



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

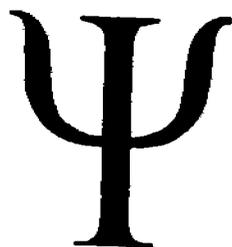
FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONDUCTA ALIMENTARIA DE RIESGO Y PESO
CORPORAL EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES
MEXICANAS

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N:
HUERTA CONTRERAS ELIZABETH
LOPEZ RAMIREZ SANDRA A.

DIRECTORA DE TESIS: DRA. GILDA GOMEZ PEREZ-MITRE

COMITE: DRA. LUCY REIDL MARTINEZ
MTRA. OLGA BUSTOS ROMERO
MTRO. JORGE PEREZ ESPINOZA



MEXICO, D.F.

2005

m. 342780



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a nuestra querida Universidad Nacional Autónoma de México el apoyo dado durante nuestros años de estudio; así como la oportunidad de ser estudiantes de una de las Universidades más importantes de América Latina.

Nuestro eterno agradecimiento a la Dra. GILDA GÓMEZ PÉREZ-MITRÉ por darnos su apoyo y experiencia.

A los miembros que conforman el jurado gracias por brindarnos su tiempo.

Dra. Lucy Reidl Martínez

Mtra. Olga Bustos Romero

Mtro. Jorge Rogelio Pérez Espinoza

A Silvia, gracias por tu apoyo incondicional

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Elizabeth Huerta Cortez

FECHA: 8/10/05
FIRMA: [Firma]

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Salvadora Anguilla Lopez Ramirez
FECHA: 8/10/05
FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS:

A mi papá:

Gracias por apoyarme siempre que lo necesite, por protegerme, cuidarme, y quitarme el pan de la boca para dármelo. Te quiero.

A mi mamá:

Gracias por buscar nuestro bienestar, por tu paciencia y cariño. Te admiro

A mi esposo Daniel:

Por tu apoyo incondicional, por los buenos momentos que me has dado, por lo que he aprendido de ti, te admiro, pero sobre todo, te amo.

A mi hijo Danielito que es lo más valioso y hermoso que me ha dado la vida y que es, mi principal motor para seguir adelante.

A mi hermana Rocío y a su hijo C. Antonio que me dieron un ejemplo de vida, y aunque se nos adelantaron en el camino, por siempre vivirán en nuestro corazón.

A mis queridas: Verónica, Jacqueline, Marielena e Irma gracias por ser mis hermanas.

ÍNDICE

Resumen	
Introducción.....	1
Capítulo 1; Adolescencia.....	10
Desarrollo físico.....	10
Desarrollo de caracteres sexuales.....	10
Desarrollo intelectual.....	11
Desarrollo Moral.....	12
Egocentrismo.....	13
Apariencia Corporal.....	17
El Adolescente obeso.....	18
Capítulo 2; Conducta Alimentaria.....	21
Teoría de la patología familiar.....	22
Teoría sociocultural.....	22
Factores de riesgo.....	23
Trastornos de la alimentación.....	25
Anorexia Nervosa.....	25
Bulimia Nervosa.....	28
Capítulo 3; obesidad.....	32
Causas.....	33
Clasificación.....	34
Criterios cuantitativos.....	35
Índice de Quetelet o índice de masa corporal.....	37
Criterios diagnósticos.....	39
Implicaciones de la obesidad.....	41
Aspectos psicológicos.....	42
Capítulo 4; Plan de investigación.....	44
Definición de variables.....	44
Índice de masa corporal.....	44
Hipótesis de trabajo.....	45
Método.....	45
Instrumentos, mediciones y aparatos.....	46
Procedimiento.....	46
Capítulo 5; Resultados.....	48
Capítulo 6; Discusión y conclusiones.....	62
Referencias.....	65
Anexos.....	69

RESUMEN

El propósito del presente estudio* fue determinar la relación entre las variables conducta alimentaria de riesgo y peso corporal, en mujeres estudiantes de secundarias públicas del Distrito Federal, de nivel socioeconómico medio y bajo. La muestra inicial fue de (N = 200) estudiantes, mismas que se subdividió en: tres grupos, n1 = 12 adolescentes que puntuaron alto en el factor de Conducta Alimentaria Normal (CAN); n2 = 12 adolescentes que puntuaron alto en el factor de Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC) y n3 = 12 adolescentes que puntuaron alto en el factor de Dieta Crónica y Restrictiva (DCR), quedando así una muestra total de 36 mujeres. Se aplicó el cuestionario denominado Alimentación y Salud (XX) con la finalidad de conocer las conductas alimentarias de riesgo. El estudio de tipo confirmatorio, se ajustó a un diseño de tres grupos con observaciones independientes. Entre los principales resultados se encontró que el Índice de Masa Corporal (IMC) promedio de las adolescentes del grupo de Conducta Alimentaria Normal (CAN), clasificó con sobrepeso, no siendo así para los grupos de Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC) Y Dieta Crónica y Restrictiva (DCR), que clasificaron con un IMC de normopeso. Por último, se concluye que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos (CAN, CAC Y DCR), ya que se obtuvo una significancia mayor de 0.05

*Forma parte del proyecto "Maltrato infantil como factor de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria." CONACYT No. 40597-S

INTRODUCCIÓN

Existen ocasiones en que estamos tan ocupados por algunos asuntos que acontecen a nuestro alrededor, que nos olvidamos hacer otras cosas, como aquellas relacionadas con la comida. Actualmente vivimos en una sociedad y en un mundo donde los trastornos del comportamiento alimentario están aumentando alarmantemente. El despliegue del desarrollo tecnológico y la rapidez con que las grandes ciudades marcan el ritmo de vida, incrementan una cultura de nutrición y dietas que no contienen los elementos nutritivos necesarios para el cuerpo, exagerados en grasas, carbohidratos y azúcares.

La edad es un factor determinante, en algunas ocasiones, para que se den los desórdenes de la alimentación, aunque puede presentarse en diferentes edades; hasta la fecha la etapa de vida más vulnerable es la adolescencia, debido a los cambios hormonales y a la búsqueda de identidad que hacen que los jóvenes modifiquen su calidad de comida y de vida. Las presiones sociales más importantes en esta etapa son las de los grupos en donde los chicos se desenvuelven, la familia y los medios de comunicación influyen en las ideas de los adolescentes, ya que éstos proponen patrones específicos de estética y moda.

El propósito del estudio será analizar la relación entre la conducta alimentaria de riesgo y el peso corporal de las jóvenes adolescentes, que es la población más afectada por los trastornos alimentarios.

Debe destacarse la necesidad de detectar factores de riesgo para intervenir y, de esta manera, prevenir los desórdenes de la conducta alimentaria. Mediante la información y resultados obtenidos, se podrá trabajar en el desarrollo de programas preventivos de trastornos de la alimentación, así como, promover la salud e incrementar la calidad de vida de los y las adolescentes.

El capítulo I está dedicado al adolescente, aquí se revisan algunas definiciones de adolescencia. También se encuentra el desarrollo físico, intelectual, moral y social por las que atraviesa el adolescente. Se explica la conducta de egocentrismo que es característica de esta etapa, así como también se resalta la importancia de su apariencia corporal, las repercusiones que tiene la obesidad para el adolescente en la vida cotidiana.

En el capítulo II se habla de la conducta alimentaria, las teorías sobre la etiología de los trastornos alimentarios, tales como la teoría de la patología familiar y la teoría sociocultural. Se mencionan los factores de riesgo en los que el adolescente puede caer. Por último se revisan los orígenes de los trastornos de la alimentación, en específico de la anorexia y la bulimia nervosa, así como también algunos trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica.

El capítulo III está dedicado a la obesidad, algunas definiciones, sus causas, su clasificación, criterios cuantitativos, criterios diagnósticos, así como también las implicaciones físicas y psicológicas de la obesidad.

Nuestro plan de investigación se encuentra en el capítulo IV, también la definición de variables, operacionales y conceptuales, la hipótesis, método y los instrumentos y aparatos que fueron utilizados para la investigación.

En el capítulo V observaremos los resultados, la descripción de la muestra y la descripción de las variables, así como también sus gráficas.

Por último en el capítulo VI, se discuten y se explican los resultados, también se elaboran las conclusiones de la investigación.

La adolescencia es el lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta. Generalmente comienza alrededor de los 12 y 13 años y termina entre los 19 y 20 años. Este período se hace presente con los cambios fisiológicos de la pubertad; incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales y la maduración de las funciones reproductivas de los órganos sexuales primarios, así como la aparición de las características sexuales secundarias (Papalia y Wendkos, 1992, pp. 342-344).

Existen también cambios psicológicos que caracterizan esta etapa:

A) En lo Intelectual, según Piaget, (citado por Papalia y Wendkos, 1992, pp. 360-366) el adolescente se encuentra en la etapa de operaciones formales, en la cual utiliza el método hipotético - deductivo, es decir, puede emprender un razonamiento causal y dar explicaciones científicas a los sucesos.

Su egocentrismo se ve reducido a lo que Piaget llama fábula personal y público imaginario; esto último se refiere a que él o la joven suele creer que es el centro de atención, mientras que la fábula personal se utiliza para designar la persuasión que tiene el adolescente de que sus sentimientos y experiencias son únicas.

B) Personalidad: La tarea principal del adolescente es la búsqueda de su identidad. Es en esta etapa, cuando empiezan a manifestarse la atracción sexual, la socialización, las actividades de grupo, la planeación vocacional y las preparaciones para formar una familia, todo ello conlleva un período de vacilación y emociones contradictorias.

El adolescente busca identificarse con una figura positiva aunque a veces la sociedad lo orilla a identificarse con una figura negativa, porque prefiere ser negativo a no ser nada o se puede refugiar en la seudo identidad, que son las expresiones manifestadas de lo que quiere ser o pudiera ser y que oculta su identidad latente.

La actitud social reivindicadora se da debido a la identificación del adolescente con el adulto del mismo sexo y la regresión de éstos, así como por el sentimiento que les trae la competencia o reemplazo, el sujeto se enfrenta al desprendimiento de la situación infantil y a la entrada al mundo de los adultos, peligroso e indefinido, provocando una actitud de querer cambiar al mundo. Son típicas las constantes fluctuaciones de humor, que se usan como mecanismos proyectivos y de duelo por pérdida de algo. (Papalia y Wendkos, 1992).

C) Desarrollo Moral: Conforme al modelo del desarrollo moral propuesto por Kohlberg, 1973 (citado en Papalia y Wendkos en 1992), se establece por contrato social-conventional; y la que proviene de los principios éticos post-conventionales, requieren procesos del pensamiento en el adolescente.

De acuerdo con Papalia y Wendkos (1994), los estudios sobre la

educación moral, indican que los estudiantes pueden progresar a etapas posteriores cuando se les presentan cuestiones morales de creciente complejidad y soluciones alternativas, situaciones que se les manifiestan en esta etapa, aunque no se ha precisado si esta formación puede mejorar la conducta moral junto con el razonamiento ético.

La incertidumbre que siente el adolescente por su papel social, puede dar origen a muchos de sus problemas como son: conflictos padre-hijo, aflicciones súbitas y violentas, pandillas o grupo de muchachos con los que está vigorosamente vinculados; un elemento importante de cada uno de estos problemas es la búsqueda de querer encontrar su independencia sin sacrificar su seguridad, pero nada le produce mayor preocupación y depresión que el sentimiento de no ser igual a los demás. Carece de un sentimiento claro de lugar que ocupa en el hogar; tiende más a recibir la influencia de las creencias y aptitudes de los grupos con los que convive. Es por esa razón, que unas de las preocupaciones más comunes es la apariencia física, muchos no están satisfechos con lo que ven en el espejo Siegel, 1982 (citado en Bruchon - Schweitzer, 1992). Cuidan su peso, su complexión y sus rasgos faciales. Los chicos, requieren ser altos y de hombros anchos, por el poder físico que pueden ejercer en el medio, y las chicas quieren ser delgadas, pero bien formadas. Cualquier cosa que haga creer a los chicos que parecen femeninos o a las niñas que parecen masculinas, los hace sentirse infelices. Ellas tienden a sentirse menos felices acerca de su apariencia que los chicos de la misma edad, probablemente porque nuestra cultura hace más énfasis en los atributos físicos de la mujer (Clifford, 1971; Siegel, 1982; citados en Bruchon-Schweitzer, 1992).

Lavrakas, 1975 (citado en Bruchon-Schweitzer, 1992) menciona que la valoración cultural de un cuerpo femenino es seductor y la de un cuerpo masculino es eficiente. También los medios de comunicación manipulan la tendencia a la intolerancia vendiéndoles imágenes estereotipadas de jóvenes atractivos sin torpezas, ni problemas de peso. La imagen publicitaria, el diseño y la moda han convertido a la obesidad y sobre peso en el principal problema de los adolescentes. Esta obesidad es clasificada de diversas maneras pero la más aceptada es la etiológica, que la señala como la causa de enfermedades genéticas que son un porcentaje muy bajo, en su mayoría la causa es que la ingesta de alimentos es mayor al gasto energético, por lo que se produce un desequilibrio en el organismo que se traduce en almacenamiento de grasa en el cuerpo.

Los factores que desencadenan la obesidad, son todos los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que suceden en la vida de un individuo y que pueden provocar estados de estrés o generar tensiones. Todo lo que signifique cambio bueno o malo, puede actuar como Factor Desencadenante (FD).

Factores fisiológicos: menarca, embarazo, menopausia, intervenciones quirúrgicas o enfermedades.

Factores psicológicos: nacimiento de un hermano, comienzo en la escuela, casamiento. Factores sociales: publicidad, confort, presión social, los ascensos y descensos socioeconómicos.

Muchas veces se confunde el factor desencadenante con la causa de la obesidad y debe entenderse al FD como disparador de la enfermedad

ya presente en el individuo (Cormillot, 1988).

La obesidad se define como la acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en aumento de peso corporal. (Saldaña y Russel, 1989) Se presume que ésta es generalmente el resultado de comer más de lo necesario, y se estima en gran parte que los adultos y adolescentes obesos, sufren alguna forma de debilitamiento de la "voluntad". Sin embargo, hay factores de riesgo, que parecen hacer a una persona más propensa a la obesidad que a otra.

Estos factores pueden ser regulación genética del metabolismo del cuerpo (se da frecuentemente en algunas familias), historia del desarrollo (algunos niños no pueden distinguir las claves que les da su cuerpo del hambre y al hartazgo, y algunas personas desarrollan anormalmente un gran número de células de grasa durante la infancia), inactividad física, estrés emocional y lesión cerebral.

Según Withers (1964), diversas causas pueden originar la obesidad. En los seres humanos no ha podido demostrarse la transmisión genética pero sí se conoce la incidencia familiar en la obesidad. El 95% de los obesos tienen antecedentes familiares, pero es difícil deslindar la influencia genética propiamente dicha de los condicionamientos ambientales que origina la convivencia con un progenitor obeso.

Ahora bien, existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad: En función de los rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o también según la causa.

En lo referente a la edad de comienzo de la obesidad (criterio cronológico) se distinguen dos formas: Obesidad infantil, que se inicia en la infancia del sujeto y la obesidad adulta, que se inicia después de la adolescencia.

Stunkard (1984), clasificó la obesidad en tres categorías: 1) leve, que corresponde del 20 al 40% de sobrepeso; 2) moderada, que va del 41 al 100% de sobrepeso y; 3) severa, cuando el sobrepeso excede al 100%. Se ha encontrado que la obesidad aparece con mayor frecuencia entre las mujeres en la infancia y a partir de los 50 años, mientras que los hombres parecen alcanzar su peso máximo antes que las mujeres, Ley, 1980 (citado en Gama, 1999).

Otros estudios señalan una mayor frecuencia de obesidad en mujeres que en hombres, aunque mayores porcentajes de sobrepeso en éstos que en las mujeres (Bonjontorp, 1985; citado en Gama, 1999).

Las características morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad, se distinguen dos tipos diferentes: la obesidad hipertrófica y la obesidad hiperclásica. La primera se caracteriza por el aumento de contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas y es más común en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta. La obesidad hiperclásica se caracteriza por el aumento del número de las células adiposas, puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico y es más frecuente en la obesidad que aparece en la infancia Hirsch, 1976 (citado en Gama, 1999).

