa.

Esta etapa es conocida como la edad del seguimiento de un gran número de dietas de moda. En general, los varones se interesan por aquellas que los ayuden a desarrollar el tejido muscular y las mujeres por aquellas que les permiten verse más delgadas (Hurlock, 1987). Resulta cada vez más notorio que los niños están adquiriendo la neurosis de los adultos por obtener un peso y forma corporal tendientes hacia una delgadez difícil de alcanzar (Gómez Pérez-Mitré y Avila, 1998).

Ante un sobrepeso, el adolescente se ve expuesto con frecuencia críticas y tratos despectivos, lo que afecta su autoconcepto y la imagen que de sí mismo tiene. Generalmente, en ciertas situaciones, se siente menos y su vida social se vuelve muy limitada. Mientras, que anhela una figura perfecta, esbelta y las características ideales que le impone una cultura obsesionada con el aspecto físico y con lucir mejor. Esta insatisfacción consigo mismo por lo común se extiende a las demás áreas de su vida y afecta el aspecto social, psicológico y emocional.

La valoración cultural de los atributos físicos afecta de manera relevante la reacción que la gente tiene frente al adolescente. En estudios realizados por Lerner, Venning y Knapp (1975) se observó que, según el grado de atractivo de un niño, la distancia adoptada con respecto a él por sus compañeros variaba notablemente.

Por lo tanto, los jóvenes cuyo físico es causa de admiración reciben más gratificaciones sociales que los demás y, por lo tanto su autoestima es más positiva; en cambio aquellos cuya imagen genera indiferencia presentan una autoestima más baja. Es por esto que los atributos que uno se pone a sí mismo afectan la imagen así como la conducta. Por ello si los atributos que un individuo se impone determinan su estado, cómo se siente y cómo actúa, resulta evidente que tienen una enorme importancia en los trastornos alimentarios y en general en las diferentes áreas de su vida.

4.6. DESARROLLO EMOCIONAL.

"La palabra emoción, sugiere un estado de ánimo agitado, exaltado" (Gesell, 1958). Las emociones no constituyen entes inmutables, sino que cambian con la edad a través de la infancia, de la niñez y de la adolescencia.

De acuerdo con Gesell, el crecimiento emocional es un proceso progresivo de formación de patrones que tiene las múltiples situaciones de la vida cotidiana. Este proceso involucra, ante todo, una intrincada red de relaciones interpersonales. Se extiende a las rutinas del cuidado personal, a los intereses y actividades del hogar, la escuela, y a la comunidad, a la ética de la conducta diaria, a los conceptos y actitudes filosóficas que emanan del yo en expansión (Gesell, 1958).

También afirma que las emociones forman parte inseparable del sistema de acción unitario y que dicho complejo sistema de acción adopta constantemente cambiantes patrones de tensión y de preparación motriz. De esta forma, para

Gesell, una emoción es esencialmente el sentimiento de una actitud motriz, ya sea bajo la forma de ira, miedo, cariño o calma; ya que dichos sentimientos específicos son respuestas a situaciones inmediatas. En su ilimitada variedad reflejan las experiencias de la vida y, sobre todo, la madurez del individuo (Gesell, 1958).

Gesell, explica el desarrollo emocional del adolescente, a través de lo que llamó "gradientes de crecimiento". Éstos nos muestran cómo el clima emocional varía de año en año de acuerdo con el ascenso del nivel de madurez general. Así mismo reconoce que ciertas características emocionales persistentes podrían atribuirse al carácter innato; sin embargo menciona que existen otras características individuales que se remontan a las experiencias vitales mas ó menos distantes.

La emoción es esencialmente un sentimiento personal de actitudes motrices provocadas por las situaciones de la vida diaria. A medida que el sistema de acción va cambiando de una edad a otra, así cambian también las situaciones y el modo de reaccionar de la conducta (Gesell, 1958).

Gesell (1900) en su libro " el adolescente de 10 a 16 años"; menciona que durante estos años se ve surgir cierta combinación de los factores constitucionales y los culturales. El yo emocional crece a través de una combatividad inmediata a los diez y once años; por entonces la norma es más la violencia física que la verbal. En el nivel cronológico de los trece, esta violencia primitiva da lugar a plegarse sobre sí mismo o a la réplica verbal, con un dominio mucho más perfecto del carácter.

La vida emocional del adolescente no se halla limitada, por supuesto, a las grandes emociones como la ira, el miedo, el amor, los celos. Abarca una innumerable cantidad de situaciones en que surgen o son reprimidos muchos sentimientos sin nombre, sentimientos que de forma discreta o constante, intensos o atemperados, tiñen toda la vida del adolescente. No hay una sola actividad en la

mente o de la personalidad que no reciba el inevitable flujo de alguno de estos sentimientos, que tanto pueden ser estados de humor, como deseos, fobias, aceptaciones o rechazos. Los sentimientos registran y dirigen las reacciones del individuo. Ellos reflejan y modifican tanto las funciones fisiológicas como las psicológicas, formando parte de los procesos mentales y morales de la percepción, el juicio, la decisión y la estimación; y operan sin cesar en la formación del carácter (Gesell, 1958).

A diferencia de Gesell, teóricos como Hall, Freud y Erikson explican el desarrollo emocional por etapas. Hall 1916, (citado en Muss, 1994), al igual que Freud, considera la adolescencia como un periodo filogenético, es decir que el ser humano en su desarrollo atraviesa por etapas que corresponden a aquellas que se dieron durante la historia de la humanidad. Hall propone cuatro etapas del desarrollo humano: infancia, niñez, juventud y adolescencia.

El periodo de la infancia incluye los primeros cuatro años de vida, la niñez entre los cuatro y los ocho años, la preadolescencia de los ocho a los doce años y la adolescencia es el periodo que se extiende desde la pubertad hasta alcanzar el estatus de adulto. Hall describió la adolescencia como un periodo característico de "tormenta e ímpetu" (Aguirre, 1994).

Para Hall, la infancia y la niñez corresponde al estadio primitivo humano, la juventud representa la transición de la humanidad, mientras que la adolescencia supone la fase avanzada del desarrollo. Por otra parte, Freud sostuvo que el individuo repite experiencias anteriores del género humano en su desarrollo psicosexual.

Freud, en su teoría del desarrollo por etapas, sostiene que el niño pequeño atraviesa por cinco fases definitivas en los primeros cinco o seis años de vida, y sólo dos más en los quince años siguientes de la niñez y la adolescencia (Freud, 1958).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Freud señala que con el despertar la sexualidad, aumenta la excitación nerviosa, la ansiedad, la fobia genital y las perturbaciones de la personalidad, debido a la incapacidad del adolescente para remediar el abrumador dinamismo sexual. Señala que los cambios biológicos traen consigo alteraciones de conducta y dificultades de adaptación, pues la sexualidad del individuo entra en conflicto con su seguridad. Además de que la madurez sexual influye sobre todo en el sistema nervioso, provocando un incremento en la excitabilidad y la disminución de la resistencia contra el desarrollo de síntomas histéricos y neuróticos. De esta idea se desprende que todo adolescente proclive a desarrollar síndromes psicopatológicos. Freud, los principales problemas que puede enfrentar el adolescente son: la posibilidad de invertir el objeto sexual, debido a que fuertes lazos de amistad entre jóvenes los ligan de forma exclusiva con individuos de su mismo sexo. Y el mantenimiento de la situación edípica, debido a la incapacidad del adolescente de desprenderse de la dependencia que lo vincula con sus padres; tanto del apego libidinal del muchacho hacia la madre como de la dominación ejercida por el padre (Freud, 1958).

De acuerdo con la teoría freudiana, las etapas del desarrollo psicosexual son genéticamente determinadas y relativamente independientes de factores ambientales, por ejemplo la suposición de que el complejo de edipo como un fenómeno universal. El periodo de latencia toca a su fin con el crecimiento y la maduración de los genitales, lo cual es una característica biológica. Debido a que la pubertad está vinculada con aquellos cambios corporales que se asocian con la maduración de las funciones reproductoras, se ha de considerar como un fenómeno universal. Para Freud, existen estrechas relaciones entre los cambios fisiológicos y procesos corporales por una parte y las alteraciones psicológicas y la autoimagen por otra. Según Freud, los cambios de conducta durante la adolescencia, como la agresividad y la torpeza están vinculados con alteraciones fisiológicas. También afirmó que el concepto de sí mismo y la imagen del cuerpo ponen al individuo en relación con otras personas. Lo cual indica la existencia de cambios sociales somáticamente fundados, la liquidación de la situación edípica,

el establecimiento de relaciones homosexuales (por lo menos por un periodo corto), y más tarde de relaciones heterosexuales. Además concluye que los cambios fisiológicos están relacionados con alteraciones emocionales, especialmente de acercamiento de emociones negativas tales como la depresión, la ansiedad, el desganado, la tensión y otras formas de comportamiento adolescente (Freud, 1958).

4.7. PROBLEMAS DE ADAPTACION EN LA ADOLESCENCIA.

Como se ha visto la adolescencia a menudo es un periodo de emociones confusas, formación de la identidad y cuestionamiento. En general es una época difícil y turbulenta para la mayoría de ellos, razón por la cual en los adolescentes suelen presentarse ciertos problemas de adaptación, los más comunes son : consumo de drogas, depresión, conducta delictiva y el suicidio.

Consumo de drogas.

Los adolescentes consumen drogas por diversas razones, una de ellas es simplemente porque están ahí, es decir, por su disponibilidad. En una encuesta estudiantil llevada a cabo en el Distrito Federal se les pregunto a los adolescentes que tan fácil o difícil sería para ellos obtener drogas, y se encontró que el 35% de los hombres y 23 % de las mujeres consideraron que era fácil o muy fácil conseguirlas (Villatoro, Medina-Mora, Cardiel, Villa, Alcantar, Vázquez, Fleiz y Navarro, 1999).

Una característica propia del adolescente es la curiosidad por su mundo, por dicha razón son más proclives que la mayoría de los adultos a tomar riesgos, lo cual debe deberse a que deseaban demostrar que no son unos cobardes, así como su sentido de aventura. De este modo, para muchos adolescentes la experimentación con drogas puede ocurrir simplemente por curiosidad, por un sentido de audacia o por la oportunidad de hacerlo. Además, que el adolescente no cree, por lo menos al principio que pueda sucederle algo grave. Algunos

adolescentes consumen drogas por la influencia de su grupo de amigos o para agradar al novio o novia. Por otra parte, las relaciones que el adolescente mantiene con sus padres pueden ser una factor para que éste consuma drogas.

Para Conger (1980), el riesgo de involucrarse seriamente con las drogas es menor cuando se tienen padres democráticos, con autoridad y afectuoso, y por el contrario el riesgo de convertirse en adictos es mucho mayor en los adolescentes cuyos padres no son afectuosos sino negligentes, demasiado tolerantes, o en contraste, autoritarios y hostiles.

Otra de las razones por la que un adolescente usa drogas, es para escapar de las presiones de la vida o del aburrimiento, mitigar la ansiedad, la depresión o el temor al fracaso. De acuerdo con Conger (1980), el mayor peligro del empleo de drogas en los adolescentes, es que pueden convertirse en un sustituto para aprender a encarar los problemas cotidianos y las inevitables frustraciones de la vida.

Delincuencia:

Para muchos, el que el adolescente pertenezca a una pandilla, es algo indeseable, ya que se le relaciona con la delincuencia. Crain, 1951 (citado en: Powell, 1975), afirma, sin embargo, que las pandillas de preadolescentes no son producto de un medio ambiental subnormal, puesto que también existen en medios ambientes en que los sentimientos y las energías de los adolescentes no tienen salidas suficientes. Dicho autor, señala que la esencia de la conducta de esa pandilla, es poner a prueba estas restricciones que imponen las costumbres de los adultos. En lugar de esa barrera de los adultos, la pandilla desarrolla su propio sistema de costumbres, que le da cohesión y que protege la identidad de todo aquel que pertenece al grupo. La pandilla puede desempeñar un papel importante en la socialización del adolescente.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, dentro de una pandilla también pueden estar presentes los actos delictivos; sin embargo, el que un adolescente se convierta en un delincuente depende de diferentes factores, entre ellos vivir en zonas socialmente desorganizadas y económicamente empobrecidas, (aunque también se da en zonas de nivel socioeconómico alto), y las relaciones familiares, específicamente la relación con los padres parece ser decisiva.

Conger (1980), señala que las técnicas disciplinarias iniciales, a las cuales se han sometido los delincuentes, tienden a ser relajadas, erráticas o bien demasiado estrictas e incluir el castigo físico en lugar de permitir el razonamiento con el adolescente en relación con su mala conducta. Así mismo señala que muy probablemente, entre los delincuentes las relaciones entre padres e hijos se caractericen por la hostilidad mutua, la falta de cohesión familiar y el rechazo, la indiferencia, la división o la apatía de los padres. También menciona que los padres de los delincuentes pueden apreciar como personas crueles, negligentes e inclinadas a ridiculizar a sus hijos. Eso los lleva a tener menos probabilidades de ser considerados como unos padres cálidos o afectuosos. Así los hijos delincuentes, en especial varones, tiene menos vínculos estrechos con ellos y los consideran completamente inaceptables como modelos de conducta. Las madres de los delincuentes a su vez son consideradas como personas descuidadas o ineptas para el cuidado de los niños, así como hostiles o indiferentes, más que como afectuosas y responsables (Conger, 1980).

Depresión:

Joselyn 1971, (citada en Conger, 1980), señala que si hubiera un estado emocional universalmente reconocido para la adolescencia, este sería la depresión. En la mayoría de los adolescentes tales sentimientos son pasajeros; sin embargo, para algunos la depresión o la melancolía puede ser un estado de ánimo predominante, es entonces cuando se convierte en una alteración de consideraciones clínicas que requiere de ayuda profesional.

La depresión de los adolescentes puede manifestarse de diversas maneras, entre ellas en actitudes de aburrimiento o inquietud, así como en la incapacidad de estar a solas o por el contrario una búsqueda constante de nuevas actividades. Sin embargo, pueden presentarse síntomas propios de una depresión oculta, como son la drogadicción, la promiscuidad, los actos delictivos y la búsqueda del riesgo.

La depresión en la adolescencia puede tomar dos formas, en la primera, el adolescente puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío. Joselyn (1971; citada en Conger, 1980) afirma que los adolescentes de este grupo se lamentan por la identidad que tenían cuando eran niños y no pueden encontrar una identidad adulta a la cual puedan adaptarse. Además, señala que el adolescente no carece de sentimientos, sino que no puede manejar o expresar los que ahora tiene.

El segundo tipo de depresión, se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota o fracaso. Este tipo de depresión es más difícil de tratar, sin embargo es necesario, ya que las consecuencias son dramáticas, pues suele conducir a una perturbación extrema de conducta, como es el suicidio.

Suicidio:

Es importante señalar que el suicidio en los adolescentes, es una conducta que se ha incrementado en los últimos años. En México, el panorama epidemiológico, muestra incrementos constantes en las tasas de suicidio e intentos en la población joven. (Hijar, Rascón, Blanco y López, 1996). Específicamente para el grupo de 15-24 años, el suicidio fue la cuarta causa de muerte, precedida por los homicidios y accidentes automovilísticos (Borges, Rosovsky, Caballero y Gómez, 1994).

A pesar de estas cifras, llama la atención que la tasa de intentos suicidas es mucho mayor en comparación con la de los suicidios consumados, de acuerdo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

con algunos expertos, ésta es de unas cincuenta a cien veces mayor (Conger, 1980). De acuerdo con dicho autor, muchos intentos suicidas por parte de los adolescentes no se deben a un impulso momentáneo, sino a una larga serie de intentos por encontrar soluciones alternativas a sus problemas.

Para el adolescente la vida es caótica y confusa, además le falta la estabilidad que le proporciona la experiencia; sin embargo, puede anticipar el futuro, con frecuencia piensa que lo que siente en un momento durará por siempre, no puede concebir todavía que el "tiempo cura todas las heridas"; por eso algunos buscan una solución permanente para sus problemas del momento (Morris, 1992).