De acuerdo con Gama (1999, p. 49) los hábitos alimentarios juegan un papel importante en la obesidad, señala que los obesos comparten las

siguientes pautas de comportamiento relacionadas con la alimentación:

- 1) El consumo de comidas copiosas.
- 2) La ingesta excesiva de hidratos de carbono o de grasas.
- 3) El comer desordenadamente a cualquier hora del día.
- 4) Comer con rapidez y hacerlo viendo televisión o leyendo.
- 5) Saltarse alguna (s) comida (s) del día.
- 6) Comer como respuesta al estrés psicológico; "hambre emocional".

Aunque, Gold (1976), clasificó los patrones alimentarios de acuerdo al ajuste emocional del individuo: a) la actividad oral funciona como un mecanismo de adaptación ante la presencia de signos de ansiedad, tensión, tristeza y frustración; b) el hambre reemplaza situaciones de excitación, melancolía o ira y; c) la comida actúa como una droga para hacer frente a la carencia de ajuste social.

Gama (1999), señala que la obesidad trae diversas implicaciones fisiológicas:

- 1) Falta de energía y letargo, ya que, al consumir más calorías para mover una masa mayor, la actividad se hace especialmente laboriosa, debido a esto, la obesidad acrecenta la tendencia a la inactividad.
- 2) La obesidad con frecuencia se complica por diversos problemas médicos, ya que, conforma las personas aumentan de peso, la mayor parte del tiempo tienden a sentirse cansados por lo que pueden tener dificultades al dormir, es decir, presentan dificultad para respirar cuando duermen. Estos problemas del sueño pueden ser indicadores de una condición severa llamada apnea del sueño (en donde las personas generalmente roncan y tienen episodios en los cuales dejan de respirar hasta por un minuto), la cual por falta de respiración puede conducir incluso a ataques cardíacos.
- 3) La obesidad aumenta en riesgo de desarrollar enfermedades como diabetes, presión arterial alta y demás enfermedades cardiovasculares, arterosclerosis, algunos tipos de cáncer, artritis, y enfermedades de la piel, entre otras.
- 4) La actividad sexual es otro aspecto que se ve afectado.

En relación con las implicaciones psicológicas de la obesidad se encuentran:

- 1) No sentirse bien consigo mismo (baja autoestima, tristeza, enojo, ansiedad).
- 2) La manera en que por su condición los demás lo tratan (rechazo, juicios que emiten los demás acerca de su persona y su peso).
- 3) No sentirse sexualmente deseados (o atractivos).
- 4) Poseen sentimientos de no tener control, de ser "anormales, raras" o el estar obsesionados por la comida.
- 5) Siempre estar preocupados o incómodos acerca de lo que van a comer (estar siempre pensando en bajar de peso y en hacer dietas).
- 6) No encontrar ropa que les quede. Generalmente estas personas presentan un auto concepto devaluado, ya que visualizan su cuerpo como grotesco y horrendo, de ahí que sienten desprecio por él.

Cornillot, Zakerfeld, Olkies y Murva (1977, pp. 220, 274-276), señalan que existen aspectos psicológicos generales en el adolescente:

Pasividad: Según Mayer, es la característica de la obesidad más importante que se presenta en los adolescente. Debido a que permanecen inmóviles del 80 al 90% del tiempo de juego, mientras que los normales no más del 50%.

Trastorno de la imagen corporal: Los obesos que tienen este trastorno son los que comienzan su enfermedad en infancia y adolescencia, especialmente si la situación familiar está perturbada. Es de gran importancia la edad de comienzo de la obesidad en relación con la imagen corporal. La adolescencia es un período definitorio más importante en relación con los disturbios de la imagen corporal que la infancia. Es decir, que si se es obeso desde niño y no en la adolescencia habría menos probabilidades de distorsión corporal que en caso contrario. Es importante señalar la presión externa (actitud de padres y amigos) y la necesidad de integración heterosexual durante la adolescencia como aspectos que determinarían las distorsiones del esquema corporal. Las frustraciones de diverso tipo en este período intensifican las imágenes negativas, y las gratificaciones las imágenes positivas de sí mismo.

Las dificultades observadas en los obesos se agrupan en tres tipos de trastorno:

- a) visión de uno mismo: objetivada en la incapacidad de verse en el espejo.
- b) visión de sí mismo frente a los demás: timidez a ideas equivocadas acerca de cómo son vistos.
- c) visión de sí mismo frente al sexo opuesto: como una forma especial de inhibición y hostilidad hacia el sexo opuesto.

Rol Familiar: Los adolescentes obesos tienen un alto grado de dependencia de las figuras parentales, especialmente de la figura materna, tienen notables dificultades para canalizar la agresión en relación con esa dependencia, y están expuestos a las contradicciones de la comunicación familiar, especialmente de las familias denominadas "obesogénicas", que se asocian con la obesidad del desarrollo.

Sobrealimentación: Es la característica más clásica y conocida y la conducta alimentaria del adolescente es básica en el desarrollo de su obesidad.

En cuanto a las implicaciones sociales, las personas obesas enfrentan prejuicios y discriminación en el trabajo, la escuela y demás situaciones sociales, por lo que son comunes los sentimientos de rechazo, vergüenza y depresión. Por todo esto, las personas con obesidad sufren los efectos emocionales, psicológicos y sociales con su exceso de peso. Con toda esta carga y estas actitudes socioculturales no resulta extraño entonces, que el individuo con obesidad vea afectada de manera importante su aspecto afectivo y toda su vida en sí (Gama, 1999).

No existe la menor duda de que en nuestra cultura la obesidad no es bien vista. Vivimos en una sociedad obsesionada con el físico y con el ideal de lucir bien, por lo que desafortunadamente los que empatizan y se interesan en la gente obesa son muy pocos. La actitud y el trato hacia un individuo obeso es notablemente distinto en comparación con un individuo de apariencia física deseable. Este rechazo social puede generar sentimientos de inferioridad y puede agravar la enfermedad, exacerbando la tendencia al aislamiento y los sentimientos hostiles y depresivos.

Es por esto, que los adolescentes, en muchas ocasiones, inician una conducta alimentaria, donde, desde la perspectiva de la psicología social, puede tornarse como conducta de riesgo (dietas restrictivas, atracones, ayunos) directamente relacionadas con el estado de salud o enfermedad

del sujeto individual o colectivo en el individuo. Establecen controles cognoscitivos que marcan señales de cuándo y dónde comer a contrario de los sujetos que comen por hambre cuando el cuerpo lo requiere. El seguimiento de dietas inadecuadas, da como resultado alteraciones físicas como agotamiento, frío excesivo, en los mejores casos; en otros pueden resultar enfermedades graves como desnutrición, anemia, anorexia y bulimia nervosa (Gómez Pérez-Mitré, 2001).

La dieta restrictiva es un factor de riesgo ligado a la conducta alimentaria, dentro de este tipo de dietas se pueden observar conductas de riesgo para la salud como el ayuno, saltar comidas, huelgas e inhibidores del hambre, ejercicio excesivo, prácticas de expulsión como el vómito inducido, uso de laxantes o diuréticos que evacúan rápidamente alimentos y agua del cuerpo; pero las dietas al contrario de lo que se pudiera pensar disminuyen el metabolismo basal, porque la privación de alimento obliga al cuerpo a consumir menos energía y por otra parte se intensifica con cada intento de adelgazar un mecanismo muy eficiente que almacena grasa en el cuerpo para prevenir los períodos de privación (Moley, Moley y Dyrenforth, 1982; citado en Gómez Pérez-Mitré, 1993).

Es ampliamente conocido el hecho de que las personas que se someten voluntariamente a una dieta prolongada, padecen posteriormente una gran variedad de síntomas tanto físicos como psicológicos. Muchos expertos en el tema han señalado que la pérdida de peso puede producir ansiedad, depresión o incluso psicosis (Bruch 1973; Stunkard, 1957; Stunkard y Rush, 1974; citados en Saldaña y Russell, 1989).

En cuanto al criterio cuantitativo, se distinguen tres formas denominadas sobrepeso, obesidad y obesidad extrema o mórbida, y para determinarlas por lo general se utiliza el IMC (Índice De Masa Corporal).

Dos son las mediciones que dada la calidad de información que aportan como indicadores y factibilidad de su levantamiento, pueden ser consideradas como las más adecuadas: el peso y la talla, los que referidos a la edad y 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); índice de masa corporal o segmento antropométrico (peso en Kg. y talla en m²) para la edad, además de otros índices compuestos que consideren simultáneamente varios indicadores antropométricos (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

PESO/TALLA(P/T)

Se utiliza en niños y adultos en relación con los valores de referencia aceptados. En personas con un grave estado de desnutrición (ingestión dietética insuficiente o infección reciente), el descenso del peso corporal es relativamente rápido. En adultos, en esta misma situación, la talla se mantiene casi invariable (se pierden de 1 a 10 cm cada 20 años después de la maduración) en tanto que en los niños se presenta un crecimiento muy lento. El P/T se utiliza como indicador de "desnutrición aguda" o "emaciación" y constituye uno de los más utilizados en casos de emergencia nutricia. Es de gran utilidad para evaluar el impacto de los programas de intervención, de asistencia o de ayuda alimentaria. También cuando se

desconoce la edad del niño y cuando no es posible establecer el monitoreo frecuente del peso que requieren los programas para la vigilancia del crecimiento (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

TALLA/EDAD T/E:

Establece la relación entre la estatura actual y la que debería tener el niño, según su edad, tomando como valor teórico el percentil 50 y determina la "desnutrición crónica". Su variable tiende a acelerarse durante los primeros dos años y declina gradualmente hasta el fin de la adolescencia (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

PESO/EDAD P/E:

Pronostica el riesgo de mortalidad en los menores de cinco años; generalmente se utiliza para valorar el estado nutricional de menores de dos años así como en programas de vigilancia del crecimiento. Su utilidad es mayor cuando se emplea como indicador longitudinal, ya que es ecosensible, por lo que detecta variaciones agudas de desnutrición en intervalos cortos (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

RELACIONES PESO/TALLA

Los más utilizados en el área de salud son:

PESO RELATIVO:

Se basa en la comparación de la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, la talla y el sexo del sujeto, la fórmula es:

$$\text{Peso relativo} = \frac{\text{Peso actual en kg. (100)}}{\text{Peso medio para la talla}}$$

El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones:

(Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997)

*Inferior a 90%: malnutrición o bajo peso.

*Entre 90 y 119%: normalidad.

*De 120 a 129.9%: sobrepeso grado I.

*Entre 130 y 139.9%: sobrepeso II u obesidad.

ÍNDICE DE QUETELET O ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):

Este indicador se conoce también como segmento antropométrico y es un buen indicador de la masa corporal de un individuo. Al relacionarse con la edad del sujeto nos da una dimensión de mayor dinamismo ya que incorpora 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, su fórmula es:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg}}{\{\text{talla en m}\}^2}$$

En el adulto se han establecido estándares de normalidad y límites para estimar el estado nutricional de los pacientes; se considera un valor 24.9 la

frontera de la normalidad.

Categoría	<i>Índice de Quetelet</i>
Emaciación	menor a 15
Bajo peso	15-18.9
Normal	19-24.9
Categoría	<i>Índice de Quetelet</i>
Sobrepeso	25-29.9
Obesidad	30-39.9
Obesidad severa	mayor a 40

El uso del índice de masa corporal tiene una carencia consensual con respecto a la definición operacional de cada una de las categorías consideradas para clasificar a los sujetos con base en su masa corporal. Es decir, no hay acuerdo para los criterios que deben ser utilizados para clasificar obesidad, sobrepeso y bajo peso (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

Se ha considerado que las referencias de peso y talla más apropiadas desde el punto de vista técnico, son las provenientes de las NCHS, recomendadas por las OMS, que a pesar de representar estándares para la población estadounidense, han mostrado ser válidas para otras poblaciones (citado en Gómez Pérez - Mitré y Saucedo, 1997).

Por último, cabe mencionar que el cuerpo hoy en día se ha convertido en un valor casi supremo de representación de lo que los individuos son o les gustaría llegar a ser (Howard, 1998). Se dice que la tarea más importante del adolescente es la elaboración de la imagen corporal, los adolescentes que tienen una buena imagen de sí mismos son adultos con una buena autoestima y confianza en sí mismos.

CAPÍTULO 1

ADOLESCENCIA

La adolescencia es el lapso comprendido entre la niñez y la edad adulta. Generalmente comienza alrededor de los 12 y 13 años y termina entre los 19 y 20 años. Este período se hace presente con los cambios fisiológicos de la pubertad; incluye un rápido crecimiento del cuerpo, la osificación de los huesos, cambios hormonales y la maduración de las funciones reproductivas de los órganos sexuales primarios, así como la aparición de las características sexuales secundarias (Papalia y Wendkos, 1992).

Existen diferentes tendencias con respecto al estudio de la adolescencia, por lo que solo se mencionarán algunas de sus muchas definiciones, así como también las características más generales que conforman esta etapa.

Para Buhler (1984), la adolescencia es "el periodo que empieza con la adquisición de la madurez fisiológica y termina con la adquisición de la madurez social, es decir, la asunción de los derechos y deberes sexuales, económicos, legales y sociales del adulto".

Kuhlen (1984), señala que la adolescencia es el periodo durante el cual tiene lugar la adaptación sexual, social, ideológica y vocacional y se pugna por independizarse de los padres. De ahí que desde el punto de vista psicológico, el criterio para fijar el fin de la adolescencia no responda a una edad cronológica determinada.

DESARROLLO FÍSICO

La relación de los adolescentes a la pubertad depende mucho de los patrones de pensamiento y sentimientos sobre la sexualidad que han tenido durante la niñez, de la reacción de sus padres y compañeros a su cambio de apariencia y las reglas de su cultura (tanto la de su grupo local como la del resto de la sociedad).

El género también influye substancialmente en la reacción de los jóvenes a los cambios físicos. Cada cultura define un tipo de cuerpo en particular como atractivo y sexualmente apropiado para cada sexo. Los jóvenes aprenden las características de su cuerpo ideal de los compañeros, de las expectativas de la familia y de las imágenes que ven en la televisión, las películas y las revistas (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

DESARROLLO DE CARACTERES SEXUALES

Las características sexuales primarias:

Son las que están más directamente relacionadas con la reproducción, especialmente los órganos sexuales, incluyendo los ovarios de la mujer, el útero, la vagina y los testículos del hombre, la glándula prostática, el pene y las vesículas seminales. El aumento gradual de estas partes del cuerpo ocurre durante la pubescencia y lleva a la maduración sexual.

Se considera al espermatozoide en la orina como el principal signo de

maduración sexual en los chicos, quienes vienen a ser fértiles tan pronto como el espermatozoide esté presente, el ritmo de la aparición del espermatozoide es altamente variable. Así como la llegada de la primera menstruación o menarquía en las chicas se considera como el verdadero indicador de la pubertad. La menarquía ocurre bastante tarde en la secuencia del desarrollo femenino, en promedio, una chica, en los E. U. tiene su primera menstruación a las 12 y medio años, más o menos dos años después de que sus senos comienzan a desarrollarse y su útero comienza a crecer y después de que su repentino aumento de estatura a disminuido.

Aunque en muchas culturas la menarquía es tomada como signo de que una niña se ha convertido en mujer, generalmente no hay ovulación en los primeros períodos menstruales, y muchas niñas, no están en capacidad para concebir hasta los 12 o 18 meses después de la menarquía. Algunas veces, sin embargo, la ovulación y la concepción ocurren en estos primeros meses (Papalia y Wendkos, 1992).

Características sexuales secundarias:

Son atribuciones fisiológicas de los dos sexos, que son signos de maduración sexual, pero que no intervienen directamente en los órganos sexuales. Estos incluyen los senos en las mujeres y el aumento de la amplitud torácica en los varones.

El primer signo de pubescencia en las chicas es generalmente el florecimiento de los senos, los pezones se agrandan y brotan. Las aureolas, áreas pigmentadas que rodean los pezones, se agrandan y los senos toman primero forma cónica y después redondeada. Generalmente los senos se han desarrollado completamente antes de comenzar la menstruación.

Varias formas de crecimiento de vello, incluyendo el vello púbico y el de las axilas, son también señal de maduración. Los chicos adolescentes generalmente reciben con agrado la aparición del pelo en la cara y en el pecho, pero las niñas comúnmente se sienten consternadas si una ligera cantidad de vello aparece en su cara y alrededor de los pezones.

La piel de los adolescentes tanto de las chicas como de los chicos se vuelve más dura y más grasosa, la creciente actividad de las glándulas sebáceas produce brotes de barros y espinillas. Las voces tanto de los hombres como mujeres se vuelve más profundas, parte en respuesta al crecimiento de la laringe y también - especialmente en los chicos - por la producción de hormonas masculinas. La mayoría de los chicos adolescentes que no tienen relaciones sexuales ni se masturban, experimentan una eyaculación de semen mientras duermen (sueño húmedo), pero son emisiones con una frecuencia regularmente moderada, lo cual es normal y puede estar relacionada o no con un sueño erótico (Papalia y Wendkos, 1992).

DESARROLLO INTELECTUAL

Operaciones Formales

La adolescencia es la etapa en que mucha gente alcanza el más alto nivel de desarrollo intelectual, el de las operaciones formales. El estadio de

las operaciones formales se caracteriza por la habilidad de tener pensamiento abstracto (Papalia y Wendkos, 1992).

El pensamiento abstracto, científico, de operaciones formales se desarrolla lentamente en la adolescencia; en un estudio, sólo el 32% de los jóvenes de 15 años y el 34% de los de 18, empleaban operaciones formales para resolver un problema (Blasi y Hoeffel, 1974). La mayoría de los de 13 años, que están en el umbral del pensamiento formal, pueden razonar sobre situaciones hipotéticas, pero sólo si éstas le permiten utilizar el conocimiento del mundo real para generar posibilidades (Markovits y Vachon, 1990). Puede que empleen el pensamiento formal en algunas situaciones, pero no en todas. Los adolescentes se van familiarizando cada vez más con las abstracciones pero aun cuando aparece el razonamiento formal, su desarrollo no se completa hasta finales de la adolescencia.

Existen amplias diferencias individuales en la velocidad con las que se desenvuelven las operaciones formales y su desarrollo generalmente puede estar amparado o entorpecido por el entorno social (Piaget, 1972). Gran parte de los estudios indican que el seguir de las operaciones formales depende de la experiencia en la educación.

Sin embargo, algunas personas de la sociedad sin escolarización, también desarrollan el pensamiento abstracto. Pueden razonar abstracta y sistemáticamente sobre situaciones familiares y acontecimientos que tienen algún significado en su cultura.

Una vez alcanzado el pensamiento formal, los adolescentes (y adultos) no lo usan de forma consistente. El tipo de razonamiento lógico que se necesita en la vida cotidiana raramente hace uso del pensamiento formal. Los adolescentes, aún cuando dejan de emplearlo, retienen gran parte de su capacidad para usarlo. De no ser así, no podrían desenvolverse correctamente. Hacia los 16 años, casi todos los adolescentes pueden pensar en abstracciones, han desarrollado un sentido de comunidad, alguna idea sobre lo correcto, alguna habilidad para darse cita de las consecuencias futuras y un sentido de los múltiples determinantes de una acción. Aunque puede que no apliquen estas habilidades uniformemente, especialmente en situaciones poco familiares o de estrés (Hoffman, Paris y Hall, 1996).

DESARROLLO MORAL

Para Kohlberg (1964), según sus estudios y teorías, la manera en que los niños piensan acerca de los aspectos morales depende tanto de su nivel de desarrollo intelectual como de su carácter y educación. Definen el "desarrollo moral" como el desarrollo de un sentido individual de la justicia. Lawrence Kohlberg (1964, p. 188-189), formuló una serie de dilemas morales y un sistema para valorar las respuestas a ellos. Encontró seis etapas en el desarrollo del juicio moral.

Nivel I: Premoral (De 4 a 10 años)

En este nivel es fundamental el control externo. Evitar romper las normas solo por el castigo, obedecer por obedecer y evitar causar daño físico a personas y a la propiedad.

Estadio 1. Moralidad Heterónoma

Evitar el castigo y el poder superior de las autoridades

Estadio 2. Individualismo, finalidad instrumental e intercambio

Seguir las normas sólo cuando es inmediato interés de alguien; actuar para conseguir los propios intereses y necesidades y dejar que los demás hagan lo mismo. Es correcto lo que es justo, lo que es un intercambio, un acuerdo, un trato.

Nivel II: Moralidad de la conformidad con el "rol" convencional (De 10 a 13 años)

Vivir en la forma en que la gente en general espera de su papel de hijo, hermano, amigo, etc.

Estadio 3. Mantenimiento de buenas relaciones

Ser una buena persona ante uno mismo y ante los demás, cuidar de otros. Creencia de la Regla de Oro, deseo de mantener las normas y la autoridad que mantengan los estereotipos de buena conducta.

Estadio 4. Sistema Social y Conciencia

Cumplir las obligaciones acordadas. Se deben mantener las leyes en casos extremos en donde entren en conflicto con otros deberes sociales establecidos. Está igualmente bien contribuir a la sociedad, al grupo o a la institución.

Nivel III: Posconvencional o de Principios (De los 13 años hasta la juventud, o nunca)

Ser consciente de que la gente mantiene una variedad de valores y opiniones, que la mayoría de los valores y normas son relativos a tu grupo. Estas normas relativas deberían, sin embargo, mantenerse en interés de la imparcialidad y porque son el acuerdo social.

Estadio 5. Contrato social o utilidad y derechos individuales.

Un sentido de la obligación hacia la Ley por el contrato social que uno tiene que hacer y ser fiel a las leyes para el bienestar de todos y la protección de los derechos de todos. Un sentimiento de compromiso, libremente aceptado hacia los amigos, la familia y obligaciones de trabajo. Interés porque las leyes y obligaciones se basen en un cálculo racional de utilidad total. "lo mejor posible para el mayor número de gente".

Estadio 6. Principios éticos universales

La creencia como persona racional en la validez de principios morales universales y un sentido de compromiso social hacia ellos.

De acuerdo con Papalia y Wendkos (1994), los estudios sobre la educación moral, indican que los estudiantes pueden progresar a etapas posteriores cuando se les presentan cuestiones morales de creciente complejidad y soluciones alternas, situaciones que se le manifiestan en esta etapa, aunque no se ha precisado si esta formación puede mejorar la conducta moral junto con el razonamiento ético.

EGOCENTRISMO

Un aspecto del pensamiento propio de las operaciones formales es la capacidad de analizar los propios procesos del pensamiento. Por lo regular los adolescentes se valen mucho de ella. Además de conocerse mejor así mismos, logran conocer también a los demás. Un tipo peculiar de

egocentrismo es producido por la interacción entre la capacidad de tener en cuenta los propios pensamientos y la preocupación por la metamorfosis que está operándose. Los adolescentes pueden suponer que otros se sienten tan fascinados por ellos y por su conducta como ellos mismos. Muchas veces no aciertan a distinguir entre los intereses personales y las actitudes de otro. De ahí que tienden a anticipar las reacciones de quienes los rodean; suponer que los demás los aprueban o critican con la misma fuerza que ellos mismos se aprueban o critican. En efecto, los resultados de la investigación indican que a los adolescentes les inquieta mucho más que a los niños la posibilidad de que otras personas descubran sus deficiencias. Las suposiciones referentes a las opiniones de la gente constituye la **audiencia imaginaria** del adolescente (Elkind, 1967). Los adolescentes se sirven de esa audiencia como un campo de pruebas para ensayar mentalmente varias actitudes y conductas. La audiencia imaginaria es al mismo tiempo la fuente de gran parte de la conciencia de sí mismo, de sentirse observado en forma constante y dolorosa. Puesto que los adolescentes no están seguros de su identidad interna, reaccionan de manera exagerada frente a las opiniones ajenas al tratar de averiguar lo que realmente son. Al mismo tiempo que no logran diferenciar los sentimientos de la gente, creen que sus emociones son exclusivas de ellos, que nadie ha conocido ni conocerá jamás ese sufrimiento o éxtasis tan profundos. Como parte de esta clase de egocentrismo, algunos adolescentes se repiten constantemente la **fábula personal**, una historia acerca de un gran éxito imaginario obtenido en muchas áreas (Elkind, 1967).

En ocasiones dichas fábulas incluyen la fantasía de haber sido abandonado después del nacimiento. Armados con nuevos conocimientos críticos, los adolescentes pueden ver ahora un número mucho mayor de fracasos personales o de sus padres. Entonces les es difícil imaginar como dos personas tan limitadas y ordinarias pudieron producir a una persona tan sensible y especial.

Sin embargo, el ensimismamiento puede constituir un obstáculo en el proceso de aprender a encarar al resto del mundo. Este problema tiende a desaparecer cuando el egocentrismo empieza a ceder entre los 15 y 16 años, a medida que las audiencias imaginarias son reemplazadas por audiencias reales.

La adolescencia, en general, es una etapa intoxicadora desde el punto de vista intelectual. Las nuevas facultades del pensamiento se reflejan en el interior sobre los conocimientos y pensamientos y también se reflejan en el exterior, con resultados muy interesantes.

PERSONALIDAD Y DESARROLLO SOCIAL

Al hacer la transición de la niñez a la condición de adulto joven, los adolescentes muestran una extraña combinación de madurez y de puerilidad. Esta mezcla es poco feliz y, a veces, hasta cómica, pero cumple una importante función en el desarrollo.

Las técnicas que usa 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. Se basan en las destrezas, recursos y

virtudes adquiridas en periodos anteriores de su vida para encarar los nuevos retos de la adolescencia.

Para Velásquez (1977) personalidad es el conjunto de rasgos físicos, intelectuales, afectivos, volitivos y morales de un individuo, en constante interacción unos con otros, es decir, organizados en sistemas.

Para Fromm (1964), la personalidad es la totalidad de las cualidades psíquicas heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo que lo hacen único.

Allport (1961) afirma que "la personalidad es la organización dinámica que tienen dentro del individuo los sistemas psicofisiológicos que determinan su conducta y pensamientos característicos" (p. 28).

Según Sullivan (1964), la personalidad surge de las fuerzas personales y sociales que actúan sobre el individuo desde el momento de su nacimiento.

La inserción en el mundo social del adulto es lo que va definiendo su personalidad. Aparentemente el adolescente al principio parece asocial, sin embargo la sociabilidad del adolescente se afirma a través de la vida. Se experimenta la distinción entre ser y no ser que lleva a un sentido de identidad.

Antes que el adolescente pueda consolidar esta formación, debe pasar por etapas de autoconciencia y de existencia fragmentada.

La individuación, se acompaña de sentimientos de aislamiento, soledad y confusión, crisis que soluciona huyendo transitoriamente del mundo externo, buscando refugio en la fantasía, en el mundo interno, con un incremento paralelo de la omnipotencia narcisista y de la sensación de la presidencia de lo externo.

Su desconfianza y su idea de no ser comprendido es mostrada a través de hostilidad hacia los padres y hacia el mundo en general, también, sufre crisis de susceptibilidad y de celos, exige vigilancia y dependencia, pero sin transición surge en él un rechazo al contacto con los padres y la necesidad de independencia y de huir de ellos.

Todo esto lo lleva a abandonar su identidad infantil y trata de adquirir una identidad adulta. El adolescente busca logros y satisfacción con sus padres, necesita vivir de sus experiencias para ellos, no les gusta ni aceptan que éstas sean criticadas, calificadas no confrontadas con la de los padres.

El autismo típico de la adolescencia lo conduce a una cierta torpeza en la comprensión de lo que pasa a su alrededor; está más ocupado en conocerse que en conocer a los demás, la comunicación verbal adquiere el significado de un preparativo para la acción. Por lo que, la utilización de la palabra y el pensamiento le permiten la elaboración de la realidad y el poder adaptarse a ella. El logro de la identidad y la independencia lo conducen a integrarse en el mundo adulto y a actuar con una ideología coherente con sus actos (Aberastury, 1978).

Por otro lado, el grupo de amigos se reviste de una importancia fundamental en una etapa del desarrollo del adolescente, a través de él busca y reafirma su personalidad, encuentra seguridad, se siente protegido e igual a otros, ya no es tan distinto, encuentra estabilidad, retoma de ellos la manera de expresarse, de conducirse, en ellos se descubre, ya no se siente sólo, está reconfortado, y se sabe diferente a los adultos.

Cuando el grupo se convierte en mixto, surge la atracción hacia el

sexo opuesto, tratan de llamar la atención, se inicia de seducción, que en la mayoría de los casos se realiza tímidamente. Cuando se llega a establecer una relación en esta época, son relativamente efímeras, sin embargo, lo conducen a una mayor madurez, ya que a través de ella experimentan la solidaridad, la coparticipación, el dar y recibir, que resultan muy enriquecedores.

La adolescencia es un momento en el cual se necesita una libertad adecuada con la seguridad de normas que lo vayan ayudando a adaptarse a sus necesidades o a modificarlas, sin entrar en conflictos graves consigo mismo, con su ambiente y con la sociedad (Brooks, 1981).

No cabe duda, que la familia es la unidad básica y fuente primaria de socialización y desarrollo del individuo, donde aprenderá los patrones de conducta que le permitirán funcionar dentro de ella efectivamente. Socialmente, en la adolescencia se da una reestructuración de los esquemas de comportamiento social. Empieza a buscar la independencia que lo lleve a ser un adulto autosuficiente. Esta búsqueda lo hace cuestionar y entrar en desacuerdo con hechos a los que antes no había tomado en cuenta. No acepta pasivamente actitudes, valores, ideologías y estilos de vida que la generación adulta sustenta, busca modificaciones que le permitan ir integrando su realidad.

La esencia de los valores del adolescente depende principalmente del periodo social e histórico. En todas las épocas históricas, siempre ha habido grupos de adolescentes que asumen el papel de conciencia de la sociedad. En los últimos años hemos presenciado este fenómeno en el movimiento de los derechos civiles y en el movimiento pacifista, en la lucha feminista por la igualdad y en las cruzadas de los ecologistas. Los adolescentes participan en estos movimientos sociales por muchas razones, tanto altruistas como egoístas. Algunos han precisado rigurosamente su posición moral y tratan de ponerla en práctica; otros simplemente quieren ser parte de un grupo numeroso. En todas las décadas, los jóvenes (sobre todo los adolescentes mayores que asisten a la universidad) se han contado entre los primeros en rechazar los viejos valores y adoptar los nuevos. No cabe duda de que la receptividad de los jóvenes a las nuevas ideas y valores contribuyen a cambios en la estructura de los valores de la sociedad. Desde fines del decenio de 1970, los adolescentes han participado en la tendencia al conservadurismo en religión y en las actitudes políticas.

El estereotipo desfavorable del adolescente ha tenido un efecto dañino tanto sobre las actitudes y relaciones de adultos con adolescentes como sobre las actitudes de los jóvenes hacia sí mismos y sobre las relaciones de éstos con los mayores.

La transición hacia la socialización adulta es difícil para los jóvenes ya que las pautas de comportamiento social aprendidas en la infancia ya no se adaptan a las relaciones sociales maduras, tampoco al del adulto se adaptan patrones de conducta social que muchos adolescentes aprenden como parte de la cultura juvenil. La sociedad en la que es criado el adolescente tiene una gran influencia en el aspecto del desarrollo, puesto que el ideal del yo con frecuencia se basa en su percepción de lo que la sociedad considera como individuo ideal. Por lo que en el adolescente hay que tener en cuenta su propia individualidad y el medio social y cultural que

influye en él.

"El grupo social espera que el adolescente domine cuatro tareas evolutivas:

- 1.- debe establecer relaciones nuevas y más maduras con adolescentes de ambos sexos;
 - 2.- desear y alcanzar un comportamiento socialmente responsable;
 - 3.- desarrollar las habilidades y conceptos intelectuales necesarios para desempeñarse como ciudadano; y
 - 4.- lograr una condición de mayor autonomía por medio de la independencia emocional respecto de sus padres y de otros adultos "
- [Briseño, 1990, pp. 34,35 y 37].

Los objetivos de la socialización difieren no sólo de una cultura a otra, sino también entre distintas clases sociales de la misma cultura; dándose por consiguiente una ansiedad social como un elemento subyacente de las formas de conducta relacionada con las metas, los valores y las normas de determinada clase social.

Los roles sociales implican que el adolescente tenga un lapso de inestabilidad; de ensayo de conductas personales; abandonar reacciones infantiles para adquirir un comportamiento de adulto, responsable y equilibrado.

En este andar el adolescente se verá sometido a distintas presiones; por un lado, lo que él espera de sí mismo, lo que él desea hacer de su vida y, por otra parte, lo que la sociedad exige y espera de él.