CAPITULO 5 - TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO Y SU RELACION CON EL EJERCICIO

La actividad física y el deporte constituyen actividades y fenómenos instaurados en nuestra sociedad actual. El ejercicio físico es materia obligatoria de enseñanza; la actividad muscular regular está considerada como fuente de salud; el estar en forma constituye un objetivo, un valor, en nuestra sociedad.

El ejercicio físico y el deporte están impregnados de connotaciones diferentes como; salud, estar en forma, juventud, fuerza, prestigio, etc. Vemos evidentemente en nuestra actualidad como los medios de información ponen a los deportistas sobresalientes como héroes y modelos a seguir especialmente por los niños y adolescentes.

Ejercicio físico y características corporales están estrechamente relacionados con el deporte y con la mente y práctica de estos en una gran mayoría de anoréxicos y bulímicos (Toro,1999).

Durante las últimas décadas del siglo XIX se estableció el concepto del **deporte**. Para algunos de los promotores era una forma de sustraer las masas obreras de su afición a la bebida y a otros hábitos malsanos. Así como alejarlos de otras actividades más alarmantes y peligrosas para los bienintencionados.

Esas buenas intenciones se muestran al leer sobre la Cristiandad muscular. Yates (1991) se trataba de una auténtica cruzada que buscaba la perfección del cuerpo mediante la gimnasia, la calistenia y el deporte de competición. Sus motivaciones radicaban en la regeneración de los obreros y grupos humanos que estaban emigrando del campo a las ciudades.

Esta misma época es la que señalaron Gull y Laségue que describieron la anorexia nerviosa, en pleno puritanismo victoriano, restricción alimentaria femenina y ejercicio físico se instalaron como valores y hábitos relevantes de las sociedades europeas y americanas. En 1886 se celebraron los primeros juegos Olímpicos en Atenas y desde entonces, el deporte se ha extendido, y constituido como uno de los grandes fenómenos sociológicos de nuestro tiempo (Toro, 1999).

Sin embargo todavía existen deportes finos que son aquellos considerados para la alta sociedad como el golf y la equitación. Así mismo deportes considerados para el pueblo como el fútbol. Estos hechos aprobaciones y desaprobaciones ponen de manifiesto la semántica social de una persona basándose en lo que es su cuerpo de acuerdo a los valores que va marcando la sociedad.

En los últimos veinte años la actividad física se ha desarrollado cada día más. La necesidad de estar en forma se asocia a la proliferación de todo tipo de centros en los que se practican diferentes actividades deportivas, así como la presencia de una industria que promueve locales, aparatos, zapatillas, ropas ad hoc, publicaciones, bebidas, comida, etc. En 1987, el 49% de la población estadounidense hacía ejercicio físico diario. Este porcentaje supone el doble de personas que 25 años antes. Las personas que tienden a seguir un programa de actividades suelen ser jóvenes, varones con alto nivel de estudios, elevados ingresos y desarrollando una profesión liberal o relacionada con los negocios (Yates, 1991).

En Nueva York algunas personas han sugerido que su entrenador desempeña un papel comparable al del analista, donde su función va de poner las rutinas ejercitoras, la orientación moral y espiritual (Gordon, 1990).

La actividad física se recomienda bastante pero practicada con regularidad y moderación, en cualquier etapa de desarrollo. Son varios los trastornos y

enfermedades que pueden beneficiarse del ejercicio físico: coronariopatías, hipertensión sistémica, obesidad, trastornos emocionales, incapacidad por senectud, osteoporosis, diabetes mellitus, trastornos crónicos dorso lumbares y lesiones por práctica deportiva (Rowland y Freedson, 1994). Hay razones psicopedagógicas para recomendar la actividad deportiva a niños, adolescentes y jóvenes como son: autocontrol, autodisciplina, seguimiento de instrucciones y reglas, respeto hacia el rival, perseverancia y compañerismo.

Un estudio realizado por Norris (1992) con 147 adolescentes pone de manifiesto que la actividad física se asocia a menor estrés subjetivo y menores niveles de sintomatología depresiva.

Martinsen (1994) llevó a cabo de una revisión de estudios que han pretendido relacionar el ejercicio físico con la depresión y ha encontrado que la actividad física mejoraba la depresión mayor, trastornos distímicos y en cuestionarios de depresión.

Aganoff y Boyle (1994) estudiaron la relación que hay entre ejercicio físico y trastornos físicos y emocionales en el ciclo menstrual femenino encontrando beneficios del efecto positivo de la actividad física sobre el estado de ánimo y la sintomatología somática. Las causas de este fenómeno pueden ser múltiples, pero hasta la fecha, todas son hipotéticas.

Deshamais, R., Jobin, J., & Cite, C. (1993), en Quebec llevó a cabo un estudio de efecto positivo de la actividad física con un efecto placebo. Sometió a una población de 49 jóvenes a un programa de actividades físicas de 10 semanas de duración. A la mitad del grupo se le dijo que el programa estaba dirigido a mejorar su bienestar psicológico y a la otra mitad no se le mencionó nada. El resultado fue que la autoestima mejoró en el grupo de estudio y no en el otro por lo tanto se puede deber a un efecto placebo.

En cuanto a la dependencia de la actividad física. Morgan (1979) propuso los siguientes signos de alarma:

1. Insistencia en practicar ejercicio físico diario, como si fuera la vida
2. Experimentación de síntomas de abstinencia como irritabilidad, ansiedad y depresión cuando no se lleva a cabo el ejercicio.
3. Mantenimiento del ejercicio físico a pesar de contraindicaciones médicas. (Toro,1999; p.p.203).

Morris, Steinberg, Sykes & Salmon, (1990) estudiaron la dependencia de la actividad física con un grupo de 40 corredores, dividiéndolos en dos grupos donde uno de ellos seguiría entrenando de forma habitual y el otro tendría un receso de dos semanas en la mitad del estudio. Encontraron que al final del receso el grupo presentó sintomatología depresiva superior con síntomas como más ansiedad, más insomnio y más sensación de tensión. Al final del estudio se comprobó que al reanudar la actividad física del grupo que tuvo receso ya no hubo diferencias en ambos grupos. Por lo tanto concluye que la interrupción del ejercicio produce síntomas de abstinencia.

El deporte llevado a cabo con regularidad y moderación tiene significativas ventajas, practicado intensamente supone evidentes riesgos para niños y adolescentes. Una revisión relativamente reciente ha apuntado sus peligros más importantes (Rowley,1987). En Gran Bretaña el 11% de los niños que oscilan entre los 5 y los 15 años han estado involucrados en alguna actividad deportiva intensa. Puede apreciarse que algunas de las exigencias planteadas por ciertos deportes son desmesuradas.

Rowley (1987) estudio a deportistas prometedores encontrando que muchas veces son los papás los que motivan y exigen al hijo cierto éxito, tomándola como personal donde el carácter estresante de tal situación provoca la evitación del entrenamiento y competiciones lo cual acarrea una serie de

problemas como las quejas somáticas, las alteraciones gastrointestinales junto con la pérdida de apetito

En la actualidad esta práctica del ejercicio físico es muy frecuente sin por esto ser profesional lo importante en estas personas es su motivación por lo cual (Davis, Fox, Cowles, et al. (1990)) investigaron el motor que impulsaba a ciertas mujeres a llevarlo a cabo encontrando que era el peso y la alimentación.

La preocupación en la actualidad es que las personas se están olvidando de la parte del saludable del ejercicio y sólo lo ven como un medio para llegar a tener la silueta perfecta y la delgadez aceptada en nuestros días por lo cual cada día se presenta mas esta actividad física y la restricción alimentaria. En cuanto se refiere a relaciones de actividad física, ingestión alimentaria y peso corporal en animales se encuentran muchos más estudios.

Routtenberg y Kuznesof (1967) trabajaron con ratas en un estudio donde las exponían a un cilindro giratorio y al mismo tiempo las alimentaban por un espacio de 60 minutos, los resultados fueron que las ratas incrementaban la actividad en el cilindro y la ingestión alimentaria disminuía, por lo cual la inanición progresiva las llevaba a la muerte. Así mismo se hizo un estudio con ratas donde no se les implantaba el cilindro a cambio de la alimentación y se encontró que estabilizaban su peso corporal sobreviviendo así a la experiencia.

Han sido varios los estudios llevados a cabo en animales para ver la relación de actividad física y alimentación encontrándose en la mayoría los mismos resultados que a mayor actividad física menor ingestión de alimentos y por consiguiente inanición. Por lo tanto se permite argumentar que la posibilidad de una anorexia por actividad puede ocurrir en diferentes especies.

Epling y Pierce (1988) demostraron que en los humanos al excederse en la actividad física hay una menor ingestión alimentaria. Sin embargo si la actividad

es moderada, esta reducción es sólo temporal. Así mismo la reducción alimentaria suele ir asociada al cambio de actividad física, por lo tanto entre más habitual sea la actividad menos se altera la ingestión.

En diferentes estudios se ha demostrado que el ejercicio físico y la restricción de alimentos aumentan los niveles de endorfinas por lo cual se ve decrementado el apetito. Hecho que se constata al analizar pacientes anoréxicos y deportistas.

Yates (1991) propone que los corredores obligatorios o compulsivos y los sujetos con trastornos del comportamiento alimentario se les catalogue bajo una misma categoría: trastornos por actividad y las características serían las siguientes:

1. La utilización de la actividad difiere cualitativamente del uso ordinario de la misma
2. El sujeto mantiene un alto nivel de actividad y experimenta malestar cuando intenta descansar o relajarse
3. La actividad estabiliza el estado afectivo del sujeto, que depende de las funciones organizadoras. Estimulantes, relajadoras, autodefinitorias y reparadoras de aquellas.
4. Una vez instaurado, el trastorno por actividad sé autopetpétúa y se hace resistente al cambio.
5. El sujeto experimenta un intenso impulso hacia la actividad, sintiéndose impelido a mantenerla e incapaz de detenerla, lo que puede conducirte a prejuicios físicos y sociales.
6. La privación física causada por la exposición a los elementos, el esfuerzo extremo, la restricción alimentaria rígida, etc., perpetúa el proceso y contribuye significativamente a la patología.
7. Aunque el sujeto pueda concentrarse en actividades no corporales, sólo la utilización excesiva del cuerpo puede producir los efectos fisiológicos de

privación que constituyen un componente importante del trastorno por actividad.

8. La medida en que el sujeto adquiere control sobre sí mismo mediante la práctica de la actividad está en relación inversa a su capacidad para disminuir el control y obtener gratificación de sus relaciones personales.
9. Aunque los sujetos con trastorno por actividad también pueden tener un trastorno de personalidad, carecen de un perfil específico de personalidad.
10. Algunos sujetos con trastorno por actividad utilizan mecanismos de defensa para justificar su implicación en la actividad: idealización, control omnipotente, fantasías de grandiosidad, etc. Estos mecanismos pudieran formar parte de la personalidad previa o pueden ser secundarios a la privación física.
11. La persona con trastorno por actividad puede alcanzar éxitos académicos y laborales gracias a su orientación hacia los logros personales, independencia, autocontrol, perfeccionismo, persistencia y bien desarrolladas estrategias cognitivas. (Yates, 1991; p.216).

El ejercicio físico y el deporte promovidos y practicados colectivamente están impregnados de connotaciones muy diversas junto a "Estar en forma", implican juventud, fuerza, lozanía y mil virtudes más; Pero en una sociedad competitiva como la nuestra, los deportistas que compiten son aspirantes al triunfo, y no es, en el caso de las actividades deportivas sobresalientes, un triunfo cualquiera. El éxito de los deportistas de primera fila no tiene parámetro en cuanto a su difusión y sus repercusiones sociales. Sin embargo no todo es beneficio en el deporte. Por desgracia, ejercicio físico y características corporales están estrechamente asociados no sólo en el mundo del deporte, sino en nuestra sociedad, en nuestros adolescentes, en muchos de nosotros, como también lo están en la mente y la práctica de una gran mayoría de anoréxicos y bulímicos (Toro, 1999).

Como consecuencia, los efectos psicológicos del deporte son diversos. Por ejemplo, siguiendo a Cruz (1997), hay efectos positivos como la reducción de la

ansiedad, mejora de la autoestima, mejora de la autoconfianza, etc., así como negativos; trastornos alimentarios, *burnout*, secuelas psicológicas de las lesiones, etc., derivados de la práctica, tanto del deporte recreativo o lúdico como del deporte espectáculo o de alto rendimiento.

Es sabido que el exceso de actividad física se observa con suma frecuencia en los trastornos del comportamiento alimentario, específicamente en la anorexia nerviosa (Toro, 1999; Toro y Vilardell, 1987). Por ello, Kellner (1991), ha señalado al ejercicio intenso y la práctica compulsiva del mismo como una máscara de la anorexia nerviosa.

Especialmente las mujeres atletas han sido identificadas como un grupo de riesgo potencial para el desarrollo de trastornos alimentarios (Taub y Binde, 1992). A esto se añade la restricción calórica, que supone un intento directo de perder peso. Sin embargo, las consecuencias de tales restricciones energéticas pueden conducir al agotamiento de los depósitos de glucógeno y al incremento de la frecuencia de la fatiga (*burnout*) y los riesgos de lesión.

Hacia 1992, el American College of Sport Medicine, definió el concepto "la triada de la mujer atleta" para advertir acerca de los riesgos de la salud que atañen específicamente a la mujer atleta, y son: alimentación incorrecta, amenorrea y osteoporosis. De cualquier forma, esta triada es el mayor riesgo para la salud de las mujeres atletas actuales. Las consecuencias incluyen la detención del crecimiento, fracturas por estrés, problemas de la función reproductora, problemas psicológicos y problemas con los sistemas cardiovascular y gastrointestinal (Beals y Manore, 1998).

Es así que, en algunos deportes, la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y asentando poco a poco en el concepto de *rendimiento*. En ellos se considera que el cuerpo delgado permite mayor eficacia motora

(velocidad, flexibilidad, coordinación, etc.) pero también más valoración estética, hecho este que ha sido cada vez más frecuente en los últimos años (Toro, 1999).

Se han hecho considerables discusiones en torno a los trastornos alimentarios relacionados con una actividad atlética intensa. Aunque una relación directa podría ser improbable, el énfasis sobre la delgadez y la reducción de la grasa corporal en particular en el deporte, específicamente en las gimnastas, corredores de alto rendimiento y bailarinas de ballet, pueden inducir a un incremento de incidencia de desórdenes alimentarios en los individuos más susceptibles. La presión de los entrenadores, padres u otros competidores con una silueta corporal ideal, puede orientar a los pares hacia hábitos alimentarios anormales, y en última instancia a desórdenes tales como anorexia nervosa y bulimia (Brukner y Khan, 1993).

Thompson (1987, citado en Weinberg y Gould, 1996), argumenta que, aunque los trastornos en la ingesta de comida son físicos, están impulsados por factores psicológicos. En concreto, aparecen junto con ciertas características de la personalidad (a menudo baja autoestima), y en personas que experimentan niveles elevados de estrés con respecto al logro de objetivos o a complacer a los demás, especialmente a sus familias.

Así, la restricción alimentaria y el ejercicio físico se están revelando en los últimos tiempos como el otro gran factor de riesgo para los trastornos alimentarios. Los deportes son con frecuencia semillero de trastornos del comportamiento alimentario. Muchos deportistas de renombre o que están en camino de serlo, o que a ello aspiran, sufren irregularidades y disfunciones alimentarias de gravedad fluctuante. Los trastornos del comportamiento alimentario parecen darse con mayor frecuencia en la práctica de deportes individuales que en deportes de equipo, más en deportistas de élite o que pretenden serlo que en practicantes corrientes; más en mujeres que en varones, y más en adolescentes que en adultos (Toro, 1999).

Kellner (1991), ha considerado dentro de la actividad deportiva que los riesgos psicológicos del ejercicio físico son escasos y de pequeña entidad, aunque, de manera general, reconoce haber tres principales riesgos: la personalidad deportiva, el ejercicio intenso como máscara de la anorexia nervosa, y la práctica compulsiva del ejercicio. Sin embargo, Bamber, Cockerill y Carroll (2000), añaden otro: la dependencia patológica al ejercicio. Estos autores realizaron un estudio en mujeres adultas dependientes al ejercicio físico y los resultados revelaron características típicas de un trastorno alimentario: anomalías menstruales, morbilidad psicológica, neurosis, adicción al ejercicio, impulsividad, baja autoestima, etc., que relacionaron con aspectos sociales, psicológicos y estéticos.