APARIENCIA CORPORAL

Durante el periodo de la adolescencia, existen cambios fisiológicos, corporales, cognitivos y psicosociales que afectan esta etapa y cuya intensidad implica una reconstrucción de la persona y la búsqueda de una nueva identidad estable y coherente, a través de sí mismo.

De ahí la gran sensibilidad del adolescente a los juicios procedentes de su entorno familiar y social, sobre todo los relacionados en el campo de su apariencia (valor de seducción) y en el joven a su fuerza (valor de virilidad). La apariencia física puede influir en la personalidad.

A lo largo de la historia y de una cultura a otra, es sabido que las ideas acerca de lo que es físicamente atractivo, han variado y quien realiza aquellos ideales, confía en sí mismo y es aceptado por los demás.

Los adolescentes se sienten fascinados con su cuerpo y, con frecuencia, muestran ante él una actitud crítica. Desde el punto de vista sociológico, los adolescentes pueden ser considerados un grupo marginal, tanto entre las culturas como en el margen de una cultura dominante. Casi siempre tales grupos tienden a mostrar una necesidad mayor de conformismo.

Por tal razón, el adolescente puede ser extremadamente intolerante ante la desviación tanto en la constitución corporal (por ejemplo, una excesiva obesidad) como en la sincronización (ejemplo, en el caso de la maduración tardía).

Los medios de comunicación manipulan esa tendencia al presentar en los anuncios imágenes estereotipadas de adolescentes atractivas y

exuberantes que pasan por esta etapa de la vida sin barros ni espinillas ni proporciones desgarbadas.

Los adolescentes suelen ser muy sensibles y perceptivos respecto a su aspecto físico y al de sus amigos; las discrepancias entre su autoimagen imperfecta y el hermoso ideal que deben emular pueden constituir una fuente de ansiedad.

No obstante se ha comprobado que la preocupación por la imagen corporal disminuye a medida que el joven se acerca a la madurez. Constitución corporal (somatotipo) y aspecto físico: En la adolescencia la constitución corporal es objeto de mayor atención (Dweyer y Mayer, 1969).

En la sociedad moderna, los adolescentes se someten a intensas dietas, mientras que otros observan rigurosos regímenes para lograr una buena condición física y vigor: levantamiento de pesas, atletismo o baile.

Se dan diferencias muy interesantes en los cambios que buscan uno y otro sexo (Fraizier y Lisonbee, 1950). Las mujeres desean cambios de carácter muy específico: "quisiera tener los ojos más grandes, desearía que mi boca fuera más pequeña".

En general se preocupan por su peso y temen ser excesivamente altas. Los hombres no manifiestan su insatisfacción con tanta exactitud, en cambio, les molesta tener antebrazos y tronco demasiado delgados y no quieren tener una talla demasiado pequeña. A casi la mitad de los adolescentes les preocupan los barros y espinillas.

Estas tres áreas (talla, peso y complexión) son las principales fuentes de preocupación. Hay muchos adolescentes perfectamente normales, e incluso delgados, que están sanos desde el punto de vista médico, pero que se consideran obsesos y quieren adelgazar (Dweyer y Mayer, 1969). En otras culturas, la esbellez es una señal de mala salud o pobreza.

Una persona que los demás consideran atractiva tiende a desarrollar seguridad en sí misma y a sentirse cómoda en el trato social, mientras que otras personas menos atractivas pueden faltarle algo de ese mismo apoyo y aceptación que brindan los demás.

De acuerdo con Gómez Pérez-Mitré (1995), la insatisfacción con la imagen corporal es, el resultado de una autopercepción subjetiva del propio cuerpo que puede estar distorsionada, esto es, más o menos alejada de la realidad.

El origen de la insatisfacción con respecto a la imagen corporal es, por un lado de carácter psicológico social y de naturaleza cognoscitiva, en tanto interviene un proceso de conocimiento que involucra la interacción de los otros procesos, percepción, aprendizaje y pensamiento, y, por otro lado es una gran disposición de aceptación o rechazo hacia la propia figura corporal. Así, la variable insatisfacción vinculada a la imagen corporal implica conocimientos, creencias, expectativas, valores y actitudes, que un sujeto socializado internaliza para ser aceptado como miembro de grupos y como parte, en su expresión más amplia, de una cultura.

ADOLESCENTE OBESO

La obesidad es clasificada de diversas maneras pero la más aceptada es la etiológica, que la señala como la causa de enfermedades genéticas

que son un porcentaje muy bajo, en su mayoría la causa es que la ingesta de alimentos es mayor al gasto energético, por lo que se produce un desequilibrio en el organismo que se traduce en almacenamiento de grasa en el cuerpo.

Los factores que desencadenan la obesidad, son todos los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que suceden en la vida de un individuo y que pueden provocar estados de estrés o generar tensiones. Todo lo que signifique cambio bueno o malo, puede actuar como Factor Desencadenante (FD).

Factores fisiológicos: menarca, embarazo, menopausia, intervenciones quirúrgicas o enfermedades.

Factores psicológicos: nacimiento de un hermano, comienzo en la escuela, casamiento.

Factores sociales: publicidad, confort, presión social, los ascensos y descensos socioeconómicos.

Muchas veces se confunde el factor desencadenante con la causa de la obesidad y debe entenderse al FD como disparador de la enfermedad ya presente en el individuo (Cornillot, 1988).

La obesidad se define como la acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en aumento de peso corporal (Saldaña y Russel, 1989).

Se presume que ésta es generalmente el resultado de comer más de lo necesario, y se estima en gran parte que los adultos y adolescentes obesos, sufren alguna forma de debilitamiento de la voluntad. Sin embargo, hay factores de riesgo, que parecen hacer a una persona más propensa a la obesidad que a otra.

Estos factores pueden ser regulación genética del metabolismo del cuerpo (se da frecuentemente en algunas familias), historia del desarrollo (algunos niños no pueden distinguir las claves que les da su cuerpo del hambre y el hartazgo, y algunas personas desarrollan anormalmente un gran número de células de grasa durante la infancia), inactividad física, estrés emocional y lesión cerebral.

Aun en la adolescencia, la obesidad es un riesgo para la salud. Se asocia con desórdenes degenerativos del sistema circulatorio y una propensión en aumento de las enfermedades del corazón.

Cornillot, Zukerfeld, Otkies y Murva (1977), señalan que existen aspectos psicológicos generales en el adolescente:

Pasividad: Según Mayer (1975), es la característica de la obesidad más importante que se presenta en los adolescente. Debido a que permanecen inmóviles del 80 al 90% del tiempo de juego, mientras que los normales no más del 50%.

Trastorno de la imagen corporal: Los obesos que tienen este trastorno son los que comienzan su enfermedad en infancia y adolescencia, especialmente si la situación familiar está perturbada. Es de gran importancia la edad de comienzo de la obesidad en relación con la imagen corporal.

La adolescencia es un período definitorio más importante en relación con los disturbios de la imagen corporal que la infancia. Es decir, que si se es obeso desde niño y no en la adolescencia habría menos probabilidades de distorsión corporal que en caso contrario.

Es importante señalar la presión externa (actitud de padres y amigos) y la necesidad de integración heterosexual durante la adolescencia como aspectos que determinarían las distorsiones del esquema corporal. Las frustraciones de diverso tipo en este período intensifican las imágenes negativas, y las gratificaciones las imágenes positivas de sí mismo. Las dificultades observadas en los obesos se agrupan en tres tipos de trastorno:

- a) visión de uno mismo: objetivada en la incapacidad de verse en el espejo.
- b) visión de sí mismo frente a los demás: timidez a ideas equivocadas acerca de cómo son vistos.
- c) visión de sí mismo frente al sexo opuesto: como una forma especial de inhibición y hostilidad hacia el sexo opuesto.

Rol Familiar: Los adolescentes obesos tienen un alto grado de dependencia de las figuras parentales, especialmente de la figura materna, tienen notables dificultades para canalizar la agresión en relación con esa dependencia, y están expuestos a las contradicciones de la comunicación familiar, especialmente de las familias denominadas "obesogénicas", que se emparentan con la obesidad del desarrollo.

Sobrealimentación: Es la característica más clásica y conocida y la conducta alimentaria del adolescente es básica en el desarrollo de su obesidad (Cormillot, Zukerfeld, Oikies y Murva, 1977).

En cuanto a las implicaciones sociales, las personas obesas enfrentan prejuicios y discriminación en situaciones sociales, por lo que son comunes los sentimientos de rechazo, vergüenza y depresión. Por todo esto, las personas con obesidad sufren los efectos emocionales, psicológicos y sociales. No resulta extraño entonces, que el individuo con obesidad vea afectada de manera importante su aspecto afectivo y toda su vida en sí (Gama, 1999).

CAPÍTULO II

CONDUCTA ALIMENTARIA

Todo ser vivo, para mantenerse como tal, precisa alimentarse. El hombre, no es una excepción, aunque algunas veces parezcan pretender que lo sea. La imprescindible nutrición exige la ingestión de alimentos, el acto de comer.

Warren (1948), define a la conducta alimenticia, como el comportamiento complejo de un organismo en presencia de estímulos alimenticios y que en casos normales, produce la ingestión de la comida (sin instinto alimenticio, reacción alimenticia).

La comida no sólo es nutrición; comer no es sólo alimentarse. Comer es un acto que todo ser humano medianamente longevo se ve obligado a practicar miles y miles de veces a lo largo de su vida.

En consecuencia, la comida - los alimentos - y el acto de comer pueden y suelen asociarse a múltiples circunstancias que con frecuencia resultarán significativas emocionalmente para el comedor en cuestión.

Aprendemos a alimentarnos en contacto con otras personas. Desde el nacimiento, comer es un acto social. Y esta socialidad del comer se mantiene a lo largo de toda la vida. Hasta el punto que para el común de los miembros de nuestra sociedad comer en solitario suele ser una práctica incómoda, revestida de una leve sensación de tristeza que acompaña la privación social. Cuando esto ocurre, cabe asegurar que la comida, el hecho de comer; reviste significado, se asocia a vivencias distintas de lo estrictamente nutricional.

Históricamente, la alimentación ha estado ligada al prestigio social y al estatus. Los modos de alimentarse constituyen un medio de afirmarlos frente a los demás y de adquirir prestigio. El deseo de una promoción social, manifestada fundamentalmente a través de la adopción de alimentos, de platos y de maneras de mesa inspirados en los de una categoría social considerada superior y a la que se pretende igualar o imitar ha constituido uno de los motores más poderosos de las transformaciones de la alimentación (Contreras, 1993, p. 53).

En nuestra sociedad actual los ayunos y abstinencias practicados en nombre de Dios están siendo relegados al olvido con acelerada rapidez. Es precisamente en esta sociedad laica y carente e hambrenas donde aparecen con un carácter epidémico jamás visto con anterioridad los ahora denominados trastornos del comportamiento alimentarios (eating disorders).

El ayuno y la abstinencia de anoréxicos y bulímicos, así como de la amplia galería de candidatos a serlo, se practican ahora en función de la belleza corporal. Dios y los sacrificios impuestos por él, han sido sustituidos por la apariencia del cuerpo, por la silueta. Ayuno y abstinencia estaban asociados a salvación, penitencia, ascetismo y culpa; ahora, la restricción alimentaria, practicada extensa y mayoritariamente, está asociada a la estética corporal y a la aceptación social conseguida en función de la misma (Toro, 1996).

Se trata de una belleza basada en la delgadez, especialmente en la femenina. Con un cuerpo delgado, parece lograrse una aceptación social y

por ende la aceptación de uno mismo. Así como también, parece que mediante la delgadez corporal es posible alcanzar una suficiente autoestima.

El cuerpo delgado, sobre todo el de la mujer, se ha constituido en una especie de unicidad para una felicidad terrenal posible. Todo lo demás parece secundario a muchas personas (Toro, 1996).

Es por esto que, los trastornos de la alimentación, constituyen un problema de creciente importancia en poblaciones jóvenes, revistiendo dramáticamente en el sexo femenino, quienes sin defensas intelectuales ni argumentos críticos, interiorizan mayoritariamente, los valores de la sociedad en que se desarrollan sus vidas.

La actual difusión de los trastornos del comportamiento alimentario no puede entenderse ni explicarse sin tomar en cuenta los factores socioculturales que la explican. Pero tal explicación no sólo debe justificar el notable incremento de la prevalencia de esos trastornos, sino que también debe informar acerca de la etiopatogenia de los mismos.

Existen varias teorías sobre la etiología de los trastornos alimentarios, aunque solo se tratarán las siguientes:

TEORÍA DE LA PATOLOGÍA FAMILIAR

Bruch (1985), enfoca su atención en las relaciones objetales, para ella la ausencia de una madre sensible que consistente y apropiadamente satisfaga las necesidades de sus hijas, especialmente la de la alimentación, contribuye a privarlas de la base fundamental del sentido de identidad del cuerpo. Como resultado, al crecer las niñas se distorsionan las percepciones de sus funciones fisiológicas. Las cuales por lo general, no son alentadas por sus padres a ser autónomas, la excesiva obediencia y conformidad caracterizan su personalidad.

Más tarde con la llegada de la pubertad experimentan una sensación de impotencia (desamparo-helpness) con respecto al incremento de impulsos biológicos (incluyendo el hambre), y las nuevas demandas sociales y emocionales.

Probablemente, como respuesta reactiva, ellas tratan de sobrecontrolar sus necesidades. Bruch, añade que sus obsesiones y compulsiones, relacionadas con el peso, la comida y la imagen corporal pueden dirigir su propia inanición.

TEORÍA SOCIOCULTURAL

Schwartz y Johnson (1982), mencionan que, los trastornos alimentarios, podrían ser atribuidos principalmente a la preocupación obsesiva por la comida, la delgadez y la práctica de dietas. El motivo principal para esforzarse en permanecer delgada, es el gran énfasis que se le da al atractivo físico.

Según Brumberg (1988), los modernos medios de publicidad visuales enfatizan la preocupación de la mujer por conservarse delgada y sirve como estímulo primario para los trastornos alimentarios.

Brownell (1991), observa la forma en que la cultura matiza nuestras

percepciones sobre el ideal del peso, la apariencia y el cuerpo. La prevalencia del ideal de ser muy delgada es particularmente real para la mujer en Estados Unidos pues desde 1960, el ideal estético ha ido creciendo constantemente, ésta esbeltez supera hoy el peso recomendado como saludable.

De acuerdo con Guillemot y Laxenaire (1994), el ideal de delgadez se acompaña en nuestros días de una voluntad de seguir siendo joven, la glorificación de la juventud es tal que no importan los medios para preservar el mayor tiempo posible la apariencia de una tierna edad. Actualmente la meta parece ser: detener el tiempo, pues, engordar y dejar aparecer arrugas y las deformaciones corporales reflejan una agresión implícita contra el grupo social.

La alta frecuencia de mujeres en programas de reducción de peso, las creencias irracionales que teniendo tallas normales consideran que tienen sobrepeso, el infligirse a sí mismas estados de inanición como en el caso de la anorexia, o autotorturarse como lo hacen las bulímicas, son conductas que tienen un elemento en común, "ser delgadas".

Lo anterior explica el incremento en la incidencia de anorexia y bulimia nervosa. Los trastornos alimentarios se han convertido en los trastornos mentales favoritos de las culturas de opulencia (Brumberg, 1988).

Otro elemento que interviene en el desarrollo de estos padecimientos es el fenómeno de la imitación que destaca el aprendizaje por observación por modelos sin que se produzca forzosamente la respuesta observada (Bandura y Walters, 1963).

FACTORES DE RIESGO

Los primeros cambios a considerar son los que guardan relación directa con la ingestión de alimentos. El inicio de una dieta restrictiva suele ser la obertura pública, manifiesta, del drama que se avecina. Suele iniciarse limitando y/o suprimiendo los hidratos de carbono, acostumbra a prolongarse mediante la reducción o supresión de las grasas y acaba en la limitación de la ingesta proteínica.

Cuando se llega a los consumos críticos de alimentos conllevan, en la inmensa mayoría de los casos, otra irregularidad conductual: los vómitos voluntarios. En términos técnicos, el vómito, aún percibido también como irregularidad conductual, resulta reforzado negativamente al conseguir cierta mitigación de la ansiedad. En consecuencia, la tendencia a vomitar va a mantenerse, con las consecuencias de todo orden que ello conlleva.

Una vez establecido el vómito como hábito más o menos circunstancial, puede practicarse aun en ausencia de episodio bulímico. Así, con cierta frecuencia, las anoréxicas vomitan no en relación con una ingesta crítica excesiva, sino en función de sus sobrevaloradas molestias postprandiales. La menor ingesta desencadena malestar y éste parece desaparecer con el vaciado del estómago.

El uso de laxantes constituye otro factor de riesgo a muchos anoréxicos. La restricción alimentaria suscita constipación. La anoréxica suele padecer un estreñimiento sumamente pertinaz. Para vencerlo utiliza laxantes

de todo tipo (Toro y Vildardell, 1987).

La existencia de la constipación, facilita, real y subjetivamente, la experimentación de molestias abdominales difusas, las cuales impelen a un mayor consumo de laxante.

La utilización de diuréticos, disminuyendo así la retención líquida y por tanto el peso, es otro de los peligrosos riesgos que pueden y suelen practicar ciertas anorexícas.

Por otra parte, la práctica de actividad física es en muchos casos algo que se persigue de manera realmente obsesiva como: largos paseos diarios - de varios kilómetros - al tiempo que lleva a cabo sus sesiones gimnásticas (Toro y Vildardell, 1987).

La posibilidad de que la anorexia incrementa sus actividades físicas en función de dos mecanismos. El primero de ellos sería estrictamente cognoscitivo conductual: sus ideas a cerca del cuerpo y el peso llevarían a un mayor gasto calórico a través de más movimiento.

El segundo sería esencialmente psicofisiológico: la disminución de la ingesta comportaría más actividad física. La interacción entre ambos mecanismos tendría un sustancial efecto en que la hiperactividad "fisiológica" resultara reforzada cognitivo-conductualmente.

Dentro del aspecto psicológico un factor de riesgo es la ansiedad, ya que sin duda este factor emocional es la constante que embarga y cimienta el curso de la anorexia nervosa.

A lo largo de la evolución del cuadro se multiplican los agentes ansiógenos que son el sobrepeso, la imagen corporal, la amenaza de control, la baja autoestima, la presión familiar, los conflictos interpersonales, el temor a enfermarse y morir, la percepción de ser diferente y "rara", el convencimiento de que es lo que perciben los demás, las ambigüedades e incertidumbres progresivamente acumuladas, la coacción sociocultural en favor del adelgazamiento temido / deseado, las intervenciones médicas acertadas, la expectativa de una posible hospitalización, el aislamiento social por lo menos subjetivo, las molestias y el deterioro físico progresivo, etc. Todo este conjunto de hechos y reacciones tienen un resultado común: mantener y aumentar la ansiedad (Toro y Vildardell, 1987).

Otro factor de riesgo es la depresión. A partir de una disposición genética o experiencia al trastorno afectivo, en un aumento dado se produciría un episodio depresivo, al margen de toda vinculación inicial con los trastornos de ingesta. Un estado depresivo supone un incremento de la autocrítica, una autoestima baja, así como sentimientos de culpa que junto con el resto de la sintomatología depresiva, pudieran crear unas condiciones propicias para la gestación de una anorexia nervosa.

El paso de depresión a la anorexia, también pudiera quedar facilitado por la estabilidad del estado depresivo, que haría de la persona afectada un ser más susceptible a los posibles factores predisponentes del trastorno ingestivo. En definitiva, anorexia nervosa y depresión, están directa y sobre todo indirectamente vinculadas, a través de vías y mecanismos varios.

Desde la perspectiva de la psicología social, si se toma en consideración la existencia de un rechazo inicial o persistente hacia el propio cuerpo, de una autoimagen negativa y una autoestima baja, de inestabilidad emocional y de reacciones o estados depresivos, no puede

sorprender que la anorexia curse con irregularidades el comportamiento social (Toro y Vildardell, 1987).

Las dimensiones corporales femeninas, han sido valoradas de distinto modo en diferentes épocas de la historia del mundo. La existencia de un modelo, un ideal de belleza, establecido y compartido socialmente, supone una presión altamente significativa sobre todos y cada uno de los miembros de la población en cuestión. Quienes encarnan las características del modelo tienen razones para autovalorarse positivamente; aquellos que están fuera de cierto estereotipo, sufren y suelen padecer una baja autoestima. Esto es así en toda sociedad y en cualquier época.

Uno de los grupos más afectados por esta presión social es el de las adolescentes y las jóvenes que están siendo utilizadas, en la que se experimentan las modas y frivolidades estéticas de una cultura sumamente peculiar.

Las imágenes cinematográficas, las fotografías de revistas ilustradas, los reportajes sobre métodos para adelgazar o dietas de gente "famosa" contribuyen a una predisposición en favor de la pérdida de peso.

Una característica sociodemográfica bastante precisa, se encuentra sometida a la influencia de un patrón estético corporal propio de una sociedad opulenta (Toro y Vildardell, 1987).

Tal estereotipo depende en gran parte de la acción de los medios de comunicación al tiempo que tienden a proyectarlo y encarnarlo en cada momento. Estos medios inciden sobre la persona en cuestión. La convivencia dentro de un grupo de personas de la misma edad y del mismo sexo, que comparten los mismos criterios y valores de una misma sociedad y los mismos medios de propagación de mensajes, mantiene el seguimiento ciego de dicho estereotipo.

La resultante final para la práctica totalidad de las adolescentes en una época de incertidumbre e incomodidad consigo mismas; para bastantes de ellas un período de crisis de identidad y de autoestima, para algunas, entre ellas, son las anoréxicas que tienen el camino arriesgado de la inanición (Toro y Vildardell, 1987).

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

Estos trastornos son reconocidos como enfermedades con base psicológica a partir de 1980, cuando la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en el DSM III (Manual de diagnóstico de enfermedades mentales), de reconocimiento internacional, los incluye en el capítulo de trastornos que comienzan en la infancia o la adolescencia.

Uno de los trastornos de la alimentación - la bulimia nervosa - es la entidad que ha adquirido recientemente un lugar propio, pues la otra - la anorexia nervosa - ya lo tenía desde hace muchos años, sus primeras descripciones datan de 1700 (Zuckerfeld, 1996).

ANOREXIA NERVOSA

La anorexia nervosa parece ser mucho más prevalente en las sociedades industriales, en las que abunda la comida y en las que estar

delgado se relaciona estrechamente con el atractivo (especialmente en las mujeres). Los factores culturales influyen también en las manifestaciones de la enfermedad, por ejemplo, donde la percepción distorsionada del cuerpo no es importante, los motivos de la restricción alimentaria son entonces distintos: por malestar epigástrico o por aversión a los alimentos.

La anorexia nerviosa, raras veces se inicia antes de la pubertad. Más del 90% de los casos de anorexia se observa en mujeres, existen pocos datos referentes a la prevalencia de este trastorno en individuos varones. En los últimos años la incidencia de esta enfermedad parece haber aumentado.

La edad promedio de inicio es de 17 años, aunque algunos datos sugieren la existencia de picos bimodales a los 14 y 18 años. Es muy rara la aparición en mujeres mayores de 40 años. El comienzo de la enfermedad se asocia muy a menudo a un acontecimiento estresante, como el abandono del hogar para ir a estudiar.

El curso y el desenlace del trastorno es variable, algunas personas se recuperan totalmente después de un único episodio, otras presentan un patrón fluctuante de ganancia de peso seguido de recaídas y otras sufren de deterioro crónico a lo largo de los años. La muerte se produce principalmente por inanición, suicidio o desequilibrio electrolítico. Se ha observado asimismo que los familiares de primer grado presentan mayor riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo, especialmente los parientes de los enfermos de tipo compulsivo/purgativo.

Por último, cabe mencionar que es necesario considerar otras causas posibles de pérdida de peso, sobre todo si hay características atípicas.

Para la APA (1995), las características diagnósticas de la anorexia nerviosa, consisten en el rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma o tamaño del cuerpo. Además, las mujeres afectadas de este trastorno, aunque hayan pasado la menarquia, sufren amenorrea. (El término anorexia es equivoco, porque es rara la pérdida de apetito).

Criterio A: La persona mantiene un peso corporal por debajo del nivel normal mínimo para su edad y su talla. Esto significa que el peso de la persona es inferior al 85% del peso considerado normal para su edad y su talla (de acuerdo con alguna de las diversas versiones de las tablas de la Metropolitan Life Insurance o de las tablas de crecimiento usadas en pediatría). Existe otra guía adicional algo más estricta (usada en los Criterios de Investigación de la CIE-10), en la que se especifica que el individuo debe tener un índice de masa corporal (IMC) igual o inferior a 17.5 Kg/m al cuadrado, aunque se debe considerar también, su constitución física y su historia previa de peso.

Criterio B: Tienen miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obesas. Este miedo, generalmente no desaparece aunque pierda peso, y de hecho, va aumentando aunque el peso vaya disminuyendo.

Criterio C: Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.

Criterio D: En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea: por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se

considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, por ejemplo, con la administración de estrógenos).

Pueden usarse dos subtipos para especificar la presencia o la ausencia de atracones o purgas durante los episodios de anorexia nerviosa:

Tipo restrictivo; durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o purgas, sino que hace dietas, ayuna o realiza ejercicio intenso.

Tipo compulsivo/purgativo; durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (por ejemplo, provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas) (APA, 1995).

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Cuando los individuos con este trastorno sufren una considerable pérdida de peso, pueden presentar síntomas del tipo de estado de ánimo deprimido, retraimiento social, irritabilidad, insomnio y pérdida del interés por el sexo. Estas personas pueden presentar cuadros clínicos que cumplan los criterios para el trastorno depresivo mayor. También se han observado características propias del trastorno obsesivo-compulsivo, ya sea en relación con la comida o no. Existen asimismo características que a veces pueden asociarse a la anorexia nerviosa, como son la preocupación por comer en público, el sentimiento de incompetencia, una gran necesidad de controlar el entorno, pensamiento inflexible, poca espontaneidad social y restricción de la expresividad emocional y de la iniciativa.

Los tipos del compulsivo/purgativo tienen más probabilidades de presentar problemas de control de los impulsos, de abusar del alcohol, otras drogas, de manifestar más labilidad emocional y de ser activos sexualmente.

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Si bien en algunas personas con anorexia no hay hallazgos de laboratorio anormales, la semi inanición característica de este trastorno puede afectar la mayoría de los órganos y producir una gran variedad de alteraciones. Asimismo, la provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales.

Hallazgos de la exploración física y enfermedades médicas asociadas

Muchos de los signos y síntomas físicos de la anorexia nerviosa son atribuibles a la inanición. Además de amenorrea, puede haber estreñimiento, dolor abdominal, intolerancia al frío, letargia y vitalidad excesiva. El hallazgo más evidente de la exploración física es la emaciación; también puede haber hipotensión, hipotermia y sequedad en la piel. Algunos presentan lanugo, un vello fino, en el tronco. La mayoría de los individuos tienen bradicardia. Algunos muestran edemas periféricos (especialmente al recuperar el peso o al dejar de tomar laxantes y diuréticos). Excepcionalmente, se observan Petequias, en general en las extremidades, indicadoras de diátesis hemorrágica. En algunas personas el

color de la piel es amarillento (asociado a hiperbilirubinemia) y puede haber hipertrofia de las glándulas salivales, especialmente las glándulas parótidas. Las personas que se provocan el vómito muestran a veces erosiones dentales, y algunos presentan cicatrices o callos en el dorso de la mano como consecuencia del contacto con los dientes al inducirse el vómito.

El estado de semiinanición propio de este trastorno y las purgas a las que normalmente se asocia pueden dar lugar a enfermedades médicas asociadas, como anemia normocítica normocroma, función renal alterada (asociada con deshidratación crónica e hipopotasemia), trastornos cardiovasculares (por disminución de la ingesta y absorción de calcio, secreción reducida de estrógenos y secreción aumentada de cortisol) (APA, 1995, p. 555 y 556).

BULIMIA NERVOSA

Este trastorno afecta a los individuos de la mayoría de los países industrializados, entre los que se incluyen Estados Unidos, Canadá, Europa, Australia, Japón, Nueva Zelanda y Sudáfrica. En estudios clínicos realizados en Estados Unidos, se ha observado que las personas con esta enfermedad son mayoritariamente de raza blanca, aunque también puede afectara otros grupos étnicos.

Por lo menos un 90% de las personas que padecen de bulimia nervosa, son mujeres. Algunos datos sugieren que en los varones con bulimia, hay una prevalencia más alta de obesidad que en las mujeres. La prevalencia de esta enfermedad entre los adolescentes y jóvenes adultos es aproximadamente del 1-3%. Entre los varones es de diez veces menor.

La bulimia nervosa se inicia generalmente al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta. Los atracones suelen empezar después o durante un período de régimen dietético. La alteración de la conducta alimentaria persiste al menos durante varios años en un alto porcentaje de las clínicas. El curso puede ser crónico o intermitente, con períodos de remisión que se alternan con atracones. Se desconoce la evolución a largo plazo. Varios estudios han sugerido una mayor frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de dependencia y abuso de sustancias en los familiares de primer grado. Puede existir una tendencia familiar a la obesidad, pero falta confirmación de este hecho.

Los criterios para el diagnóstico de bulimia nervosa para la APA son:

Criterio A: Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:

- 1.- ingesta de alimento en corto espacio de tiempo (por ejemplo, en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias.
- 2.- sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento (por ejemplo, sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo).

Criterio B: Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno y ejercicio excesivo.

Criterio C: Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas

tienen lugar, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de 3 meses.

Criterio D; La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.

Criterio E; La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la bulimia nervosa.

Se pueden emplear los siguientes subtipos para determinar la presencia o ausencia del uso regular de métodos de purga con el fin de compensar la ingestión de alimento durante los atracones:

Tipo purgativo; durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Tipo no purgativo; durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso. (APA, 1995, pp. 563 y 564)

SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS

Los individuos con bulimia nerviosa se encuentran normalmente dentro del margen de peso considerado normal, a pesar de que algunos presentan ligeras desviaciones por encima o por debajo de la normalidad. Algunos datos sugieren que, antes de presentar el trastorno, los sujetos tienen más probabilidad de mostrar sobrepeso que la gente sana. Entre atracón y atracón, escogen alimentos de bajo contenido calórico ("dietético"), a la vez que evitan los alimentos que engordan o que pueden desencadenar un atracón.

La frecuencia de síntomas depresivos en las personas con este trastorno es alta (por ejemplo, baja autoestima), al igual que los trastornos del estado de ánimo (especialmente trastorno distímico y el trastorno depresivo mayor). En muchos individuos la alteración del estado se inicia al mismo tiempo que la bulimia nerviosa o durante su curso. Sin embargo, en ocasiones el trastorno del estado de ánimo precede a la bulimia nerviosa. Hay asimismo una incidencia elevada de síntomas de ansiedad (miedo a situaciones sociales) o de trastorno de ansiedad. Se ha observado dependencia y abuso de sustancia (alcohol y estimulantes) en aproximadamente un tercio de los sujetos.

Este consumo, suele empezar en un intento por controlar el apetito y el peso. Probablemente entre un tercio y la mitad de los individuos tienen rasgos de la personalidad que cumplen los criterios diagnósticos para uno o más trastornos de la personalidad (la mayoría de las veces trastorno límite de la personalidad). Datos preliminares sugieren que en casos del tipo purgativo hay más síntomas depresivos y una mayor preocupación por el peso y la silueta corporal que en los casos del tipo no purgativo.

HALLAZGOS DE LABORATORIO

Las purgas conducen con frecuencia a alteraciones del equilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia, hiponatremia e hipocloremia). La pérdida

de ácido clorhídrico producida por el vómito puede determinar una alcalosis metabólica (bicarbonato sérico elevado) y las diarreas y por uso excesivo de laxantes producen acidosis metabólica. Algunas otras personas, presentan niveles séricos ligeramente altos de amilasa, posiblemente como reflejo del aumento de la isoenzima salivar.

HALLAZGOS DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA Y ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS

Los vómitos recurrentes pueden dar lugar a una pérdida significativa y permanente del esmalte dental, así como cavidades en la superficie de los dientes. En algunos individuos, las glándulas salivales, sobre todo las parótidas, se encuentran aumentadas de tamaño. Las personas que se inducen el vómito estimulando el reflejo, presentan callos o cicatrices en la superficie dorsal de la mano. Se han descrito también miopatías esqueléticas y cardíacas graves en los sujetos que toman regularmente jarabe de ipecacuana para inducir el vómito.