Johnson, Powers y Dick (1999), llevaron a cabo un amplio estudio sobre la prevalencia de trastornos alimentarios en 1,445 atletas. Se les realizó una entrevista que incluía 133 ítems. Los resultados mostraron que el 1.1% de las mujeres atletas y el 0% de los hombres cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV para la anorexia nervosa. Sin embargo, hallaron problemas subclínicos relacionados a la bulimia en el 9.2% de las mujeres contra el .01% de los hombres. Los problemas subclínicos relacionados a la anorexia nervosa fueron identificados en el 2.85% de las mujeres y en el 0% de los hombres; asimismo, el 10.85% de las mujeres reportaron *binge eating* por lo menos una vez a la semana, contra el 13.02% de los hombres; y un 5.52% de las mujeres practican conductas de purga (vómito, laxantes, diuréticos) una vez por semana por lo menos, así como en el 2.04% de los hombres.

Otro estudio, que tampoco parece 'conservador' es el de Davis, Kennedy, Ravelski y Dionne (1994), ellos examinaron la significancia patológica que tiene el deporte y la actividad física en el desarrollo y mantenimiento de los desórdenes alimentarios en dos estudios con mujeres canadienses. En el *primer estudio*, 51 mujeres sin antecedentes de trastorno alimentario fueron entrevistadas acerca de las actividades en su tiempo libre. En el *segundo estudio*, 45 pacientes

hospitalizadas por trastornos alimentarios fueron evaluadas. Las pacientes reportaron mayor actividad física que las controles a partir de la adolescencia. El 78% de estas se enrolaron en actividades de ejercicio excesivo, el 60% previas al desorden eran atletas competidoras, asimismo, el 60% luego de realizar las actividades deportivas correspondientes, hacían dieta, y el 75% mantenían niveles de actividad física en constante incremento durante el período de incremento de consumo alimentario para luego perder peso en demasía. Los resultados sugirieron que el deporte y el ejercicio era parte integral de la patología alimentaria de estas mujeres en auto-privación.

Rasgos psicológicos y conductuales específicos que están típicamente asociados a la anorexia y la bulimia nervosa son perfeccionismo, éxito, auto negación, excesiva deferencia, tendencia a la depresión, preocupación por el peso, obsesión por la delgadez, dieta, vómito y ejercicio excesivo. Muchos de estos rasgos son semejantes a los comportamientos de los atletas de alto rendimiento, aunque éstos son positivos y egocéntricos. Pero las diferencias son escasas. Y así lo demuestran las siguientes investigaciones (Toro, 1999).

Owens y Slade (1987), realizaron un estudio empírico en 35 mujeres corredoras adultas. Pretendieron conocer las características de la personalidad de las corredoras que podían asociarse a la anorexia nervosa. Los autores encontraron similitudes entre las pacientes anoréxicas y las corredoras en las puntuaciones de la subescala del perfeccionismo.

Por su parte Yates, Leehey y Shisslak (1983), exploraron las similitudes entre anoréxicos y varones considerados 'corredores obligados'. Encontraron características que se asemejaban en sus contextos e historia, inhibición de la ira, tolerancia al dolor, resistencia a la debilidad, tendencia a la depresión, y énfasis en la delgadez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Burckes–Miller & Black, (1988) examinaron a 313 hombres y 382 mujeres atletas colegiales considerando actitudes y conductas relacionadas con anorexia nervosa y bulimia nervosa. Se encontró distorsión de la imagen corporal. La mayoría de los sujetos se mostraron preocupados por el peso y los alimentos, y más de una tercera parte reportó peligrosas fluctuaciones de peso anualmente relacionadas con ayuno–atracción (*bingeing*). También señalaron sentir falta de control en hábitos alimentarios ‘extremos’ (más los hombres). Asimismo, estos fueron quienes manifestaron un evidente desorden alimentario (*bingeing*), y las mujeres mayor actividad ‘encubierta’ (v. gr., preocupación por el alimento).

Weight & Noakes (1987), evidenciaron que la incidencia de trastornos alimentarios en 125 mujeres (18-56 años) corredoras de resistencia era del 14%. Con base en los resultados los autores sugirieron que era aún más probable que se exhibieran rasgos tanto psíquicos como psicológicos típicos de la anorexia nervosa en atletas superiores o profesionales.

En este sentido, Katz (1986), reportó dos interesantes casos de desórdenes alimentarios en atletas. Examinó cuatro rasgos de la anorexia: incremento de la actividad física, restricción alimentaria, depresión y *binge eating* en dos varones de 22 y 32 años quienes desarrollaron de manera manifiesta un trastorno alimentario únicamente después de llegar a ser corredores de larga distancia *profesionales*.

Los autores sugirieron que la práctica de ejercicio extremo pudiera precipitar y posiblemente perpetuar anorexia nervosa en los individuos psicológica y biológicamente más vulnerables.

En contraste, Nudelman, Rosen y Leitenberg (1988), descartan similitudes entre actitudes alimentarias, distorsión de la imagen corporal, depresión y autoestima entre corredores de alto rendimiento y mujeres con bulimia nervosa. Administraron el *Eating Attitudes Test and the Drive for Thinness, Bulimia*, y las escalas del *Body Dissatisfaction scales of the Eating Disorders Inventory* a 20

varones en edad adulta considerados corredores de alto rendimiento, así como a 20 controles quienes practicaban ejercicio pero eran moderadamente sedentarios, y a 20 mujeres en edad adulta con bulimia nervosa (BN). Al realizar la comparación con el grupo de BN, los corredores de ambos grupos no demostraron ansiedad hacia el aporte alimentario, preocupación por el mismo, conductas compensatorias o atracones, inquietud por el peso, tentativas de pérdida de peso, o una personalidad que pudiera ser la base de un trastorno alimentario. Tampoco denotaron estados depresivos o baja autoestima. No hubo diferencias significativas entre los grupos control y alto rendimiento. En ese sentido, los autores sugirieron que los corredores de alto rendimiento no eran análogos a la anorexia y la bulimia.

Powers, Schocken y Boyd (1998), evaluaron los perfiles psicológicos, pliegues cutáneos, y la delgadez en tres grupos: 20 hombres corredores, 20 mujeres corredoras, y 17 pacientes femeninas con anorexia nervosa. Las evaluaciones fueron rigurosas (MMPI, *Leyton Obsessional Inventory*, y 3 mediciones de la imagen corporal), además de contar con mediciones fisiológicas (examen físico, mediciones antropométricas, y una prueba de su rutina de ejercicios). Los pacientes con anorexia nervosa evidenciaron notablemente rasgos psicopatológicos en comparación con los dos grupos de corredores. Sin embargo, hubo similitudes entre las mujeres corredoras y las anoréxicas en actitudes hacia el cuerpo y la imagen corporal. Aún así, ambos grupos de corredores se hallaron satisfechos con su estructura de grasa corporal. Fueron halladas anomalías en las rutinas de ejercicios de los 3 grupos, aunque no hubo diferencias significativas. Pese a ello el estudio encontró pocas similitudes fisiológicas y psicológicas entre anoréxicas y corredores (citados en Weinberg y Gould, 1996).

Indudablemente el riesgo parece ser más inminente en la mujer que en el varón. Prussin y Harvey (1991), evaluaron cuatro variables clave dentro de los desórdenes alimentarios: Depresión, restricción alimentaria, atracón (*binge*

eating), y ejercicio. La muestra estuvo constituida por 174 mujeres adultas corredoras. Treinta y ocho de ellas cumplieron con los criterios para la bulimia nervosa. Se encontró que la restricción alimentaria, particularmente en interacción con la depresión, es un fuerte predictor de *binge eating* tanto en corredoras bulímicas como no bulímicas. Concluyeron que la bulimia era bastante más prevalente que la anorexia en estas mujeres.

Las encuestas han sugerido que entre un 8 y un 41% de los atletas pueden estar lidiando con *binge eating*/purga, además de conductas alimentarias bulímicas. Así mismo, muchos de estos atletas que se hallan lidiando con estos desórdenes, no reciben una ayuda o restablecimiento profesional adecuado (Clark, 1993). Incluso, señalan Beals y Manore (1998), que la práctica del ejercicio como un mecanismo de purga o compensatorio, puede considerarse como conducta bulímica, es decir, se puede ser bulímico sin llegar a devolver la comida ni usar laxantes.

Goldfield (1999), llevó a cabo un interesante estudio en culturistas (*bodybuilders*). Comparó hombres y mujeres bulímicos, culturistas competidores y culturistas recreacionales correlacionando actitudes y comportamientos alimentarios. Su muestra estuvo constituida por 145 sujetos: 48 bulímicos (23 hombres, 25 mujeres), 47 competidores (27 h. 20m.) y 50 recreacionales (25h. 25m.).

El análisis de sus resultados indicó actitudes anormales en relación a la evaluación de la silueta y el peso corporal capaces de predecir de manera significativa un desorden alimentario entre culturistas competidores y bulímicos. Asimismo, el uso de esteroides fue significativamente más prevalente entre los competidores en comparación con los recreacionales. También el atracón –*binge eating*– resultó ser un fuerte predictor entre los competidores, seguido en general por actitudes y sentimientos de incapacidad. Ello sugirió que los culturistas que compiten y que usan esteroides pueden ser considerados como un grupo de alto

riesgo para el desarrollo de un serio problema alimentario como el *Binge Eating Disorder*. Los hombres culturistas más que las mujeres, reportaron significativamente mayor preocupación por el peso y la silueta, así como insatisfacción corporal comparado con el grupo recreacional. Sin embargo, ambos grupos, hombres y mujeres culturistas que aspiran a un estatus competitivo, reportaron elevados indicadores que revelan la práctica de *binge eating*, preocupación por el peso y la silueta, así como métodos inadecuados de control de peso.

Terry, Lane y Warren (1999), aplicaron el EAT a cincuenta remeros que pertenecían a la categoría de peso bajo y que habían participado en campeonatos mundiales. Encontraron que el 12% de ellos reportaron elevadas puntuaciones que los colocaban en el umbral diagnóstico, asimismo, sugirieron que los registros del estado de ánimo pueden ayudar a identificar a los atletas que se hallan en particular riesgo.

Importantes relaciones encontraron Beals y Manore (1998), al realizar un estudio en 24 atletas quienes tenían características subclínicas de trastorno alimentario y hallaron rasgos típicos de desórdenes alimentarios. Aplicaron algunos cuestionarios como *The Eating Disorder Inventory (EDI)*, *The Body Shape Questionnaire (BSQ)*, así como *symptom checklist for eating disorders (EDI-SC)*, además de una entrevista a profundidad. Las características halladas fueron: a) preocupación por la comida, el consumo de energía y el peso corporal; b) distorsión de la imagen corporal e insatisfacción por el peso corporal; c) una excesiva influencia del peso corporal en su autoevaluación; d) un intenso temor a ganar peso, incluso estando un poco por debajo del peso normal (aproximadamente 5%); e) conductas compensatorias patógenas; f) después de ingerir alimento, sentimientos de autodesprecio por romper la regla; g) ausencia de algún desorden de tipo médico que explicara las restricciones, la pérdida de peso, y el mantenimiento de un bajo peso corporal; y h) desórdenes menstruales (Beals y Manore, 1998).

Mansfield y Emans (1989) señalan que la disfunción menstrual es común entre adolescentes que se hallan comprometidas con una intensa actividad atlética o en quienes han limitado excesivamente su consumo nutrimental. Fogelholm y Hilloskorpi (1999), constataron éste hecho en 173 mujeres atletas finlandesas donde la prevalencia de las irregularidades menstruales fluctuaba entre el 27 y el 37% de las chicas quienes, particularmente, tenían un cuerpo más estético, mayor rendimiento y que pertenecían a cierta categoría de peso.

Frente a estos resultados, se ha sugerido que en muchos individuos el ejercicio intenso es un disfraz o el análogo de la anorexia nervosa. Blumenthal (1984; citado en: Kellner, 1991), basándose en el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) comparó las puntuaciones de corredores y de pacientes con anorexia nervosa. En general, los corredores obtuvieron puntuaciones dentro de la normalidad y los pacientes anoréxicos lograron puntuaciones más elevadas de psicopatología en ocho subescalas de MMPI. En la actualidad se observa que algunos anoréxicos practican un ejercicio físico intenso y otras personas que no son anoréxicas, intentan mantener un bajo peso corporal por diversos métodos, incluido el ejercicio regular. Sin embargo, parecen existir profundas diferencias entre ambos: los pacientes con anorexia nervosa están insatisfechos con su aspecto hasta que logran una delgadez patológica, para lo que utilizan diversos métodos. Por el contrario, los individuos que practican ejercicio físico intenso no se privan de alimento una vez que alcanzan el peso que juzgan deseable y que está, en muchos casos, dentro del rango estadístico normal para su altura.

Otro de los aspectos importantes dentro del contexto deportivo es el ayuno, considerado este como un factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Sin embargo, señala Appenzeller (1991), que el ayuno como una manipulación dietética, es necesario para mejorar el rendimiento deportivo lo que incluiría la restricción de hidratos de carbono, de proteínas y la ingesta excesiva de lípidos (citado en Hernández).

Asimismo, señalan Weinberg y Gould (1996), que los trastornos en la ingesta están muy extendidos entre los deportistas, sobre todo entre las mujeres. Muchas personas se implican con gran intensidad en la actividad física para poder controlar su peso. Para ello, también recorren a dietas de adelgazamiento rápido extremas e incluso peligrosas.

En el ámbito deportivo se ha encontrado una prevalencia de trastornos del comportamiento alimentario significativamente superior al de la población en general. Pueden definirse tres circunstancias que determinan la asociación:

- Puede suceder que el deporte en general o concreto atraiga a personas que ya padecen de un trastorno del comportamiento alimentario o estén en trance de padecerlo.
- La actividad deportiva puede precipitar el trastorno alimentario.

En muchos deportes la presión para adelgazar se basa en que muchos entrenadores creen que la supresión de grasa corporal permite al deportista soportar y trasladar menos peso, disponiendo de más masa muscular para hacerlo. Por lo que creen que la reducción de grasa mejora el rendimiento. Sin embargo si el peso disminuye y el tejido graso se reduce el porcentaje de masa muscular aumenta pero la cantidad absoluta de músculo tiende a disminuir por la pérdida paralela del tejido magro. (Thompson y Sherman, 1993)

La preocupación de los entrenadores para reducir grasa es un error y una arriesgada supeditación de la salud. El Comité Olímpico estadounidense determinó en 1987 que el promedio de tejido graso corporal necesario para un funcionamiento saludable era del 14 al 16% del peso corporal para los varones y del 20 al 22% para las mujeres. Sin embargo vemos que las tendencias de muchas deportistas es luchar constantemente para bajar su tejido graso.

Finalmente, en lo que concierne al sexo femenino, se han detectado trastornos del comportamiento alimentario en la casi totalidad de los deportes. Pero es sin duda la gimnasia la especialidad deportiva de mayor riesgo. A la potencia física, la flexibilidad, y la coordinación, la gimnasia que se precie debe sumar una estética corporal que en este momento histórico tiene que estar encamada en un cuerpo delgado, a ser posible —que lo es— muy delgado. No basta con dominar una serie de habilidades psicomotoras; además, esas habilidades han de ser desarrolladas por una muchachita con un cuerpo prepuberal, de niña (de niña delgada, claro está) (Toro, 1999).

En lo que concierne al sexo femenino, se han detectado trastornos del comportamiento alimentario en la práctica totalidad de los deportes. Pero es sin duda la gimnasia femenina la especialidad deportiva de mayor riesgo. A la potencia física, la flexibilidad y coordinación, la gimnasia que se precie debe sumar una estética corporal que en este momento histórico tiene que estar encamada en un cuerpo delgado, a ser posible. No basta con dominar una serie de habilidades psicomotoras; además, esas habilidades han de ser desarrolladas por una muchachita con un cuerpo prepuberal, de niña. Un estudio americano halló que la mitad de las gimnastas investigadas restringían su ingestión alimentaria con la intención de mejorar su rendimiento, pero la otra mitad lo hacía con la intención de mejorar su aspecto físico (Rosen y Hough, 1988). Más por uno u otro motivo, el caso es que todas ellas practicaban dietas restrictivas. El 62% practicaban por lo menos una forma de control patógeno del peso: vómitos autoinducidos, píldoras adelgazantes, ayunos, consumo de diuréticos, restricción de líquidos y uso indebido de laxantes. Esas muchachas están entregadas a un deporte anaeróbico, es decir, que implica mucho menos gasto calórico que los deportes aeróbicos, con lo que el adelgazamiento o mantenimiento del **infrapeso** sólo pueden conseguirlo mediante restricción alimentaria u otros procedimientos afines.