En las mujeres se presentan a menudo irregularidades menstruales y amenorrea; no está del todo claro si estas alteraciones se relacionan con fluctuaciones de peso, déficit nutritivos o estrés emocional. Los individuos que toman exceso de laxantes de manera crónica (para estimular la motilidad intestinal) pueden acabar presentando dependencia a este tipo de fármacos.

Los desequilibrios electrolíticos producto de las purgas, llegan a veces a ser de la suficiente importancia como para constituir un problema médico grave. Se han observado otras complicaciones que pueden causar la muerte del individuo (desgarros esofágicos, rotura gástrica y arritmias cardíacas). Los del tipo purgativo, presentan una probabilidad más alta de padecer problemas físicos, como alteraciones de líquidos y electrolitos. (APA, 1995, pp. 561 y 562)

Trastorno de la conducta alimentaria no especificado

La categoría de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:

- 1.- En mujeres se cumplen todos los criterios diagnóstico para la anorexia nerviosa, pero las menstruaciones son regulares.
- 2.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
- 3.- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatoria inapropiadas aparecen menos de 2 veces por semana o durante menos de 3 meses.

4.- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (provocación del vómito después de haber comido dos galletas).

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

6.- Trastorno por atracón: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nervios (APA, 1995, p. 564).

Por último, cabe mencionar que en nuestra cultura la familia tiene un lugar central, constituye por lo general la organización mínima fundamental tanto de pertenencia como de referencia. No obstante, se están dando una serie de cambios que nos llevan a "copiar" el tipo de organización familiar de los países industrializados, la influencia de los diversos medios de comunicación y la situación socioeconómica actual. Predominan los valores de confort, el consumismo, la abundancia de bienes materiales, la diversión y el bienestar físico.

De ahí que las funciones de la familia se restrinjan a lo esencial, y ahora se comparten más algunas funciones con otras instituciones como guarderías, clubes, deportivos. En las sociedades industrializadas algunas actitudes se acentúan más: la mercantilización, el egoísmo y la despersonalización, las cuales influyen constantemente nuestra forma de vida.

La actual difusión del comportamiento alimentario no puede entenderse ni explicarse sin tomar en consideración los factores socioculturales que la explican. Pero la explicación no sólo debe justificar el notable incremento de la prevalencia de esos trastornos, sino que también debe informar acerca de la etiopatogenia de los mismos. En efecto, ciertos fenómenos socioculturales son intrínsecos a la génesis de la anorexia, la bulimia y otras anomalías afines (Toro, 1996).

CAPÍTULO III

OBESIDAD

Definir a la obesidad no es tarea sencilla. Lo heterogéneo y complejo de esta entidad, a partir de su carácter poligénico, hace necesario reunir criterios clínicos y epidemiológicos para su caracterización. Desde un punto de vista práctico bastaría con definirla como un "exceso de tejido adiposo", aunque es sabido que en la mayoría de los casos existe también un incremento de tejido no graso. Esta sencilla definición alcanza para enmarcar pragmáticamente el problema y ayuda a situar su eje en el compartimiento corporal adecuado; pero no es completa.

La función principal del tejido adiposo es el metabolismo de los triglicéridos, a partir de la utilización de la glucosa y ácido grasos, provenientes de los hidratos de carbono y de lípidos de la alimentación, y es la fuente de energía del organismo. La masa grasa corporal se relaciona con los procesos metabólicos y el tejido adiposo está formado por la masa grasa y el tejido de sostén muy significativo y vascularizado.

El tejido adiposo varía en cuanto a su distribución de acuerdo con el sexo y según las diferentes etapas del desarrollo. Comienza a diferenciarse en el período prenatal y los cambios son visibles después de la pubertad.

En el ser humano estos porcentajes son:

Recién nacido: 17% de grasa corporal.

Adulto joven: 12%-20%.

Adulto: 16%-30% (Braguinsky, 1996, p.71)

En el tejido adiposo se acumula la energía ingerida en exceso y constituye la forma ideal del almacenamiento. Bajo las condiciones de vida en las primeras etapas de la historia del ser humano, el tejido adiposo se consideraba con mayor frecuencia como fuente de energía y no como depósito de cantidades masivas de grasa.

Esta es la razón por la cual los mecanismos que favorecen la movilización de las grasas son muchas y diversas, en tanto que su síntesis depende casi por completo de una sola hormona, la insulina. Por el contrario, el tejido adiposo del hombre moderno se considera con más frecuencia almacén de grasa que sistema de movilización de la misma. La consecuencia de esto es uno de los trastornos más comunes e incapacitantes de la civilización: la obesidad (Donald, 1983).

Para Donald (1983) la obesidad la define como una adiposidad mayor de la necesaria para la salud, p. 149

Según De Girolami, Lasala, Reboredo, Grenada, Somoza y Salinas (1994). La obesidad es definida como todo aumento de peso corporal a expensas del tejido adiposo. Mejor aún, intentando incluir en la definición su proporción y el factor de riesgo, dice que puede considerarse como un incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan a la salud del individuo.

Desde el punto de vista metabólico la obesidad es un aumento de peso corporal, más allá del límite de las necesidades esqueléticas y físicas,

como resultado de una acumulación excesiva de grasa en el cuerpo (Dornald, 1997, p. 1348).

Por lo que resulta de un desequilibrio entre aporte de energía, su consumo y los depósitos de la misma.

Saldaña y Russell en 1989 definen la obesidad como la acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en aumento de peso corporal. Se presume que ésta es generalmente el resultado de comer más de lo necesario, y se estima en gran parte que los adultos y adolescentes obesos, sufren alguna forma de debilitamiento de la "voluntad". Sin embargo, hay factores de riesgo, que parecen hacer a una persona más propensa a la obesidad que a otra.

Estos factores pueden ser regulación genética del metabolismo del cuerpo (se da frecuentemente en algunas familias), historia del desarrollo (algunos niños no pueden distinguir las claves que les da su cuerpo del hambre y al hartazgo, y algunas personas desarrollan anormalmente un gran número de células de grasa durante la infancia), inactividad física, estrés emocional y lesión cerebral.

Los estudios sobre el consumo de energía para las mismas labores en individuos clasificados por edad, sexo, peso y constitución corporal, han demostrado diferencias hasta 600 Kcal. (2.5 MJ)/día; lo que indica que los factores individuales tienen una función importante en el control del equilibrio energético.

CAUSAS

Los factores que desencadenan la obesidad, son los hechos psicológicos, fisiológicos y sociales que suceden en la vida de un individuo y que pueden provocar estados de estrés o generar tensiones. Todo lo que signifique cambio bueno o malo, puede actuar como Factor Desencadenante (FD).

Factores fisiológicos: menarca, embarazo, menopausia, intervenciones quirúrgicas o enfermedades.

Factores psicológicos: nacimiento de un hermano, comienzo en la escuela, casamiento.

Factores sociales: publicidad, confort, presión social, los ascensos y descensos socioeconómicos.

Muchas veces se confunde el factor desencadenante con la causa de la obesidad y debe entenderse al FD como disparador de la enfermedad ya presente en el individuo (Cormillot, 1988).

Diversas causas pueden originar obesidad, probablemente la causa más frecuente es la ingesta excesiva de alimentos.

A favor de la teoría de la ingesta de alimentos está el argumento de que en situaciones o épocas de hambre no existen obesos. Aunque es evidente que para que exista un cúmulo de reservas energéticas los sustratos energéticos deben llegar al organismo mediante los alimentos, tal vez la utilización de estos sustratos es diferente en los individuos obesos y en los que no lo son, haciendo que su almacenamiento en forma de grasa también sea distinto (Saldaña y Russell, 1989).

La forma más económica y cómoda de almacenar sustratos

energéticos es la grasa. La cantidad de grasa almacenada dependerá del equilibrio que se establezca entre el aporte de sustratos y el gasto energético que se realice. Siempre que el aporte supere el gasto se producirá almacenamiento, y si no existen períodos en que el gasto sea superior al aporte, el almacenamiento de grasas se incrementará incesantemente.

La mayoría de los pacientes obesos presentan la antiguamente llamada obesidad de origen metabólico, que aparece por un desequilibrio entre la oferta calórica y la demanda energética. Este desequilibrio es producido bien por un exceso de ingesta alimentaria (oferta calórica), bien por un descenso en el gasto energético, bien por ambas situaciones a la vez [Saldaña y Russell, 1989].

Considerando la ingesta en relación con las necesidades energéticas, hallamos a menudo un consumo excesivo de alimentos en los obesos. Sin embargo, incluso así, existen individuos obesos que ingieren muy poco alimento. Se supone que en estos individuos las necesidades energéticas están por debajo de las que tienen la mayoría de la población. Probablemente esta especial característica es algo que viene genéticamente determinado (Mayer, 1975).

Los campesinos y los granjeros conocen desde hace siglos la posibilidad de obtener animales obesos seleccionando cuidadosamente la descendencia.

En los humanos no ha podido demostrarse la transmisión genética pero sí se conoce la incidencia familiar en la obesidad. El 95% de los pacientes obesos tienen antecedentes familiares de obesidad, pero es difícil deslindar la influencia genética propiamente dicha de los condicionamientos ambientales que origina la convivencia con un progenitor obeso (Withers, 1964).

Así, la causa más frecuente de obesidad en los humanos es la ingesta excesiva, considerada como tal de manera absoluta, en relación a las necesidades energéticas del individuo. Una ingesta excesiva la encontramos en la mayoría de historias de sujetos obesos. Una vez desarrollada la obesidad, a menudo el propio sujeto tiende a restringir la ingesta, pero esta restricción no consigue detener el proceso de engordar, cuando se ha sobrepasado un determinado peso. Y es que parece que el organismo, humano y animal, dispone de mecanismos regulares del peso corporal, posiblemente localizados en alguna región del hipotálamo o en regiones cerebrales vecinas (Pitts, 1978). Puede haber casos en que la obesidad es secundaria a una enfermedad endócrina.

También cabe considerar la posibilidad de que existen lesiones hipotalámicas (tumORAles, quirúrgicas o inflamatorias) que hayan desencadenado la obesidad o que ésta se halle asociada a algunos síndromes genéticos.

CLASIFICACIÓN

Existen diversos sistemas o formas de clasificar la obesidad: en función de rasgos morfológicos del tejido adiposo, en función de la edad de comienzo, en función de la distribución anatómica del tejido adiposo, o

también según la causa (Saldaña y Russell, 1989).

Cuando se utilizan las causas morfológicas del tejido adiposo para clasificar la obesidad, se distinguen dos tipos diferentes: La obesidad hipertrófica y la obesidad hiperplásica. La obesidad hipertrófica se caracteriza porque aumenta el contenido lipídico de las células del tejido adiposo, sin que aumente el número de las mismas.

La obesidad hiperplásica se caracteriza por un aumento del número de las células adiposas que puede acompañarse o no de un mayor contenido lipídico.

El primer tipo acostumbra a observarse en las obesidades que se desarrollan en la edad adulta, mientras que el segundo es más frecuente en la obesidad que aparece en la infancia (Hirsch y Batchelor, 1976).

Tal creencia se mantuvo largo tiempo hasta que recientemente se ha demostrado su inexactitud. En datos obtenidos en experimentos de animales se ha sabido que el tejido adiposo puede multiplicarse en el animal adulto siempre que exista un estímulo suficiente (Klyde y Hirsch, 1979).

Por otra parte en la obesidad humana desarrollada en la edad adulta se ha detectado también hiperplasia del tejido adiposo (Jung, Gurr, Robinson y James, 1978).

Actualmente se considera que cuando las necesidades de almacenar grasa son moderadas, el tejido adiposo las resuelve aumentando la capacidad de depósito lipídico en sus células, mientras que cuando estas necesidades de almacenaje son muy elevadas, es necesario además aumentar el número de células, razón por la cual se produce la hiperplasia.

El diagnóstico debe efectuarse a través de una punción-biopsia de tejido graso, la que se somete a estudio histopatológico. Se considerará hiperplasia cuando el número de células adiposas supere 7 (10), e hipertrófica si el volumen celular supera 0,45 nl. Por supuesto que estas técnicas están reservadas a casos especiales o para investigación.

En función de la edad de comienzo de la obesidad (criterio cronológico) se distinguen dos formas: la llamada obesidad infantil, que se inicia en la infancia del sujeto, y la obesidad adulta, que se inicia después de la adolescencia.

Se ha observado que la obesidad infantil es más retráctil al tratamiento que la iniciada en la edad adulta y tiende a reaparecer siempre que se suspenda dicho tratamiento.

CRITERIOS CUANTITATIVOS

En cuanto al criterio cuantitativo, se distinguen tres formas denominadas sobrepeso, obesidad y obesidad extrema o mórbida, y para determinarlas por lo general se utiliza el IMC (Índice De Masa Corporal).

Dos son las mediciones que dada la calidad de información que aportan como indicadores y factibilidad de su levantamiento, pueden ser consideradas como las más adecuadas: el peso y la talla, los que referidos a la edad y 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); índice de masa corporal o segmento antropométrico (peso en Kg. y talla en m²) para la

edad, además de otros índices compuestos que consideren simultáneamente varios indicadores antropométricos (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997). Para determinar un peso normal se usa una tabla de pesos normales, ingresando a ella con datos de sexo, talla y estructura corporal. Los dos primeros surgen del interrogatorio y del examen clínico. Para obtener el tercero contamos con diversos métodos, de los cuales quizás el más preciso es el que utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Estructura corporal} = \frac{\text{Talla (en cm)}}{\text{Perímetro de la muñeca en cm}}$$

Una vez hecho este cálculo, se utiliza el valor obtenido para buscar la estructura corporal en la siguiente tabla:

Estructura Corporal	Varones	Mujeres
Pequeña	> 10.4	>11
Mediana	9.6 - 10.4	10.1 - 11.0
Grande	< 9.6	< 10.1

Otro método, quizá menos exacto pero muy práctico, para calcular la estructura corporal consiste en hacer que el paciente rodee su muñeca con la pinza formada por los dedos pulgar y mayor de la otra mano. Si no consigue tocarse los extremos de los dedos mencionados se le considerará de estructura grande; si los toca quedando ajustados a la muñeca será de estructura mediana; finalmente, si quedara holgada entre la muñeca y los dedos se lo considerará de estructura pequeña (De Girolami, et al,1994).

PESO/TALLA(P/T)

Se utiliza en niños y adultos en relación con los valores de referencia aceptados. En personas con un grave estado de desnutrición (ingestión dietética insuficiente o infección reciente), el descenso del peso corporal es relativamente rápido. En adultos, en esta misma situación, la talla se mantiene casi invariable (se pierden de 1 a 10 cm cada 20 años después de la maduración) en tanto que en los niños se presenta un crecimiento muy lento.

El P/T se utiliza como indicador de "desnutrición aguda" o "emaciación" y constituye uno de los más utilizados en casos de emergencia nutricia. Es de gran utilidad para evaluar el impacto de los programas de intervención, de asistencia o de ayuda alimentaria. También cuando se desconoce la edad del niño y cuando no es posible establecer el monitoreo frecuente del peso que requieren los programas para la vigilancia del crecimiento (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

TALLA/EDAD T/E:

Establece la relación entre la estatura actual y la que debería tener el niño, según su edad, tomando como valor teórico el percentil 50 y determina

la "desnutrición crónica". Su variable tiende a acelerarse durante los primeros dos años y declina gradualmente hasta el fin de la adolescencia (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

PESO/EDAD P/E:

Pronostica el riesgo de mortalidad en los menores de cinco años; generalmente se utiliza para valorar el estado nutricional de menores de dos años así como en programas de vigilancia del crecimiento. Su utilidad es mayor cuando se emplea como indicador longitudinal, ya que es ecosensible, por lo que detecta variaciones agudas de desnutrición en intervalos cortos (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

RELACIONES PESO/TALLA

Los más utilizados en el área de salud son:

PESO RELATIVO:

Se basa en la comparación de la relación simple del peso del sujeto con el peso medio correspondiente a la edad, la talla y el sexo del sujeto, la fórmula es:

$$\text{Peso relativo} = \frac{\text{Peso actual en kg. (100)}}{\text{Peso medio para la talla}}$$

El valor de este índice permite diferenciar cuatro situaciones: (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997)

*Inferior a 90%: malnutrición o bajo peso.

*Entre 90 y 119%: normalidad.

*De 120 a 129.9%: sobrepeso grado I.

*Entre 130 y 139.9%: sobrepeso II u obesidad.