Otro estudio puso de manifiesto que el 74% de las gimnastas situadas en colleges universitarios vomitaban más de dos veces por semana, consumían laxantes, diuréticos, pastillas para adelgazar o hacían ayunos (Rosen et al., 1986). Todas estas gimnastas pensaban detener sus métodos adelgazantes al alcanzar su objetivo ponderal. Pero el 63% de las mismas se habían establecido el objetivo de un nuevo peso por supuesto inferior; al alcanzar el previsto en primera instancia y el 75% admitieron que continuaban perdiendo peso porque tenían perder el control sobre la comida al finalizar sus dietas restrictivas.

Son estos procedimientos los determinantes de unos trastornos del comportamiento alimentario que han sido calificados de "*síndrome Nadia*", en recuerdo de la campeona Nadia Comaneci y las niñas rumanas, quienes, durante las Olimpiadas de 1972 y 1976, con su aspecto físico infantil y sus medallas de oro, determinaron un cambio irreversible en las valoraciones técnicas de la gimnasia deportiva femenina: la habilidad motora tiene que ser graciosa y elegante, y la elegancia y la gracia deben asociarse a la delgadez, a la lisura corporal, a la carencia de formas. Las piernas largas (en relación al resto del cuerpo), la ausencia de pecho y la estrechez de las caderas parecen formar parte del estereotipo físico ideal de las gimnastas (Calabrasc, 1985). Muy a menudo tienen cuerpos retrasados en su desarrollo ponderal, estatural y neurohormonal. El importante retraso en la menarquía de la mayoría de las gimnastas les permite mantener su apariencia corporal infantil durante mucho más tiempo de lo normal. Se trata de un retraso provocado por múltiples factores, el estrés físico, probablemente el estrés psicológico de la competición, pero también la malnutrición.

Loosli et al. (1986) investigaron los hábitos alimentarios de 97 muchachas adolescentes dedicadas a la competición gimnástica. Hallaron que su ingestión diaria promedio era de 1.838 kilocalorías, es decir, unas 300 menos de las consideradas necesarias a su edad. Un 22% consumía menos de 1.500 kilocalorías por día. Más del 40% del grupo ingería diariamente unas cantidades

de calcio, ácido fólico, vitamina B, hierro y zinc situadas por debajo de los dos tercios de las recomendadas. Sus conocimientos alimentarios eran escasos. Evidentemente se trata de una alimentación insuficiente, carencial, susceptible de múltiples complicaciones, desde la anemia hasta la osteoporosis y las fracturas óseas, pasando por todas las consecuencias psicobiológicas de la malnutrición.

Las gimnastas presentan la tasa más elevada de anorexia nerviosa hallada entre practicantes de cualquier modalidad deportiva. Se estima que de un 20 aun 25% se convierten en bulímicas para evitar aumentar de peso. Su delgado cuerpo infantiloides se consigue merced a un ejercicio físico practicado intensivamente y al mantenimiento de una proporción de tejido graso corporal inferior al 7% (Blue,1987).

Una campeona británica, Lisa Elliot, sólo tenía un 5.3% de grasa corporal. La mayor parte de las gimnastas sitúan su tejido graso alrededor del 8-9% (el promedio normal en las mujeres es del 20%),(Yates,1991).

Las irregularidades y barbaridades alimentarias cometidas con las gimnastas de élite han sido regla y no excepción en muchas circunstancias. Una conocida ex campeona española explicaba al autor, todavía con cierto estremecimiento, el hambre literal que habían sufrido, ella y sus compañeras, en concentraciones del equipo nacional en vísperas de una competición. Recordaba huidas clandestinas de las habitaciones del hotel en busca de comida, comida que era ingerida vorazmente, pero que les obligaba a pasar las supuestas horas de sueño entregadas a diferentes ejercicios físicos a fin de compensar de inmediato el pecado de sus excesos alimentarios. También explicaba otras tristes experiencias, como las de algún equipo de Europa oriental que, para evitar los descuidos alimentarios, mantenían a las gimnastas atadas a sus camas durante la noche.

Junto a los factores de riesgo pueden definirse tres circunstancias que determinan la asociación de un trastorno alimentario con un tipo de práctica deportiva (Thompson y Sherman, 1993). En primer lugar, puede suceder que el deporte en general o un deporte concreto atraiga a personas que ya padecen un trastorno del comportamiento alimentario o estén en trance de padecerlo. Actividades deportivas como la gimnasia rítmica pueden resultar especialmente atractivas para personas anoréxicas. Dedicándose a ellas, su delgadez puede quedar camuflada o incluso legitimada a ojos de los demás o a los suyos propio. Al margen de exigencias ponderales o estéticas, el simple hecho de exigirse ejercicio físico sistemático e intenso ya puede resultar atractivo.

También puede suceder que la práctica deportiva cause el trastorno del comportamiento alimentario, si coincide con algún género de restricción alimentaria. Esto es lo que sucede en bastantes deportes. Al ejercicio físico en ellos implícito se suma una presión explícita para disminuir de peso. Un estudio americano realizado a 42 muchachas adolescentes gimnastas reveló que los entrenadores de un 67% de las mismas las animaban abiertamente a que adelgazaran (Rosen y Hough, 1988).

La actividad deportiva puede precipitar el trastorno alimentario. Esta posibilidad supone que una persona predispuesta a este género de trastorno, sea por razones biológicas, sociales o psicológicas, pueden ver la eclosión del mismo para afrontar algunos de los aspectos de la práctica deportiva.

En muchos deportes la presión para adelgazar se basa en que muchos entrenadores creen que la supresión de grasa corporal permite al deportista soportar y trasladar menos peso, disponiendo proporcionalmente de más masa muscular para hacerlo. En consecuencia la reducción de grasa debiera mejorar el rendimiento. Mas si el peso disminuye y el tejido graso se reduce, ciertamente el porcentaje de masa muscular aumenta, pero la cantidad absoluta de músculo tiende a disminuir por la pérdida paralela del tejido magro. La preocupación de muchos entrenadores por conseguir reducir la grasa de sus deportistas constituye,

además de un error deportivo, una arriesgada supeditación de la salud a los objetivos de la competición (Thompson y Sherman,1993) .

La suspensión o pérdida de la menstruación (amenorrea secundaria) en mujeres deportistas es un hecho relativamente común. Como también lo es el retraso en la menarquía más allá de los 16 años de edad (amenorrea primaria) en niñas y adolescentes practicantes de deportes y actividad física en general. La amenorrea es un síntoma clínico que indica una alteración del sistema reproductor con probable anovulación (Loucks y Horvath,1985).

Esta alta frecuencia de amenorrea en deportistas ha dado lugar a muchas especulaciones y escasos estudios. El estrés físico junto con el estrés psicológico propio de la competición han sido algunas de las causas posibles más aludidas. El estrés psicológico, por lo menos el implicado en la competición, parece poder excluirse desde que se comprobó que solistas musicales adolescentes en régimen competitivo, semejante al que deben afrontar bailarinas de la misma edad, mantenían su menstruación normal, a diferencia de lo que sucede a estas últimas (Warren,1980).

CAPITULO 6 - PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

TEMA: Trastornos alimentarios en gimnastas mexicanas de 9 a 16 años.

6.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Practicar gimnasia es un factor de riesgo para que las adolescentes presenten alteración de la imagen corporal y problemas en la conducta alimentaria?

6.2. HIPÓTESIS DE TRABAJO

1. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la variable alteración de la imagen corporal cuando se comparan adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas.
2. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la variable conducta alimentaria de riesgo cuando se comparan adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas.

6.3. DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable Independiente:

- Adolescentes gimnastas.
- Adolescentes no gimnastas.

Variable Dependiente:

- Conducta alimentaria de riesgo
- Alteración de la Imagen corporal (Sobreestimación-Subestimación)

6.4. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES E INDEPENDIENTES

Variable independiente:

- Realización de actividades deportivas

Es la respuesta a la pregunta "eres o no gimnasta".

En el presente estudio se consideró como práctica de gimnasia el entrenamiento de esta de manera sistemática y programada, durante un periodo mínimo de 3 meses continuos con una frecuencia de tres veces por semana. La no práctica de gimnasia se refiere a realizar únicamente la actividad física propia de la vida diaria.

La Alteración de la Imagen Corporal se refiere al menor o mayor distanciamiento entre peso real y peso imaginario, y constituye un factor de riesgo en el desarrollo de los Trastornos de la Alimentación (Gómez- Pérez- Mitre 1995).

La Alteración de la Imagen Corporal se estimará como la diferencia entre la autopercepción del peso corporal menos el Índice de masa Corporal (IMC). Las diferencias positivas se interpretarán como sobreestimación, mientras que las diferencias negativas como subestimación. Una diferencia igual a cero se interpreta como no alteración (Gómez Peresmitré, 1997).

La autopercepción del peso corporal se midió con el reactivo "de acuerdo con la siguiente escala, ¿Tú te consideras?".

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| a) Obesa | Muy gorda |
| b) Con sobrepeso | Gorda |
| c) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| d) Peso por debajo del normal | Delgada |
| e) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

El Índice de Masa Corporal (IMC) es el resultado de la medida del peso corporal entre talla o estatura elevado al cuadrado (peso/ talla²). Se utilizó la Escala de Criterios Combinados de IMC, para adolescentes mexicanos validada por Saucedo- Molina & Gómez Paresmitré, 1997.

CATEGORÍA	PUNTOS DE CORTE
Muy bajo peso	Menor a 15
Bajo peso	15- 18.9
Normal	19- 22.9
Sobrepeso	23- 27
Obesidad	Mayor a 27
Obesidad mórbida	Mayor a 31

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

V.D. Conducta Alimentaria: representa una respuesta biológica inherente a todo ser vivo. Esta conducta toma más valor si se toma en cuenta que la alimentación en el ser humano deja de ser totalmente instintiva para convertirse en una respuesta condicionada por factores psicológicos sociales y culturales, así intervienen aspectos emocionales y de placer entre otros que la hacen más compleja y la convierten en fuente de conflicto generadora de los desórdenes alimentarios (Gómez-Paresmitré, 1999).

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

V.D. Conducta Alimentaria de Riesgo: Acción que implica una amenaza o alteración potencial a la respuesta normal de satisfacer la necesidad de nutrientes del organismo con objeto de mantener el equilibrio del balance energético y de aportar los principios plásticos y reguladores indispensables.

DEFINICIÓN OPERACIONAL

Son las respuestas dadas a la escala que mide Factores de Riesgo asociados con Imagen Corporal (EFRATA). Son los puntajes a las respuestas dadas a los reactivos que miden conducta alimentaria de riesgo.

6.5. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑO

El tipo de investigación que se desarrolló fue de campo, transversal y correlacional se utilizó un diseño de dos muestras con observaciones independientes así como observaciones dependientes.

6.6. MUESTRA

Se trabajó con muestras no probabilística, con una $N=140$, formada por mujeres adolescentes, que se subdividió en $n_1= 70$ adolescentes que practican gimnasia y acuden a centros de entrenamiento reconocidos en el ámbito institucional, en México D.F. y $n_2= 70$ adolescentes que no realizan ninguna actividad física.

6.6.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

Se trabajó con mujeres de edades entre 9 y 16 años, deportistas en el ámbito de la gimnasia, con un alto nivel de competitividad, sin defectos físicos

notables. Así mismo se trabajó con mujeres adolescentes no gimnastas de edades entre los 9 y 16 años, sin defectos físicos notables.

6.6.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Mujeres que no sean preadolescentes y/o adolescentes.
- Mujeres menores de 9 años y mayores de 16 años
- Mujeres con defectos físicos notables

6.7. INSTRUMENTOS Y MEDICIONES.

Se aplicó a la muestra en su totalidad una escala que explora factores de riesgo asociados con trastornos alimentarios (EFRATA) para mujeres (Gómez Peresmitré y Ávila, 1998). Esta es una escala tipo Likert, conformada por 54 ítems con 5 opciones de respuestas que va desde "nunca" (puntaje=1) y hasta "siempre" (puntaje=5), agrupados en 7 factores que explican el 42.8 de la varianza.

Factor 1. Conducta Alimentaria Compulsiva		
	Paseo por periodos en los que como en exceso	
E31	Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	.46385
Factor 2. Preocupación por el peso y la comida		
E11	Comer me provoca sentimientos de culpa	.5780
E13	Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas con el propósito de cuidar mi peso	.58484
E14	Sostengo verdaderas luchas conmigo antes de consumir alimentos	.64573
E23	Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	.68228
E25	Como demasiado y/o mastico más tiempo mis alimentos como medida de	.41013
E26	Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada.	.71942
E30	Cuido que mi dieta tenga un mínimo de grasas.	.49265
Factor 3. Conducta alimentaria normal		
E5		
E15	Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74482
E17	Como lo que es bueno para mi salud	.73346
E20	Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.71186
E21	Procuró mejorar mis hábitos alimenticios	.73420
E28	Como con moderación	.45378
E29	Procuró comer verduras	.71369
	Procuró estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.81085
Factor 5. Conducta alimentaria de compensación psicológica		
E3	Cuando estoy aburrido me da por comer	.58951
E4	Paseo por periodos en los que siento que podría comer sin parar	.53921
E6	Siento que la comida me tranquiliza	.67344
E8	Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión	.70703
E18	Me sorprende pensando en la comida	.43348
Factor 6. Dieta ración y restrictiva		
E19	Tengo temporadas en las que me materialmente "me mato de hambre"	.57328

Para obtener el Índice de Masa Corporal (IMC) de las sujetos se utilizaron los siguientes instrumentos de medición que nos permitieron obtener datos más precisos para estimar el grado de la distorsión de la imagen corporal:

- 1.- **Estadimetro:** de madera (de dos metros) para medir la talla de los sujetos.
- 2.- **Bascula:** Peso-persona, bascula electrónica marca Excell con una capacidad de 300 Kg.

Para efectuar las mediciones se utilizaron las medidas propuestas por el sistema métrico decimal: peso (kilogramos, Kg.) y talla (metros,m)

6.3. PROCEDIMIENTO.

Se acudió a los centros de entrenamiento deportivo y se solicito a los directivos de los mismos su autorización para llevar a cabo esta investigación y se les explico el propósito de la misma. Así mismo se acudió a una escuela y se solicito a los directivos su autorización para llevar a cabo la investigación y se les explico el propósito. Obtenidas ambas autorizaciones se les solicito a los sujetos su participación voluntaria, la aplicación del instrumento fue en grupos o individualmente de acuerdo con las condiciones y posibilidades otorgadas por las instituciones.

Se dijo a las sujetos que la investigación era sobre las actitudes, formas de ser y pensar de chicas mexicanas que practican algún deporte y adolescentes que no lleven a cabo actividad física, se les explico que la finalidad única era obtener datos estadísticos, se puso especial énfasis en la libertad que tenían de abandonarlo cuando así lo considerasen.

CAPITULO 7 - RESULTADOS

El propósito de la presente investigación fue Investigar si las variables conducta alimentaria de riesgo y alteración de la imagen corporal difieren cuando se compara un grupo de chicas gimnastas vs un grupo de chicas que no hacen gimnasia.