PORCENTAJE DE DESVIACIÓN DEL PESO DESEABLE (% DPD):

Si al peso relativo le restamos 100 se obtiene el porcentaje de desviación del peso deseable (% DPD). La fórmula completa que lo expresa es:

$$\% \text{ DPD} = \frac{\text{Peso actual en kg. (100)}}{\text{Peso medio para la talla}} - 100$$

En términos generales, si el individuo posee un 20% más de peso que su ideal, podríamos considerar que estamos frente a un caso de obesidad. Si el exceso superara el 40% estaríamos en presencia de una obesidad mórbida.

ÍNDICE DE QUETELET O ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):

Este indicador se conoce también como segmento antropométrico y es un buen indicador de la masa corporal de un individuo. Al relacionarse con la edad del sujeto nos da una dimensión de mayor dinamismo ya que incorpora 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, su fórmula es:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso en kg}}{(\text{talla en m})^2}$$

En el adulto se han establecido estándares de normalidad y límites para estimar el estado nutricional de los pacientes; se considera un valor 24.9 la frontera de la normalidad.

<i>Categoría</i>	<i>Índice de Quetelet</i>
Emaciación	menor a 15
Bajo peso	15-18.9
Normal	19-24.9
Sobrepeso	25-29.9
<i>Categoría</i>	<i>Índice de Quetelet</i>
Obesidad	30-39.9
Obesidad severa	mayor a 40

El uso del índice de masa corporal tiene una carencia consensual con respecto a la definición operacional de cada una de las categorías consideradas para clasificar a los sujetos con base en su masa corporal. Es decir, no hay acuerdo para los criterios que deben ser utilizados para clasificar obesidad, sobrepeso y bajo peso (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997).

Se ha considerado que las referencias de peso y talla más apropiadas desde el punto de vista técnico, son las provenientes de las NCHS, recomendadas por las OMS, que a pesar de representar estándares para la población estadounidense, han mostrado ser válidas para otras poblaciones (citado por Gómez Pérez - Mitré y Saucedo, 1997.)

CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE GRASA CORPORAL

Conocer la cantidad exacta de grasa corporal tiene sus dificultades. Existen diversos métodos disponibles para obtenerla, pero la fórmula aceptable, sencilla y práctica es la puesta por Deurenberg, Weststrate y Seidell (1991), que explica el 80% de las variaciones de la grasa corporal con un valor estándar de la estimación del 4%:

$$\% \text{ de Grasa Corporal} = 1.2 (\text{IMC}) + .23 (\text{edad}) - 10.8 (\text{sexo}) - 5.4$$

En la variable sexo se considerará un valor de 0 para el femenino y de 1 para el masculino. Esto se debe a que las mujeres poseen aproximadamente un 10% más de tejido graso que los hombres.

CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA

La medida del contorno de la cintura está relacionada en forma directa con la cantidad de tejido adiposo ubicado en la parte troncal de modo que su significación es tomada en cuenta bajo la forma de un dato aislado, como en relación con otros perímetros para integración de índices. Un paciente puede ser considerado portador de una obesidad de riesgo si la

circunferencia de la cintura supera a los 100cm. Cuando el valor de la medición está por debajo del límite antedicho conviene calcular el índice cintura/cadera para establecer el tipo de obesidad y su riesgo.

ÍNDICE CINTURA/CADERA (ICC)

La relación en ambas circunferencias es representativa de la distribución del tejido graso en el cuerpo y su fórmula es la siguiente:

$$\text{ICC} = \frac{\text{Circunferencia de la cintura (en cm)}}{\text{Circunferencia de la cadera (en cm)}}$$

Los valores normales no deben superar 0,80 en mujeres y 0,95 en hombres. El ICC tiene una alta correlación con el contenido de grasa intraabdominal.

PLIEGUES CUTÁNEOS

La medición del espesor de los pliegues cutáneos como indicadores de la magnitud del tejido adiposo es otro de los métodos que frecuentemente se utilizan para el diagnóstico de obesidad. Una importante proporción de la grasa corporal está contenida en el tejido adiposo (más del 50%), por lo que medir su espesor en distintas localizaciones es figurativo de su cuantía y distribución. El llamado pliegue tricipital y el pliegue subescapular, son los más utilizados en la especialidad.

Se considerarán para el diagnóstico de obesidad aquellos valores de espesor del pliegue cutáneo superiores al percentilo 95 de las tablas. Valores por debajo del percentilo 5 indican disminución significativa del tejido graso. Se han descrito métodos matemáticos que utilizan la sumatoria de varios pliegues para cuantificar la masa grasa y últimamente se ha propuesto la medición aislada del pliegue submandibular como valor altamente representativo de los depósitos de grasa para el diagnóstico de obesidad.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

El abordaje del diagnóstico de la obesidad puede hacerse desde diversos ángulos de medición. Puede considerarse que un individuo se encuentra obeso si está comprendido dentro de alguna de estas situaciones:

- 1.- Cuando su peso supera en un 20% al peso deseable para la talla, edad, contextura y sexo.
- 2.- Cuando el peso relativo es de 120 o más.
- 3.- Cuando el porcentaje de desviación del peso teórico (% DPD) es igual o mayor a 20. Si llega o supera 40 se considerará obesidad mórbida.
- 4.- Cuando el índice de masa corporal (IMC) supera 27, 3 en la mujer y 27,8 en el hombre. Se considerará obesidad mórbida si superan 31, 4 y 31,8, respectivamente.

Pliegue tricipital. Valores de referencia del espesor (en mm) según sexo y edad.

Edad en años Percentilo 5 Percentilo 10 Percentilo 25 Percentilo 50 Percentilo 75 Percentilo 90 Percentilo 95

	H	O	M	B	R	E	
18-74	4.5	6.0	8.0	11.0	15.0	20.0	23.0
18-24	4.0	5.0	7.0	9.5	14.0	20.0	23.0
25-34	4.5	5.5	8.0	12.0	16.0	21.5	24.0
35-44	5.0	6.0	8.5	12.0	15.5	20.0	23.0
45-54	5.0	6.0	8.0	11.0	15.0	20.0	25.5
55-64	5.0	6.0	8.0	11.0	14.0	18.0	21.5
65-74	4.5	5.5	8.0	11.0	15.0	19.0	22.0
	M	U	J	E	R		
18-74	11.0	13.0	17.0	22.0	28.0	34.0	37.5
18-24	9.4	11.0	14.0	18.0	24.0	30.0	34.0
25-34	10.5	12.0	16.0	21.0	26.5	33.5	37.0
35-44	12.0	14.0	18.0	23.0	29.5	35.5	39.0
45-54	13.0	15.0	20.0	25.0	30.0	36.0	40.0
55-64	11.0	14.0	19.0	25.0	30.5	35.0	39.0
65-74	11.5	14.0	18.0	23.0	28.0	33.0	36.0

Pliegue subescapular. Valores de referencia del espesor (en mm) según sexo y edad.

Edad en años Percentilo 5 Percentilo 10 Percentilo 25 Percentilo 50 Percentilo 75 Percentilo 90 Percentilo 95

	H	O	M	B	R	E	
18-74	6.0	7.0	10.0	14.5	20.0	26.0	30.0
18-24	6.0	6.5	8.0	11.0	16.0	24.0	29.0
25-34	6.5	7.0	10.0	14.0	20.0	26.0	30.5
35-44	7.0	8.0	11.5	16.0	21.0	26.0	30.5
45-54	7.0	8.0	12.0	16.5	22.0	29.0	32.0
55-64	6.0	7.0	11.0	15.5	21.0	27.0	30.0
65-74	6.5	7.5	10.0	15.0	20.0	25.0	30.0
	M	U	J	E	R		
18-74	6.5	7.5	10.5	16.0	25.2	33.2	38.0
18-24	6.0	7.0	9.0	13.0	19.0	27.0	31.5
25-34	6.0	7.0	10.0	14.5	22.5	32.0	38.0
35-44	6.5	8.0	11.0	17.0	26.5	34.0	39.0
45-54	7.0	8.5	12.0	20.0	28.0	35.0	40.0
55-64	7.0	8.0	12.5	20.0	28.5	34.5	38.0
65-74	7.0	8.0	12.0	18.0	25.0	32.5	37.0

5.- Cuando el porcentaje de grasa corporal por la fórmula de Deurenberg o medio por alguno de los otros métodos de los que se disponga (bioimpedancia, etc.) supere 25 en varones y 30 en mujeres. Si el porcentaje de grasa corporal está elevado y ninguno de los puntos 1 a 4 diagnóstica obesidad, se podrá considerar entonces que se trata de una obesidad de peso normal (OPN) y está aún en discusión si conserva o no el criterio de riesgo.

6.- Cuando el pliegue tricípital o subescapular supere el porcentaje de 95 de las tablas, siempre que no se trate de una adiposidad localizada exclusivamente en el punto de medición.

7.- Se le agregará el calificativo "de riesgo" cuando:

- a) el índice de cintura/cadera (ICC) sea igual o superior a 0,85 en la mujer y 0,95 en el hombre.
- b) cuando la circunferencia de la cintura (CC) supere los 100 cm.
- c) cuando el diámetro sagital (DS) sea superior a 25 cm.

IMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

La obesidad es considerada un factor de riesgo que incrementa la morbimortalidad y sus costos socioeconómicos. Su instalación, presumiblemente ligada a factores genéticos, suele preceder a la aparición de enfermedad cardiovascular. Asociada con ésta y otras diversas patologías se muestra entonces no sólo como una afección en sí misma, sino generando otras enfermedades o bien agravándolas considerablemente.

Aunque la obesidad no es causa directa del inicio de ciertas enfermedades tiende a encubrir las o a gravarlas y, por el contrario, si es atendida, mejoran las alteraciones subyacentes. Entre éstas se incluye diabetes, hipertensión y enfermedades óseas articulares y musculares. La obesidad extrema dificulta la respiración, disminuye la reserva y la capacidad máxima respiratorias, y produce cambios en la circulación sanguínea que resulta en disnea (Donald, 1983).

ASPECTOS FÍSICOS – SINTOMATOLOGÍA

- Excederse más de un 10% más del peso ideal (obesidad en 1er. grado).
- Distribución de grasa en el cuerpo.
- Dorsalgia baja.
- Agravamiento de la osteoartritis (en particular rodillas y tobillos).
- Callosidad en los pies (falones).
- Trastornos menstruales (amenorrea).
- Aumento de la sudación.
- Trastorno de la piel (en los pliegues cutáneos) prurito, tumefacción leve o moderada de manos y pies. Piel gruesa y no fina. Estrías pálidas y no púrpura.
- Síndrome de Pickwick (hipoventilación, hipoxia y somnolencia).
- Torpeza y lentitud en movimientos.
- No respira adecuadamente. La hiperventilación en el aparato respiratorio origina retención de bióxido de carbono y por ende disnea.

- El aparato cardiovascular se daña y generalmente hay hipertensión.
- Varios tipos de artritis aumenta en los obesos debido a la acumulación de grasa en la articulaciones haciendo torpes ciertos movimientos, donde las primeras en padecer son las rodillas que son las que tienen que cargar el peso. Así como también la columna vertebral que soporta gran carga ponderal, dando lugar a la osteoartritis, siendo ésta la forma más común y grave.
- Otro síntoma son las venas varicosas y el edema.
- Las mujeres tienen mayor morbilidad en el embarazo.
- La toxemia gravídica aumenta.
- Los riesgos quirúrgicos son mayores en los obesos, así como la tromboflebitis en el período post-operatorio (Harrison, 1991).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS:

En el ser humano se pueden distinguir teóricamente cuatro esferas de acción íntimamente relacionadas: (Aceves, 1981)

Física

Cognoscitiva

Afectiva

Volitiva

El hombre presenta cierta cantidad de energía psicofísica que varía en cada individuo, esta energía se reparte en las cuatro esferas. Cualquier cambio en la cantidad de energía de una de las esferas repercute en las demás, ya que la cantidad de energía total del individuo es estable.

La esfera afectiva es muy importante, por ser la que mayores variaciones sufre, el resto de las esferas requieren de su ayuda para actuar, por lo que es muy importante que dicha esfera funcione correctamente.

La esfera física está relacionada con las funciones de nuestros órganos, enfermedades como ser cardíaco, desarrollo de tumores y tener reumas, etc.

Dentro de la esfera cognoscitiva, se encuentran todas las funciones intelectuales como el raciocinio, la elaboración de un juicio, la abstracción, pensamientos.

La esfera volitiva es la voluntad, cuya característica consiste en la deliberación ante varias acciones por ejecutar y la decisión de emprender una de ellas o de inhibición.

Dentro de la esfera afectiva se encuentran cargas de reflexiones, meditaciones, búsqueda de valores, motivaciones, introyección de lo bueno, lo que hace crecer al individuo. Y descargas con el dar como amistad, compañerismo, comprensión, ayuda, afecto, simpatías, sonrisas.

Es por esta razón que en el ser humano un conflicto afectivo altera la voluntad, inteligencia y el estado físico.

Esta esfera se compone de tres estados:

Emociones:

Es un estado afectivo que de manera súbita y vehemente, modifica el equilibrio psicológico y fisiológico del individuo. Es una respuesta del organismo ante una situación que lo perturba. Es una reacción global intensa, violenta, pasajera, breve, inesperada, individual, que puede ser penosa o agradable. El ser humano introvertido es aquel que esconde sus

emociones y el que las despliega se le conoce como extrovertido.

Sentimiento:

Es una reacción afectiva, relativamente estable ante un valor. Es un estado afectivo complejo, claro, estable, persiste en ausencia del estímulo. El sentir es un estado subjetivo, el reflejo íntimo de lo que está sucediendo.

Pasión:

Es una fuerza que tiende a totalizar la actividad del individuo. Tendencia que fortalecida y estimulada por emociones repetidas llega a ser predominante.

Así, la zona afectiva desempeña una función importante en la cantidad de alimento que ingerimos. Una emoción, sentimiento o pasión puede hacer que la persona coma compulsivamente, cuando se siente sola, aburrida, ansiosa, frustrada, deprimida, con miedo y con sentimientos de minusvalía, creando a un obeso. Las carencias afectivas hacen que la persona deje de comer o coma demasiado, sustituyendo la falta de cariño. Otros ejemplos psicósomáticos son: asma, eczema, anorexia, psoriasis.

La tendencia a la pasividad, la abulia, la inactividad, factores amotivacionales contribuyen a que el individuo, suba de peso al no hacer ejercicio y si presenta un problema emotivo, puede desarrollar hiperfagia, que come a toda hora por estar nervioso, angustiado, alterado. Por lo que se muestra que la obesidad puede tener su origen en el aspecto psicológico.

La obesidad es difícil de definir. Aún se discute si se trata sólo de un estado, una enfermedad o un síndrome, ya que consiste en un trastorno crónico, poligénico y de heterogeneidad fenotípica, que no es sencillo de evaluar porque incluso es dificultoso determinar los patrones normales de la población.

Si bien no existe la técnica ideal para medir la composición corporal, el clínico dispone de recursos para una estimación aceptable del estado de un paciente. En la investigación, cada día resultan más alentadores y fascinantes los progresos y aportes que van permitiendo desentrañar, aunque de manera más lenta de lo que se desea, la complicada situación conceptual diagnóstica y evaluatoria que plantea la obesidad.

Por último, cabe mencionar que el cuerpo hoy en día se ha convertido en un valor casi supremo de representación de lo que los individuos son o les gustaría llegar a ser (Howard, 1998). Se dice que la tarea más importante del adolescente es la elaboración de la imagen corporal, los adolescentes que tienen una buena imagen de sí mismos son adultos con una buena autoestima y confianza en sí mismos.

CAPÍTULO IV

PLAN DE INVESTIGACIÓN

Problema de investigación:

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación que existe entre conducta alimentaria de riesgo y el peso corporal.

Problemas específicos:

- Determinar si las conductas alimentarias normal y de riesgo se relacionan con el peso corporal.

Definición de variables

Variable independiente:

Conducta alimentaria normal y de riesgo.

Definición Conceptual:

La conducta alimentaria de riesgo, se define como los patrones distorsionados de consumo de alimento, entre las que se incluyen: atracones o episodios de ingesta voraz, seguimiento de dietas restrictivas, saltarse comidas e ingesta alimentaria por estrés.

Definición Operacional:

Es el puntaje que el adolescente obtendrá con sus respuestas dadas en una escala que mide factores de riesgo en trastornos de la alimentación (EFRATA). (Gómez Pérez-Mitré, 1997) Estos factores son:

- Conducta alimentaria compulsiva.
- Conducta alimentaria normal.
- Preocupación por el peso y la comida.
- Dieta crónica y restrictiva.
- Dieta hipocalórica.