Para tal propósito, se procedió al análisis de los datos con el SPSS 8.0 para Windows. Los resultados obtenidos se muestran de manera conjunta, con la finalidad de facilitar la observación de las diferencias y similitudes halladas. Así mismo, se dividirá la presentación de estos, en tres partes:

- Descripción de la muestra
- Distribución de las variables de estudio
- Prueba de hipótesis

7.1. Descripción de la muestra.

Se trabajó, con una muestra no probabilística, de $N= 140$, mujeres preadolescentes y adolescentes de escuelas. La muestra total se subdividió en grupo 1 con $n=70$ adolescentes que practican gimnasia y acuden a centros de entrenamiento reconocidos en el ámbito institucional, en México D F y en grupo 2 con $n= 70$ adolescentes que no realizan ninguna actividad física. Todas las estudiantes son mexicanas y ninguna de ellas presentó defectos físicos notables (Tabla 1). La media de edad del grupo 1 (gimnastas) fue de 11.47 con una desviación estándar de 2.21, mientras que la media de edad del grupo 2 (no gimnastas) fue de 13.28 con una desviación estándar de 2.06 (Tabla 2).

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la muestra total (N)

	Frecuencia	Porcentaje
Gimnasta	70	50.0
No Gimnasta	70	50.0
Total	140	100.0

Tabla 2. Distribución por grupos de la variable edad. Medias y desviación estándar

	Muestra	N	Media	Desviación estándar
EDAD	gimnasta	70	11.4730	2.2182
	no gimnasta	70	12.2000	2.0880

Los datos muestran con respecto a la escolaridad que el mayor índice de sujetos que estudian primaria se encuentra en el grupo 1 (gimnastas), mientras que el mayor índice de sujetos que están en secundaria son del grupo 2 (no gimnastas)(Tabla 3). Es interesante ver como el grupo 1 (gimnastas) ha tenido su primera menstruación mas tarde que el grupo 2 (no gimnasta) y en el 55% de los casos de ambas muestras, no ha tenido la menstruación, del cual 36% corresponde al grupo 1 (gimnastas) (Tabla 4). En la tabla 5 puede observarse que casi el total de las estudiantes de ambas muestras respondieron no haber iniciado su vida sexual, sin embargo, entre las que ya la iniciaron el 6% comprende al grupo de gimnastas vs el 1% entre las no gimnastas.

Tabla 3. Distribución porcentual de la variable escolaridad de la muestra.

¿QUE ESTAS ESTUDIANDO?	MUESTRA			TOTAL
		No Gimnasta	Gimnasta	
Primaria	%	31.4%	60.0%	46.7%
Secundaria	%	67.1%	31.4%	49.3%
Carrera Comercial	%	1.4%	8.6%	5.0%
TOTAL	%	100.0%	100.0%	100.0%

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

EDAD DE TU PRIMERA MENSTRUACIÓN		MUESTRA		TOTAL
		Gimnasta	No Gimnasta	
No han tenido su primera menstruación	%	50.0%	28.6%	38.3%
Menos de 9 años	%	2.0%	2.9%	2.9%
9 a 11 años	%	20.0%	24.3%	22.1%
12 a 14 años	%	25.7%	44.3%	35.0%
21 o más	%	1.4%		.7%
TOTAL	%	100.0%	100.0%	100.0%

Tabla 5. Distribución porcentual de la variable : Vida sexual activa

¿HAS TENIDO VIDA SEXUAL?	MUESTRA		TOTAL	
	Gimnasta	No Gimnasta		
NO	%	94.3%	98.6%	98.4%
SI	%	5.7%	1.4%	3.6%
TOTAL	%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2. DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

7.2.1. Índice de Masa Corporal (IMC=peso / talla 2)

En la tabla 6 puede apreciarse que el porcentaje más alto entre las gimnastas (66%) correspondió al de peso normal, mientras que entre las no gimnastas sólo el 43% cayó en esa misma categoría. De la misma manera, se observa una gran diferencia entre estos grupos con respecto a sobrepeso y obesidad: sólo el 11% entre las gimnastas vs el 37% en las no gimnastas.

Tabla 6. Distribución porcentual de la categoría de peso.

Categoría de Peso		MUESTRA		TOTAL
		Gimnasta	No Gimnasta	
1.00	EMACIACION %	10.0%	1.5%	5.9%
2.00	DELGADEZ %	12.9%	16.5%	15.6%
3.00	PESO NORMAL %	66.7%	43.1%	54.8%
4.00	SOBREPESO %	10.0%	20.0%	14.8%
5.00	OBEIDAD %	1.4%	18.8%	8.9%
TOTAL	%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2.2. ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL (SUBESTIMACIÓN-SOBREESTIMACIÓN).

Se preguntó a los estudiantes de las muestras cómo autopercebían su peso corporal. El puntaje de esta variable subjetiva se resta del puntaje del peso real (IMC) y se obtiene el resultado de la variable alteración. Se encontró que en la gran mayoría no existe alteración, sin embargo en el grupo 2 (no gimnastas) en un 25% se encontró que subestimaban su cuerpo vs sólo un 19% en el grupo 1, pero hay más gimnastas (34%) que sobrestiman en comparación de las no gimnastas (Tabla 7).

Tabla 7. Distribución porcentual de la variable alteración de la imagen corporal (subestimación / sobreestimación).

ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL			MUESTRA		TOTAL
			Gimnasta	No Gimnasta	
-2.00	%		4.6%	2.2%	
-1.00	%	18.6%	20.0%	19.3%	
.00	%	47.1%	52.3%	46.6%	
1.00	%	24.3%	20.0%	22.2%	
2.00	%	7.1%	3.1%	5.2%	
3.00	%	1.4%		.7%	
4.00	%	1.4%		.7%	
TOTAL	%	100.0%	100.0%	100.0%	

7.2.3. Preocupación por el peso corporal.

Con el propósito de investigar si les preocupa el peso corporal, se les preguntó que tanto les preocupaba subir de peso o llegar a estar "gorda", a lo que se encontró que hay una excesiva preocupación (me preocupa demasiado) dentro de las gimnastas, aunque (51%) el grupo 2 (no gimnastas) muestra mucha preocupación (36%) (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución porcentual de la variable preocupación por el peso corporal.

			MUESTRA		TOTAL
			GIMNASTA	NO GIMNASTA	
LLEGAR A ESTAR GORDA:	Me preocupa demasiado	%	51.4%	24.3%	37.9%
	Me preocupa mucho	%	21.4%	35.7%	28.6%
	Me preocupa de manera regular	%	11.4%	27.1%	19.3%
	Me preocupa poco	%	5.7%	8.6%	7.1%
	No me preocupa	%	10.0%	4.3%	7.1%
TOTAL		%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2.4. Preocupación por la percepción de los otros.

Para investigar que tan importante era la opinión de las otras personas, se les presentó la siguiente afirmación "me preocupa como me ven los demás", los porcentajes obtenidos mostraron que un 50% de las no gimnastas se preocupan mucho y demasiado por la percepción de lo otros en comparación con sólo el 34% de las gimnastas. Estos porcentajes se invierten para no me preocupa y me preocupa poco (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Distribución porcentual de la variable percepción de los otros.

			MUESTRA		TOTAL
			Gimnasta	No Gimnasta	
CÓMO ME VEN LOS DEMÁS:	Me preocupa demasiado	%	11.4%	22.9%	17.1%
	Me preocupa mucho	%	22.9%	27.1%	25.0%
	Me preocupa de manera regular	%	15.7%	21.4%	18.6%
	Me preocupa poco	%	14.3%	15.7%	15.0%
	No me preocupa	%	35.7%	12.9%	24.3%
TOTAL		%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2.5. Aceptación de la figura corporal.

A los sujetos se les preguntó si les gustaba su figura corporal y se encontró que las gimnastas (grupo 1) mostraron mayor aceptación de su forma corporal (71%), en comparación con sólo el 43% de las no gimnastas (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Porcentajes obtenidos de la variable satisfacción / insatisfacción con la imagen corporal.

ME GUSTA LA FORMA DE MI CUERPO:			MUESTRA		TOTAL
			Gimnasta	No Gimnasta	
	Muy de acuerdo	%	31.4%	7.1%	19.3%
	De acuerdo	%	40.0%	35.7%	37.9%
	Indecisa	%	18.6%	38.6%	28.6%
	En desacuerdo	%	5.7%	18.6%	12.1%
	Muy en desacuerdo	%	4.3%		2.1%
TOTAL		%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2.6. Inicio de la preocupación por el peso corporal.

Al preguntarles por la edad en la que comenzaron a preocuparse por su peso corporal, se observó que en el grupo 1 (gimnastas), esta preocupación comenzó a edades más tempranas de tal manera que un 62% de las gimnastas se preocuparon de los 7 a los 10 años, contra sólo un 20% de las no gimnastas (Tabla 11).

Tabla 11. Porcentajes de la edad de comienzo de auto percepción de peso.

¿A QUÉ EDAD EMPEZÓ A PREOCUPARTE TU PESO CORPORAL?	Nunca me ha preocupado	%	MUESTRA		TOTAL
			Gimnastas 21.4%	No Gimnastas 14.3%	
					17.9%
	7 años	%	24.3%	1.4%	12.9%
	8 años	%	17.1%	4.3%	10.7%
	9 años	%	15.7%	10.0%	12.9%
	10 años	%	5.7%	4.3%	5.0%
	11 años	%	2.9%	21.4%	12.1%
	12 años	%	4.3%	25.7%	15.0%
	13 años	%	2.9%	6.6%	5.7%
	14 años	%	5.7%	7.1%	6.4%
	15 años	%		2.9%	1.4%
TOTAL		%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2.7. Dietas Restrictivas

Como era de esperarse los porcentajes más altos fueron por las estudiantes que no hacían dietas restrictivas, no obstante los porcentajes reportados de seguimiento de dieta, son preocupantes 24% entre las gimnastas vs el 20% entre las no gimnastas (Tabla 13).

Tabla 13. Distribución de porcentajes de la variable Uso de dietas restrictivas

	No	%	MUESTRA		TOTAL
			Gimnasta	No Gimnasta	
¿ALGUNA O ALGUNAS OCASIONES HAS HECHO DIETA PARA CONTROLAR TU PESO?	No	%	75.7%	80.0%	77.9%
	Si	%	24.3%	20.0%	22.1%
TOTAL		%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2.8. Edad de la primera dieta para control de peso.

Al indagar sobre la edad que tenían cuando hicieron su primera dieta, se encontraron porcentajes similares en ambos grupos aunque fue ligeramente mayor entre las gimnastas y a edad más temprana (20% para menores de 9 años) vs 6% de las no gimnastas (Tabla 14).

Tabla 14. Distribución porcentual de la edad de la primera dieta para el control de peso

	Nunca ha hecho dieta	%	MUESTRA		TOTAL
			Gimnasta	No Gimnasta	
¿QUÉ EDAD TENÍAS CUANDO HICISTE TU PRIMERA DIETA?	Nunca ha hecho dieta	%	58.6%	74.3%	66.4%
	Menos de 9 años	%	20.0%	5.7%	12.9%
	9 a 11 años	%	10.0%	10.0%	10.0%
	12 a 14 años	%	8.6%	8.6%	8.6%
	15 a 17 años	%	2.9%	1.4%	2.1%
TOTAL		%	100.0%	100.0%	100.0%

7.2.9. Seguimiento de dieta en los últimos 6 meses.

Por otra parte se encontró que en los últimos 6 meses, el 13 % de las gimnastas respondieron afirmativamente que si habían hecho dietas mientras que sólo el 6% de las no gimnastas la habían hecho (Tabla 15).

Tabla 15. Distribución porcentual de la variable Seguimiento de dieta en los últimos 6 meses.

			MUESTRA		TOTAL
			Gimnasta	No Gimnasta	
¿EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES HAS HECHO DIETA?	NO	%	87.1%	94.3%	90.7 %
	SI	%	12.9%	5.7%	9.3%
TOTAL		%	100.0%	100.0%	100.0%

7.3. PRUEBA DE HIPÓTESIS DE TRABAJO.

Con el propósito de confirmar o rechazar, las hipótesis de trabajo se aplicó la prueba *t* de student para muestras independientes a cada una de las variables dependientes: Conducta Alimentaria de Riesgo (dieta crónica y restrictiva, preocupación por el peso) y Alteración de la Imagen Corporal (subestimación-sobreestimación), teniendo como variable independiente, la actividad física (Gimnasta y No Gimnasta), los resultados obtenidos se presentan a continuación.

7.3.1 Variable: Alteración de la Imagen Corporal

H1. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable alteración de la imagen corporal entre gimnastas y no gimnastas.

Como se observa en la Tabla 16 las diferencias estadísticamente significativas que se encontraron fueron las relacionadas con la alteración de la imagen corporal, ($t(133) = 2.066$, $p = .041$). Por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, antes planteada.

Tabla 16. Resultados de la Prueba t de student para muestras independientes por grupo.

	PROBABILIDAD		
	t	gl	p
ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	2.066	133	.041
DIETA CRÓNICA Y RESTRICTIVA	-1.276	138	.204
	-1.276	137.925	.204
PREOCUPACIÓN POR EL PESO Y LA COMIDA	1.372	138	.172

De acuerdo con las medias (Tabla 17) puede verse que fueron las chicas gimnastas (grupo 1) las que alteraron en mayor medida su imagen corporal (sobrestimaron su cuerpo, se ven más gruesas de lo que en realidad están), mientras que las chicas del grupo 2 (No gimnastas), prácticamente no alteraron su imagen corporal.

Tabla 17. Medias y Desviación Estándar de las variables Alteración de la Imagen Corporal.

	MUESTRA	N	MEDIA	DESVIACIÓN ESTANDAR	ERROR ESTANDAR
ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL	gimnasta	70	.3000	.9976	.1193
	no gimnasta	65	3.0769	.8472	.1061

Como muestra la Tabla 16 no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable Dieta Crónica y Restrictiva entre los grupos de gimnastas y de no gimnastas ($t(138) = -1.276$, $p = .204$) por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, por lo que podemos decir, que en este caso no podemos confirmar la hipótesis de trabajo que nos dice que "Se encontrarán diferencias significativas respecto a la conducta alimentaria de riesgo entre adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas".

7.3.2. Variable Preocupación por el peso y la comida.

H1. Se encontrarán diferencias significativas respecto a la preocupación por el peso y la comida entre adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas.

H0. No se encontrarán diferencias significativas respecto a la preocupación por el peso y la comida entre adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas.

Al aplicar la prueba t (Tabla 16), se encontró que no se produjeron diferencias estadísticamente significativas en la variable Preocupación por el Peso y la Comida entre el grupo de gimnastas y de no gimnastas ($t(138) = 1.372$, $p = .172$), por lo tanto se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, por lo que podemos decir, que en este caso no podemos confirmar la hipótesis de trabajo **H2** que nos dice que "Se encontrarán diferencias significativas respecto a la Preocupación por el Peso y la Comida entre adolescentes gimnastas y adolescentes no gimnastas".

CAPITULO 8 - DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Recuperando las hipótesis dadas en esta investigación nos planteamos los siguientes problemas con base en los resultados expuestos en el capítulo 7, se presenta la siguiente discusión de los mismos así como las conclusiones.

Con respecto al Índice de masa Corporal (IMC) de las sujetos que conformaron las muestras de investigación, se encontró que como era de esperarse, puesto que nuestras muestras son normales, la mayoría de ellas se encuentra dentro de un rango "normal". Sin embargo, **se observa una diferencia en el grupo de las gimnastas**, por lo cual se confirmó la hipótesis de trabajo. Aunque el presente estudio no permite identificar las causas, puede asumirse que corresponde que el ejercicio se relaciona con el peso corporal, ya que se observó menos sobrepeso y obesidad entre las gimnastas, lo cual es un dato importante ya que pudiera deberse a la actividad física que llevan a cabo así como a la presión a que están sometidas por esta misma actividad. Por lo general, se ha encontrado que las personas que hacen ejercicio lo hacen motivadas para controlar su peso (Davis, Cowles, 1990).

Así mismo un dato importante que arrojó el estudio, fue el hecho de que en el grupo de las gimnastas, se presenta más tarde la primera menstruación, lo cual pudiera deberse a la falta de grasa corporal necesaria para llevar a cabo el funcionamiento normal subyacente a la menarca. Observándose que el grupo de las gimnastas obtuvo en un 66% peso normal, un 13% en delgadez y con lo que respecta a sobrepeso u obesidad sólo se encontró un 11%.

Los resultados mostraron que las gimnastas tienden a sobreestimar su cuerpo (se ven más gruesas de lo que en realidad están), en relación al grupo de las no gimnastas que sin embargo, también tienden a preocuparse por su peso corporal. Puede decirse que ambas condiciones, percibirse más gruesas y preocuparse por su peso corporal, pueden explicarse por el hecho de que sus

cuerpos (forma y peso, son importantes para la ejecución de la gimnasia y también sus cuerpos son exhibidos y con esto, observados por los demás).

Es así que en algunos deportes, la posesión de un cuerpo delgado se ha ido introduciendo y asentando poco a poco en el concepto de rendimiento. En ello se considera que el cuerpo delgado permite mayor eficacia motora (velocidad, flexibilidad, coordinación, etc.) pero también más valoración estética hecho que ha sido cada vez más frecuente en los últimos años (Toro,1999).

Pero es necesario diferenciar, tal como lo indica Gómez Peresmitré (1997), entre la distorsión de la imagen corporal que lleva en si una connotación patológica, puesto que es uno de los criterios diagnósticos tanto de la Anorexia Nervosa como de la Bulimia Nervosa de acuerdo con el DSM-IV y la alteración de la imagen corporal (sobreestimación / subestimación) que se aplica a población abierta y clínicamente normal.

Para las gimnastas, la imagen corporal es de suma importancia debido a que en las presentaciones lo que muestran es tanto su cuerpo como sus habilidades. Un dato de gran interés dentro de este aspecto es que las gimnastas en su gran mayoría se encuentran mucho más seguras y satisfechas con la forma de su cuerpo, y debido a esta misma seguridad, no es su prioridad llegar a estar más delgadas de lo que originalmente son, se puede llegar a pensar que esto es debido a la constante actividad física a la que se encuentran expuestas (Yates,1991). No por esto, se pudo dejar de observar que este grupo, se hace consciente de su propio cuerpo a edades muy tempranas, siendo estas edades antes de la pubertad.

En un estudio llevado a cabo por Gómez Peresmitré (1995), con una muestra de 200 escolares de ambos sexos, de 5º. y 6º. de primaria de la Ciudad de México, se encontró que aproximadamente 50% presento indicadores de riesgo relacionados con insatisfacción de imagen corporal. La presente investigación,

confirma que es importante considerar esta variable tanto para programas de prevención como la intervención misma en los trastornos alimentarios.

En cuanto a la preocupación por el propio peso, se observó que las gimnastas tienden a preocuparse más por este, lo cual está relacionado estrechamente con su actividad deportiva. Con respecto a las dietas restrictivas, es de llamar la atención que las gimnastas tienden a recurrir más a ellas.

También un hecho importante, es que en el grupo de las gimnastas se observó una tendencia a que cuando recurren a dietas restrictivas, lo hacen a más temprana edad, lo cual sugiere que está relacionada con el inicio de tal actividad deportiva (Herman y Polivy, 1980; Striegel-Moore, Siberstein, & Rodin., 1986, cit. en Gómez Peresmitré, 1997).

Estudios como el presente son importantes, en virtud de que se ha encontrado que entre los factores de riesgo para el desarrollo de alteraciones de la conducta alimentaria, los mas reconocidos como tales, son el seguimiento de dieta para el control o reducción de peso y alteraciones e la imagen corporal (Gómez Peresmitré, 1993).

Los resultados obtenidos por Gómez Peresmitré (1993), con una muestra de N= 289 estudiantes, por ejemplo, sugieren que probablemente la alteración de la imagen corporal se ve favorecida por las practicas alimentarias, las formas de comer y los sentimientos. Los resultados de dicha investigación sugieren que habrá de analizarse, si en mujeres con peso normal y con conductas alimentarias relativamente nomales se presenta o no, alteración de imagen corporal.

Con respecto a la variable conducta alimentaria de riesgo, se encontró que la conducta alimentaría compulsiva, el seguimiento de dieta crónica y restrictiva y la preocupación por el peso y la comida no difinieron significativamente del tipo de actividad física (gimnasta vs. no gimnasta) por lo tanto estos hallazgos no

permitieron confirmar la hipótesis de trabajo relacionadas con estas variables. Además, estos resultados no coinciden con los reportados en la literatura nacional e internacional quienes han señalado la presencia de conductas alimentarias de riesgo, tal es el caso del estudio realizado por Unikel (1998), donde se estudio una muestras de estudiantes de secundaria, preparatoria y licenciatura así como de estudiantes de danza. También podemos citar a Holtz (1992) que encontró conductas anómalas en porcentajes elevados como atracones, seguimientos de dietas, consumo de anfetaminas, diuréticos, laxantes, amenorrea y preocupación por el peso (Holtz; citado en Hernández).

Es importante mencionar, que de acuerdo con Toro (1999), las conductas alimentarias de riesgo se presentan en los deportistas en la temporada de competencias, e incluso son motivadas por los mismos entrenadores, para redituar mayor rendimiento durante estas pruebas. Mientras que las gimnastas del presente estudio no se encontraban preparándose para alguna prueba de competencia, lo que podría explicar por que no se encontraron diferencias en la conducta alimentaria de riesgo entre las gimnastas y las no gimnastas.

LIMITACIONES Y SUGERENCIAS

Con base en la revisión teórica y resultados obtenidos se sugiere:

- Efectuar réplicas de la presente investigación aumentando el tamaño de las muestras, utilizando varias disciplinas deportivas.
- Considerar para posteriores investigaciones la relación entre la practica de ejercicio y las razones para hacerlo.
- Continuar el estudio de los factores de riesgo en muestras con adolescentes gimnastas, para tener elementos suficientes para diseñar un programa de prevención específico para este tipo de población.
- Realizar una réplica del presente estudio, con el mismo tipo de población cuando las gimnastas se encuentren en época de competencia.

Las limitaciones que se consideran en este estudio fueron :

- Se tomó una muestra no probabilística. Lo que impide generalizar los resultados obtenidos hacia otros grupos, por lo que solo es aplicable para los sujetos de este estudio.
- Sin embargo, podemos decir que la aportación más importante de este estudio es que es de los primeros reportes de investigación sobre gimnastas, conducta alimentaria e imagen corporal. Por lo que contribuye al conocimiento del área de deportistas y factores de riesgo relacionados con los trastornos de la conducta alimentaria, y ayuda a sustentar investigaciones previas así como a generar investigaciones futuras.

REFERENCIAS

- Aganoff, J.A., & Boyle, G.J. (1994). Aerobic exercise, mood states and menstrual cycle symptoms. Journal of Psychosomatic Research, **38**, (3) 183-192.
- Adams, G. T., & Gullota, T. (1983). Adolescent life experiences. Monterrey, Brooks/ Cole.
- Aguirre, A. (1994). Psicología de la adolescencia. México: Alfa Omega.
- Álvarez, G., Román, M., Manríquez, E. & Mancilla, J. M. (1996). La Psicología Social en México. **VI**, 536- 542.
- Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., & López, A. X. (1998). Aspectos psicosociales de la alimentación. Psicología y Ciencia social, **2** (1), 50-58.
- Álvarez, R. G., Mancilla, D. J. M., López, A. X., Vázquez, A. R., Ocampo, T. M. T. & López, A. V. (1998). Variables psicológicas asociadas a la obesidad: Algunos avances de investigación. Psicología Iberoamericana, **6** (2), 22-28.
- Allport, Gordon W. (1983). Psicología de la personalidad. México: Paidós.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III) . Washington: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (1988). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-R) . Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994).Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM- IV) . Barcelona: Masson.
- Attie, I. & Brooks-Gunn,J. (1989). The Development of eating problem in adolescent girls: A longitudinal study. Developmental Psychology, 25 (1), 70-79 .
- Bamber, D., Cockerill, I.M. & Carroll, D. (2000) The pathological status of exercise dependence. In: British Journal Sports Medicine,34 (2), 125-132.
- Barajas, M. O. (1998). Trastornos alimentarios: Relación entre los factores de riesgo asociados con la imagen corporal. Autoestima y atribución en mujeres adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Inédita. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
- Bass, M. A., Wakefield, L. M. & Kolasa, K. M. (1979) Community nutrition and individual food behavior. Minnesota: Burgess.
- Blachez., P. F. (1969): Boulimie. In Dechandre, A. Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. Paris: Masson.
- Beals, K. A. & Manore, M. M. (1998). Nutritional status of female athletes with subclinical eating disorders. Journal of the American Dietetic Association, 98, 419-425.
- Bell, R. M. (1985). Holly anorexia, Chicago: University of Chicago Press.

- Bempoard, J. R. (1996). Self starvation truth age: Reflection on the prehistory eating disorder of anorexia nervosa. Journal of International 19 (3), 217-237.
- Blue, A. (1987). Grace under pressure: the emergence of women in sports. Londres: Sidgwick & Jackson.
- Bourgues, H. (1990). Costumbres, prácticas y hábitos alimentarios, Cuadernos de Nutrición 13 (2), 18-32.
- Borgés, G., Rosovsky, H., Caballero, M. A., & Gómez, C. (1994). La evolución reciente del suicidio en México 1970- 1991. Anales, Reseña de la IX Reunión de Investigación, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5, 1521.
- Brooks, F. (1959). Psicología de la Adolescencia. Argentina: Kapelusz.
- Bruchon- Schweitzer, M. (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Bruch, H. (1982). Anorexia nervosa: Therapy and theory. American Journal of Psychiatry, 139 (12), 1531-1538.
- Brukner, P. & Khan, K. (1993) Clinical sports medicine. Australia: Mc Graw Hill.
- Burckes-Miller, M. & Black, D. (1988) Behaviors and attitudes associated with eating disorders: Perceptions of college athletes about food and weight. Health Educational Research, 3 (2), 203-208.
- Bynum, C. W. (1987): Holy feast and holy fast. Berkeley: University of California Press.

- Calabrese, L. H. (1985). Nutritional and medical aspects of gymnastics. Clinical and sports medicine, 4, 23-30.
- Caplan, G. (1973). Psicología de la adolescencia. Buenos Aires: Paidós.
- Carretero, M. & León, C. (1990). Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud III. Madrid: Alianza.
- Cash, T. F. & Prusinky, P. (1990). Medical Intervention for the enhancement of adolescence physical appearance: Implication for competence: the promotion of social competence in adolescent. Beverly Hill: Sage.
- Casullo, M. (1998). Adolescentes en riesgo. Identificación y orientación psicológica. México: Paidós.
- Clark, N. (1993). How to help the athlete with bulimia: practical tips and a case study. International Journal of Sports Nutrition 3 (4), 450-460.
- Clarckson, H. & Riedi, J. (1997). Fear of thinness. American Journal of Psychiatric. 153(3), 441-443
- Craig, G. (1989). Desarrollo Psicológico. México: Prentice Hall.
- CIE-10-(1994) . Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: OMS
- Collip, P. J. (1980). Childhood obesity. Littleton, Mass: PSG Publishing Co.
- Conger, J. (1980). Adolescencia. Generación presionada. México: Harla.

- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1983). Binge eating and self induced vomiting in the community : A preliminary study. British Journal of Psychiatry. 142, 139-144.
- Cornillot, A. (1988). El Arte de Adelgazar. Argentina: Vergara
- Crispo, R., Figueroa, E. & Guelar, D. (1996). Anorexia y bulimia lo que hay que saber: Un mapa para recorrer un territorio trastomado. Barcelona Gedisa.
- Cruz, J. (1997). El refrán dietético en la obra de Sorapán de Rieros. Pamplona: Universidad de Navarra.
- Davis, C., Fox, J., & Cowles, M. (1990). The functional role of exercise in the development of weight and diet concerns in women. Journal of Psychosomatic Research. 34, (5) 527-536.
- Davis, C., Kennedy, S. H., Ravelski, E., & Dionne, M. (1994). The role of physical activity in the development and maintenance of eating disorders. Psychological Medicine. 24, (4), 957-967.
- Davies, E. & Furnham, A. (1986). Body satisfaction in adolescent girls. British Journal of Medical Psychology. 59, 279-287.
- Dalle, R., De Luca, L. & Oliosi, M. (1997). Eating attitude and prevalence: A survey in secondary schools in Lecce, Southern Italy. Eating Weight Disorders. 1, 34-37.
- Deshamais, R., Jobin, J., & Cite, C. (1993). Aerobic exercise and the placebo effect. Psychosomatic Medicine. 55 149-154.

- Díaz Guerrero, R. (1972). Una escala multifactorial de premisas socioculturales de la familia mexicana. Revista Interamericana de Psicología, (6), 234-244.
- Dondis, D. A. (1973). La sintaxis de la imagen. Barcelona: Gustavo Gil.
- Elkind, D. (1981). The Hurried Child. Reading. MA: Addison Wesley.
- Enciclopedia de la Psicología. España: océano
- Epling, W. F. & Pierce, W. D. (1988). Activity-based anorexia: a biobehavioral perspective. International Journal of Eating Disorders, 7, (4) 475-485.
- Erikson, E. H. (1968). Identity, youth, and crisis. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H. (1997). Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.
- Escobar, G.(1992). Prevalencia de conductas generalmente presentes en pacientes que padecen de anorexia nervosa y bulimia en estudiantes de secundaria, preparatoria y universidad de la Ciudad de México. Tesis de Licenciatura en Psicología. Inédita. Universidad Iberoamericana.
- Farrés, R. (1994). Obligades a passar per guanyar. Avui.
- Feldman, E. (1990). Principios de Nutrición. México: Manual Moderno.
- Feldman, R. (1994). Psicología. México: Mc Graw-Hill.

- French, S.A. & Jeffery, R. W. (1994). The consequences of dieting to lose weight: effects on physical and mental health. Health Psychology, 13, 195-212.
- Freud, S. (1920). "Más allá del principio y del placer". En Freud, S. (1976). Obras completas: Más allá del principio del placer y otras obras. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, A. (1958). Adolescencia. En Psychoanalytic study of the child. (1958). Nueva York: International Universities Press.
- Garner, D. M. & Garfinkel, P. E. (1980): Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 10, 647-656.
- Garner, M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D. & Thompson. (1983) Cultural expectations of thinness in women. Psychological reports, 47, 481-483.
- Garner, D. M. Olmstead, M. P., Polivy, J. & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weights preoccupied women and anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 46, 255-266.
- Garner, D. M. (1997). The 1997 body image survey results. Psychology Today, 30 (1), 30-47
- Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. Nueva York: Brunner/ Mazel.
- Gessell, A. (1958). El adolescente de 10 a 16 años. Argentina: Paidós. 4ª edición.

- Gibney, M. (1986). Nutrición, dieta y salud. Zaragoza: Acribia.
- Gilbert, S. (1993) Eating disorders. In J. Garrow & W. James. Human nutrition and dietetics. Nueva York: Churchill-Livingstone.
- Goldfield, G. S. (1999). A comparison of eating attitudes and general psychological characteristics in bulimics and bodybuilders. The Sciences & Engineering, 60, (6-B).
- González, S. G. (1996). Anorexia nerviosa. Tesis de Licenciatura en Psicología Inédita. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
- Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Variables cognoscitivas y Actitudinales asociadas con la imagen corporal y desordenes del comer: Problemas del peso. Investigación Psicológica, 3 (1), 95-112
- Gómez-Pérez Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa. Revista Mexicana de Psicología, 10 (1) 17-27.
- Gómez- Pérez Mitré, G. (1995). Peso real, peso imaginario y distorsión de la imagen corporal. Revista Mexicana de Psicología, 12 (2) 185-198.
- Gómez- Pérez Mitré, G. (1995). Proyecto de investigación: Una aproximación multifactorial en la detección temprana de los desordenes del comer para la promoción de la salud. (Mimeo).
- Gómez- Pérez Mitré, G. (1997). Alteraciones de la imagen corporal en una muestra de escolares mexicanos preadolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 14 (1), 31-40

- Gómez Pérez- Mitré, G. & Ávila Angulo, E. (1998). ¿Los mexicanos preadolescentes hacen dieta con propósito de control de peso?. Psicología Iberoamericana, 6 (2) 37-45.
- Gómez, Pérez-Mitré., G. (1997). Proyecto de Investigación de Imagen corporal en preadolescentes y adolescentes: un instrumento computarizado para el autodiagnóstico para factores de riesgo en el desarrollo de trastornos de la alimentación (CONACyT N° 28845-H).
- Gómez-Péresmitré, G., Alvarado, H. G., Moreno, E. L., Saloma, G. S. & Pineda, G.G. (2001). Trastornos de la alimentación, factores de riesgo en tres grupos diferentes de edad, prepúberes, púberes y adolescentes. Revista Mexicana de Psicología, 18 (3), 313-324
- Gómez- Péresmitré, G, Saucedo, M. T. & Unikel, S. C. (2001). Imagen corporal en los trastornos alimentarios: La Psicología social en el campo de la salud. En Calleja, N. & Gómez Peresmitré, G. (2001). Psicología Social: Investigaciones y Aplicaciones en México. México: FCE.
- Gordon, R. A. (1990). Anorexia and bulimia: anatomy of a social epidemic. Oxford: Blackwell.
- Grief, E. B. & Ulman, K. J. (1982). The Psychological impact of menarche on early adolescent females: A review of the literature. Child Development, 53, 1413-1430.
- Grinder, R. (1987). Adolescencia, México: Limusa
- Havighurst, R. J. (1953). Developmental task and education. Nueva York: Langmans Green.

- Hernandez, A. A (2003). Factores de riesgo en Trastornos de la alimentación en deportistas. Proyecto de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología. U. N.A.M.
- Higashida, H. B. (1991). Ciencias de la Salud. México: Mc Graw Hill.
- Hija, M. Rascón, R., Blanco, J., & López, M. V. (1996). Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas. (1979-1993). Salud Mental, 19, (4), 14-21.
- Hill, A. J., (1991). Dieting concerns have a functional effect on the behavior of nine-year-old girls. British Journal of Clinical Psychology.
- Hoek, H. W., Bertelds, A. I., Bosveld, J., Van Der Graaf, Y., Limpens, V., Maiwald, M. & Spaaij, C. (1995). Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. American Journal of Psychiatric. 152 (9), 1272-1278.
- Holstein, L. A., Smith, G. T. & Atlas, J. G. (1998). An application of expectancy theory to eating disorders: Development and validation on measures of eating disorders and dieting expectancies. Psychological Assessment. 10 (1), 49-58.
- Hsu, L.G. & Sing Lee (1993). Is weight phobia always necessary for a diagnosis of anorexia nervosa?. American Journal Psychiatry. 150, 1466-1471.
- Hurrocks, J.E. (1986). Psicología de la adolescencia. México: Trillas.
- Hurlock, E. (1987). Psicología de la adolescencia. México: Paidós.

- Inelheer, B. & Piaget, J. (1958). The growth of logical thinking: From childhood to adolescence. Nueva York: Basic Books.
- Johnson, C. & Connors, M. E. (1987). The etiology and treatment of Bulimia Nervosa: A biopsychosocial perspective. New York: Basic Books.
- Johnson, C., Powers, P.S., & Dick, R. (1999). Athletes and eating disorders: The National College Athletic Association Study. International Journal of Eating Disorders, 26 (2) 179-188.
- Jones, M. C. & Bayley, N. (1950). Physical maturing among boys as related to behavior. Journal of Educational Psychology, 41, 129-148.
- Kaplan, A. S. & Sadock, B. J. (1994). Eating Disorders. In: Synopsis of Psychiatry. (1994). U.S.A: William & Wilkins.
- Kaplan, A. S. & Garfinkel, P. E. (1984). Bulimia in the talmud. American Journal of Psychiatry, 141 (5). 721-727.
- Kaplan, A. S. & Sadock, B. J. (1994). Eating disorders. In: Synopsis of Psychiatry, (1994). 689-698, USA: William & Wilkins.
- Katz, J. L. (1986). Long-distance running, anorexia nervosa, and bulimia: A report of two cases. Comprehensive Psychiatry, 27 (1) 74-78.
- Keating, D. P. (1980). Procesos del pensamiento en la adolescencia. In Adelson. (1980). Handbook of adolescent psychology. Nueva York: Wiley.
- Kellner, R. (1991). Salud mental, salud física, y ejercicio. En: Appenzeller O. (Comp) Medicina deportiva. Barcelona: Doyma. 84-101

- Kendler, K. S., Mc Lean, C. , Neale, M. , Kessler, R., Heath. A. & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. American Journal of Psychiatry, **148** (2), 1627-1637.
- Lemus, P. & Rubio, P. (1993). La anorexia en el atletismo. Revista de Psicología General y Aplicada, **46**, (4), 459-464.
- Lemer & Karabenick. (1974). Physical attractiveness, body attitudes, and self- concepts. Journal of youth and adolescence, **3**, 307-316.
- Lemer, R. M., Venning, J. & Knapp, J. R. (1975). Age and sex effects on personal space schemata towards body build in late childhood. Developmental Psychology, **11**, 855-856.
- Levin, A.P. & Hyler, S. E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. Comprehensive Psychiatry, **27**, 47-53.
- Levine, M. P. & Smolack, L. (1992). Towards a model of developmental psychopathology of eating disorders: The example of early adolescence. In J.H. Crowther, D.L. Teennenbaum, S.E. Hobfoll & M. A. Stephens (Eds.). The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context. U.S.A.: Hemisphere.
- Loosli, A. R., Benson, J., Gillien, D. M. & Bourdet, K. (1986). Nutrition habits and knowledge in competitive adolescent female gymnasts. Physician and Sports Medicine, **14**, 8, 118-130.
- Loucks, A. B. & Horvath, S. M. (1985). Athletic amenorrhea: a review, Medicine and Science in Sports and Exercise, **17**, 1, 56-72.

- Mancilla, D. J. M., Alvarez, R.G., Lopez, A. X., Mercado, G. L., Manriquez, R. E. & Roman, S. M. (1998). Trastornos alimentarios factores asociados en universitarias mexicanas. Psicología y Ciencia Social, 2(1), 34-43.
- Mansfield, M. J., & Emmans, S. J. (1989). Anorexia nervosa, athletics. and amenorrhea. Pediatric Clinics of North America. 36. (3), 533-449.
- Martinsen, E. W. (1994). Psysical activity and depression: clinical experience; Acta Psychiatrica Scandinavica, 377, 23-27.
- Mateos, A. & Solano, N. (1997). Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia nerviosa. Revista Electrónica de Psicología, 1 (1), 1-19.
- Mc Kinney, J. P., Fitzgerald, H. E. & Strommen, E. A. (1997). Psicología del desarrollo. Edad adolescente. México: Manual Modemo.
- Mora, M. & Reich, R. M. (1994). Bulimia nerviosa: dificultades de delimitación diagnóstica. Journal of Health. Psychology 6 ,(2), 75-97
- Mora, R. (1997). Soporte nutricional especial. Bogotá: Médica Panamericana.
- Morea, L. (1999). Soporte nutricional especial. Bogotá Médica-Panamericana.
- Morgan, W.P. (1979). Negative addiction in runners. Physician Sports medicine, 7 57-70.

- Morris, M. Steinberg, H. Sykes, E. A. & Salmon, P. (1990). Effects of temporary withdrawal from regular running. Journal of Psychosomatic Research, 34, 5, 493-500.
- Morris, C. (1992). Psicología. Un nuevo enfoque. México: Prentice Hall.
- Muller, P. (1969). The tasks of childhood. Nueva York: Mc Graw- Hill.
- Muss, R. (1994). Teorías de la adolescencia. México: Paidós.
- Norris, R., Carroll, D. & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. Journal of Psychosomatic Research, 36, 1, 55-65.
- Nudelman, S., Rosen, J.C., & Leitenberg, H. (1988). Dissimilarities in eating attitudes, body image distortion, depression, and self- esteem between high-intensity male runners and women with bulimia nervosa. International Journal of Eating Disorders 7, (5), 625-634.
- ONU (1996). Organización para la Alimentación y Agricultura . (1996). FAO.
- Olascoga, J. (1969). Nutrición normal para toda la familia. México: Méndez.
- Owens, R. G., & Slade, P. D. (1987). Running and anorexia nervosa: An empirical study. International Journal of Eating Disorders, 6, (6), 771-775.
- Papalia, D. & Olds, S. (1988*). Psicología. México: Mc Graw Hill.
- Papalia, D. & Olds, S. (1988b). Psicología del desarrollo. México: Mc Graw-Hill.

- Papalia, D. & Wendkos, S. (1992). Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. México: Mc Graw Hill.
- Peskin, (1973). Influence on the developmental schedule of puberty on learning and ego functioning. Journal of youth and adolescence. 2, 273-290.
- Petrie, T. A. (1993). Disordered eating in female collegiate gymnast: Prevalence and personality/ attitudinal correlates. Journal of sports and exercise psychology. 15, 424-436.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1969). Psicología del niño. Madrid: Morata.
- Polivy , J. & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 55 (5), 635-644.
- Powell, M. C. (1975). La psicología de la adolescencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Prussin, R. A., & Harvey, P.D. (1991). Depression, dietary restraint, and binge in female runners. Addictive Behaviours. 16, (5), 295-301.
- Raich, R. M. 1994. Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios. Madrid: Piramide
- Reiss, D. 1996. Abnormal eating attitude and behavior in two ethnic groups from female british urban population. Psychological Medicine. 26, (2), 289-300.

- Rodríguez, M. (1994). La vivencia grupal en la adolescencia. En Aguirre, A. (Ed.). Psicología de la adolescencia. Colombia: Alfa Omega.
- Rogers, L., Resnick, M. D., Mitchell, J. E. & Blum, R. W. (1997). The relationship between socioeconomic status and eating- disordered behavior in a community sample of adolescent girls. International Journal of Eating Disorders, 22, 15-23.
- Rosen, L. W., Mc Keag, D. B., Hough, D. O. & Curley, V. (1986). Pathogenic weight control behavior in female athletes. The Physician and sportsmedicine, 14, (1), 79-86.
- Rosen, L. W. & Hough, D. O. (1988). Pathogenic weight-control behaviors of female colleges gymnasts. Physician and Sportsmedicine, 16, 141-144.
- Routtenberg, A. & Kuznesof, A. W. (1967). Self-starvation of rats living in activity wheels on a restricted feeding schedule. Journal of Comparative and Physiological, 64, 414-421.
- Rowland, T. W. & Freedson, P. S. (1994). Physical activity, fitness and health in children: a close look. Pediatrics, 93, 4, 669-672.
- Rowley, S. (1987). Psychological effects of intensive training in young athletes. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28, (3), 371-377.
- Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9, 429-448.

- Saucedo, M. T. & Gómez Peresmitré, G. (1997). Validez diagnóstica del IMC (Índice de Masa Corporal) una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta Pediátrica de México, 18, (1), 19-27.
- Schulndt, D. G. & Bell, C. (1993). Body image testing system: A microcomputer program for assessing body image. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 15, (3), 267-285.
- Silverman, J. A. (1987). Robert Whytt 1714-1766, eight century limner of anorexia nervosa and bulimia: an essay. International Journal of Eating Disorders, 6 (1), 143-146.
- Slade, P. D. (1996). Modelo explicativo causal para la anorexia y bulimia nerviosa. En Buendía, J. (Ed) Psicopatología en niños y adolescentes: Desarrollos actuales. Madrid: Pirámide.
- Soroski, A. D. (1988). Un panorama de los trastornos de la alimentación. En Feinstein, S. C. & Sorosky, A. D. (comps) . Trastornos de la alimentación. 11-22. Argentina: Nueva Visión.
- Stenberg, R. J. (1988). Lecciones del ciclo de vida: que teóricos del desarrollo intelectual entre los niños aprenden de sus complementos estudiando a los adultos. En E. M. Stunkard, A. J. & Waxman, M. (1980). Caloric intake and expenditure of obese children. 187-193.
- Stenberg, L. & Blinn, L. (1993). Families in society: The Journal of Contemporary Human Services, 3, (1), 237-240.

- Striegel- Moore, R. H., Siberstein, L. R. & Rodin, J. (1986). Towards and understanding of risk factors for bulimia. American Psychologist, 41, 246-263.
- Swift, W. J. & Stern, S. (1982). The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, 2, 17-36.
- Taub, D. E., & Blinde, E. M. (1992). Eating disorders among adolescent female athletes: influence of athletic participation and sport team membership. Adolescence, 27 (108), 833-848.
- Terry, P. C., Lane, A. M., & Warren, L. (1999). Eating attitudes, body shape perceptions and mood of elite rowers. Journal of Sciences and Medicine in Sports, 2, (1), 67-77.
- Thompson, R. A. & Sherman, R. T. (1993). Helping athletes with eating disorders. Champaign !!! Human Kinetics Publishers.
- Thompson, J. K. (1990). Body image disturbance: assessment and treatment. Nueva York : Pergamon.
- Toro, J. & Vilardel, E. (1987). Anorexia nerviosa. Barcelona: Martínez Roca.
- Toro, J. (1999). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.
- Toro, J., Salamero, M. & Martínez, E. (1994). Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa. Acta Psychiatrica Scandinav, 89, 147-151.

- Unikel, S., C. (1998). Desórdenes alimentarios en mujeres estudiantes y profesionales de ballet. Tesis de Maestría en Psicología Clínica . Facultad de Psicología. U.N. A. M.
- Vandereycken, W. & Van Deth, R. (1990). Anorexia nervosa in 19th century America. The Journal Of Nervous and Mental Disease, 178, 531-535.
- Vandereycken, W. & Deth, A. (1994). From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation. Londres: The Athlone Press.
- Vera, M. N. (1988). El cuerpo, ¿Culto o tiranía?. Psicothema, 10, (1), 111-125.
- Vetrone, G., Cuzzolaro, M. & Antonnozi, I. (1997). Clinical and subthreshold eating disorders: case detection in adolescence schoolgirls. Eating weight disorders, 1, 24-33.
- Villatoro, J., Medina- Mora, M. E., Cardiel, H., Villa, G., Alcántar, E., Vázquez, L., C., & Navarro, C. (1999). Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco en estudiantes del Distrito Federal : Medición otoño 1997. Reporte Global de Escuelas de Bachillerato Técnico. México: SEP-IMP.
- Warren, M. P. (1980). The effects of exercise on pubertal an analog of anorexia?. A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. Medicine & Science in Sports & Exercise, 19, (3), 213-217.
- Weinberg, S. R., & Gould, D. (1996). Fundamentos de psicología del deporte y el ejercicio físico . Barcelona: Ariel.

- Weight, L.M., & Noakes, T.D. (1987). Is running an analog of anorexia? A survey of the incidence of eating disorders in female distance runners. Medicine & Science in Sports & Exercise **19**, (3), 213-217.
- Weiss, M. G. (1995). Eating disorders and disordered eating in different cultures. Culture Psychiatry. **18**, (3), 537-553.
- Wilson, G. T. & Walsh, B. T. (1991). Eating disorders in the DSM IV. Journal of Abnormal Psychology. **100**, (3), 362-365.
- Williamson, D. A., Davis, C. J., Bennet, S. M., Gerezny, A. J. & Gleaves, D. H. (1989). Developmental of a simple procedure for assessing body image disturbance. Behavioral Assessment. **11**, 433-440.
- Withers, R. F. J. (1964). Problems in the genetic of human obesity. Eugenesic Review. **56**, 81-84.
- Yates. A., Leehev, K. & Shisslak, C.M. (1983). Running: an analog of anorexia?. New England Journal of Medicine. **308**, (5), 251-255.
- Yates, A. (1991). Compulsive exercise and the eating disorders. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Zellner, D., Hamer, D., Adler, R. (1989). Effects of eating abnormalities and gender of perceptions and desirables body shape. Journal of Abnormal Psychology. **98**, 1, 93-96.

ANEXO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
XX (P)

El propósito de la investigación es conocer los diferentes aspectos que se relacionan con la **SALUD INTEGRAL** (física y psicológica) de la comunidad estudiantil y poder **CONTRIBUIR ASÍ AL MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DE DICHA COMUNIDAD**. El logro de nuestros propósitos depende de ti, de tu **SENTIDO DE COOPERACIÓN**: que quieras contestar nuestro cuestionario y que lo hagas de la manera más verídica posible. Como verás no pedimos tu nombre y la información que nos des es **CONFIDENCIAL Y TOTALMENTE ANÓNIMA**.

GRACIAS

SECCIÓN A

1.- ¿ Qué estás estudiando?

- a) Secundaria
- b) Carrera Técnica
- c) Carrera Comercial
- d) Prepa, Bachillerato, Vocacional
- e) Licenciatura
- f) Posgrado

2. ¿Trabajas?

- b) Sí
- c) No

3.- Actualmente vives con:

- a) Familia nuclear (padres y hermanos)
- b) Padre o Madre
- c) Hermanos (s)
- d) Esposo o pareja
- e) Sola
- f) Amiga (o)

4.- Lugar que ocupas entre tus hermanos

- a) Soy hija única
- b) Soy la mayor
- c) Ocupo un lugar intermedio
- d) Soy la más chica

5.-¿Quién o quiénes aportan el ingreso mensual familiar?

- a) Padres (uno o los dos)
- b) Tú y padre y/o madre
- c) Tú
- d) Tú y pareja
- e) Tú, hermanos y/o padres
- f) Esposo o pareja

10.- Años de estudio de tu padre:

- a) Menos de 6 años
- b) De 6 a 8 años
- c) De 9 a 11 años
- d) De 12 a 14 años
- e) De 15 a 17 años
- f) De 18 o más
- g) Sin estudios

11.- Años de estudio de tu madre:

- a) Menos de 6 años
- b) De 6 a 8 años
- c) De 9 a 11 años
- d) De 12 a 14 años
- e) De 15 a 17 años
- f) De 18 o más
- g) Sin estudios

5.- Edad de tu primera menstruación:

- a) Menos de 9 años
- b) 9 a 11 años
- c) 12 a 14 años
- d) 15 a 17 años
- e) 18 a 20 años
- f) 21 o más

6.- ¿Tienes o has tenido vida sexual activa?

- a) No. Pasar a la pregunta 8
- b) Sí. Pasar a la siguiente pregunta

7.- ¿Tienes hijos?

- a) Sí
- b) No

8.- 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 10,001
- f) \$ 10,001 a 12,001
- g) \$ 12,001 o más

12.- ¿Cuál es la ocupación de tu padre?

- a) Obrero
- b) Comerciante
- c) Empleado
- d) Profesionista
- e) Empresario
- g) Jubilado

13.- ¿Cuál es la ocupación de tu madre?

- a) Ama de casa
- b) Empleada doméstica
- c) Obrera
- d) Comerciante
- e) Profesionista
- f) Empresaria
- g) Jubilada

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

SECCION B

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

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

En los últimos quince días:

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

SECCION E

1.- En el último año:

- a) Subí de peso
- b) Baje de peso
- c) Subí y baje de peso
- d) No hubo cambios en mi peso corporal

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

- a) Menos de un año
- b) De uno a menos tres años
- c) De tres a menos cinco años
- d) De cinco y más de cinco años

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

- a) No. (Pasa a la pregunta 5)
- b) Sí. (Pasa a la siguiente pregunta)

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

- a) Menos de 9 años
- b) 9 a 11 años
- c) 12 a 14 años
- d) 15 a 17 años
- e) 18 a 20 años
- f) 21 o más

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

- a) No. Pasa a la siguiente sección
- b) Sí. Pasa a la siguiente pregunta

6.- El problema causado es que:

- a) Comes muy poco, menos que la mayoría de las personas de tu misma edad.
- b) Comes tan poco que a veces te sientas cansado y débil.
- c) Comes tanto que te duela el estómago.
- d) Comes y algunas comiendo hasta que sientas náuseas.
- e) Comes y algunas comiendo hasta que vomitas.

7.- ¿En los últimos meses has hecho dieta?

- a) No
- b) Sí

8.- ¿Cuándo sientes más hambre?

- a) En el desayuno
- b) En la comida
- c) En la cena
- d) Entre una comida y otra

9.- ¿Con qué intensidad sientes hambre?

- a) Poca
- b) Regular
- c) Demasiada

10.- ¿Cuándo terminas de comer aún sientes hambre?

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Frecuentemente
- d) Muy frecuentemente
- e) Siempre

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En cada una de las siguientes afirmaciones seleccione la opción que describa mejor tu manera de ser y/o de pensar. Recuerde que el éxito de nuestra investigación depende de qué tan sincera sean sus respuestas. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas.

- A Nunca
- B A Vezes
- C Frecuentemente (aprox. la mitad de las veces)
- D Muy Frecuentemente
- E Siempre

1.- Cuido que mi dieta sea nutritiva	A	B	C	D	E
2.- Siento que la comida me tranquiliza	A	B	C	D	E
3.- Evito comer harinas y/o pastas para no subir de peso	A	B	C	D	E
4.- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o la depresión	A	B	C	D	E
5.- Procuro comer verduras	A	B	C	D	E
6.- Me la paso " murliéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	A	B	C	D	E
7.- Comer de más me provoca sentimientos de culpa	A	B	C	D	E
8.- Soy de las que se hartan (se llenan de comida)	A	B	C	D	E
9.- Ingiere comidas y/o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso	A	B	C	D	E
10.- Me avergüenza comer tanto	A	B	C	D	E
11.- Como lo que es bueno para mi salud	A	B	C	D	E
12.- Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	A	B	C	D	E
13.- Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	A	B	C	D	E
14.- Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme	A	B	C	D	E
15.- Procuro mejorar mis hábitos alimenticios	A	B	C	D	E
16.- Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre	A	B	C	D	E
17.- "Partezco el club" de las que para controlar su peso se saltan comidas	A	B	C	D	E
18.- No siento apetito o ganas de comer pero cuando empiezo nada me detiene	A	B	C	D	E
19.- Como desapacio y/o me llevo más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso	A	B	C	D	E
20.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgada	A	B	C	D	E
21.- No me gusta comer con otras personas	A	B	C	D	E
22.- Soy de las que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque tanto se engorder	A	B	C	D	E
23.- No como aunque tenga hambre	A	B	C	D	E
24.- Sostengo verdaderas luchas conmigo misma antes de consumir alimentos engordadores	A	B	C	D	E
25.- Procuro estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada	A	B	C	D	E
26.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas	A	B	C	D	E
27.- Siento que como más de lo que la mayoría de la gente	A	B	C	D	E
28.- No soy consciente (no me doy cuenta) de cuanto como	A	B	C	D	E
29.- Siento que no puedo parar de comer	A	B	C	D	E
30.- Como sin medida	A	B	C	D	E
31.- Me cuesta pensar que pueda perder el control de mi forma de comer	A	B	C	D	E
32.- Me deprimio cuando como de más	A	B	C	D	E
33.- Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan	A	B	C	D	E

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- 34.- Siento que mi forma de comer es solo de mi control
 35.- Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno
 36.- Siempre estoy a dieta, la rompo y vuelvo a empezar
 37.- Me sorprende pensando en la comida
 38.- Suelo comer malivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero como mucho)
 39.- Como a escondidas
 40.- Distrajo cuando como con otras personas
 41.- Como hasta sentirme incófortablemente llena
 42.- No tengo horario fijo para las comidas, como cuando puedo
 43.- Siento que como más rápido que la mayoría de la gente
 44.- Pasa por periodos en los que siento que podría comer sin parar
 45.- Como con moderación
 46.- Dificilmente pierdo el apetito
 47.- Tengo problemas con mi forma de comer
 48.- Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer

A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E
A	B	C	D	E

SECCION K

Lee con cuidado las siguientes preguntas y contesta lo más honestamente posible.

- 1.- ¿Qué peso te gustaría tener?
 a) Mucho menor del que actualmente tengo
 b) Menor del que actualmente tengo
 c) El mismo que tengo
 d) Más alto del que actualmente tengo
 e) Mucho más alto del que actualmente tengo
- 2.- ¿Cómo te sientas con tu figura?
 a) Muy satisfecha
 b) Satisfecha
 c) Indiferente
 d) Insatisfecha
 e) Muy insatisfecha
- 3.- Con respecto a la que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:
 a) Muy por debajo de él
 b) Por debajo de él
 c) Estás en tu peso ideal
 d) Por arriba de él
 e) Muy por arriba de él

¿Qué tan importante crees que es la figura (apariencia) para tener éxito en los siguientes aspectos de la vida?

	Muy importante	Importante	Importancia Regular	Poco importante	Muy Poco importante
4.- Con el sexo opuesto	A	B	C	D	E
5.- Entre tus amigos	A	B	C	D	E
6.- Para conseguir trabajo	A	B	C	D	E
7.- En las escuelas	A	B	C	D	E
8.- Con la familia	A	B	C	D	E

9.- De acuerdo con la siguiente escala, tú te consideras:

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| a) Obesa | Muy gorda |
| b) Con sobrepeso | Gorda |
| c) Con peso normal | Ni gorda ni delgada |
| d) Peso por abajo del normal | Delgada |
| e) Peso muy por abajo del normal | Muy delgada |

10.- Llegar a estar gorda:

- a) Me preocupa mucho
- b) Me preocupa
- c) Me preocupa de manera regular
- d) Me preocupa poco
- e) No me preocupa

11.- ¿ A qué edad empezó a preocuparte tu peso corporal?

_____ Años

12.- Cómo me ven los demás:

- a) Me preocupa mucho
- b) Me preocupa
- c) Me preocupa de manera regular
- d) Me preocupa poco
- e) No me preocupa

13.- Es más importante cómo se siente mi cuerpo que cómo se ve:

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indecisa
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

14.- Me gusta la forma de mi cuerpo:

- a) Muy de acuerdo
- b) De acuerdo
- c) Indecisa
- d) En desacuerdo
- e) Muy en desacuerdo

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SECCION L

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 parejas de características contrarias. Tú debes decir a cual de esas dos características se aproxima más tu cuerpo.

Por ejemplo:

Mis manos son:	A	B	C	D	E	
1 Grandes	_____	_____	_____	_____	_____	Pequeñas

En este ejemplo te preguntamos por tus manos y te presentamos una pareja de características contrarias (grandes-pequeñas)

Si tú crees que tus manos son grandes contestarás la letra A, si piensas que son pequeñas marcarás la letra E. Si opinas que son algo grandes elegirás la letra B (como en el caso del ejemplo) y si crees que tus manos son algo pequeñas elegirás la letra D. Finalmente, si tus manos no son ni grandes ni pequeñas responderás en la letra C.

Mi Cuerpo es:	A	B	C	D	E	
1 Agil	_____	_____	_____	_____	_____	Torpe
2 Sano	_____	_____	_____	_____	_____	Enfermo
3 Alto	_____	_____	_____	_____	_____	Bajo
4 Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
5 Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flojido
6 Grueso	_____	_____	_____	_____	_____	Delgado
7 Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Boto
8 Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
9 Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
10 Gordo	_____	_____	_____	_____	_____	Fino
11 Proporciónado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporciónado

Mi Cara es:	A	B	C	D	E	
12 Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fea
13 Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande
14 Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Boto
15 Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
16 Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
17 Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flojida
18 Proporciónada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporciónada

Mi Busto es:	A	B	C	D	E	
19 Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Feo
20 Atlético	_____	_____	_____	_____	_____	Boto
21 Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
22 Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
23 Proporciónado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporciónado
24 Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Flojido
25 Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MI Tórax es:		A	B	C	D	E	
26	Bonito	_____	_____	_____	_____	_____	Fco
27	Adónico	_____	_____	_____	_____	_____	Sofo
28	Bien Formado	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formado
29	Atractivo	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivo
30	Proporcionado	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionado
31	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Fácil
32	Chico	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

Mis Brazos son:		A	B	C	D	E	
33	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Fcos
34	Adónicos	_____	_____	_____	_____	_____	Sofo
35	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
36	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
37	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados
38	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Fáciles
39	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

MI Espalda es:		A	B	C	D	E	
40	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fca
41	Adónica	_____	_____	_____	_____	_____	Sofo
42	Bien Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formada
43	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
44	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada
45	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Fácil
46	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

MI Cintura es:		A	B	C	D	E	
47	Bonita	_____	_____	_____	_____	_____	Fca
48	Adónica	_____	_____	_____	_____	_____	Sofo
49	Mal Formada	_____	_____	_____	_____	_____	Bien Formada
50	Atractiva	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractiva
51	Proporcionada	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionada
52	Firme	_____	_____	_____	_____	_____	Fácil
53	Chica	_____	_____	_____	_____	_____	Grande

Mis Gúrticos son:		A	B	C	D	E	
54	Bonitos	_____	_____	_____	_____	_____	Fcos
55	Adónicos	_____	_____	_____	_____	_____	Sofo
56	Bien Formados	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formados
57	Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
58	Proporcionados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionados
59	Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Fáciles
60	Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Mis Piernas son:	A	B	C	D	E	
61 Bonitas	_____	_____	_____	_____	_____	Fecas
62 Adeltas	_____	_____	_____	_____	_____	Bofas
63 Bien Formadas	_____	_____	_____	_____	_____	Mal Formadas
64 Atractivos	_____	_____	_____	_____	_____	No Atractivos
65 Proporcionalados	_____	_____	_____	_____	_____	Desproporcionalados
66 Firmes	_____	_____	_____	_____	_____	Flopidos
67 Chicos	_____	_____	_____	_____	_____	Grandes

SECCION N

1.- ¿ Llaman tu atención los anuncios de televisión que promueven productos adictivos?

- a) Siempre
- b) A Veces
- c) Nunca

3.- ¿ Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, la celulitis, la dieta, etc.?

- a) Siempre
- b) A Veces
- c) Nunca

5.- Consideras que perteneces a la clase social:

- a) Alta
- b) Media
- c) Baja

7.- ¿ Tienes algún familiar que haya sido diagnosticado de diabetes mellitus, hipertensión o otros trastornos alimentarios?

- a) Sí
- b) No

9.- ¿ Has recibido en alguna ocasión tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- a) Sí
- b) No

11.- ¿ Tuvieste sobrepeso en tu infancia?

- a) Sí
- b) No

2.- Cuando vas por la calle ¿ Te fijan en las personas para ver si están gordas o delgadas?

- a) Siempre
- b) A Veces
- c) Nunca

4.- ¿ Siempre debes de seguir una dieta adictiva cuando vas a ver un anuncio dedicado a esos productos?

- a) Siempre
- b) A Veces
- c) Nunca

6.- ¿ Tienes algún familiar cercano que esté o haya estado en tratamiento psicológico?

- a) Sí
- b) No

8.- En caso afirmativo, ¿quién es?

- a) Padre
- b) Madre
- c) Hermana/o
- d) Tío (a)
- e) Abuelo (a)
- f) Otros. Especifica

10.- En la actualidad, ¿ estás en tratamiento con algún psicólogo o psiquiatra?

- a) Sí
- b) No

12.- ¿ Te pesas habitualmente?

- a) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
- b) No. Pasa a la pregunta 14

13.- Si tu respuesta es afirmativa, ¿cada cuánto te pesas?

- a) Cada día
- b) De 2 a 3 veces por semana
- c) De vez en cuando

15.- Si alguien lo ha hecho, ¿quién era?

- a) Tu madre
- b) Tu padre
- c) Tu hermano/a
- d) Tío (a)
- e) Abuelo (a)
- f) Otros, Especifica

17.- ¿ Quién se ha burlado de tí?

- a) Novio
- b) Amigo (a)
- c) Compañeros de clase
- d) Vecinos

19.- ¿ Te sientes presionada por tus compañeros y compañeras para estar más delgada?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Siempre
- d) Mucho más llena

21.- ¿ Has adelgazado más de 5 kilos durante los últimos 6 meses?

- a) Sí
- b) No

23.- ¿ Te ves gorda aunque los demás te digan que estás muy delgada?

- a) Sí
- b) No

14.- ¿ Algún miembro de tu casa te ha criticado o se ha burlado de ti por tu figura o por tu peso?

- a) Sí. Pasa a la siguiente pregunta
- b) No. Pasa a la pregunta 16

16.- ¿ Alguien te ha criticado o se ha burlado de ti por tu cuerpo o por tu peso?

- a) Sí
- b) No

18.- ¿ Crees que si fueras más delgada tendrías más amigas y amigos de los que actualmente tienes?

- a) Sí
- b) Probablemente
- c) No

20.- Si te comparas con otras chicas de tu misma edad, ¿cómo te ves?

- a) Mucho más delgada
- b) Un poco más delgada
- c) Delgada
- d) Un poco más llena

22.- ¿ Te da mucho miedo aumentar de peso, aunque los demás piensen que estás muy delgada?

- a) Sí
- b) No

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**