Variable Dependiente:

Peso corporal (sobrepeso/obesidad y normopeso).
Índice de Masa Corporal.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Definición Conceptual:

Es la razón entre el peso corporal en kilogramos y la talla o estatura en centímetros elevado al cuadrado que se utiliza para hacer clasificaciones de peso corporal (Gómez Pérez-Mitré, 1995).

Definición Operacional:

$$IMC = \frac{PESO \text{ en KG}}{(TALLA \text{ en M})^2}$$

De acuerdo con los puntos de corte del IMC con validación en adolescentes mexicanos (Gómez Pérez-Mitré y Saucedo, 1997), se exponen los siguientes valores en las definiciones operacionales.

NORMOPESO

Definición Conceptual:

En el peso que corresponde, según las tablas, de acuerdo con la edad, el sexo, la estatura y la contextura ósea y muscular. Generalmente es el que se puede tener a los 20 años, si nunca se estuvo gordo (Cormillot, 1988).

Definición Operacional:

$$\text{IMC} = \{\text{Peso}/\text{Talla}^2\} = 19 - 22.9$$

SOBREPESO

Definición Conceptual:

Peso por encima de lo que señalan las tablas como peso ideal. Puede deberse a gordura (aumento de grasa), a retención de líquidos (edema), o a hipertrofia o agrandamiento muscular (deportistas y atletas) (Cormillot, 1988).

Definición Operacional:

$$\text{IMC} = \{\text{Peso}/\text{Talla}^2\} = 23 - 29.9$$

OBESIDAD

Definición Conceptual:

Acumulación excesiva de tejido adiposo que se traduce en aumento del peso corporal (Saldaña y Russel, 1989).

La obesidad es una enfermedad o grupo de enfermedades caracterizada por exceso de tejido adiposo cuyas células pueden aumentar en tamaño y/o número y que tienen como resultado una disminución en la calidad de vida y en la salud de quien la padece (Cormillot, 1988).

Definición Operacional:

$$\text{IMC} = \{\text{Peso}/\text{Talla}^2\} = 30 - 39.9$$

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Se encontrarán relaciones estadísticamente significativas entre peso y conducta alimentaria normal y de riesgo.

MÉTODO

Diseño de investigación:

La presente investigación se realizó de acuerdo con un estudio confirmatorio de campo, transversal y correlacional con dos grupos, de observaciones independientes.

Muestra:

Se seleccionó una muestra no probabilística de una población de mujeres adolescentes que acuden a secundarias públicas del D. F.

El tamaño de la muestra fue de $N = 200$ sujetos, $n = 100$ con conducta alimentaria de riesgo y $n = 100$ adolescentes con conducta alimentaria normal.

Características de los sujetos:

- Mujeres.

- De 11 a 19 años de edad.
- Secundaria pública

INSTRUMENTOS, MEDICIONES Y APARATOS

Se utilizó el cuestionario de Alimentación y Salud (XX) que explora las siguientes áreas (Gómez Pérez-Mitré, 1993, 1993b, 1995):

- Sociodemográfica

- Peso Corporal: Problemas de peso corporal y dieta

Escala de Factores de Riesgo Asociado con los Trastornos de la Alimentación (EFRATA), con 48 reactivos en su versión para mujeres.

APARATOS

1 Báscula pesa personas, electrónica marca Excell de 150/300 kg. con precisión de

10-50 gr.

1 Estadiómetro de madera para medir estatura.

PROCEDIMIENTO

- Se solicitó a los directivos de la escuela su colaboración para la aplicación del cuestionario.

- Se les pidió a las mujeres de la escuela que cumplieran con los requisitos antes mencionados, su participación libre y voluntaria.

- Se tomó con selección sistemática y al azar una submuestra del 20% de la muestra original para realizar mediciones antropométricas (peso y talla).

- Se aplicó el cuestionario colectivamente.

Factor 1; Conducta Alimentaria Compulsiva

E42 Paso por periodos en los que como en exceso	.43929
E16 Como grandes cantidades de alimentos aunque no tenga hambre	.46365
E 18 No siento apetito o ganas de comer, pero cuando empiezo nadie me detiene	.72085
E 34 Siento que mi forma de comer se sale de mi control	.79064
E 14 Mi problema es empezar a comer, pero cuando empiezo difícilmente puedo detenerme	.74720
E28 No soy consciente de cuanto como	.66033
E29 Siento que no puedo parar de comer	.80983
E 30 Como sin medida	.79753
E34 Me asusta pensar que puedo perder el control sobre mi forma de comer	.62831
E 46 Dificilmente pierdo el apetito	.40022
E8 Soy de los que se hartan (se llenan de comida)	.52215
E 27 Siento que como más de lo que la mayoría de la gente come	.65582
E 10 Me avergüenzo de comer tanto	.58300
E 33 Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementa	.45587
Eigen Value = 12.4 varianza explicada =16.5% Alpha = .9051	

Factor 2; Dieta Crónica Y Restrictiva

E 43 Tengo temporadas en las que materialmente "me mato de hambre"	.57328
E 12 Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío	.48691
E 35 Prefiero la sensación de estómago vacío que la de estómago lleno	.46423
E36 Siempre estoy a dieta, la rompo, vuelvo a empezar	.41047
E 6 Me la paso " muriéndome de hambre" ya que constantemente hago dietas	.59416
E17 "Pertenezco al club" de los que para controlar su peso se saltan las comidas	.62004
E38 Suelo comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)	.55259
E48 Si no veo la comida, me la puedo pasar sin comer	.46706
Eigen Value = 1.93 varianza explicada =2.6% Alpha = .8136	

Factor 3; Conducta Alimentaria Normal

E 1 Cuido que mi dieta sea nutritiva	.74462
E 11 Como lo que es bueno para mi salud	.73346
E 13 Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra	.77196
E 15 Procuo mejorar mis hábitos alimentarios	.73420
E 45 Como con moderación	.45378
E 5 Procuo comer verduras	.71369
E 25 Procuo estar al día sobre lo que es una dieta adecuada	.61685

En todos los casos, el puntaje más alto, se asigna a la respuesta que implica más problema.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre conducta alimentaria de riesgo y peso corporal. Se aplicó a los datos, un análisis estadístico descriptivo y uno inferencial para analizar las diferencias entre los grupos, mediante la prueba ANOVA, utilizando el programa SPSS versión 8.0.

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La investigación se realizó con una muestra de 200 adolescentes mexicanas, las cuales estudiaban en una secundaria pública. De esta muestra se seleccionaron:

n1= 12 adolescentes que puntuaron alto en el factor de Conducta Alimentaria Normal (CAN); n2= 12 adolescentes que puntuaron alto en el factor de Conducta Alimentaria Compulsiva (CAC); y n3 = 12 adolescentes que puntuaron alto en el factor de Dieta Crónica y Restrictiva (DCR); quedando así una muestra final de n = 36 mujeres en total.

DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

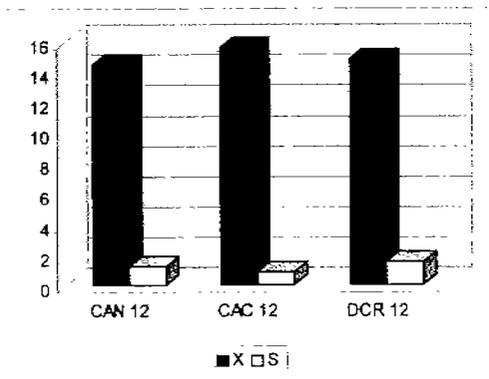
EDAD

Las adolescentes con CAN tenían una edad media de $X = 14.49$ y una desviación estándar de $S = 1.24$. Mientras que la edad promedio de las chicas con CAC era de $X = 15.62$ y $S = .89$. Por último, las chicas con DCR presentan una X de 14.98 y $S = 1.30$ (Ver tabla y figura 1).

TABLA 1. Medias y desviaciones estándar de la variable edad por grupo

N	X	S
CAN 12	14.4933	1.2370
CAC 12	15.6250	.8946
DCR 12	14.8250	1.5215
TOTAL 36	14.9811	1.3008

Figura 1. Medias y desviaciones estándar de la variable edad por grupo



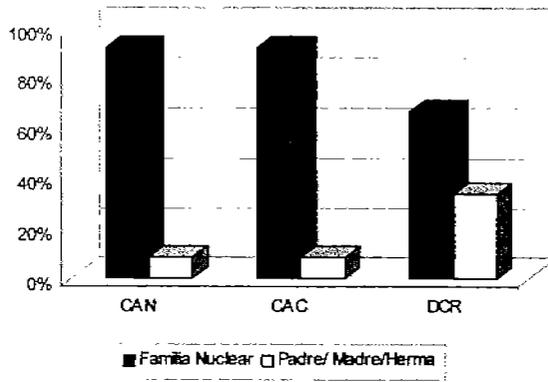
TIPO DE FAMILIA

En la siguiente tabla se observa que las chicas tanto de CAN como las de CAC, en su gran mayoría viven con su familia nuclear; aunque cabe destacar que algunas del grupo DCR (33%) viven ya sea con uno de sus padres o con sus hermanos. (Ver tabla y figura 2).

TABLA 2. Porcentajes de la variable "Con quién vives?" por grupo

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Familia Nuclear	91.7%	91.7%	66.7%	83.3%
Padre/ Madre/Herma	8.3%	8.3%	33.3%	16.7%
	100%	100%	100%	100%

Figura 2. Porcentajes de la variable "Con quién vives?" por grupo



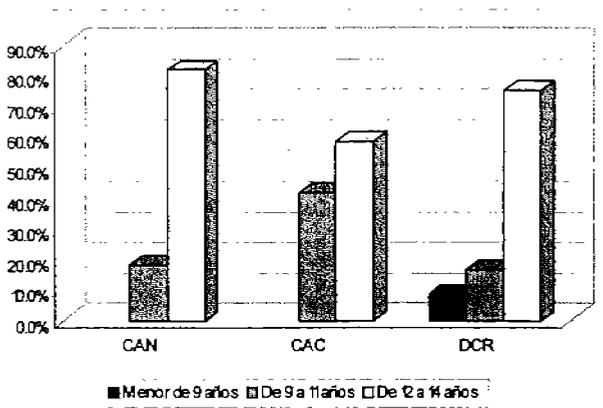
MENARCA

La mayoría de las chicas de los tres grupos presentaron su primera menstruación dentro de la edad promedio que es de 12 a 14 años, aunque se distingue que el 8.3% de las niñas del grupo DCR, presentaron su primera menstruación muy por abajo del promedio (Ver tabla y figura 3).

Tabla 3. Edad de primera menstruación por grupo

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Menor de 9 años			8.3%	2.9%
De 9 a 11 años	18.2%	41.7%	16.7%	25.7%
De 12 a 14 años	81.8%	58.3%	75.0%	71.4%
	100%	100%	100%	100%

Figura 3. Edad de primera menstruación por grupo



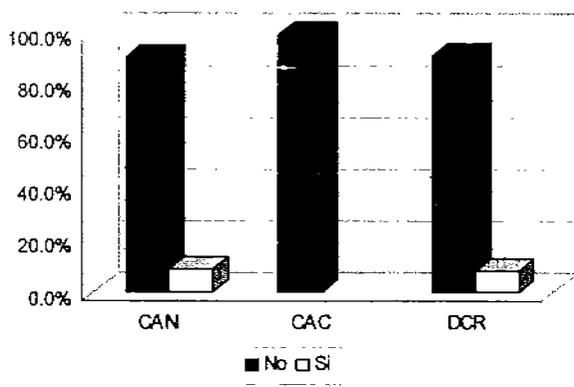
VIDA SEXUAL ACTIVA

La mayoría de las chicas respondieron no haber tenido vida sexual activa, sin embargo un 8% de las DCR si lo habían hecho al igual que un 9% de las chicas del grupo CAN (Ver tabla y figura 4).

Tabla 4. Porcentaje de la variable sexualidad activa por grupos

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
No	90.9%	100.0%	91.7%	93.9%
Si	9.1%		8.3%	6.1%
	100%	100%	100%	100%

Figura 4. Porcentaje de la variable sexualidad activa por grupos



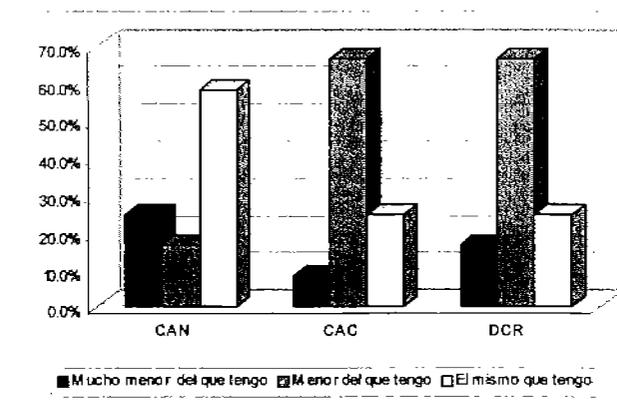
PESO DESEADO

Más de la mitad (58%) de las adolescentes con CAN están de acuerdo con el peso que tienen, no siendo así para las que presentan CAC y DCR, quién solo en un 25% les gustaría tener el mismo peso (Ver tabla y figura 5).

Tabla 5. Peso ideal de las adolescentes

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Mucho menor del que tengo	25.0%	8.3%	16.7%	16.7%
Menor del que tengo	16.7%	66.7%	66.7%	50.0%
El mismo que tengo	58.3%	25.0%	25.0%	33.3%
	100%	100%	100%	100%

Figura 5. Peso ideal de las adolescentes



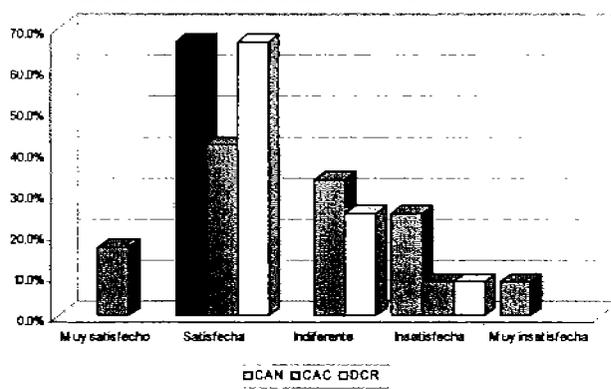
SATISFACCIÓN CON LA FIGURA CORPORAL (MEDICIÓN DIRECTA)

En cuanto a que tan satisfechas se sienten con su figura se observa que la mayoría de los 3 grupos se encuentran satisfechas (Ver tabla y figura 6).

Tabla 6. Medición directa de la variable satisfacción

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Muy satisfecho		16.7%		5.6%
Satisfecha	66.7%	41.7%	66.7%	58.3%
Indiferente		33.3%	25.0%	19.4%
Insatisfecha	25.0%	8.3%	8.3%	13.9%
Muy insatisfecha	8.3%			2.8%
	100%	100%	100%	100%

Figura 6. Medición directa de la variable satisfacción



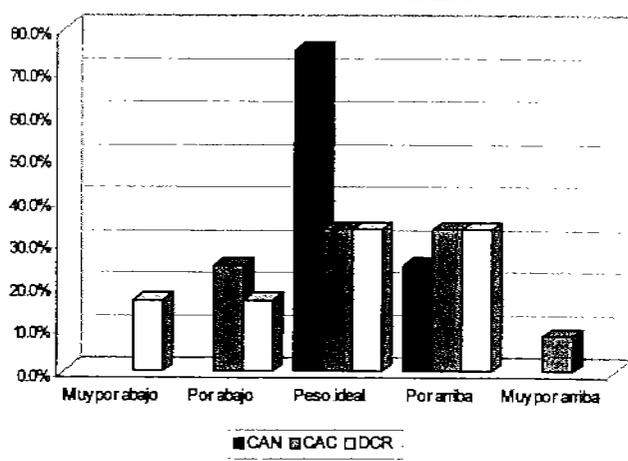
AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO CORPORAL

Las chicas con CAN respondieron encontrarse en su peso ideal en un 75%, mientras que las chicas de los otros dos grupos piensan en un 42%, que se encuentran por arriba y muy por arriba de su peso ideal (Ver tabla y figura 7).

Tabla 7. Percepción del peso ideal en los grupos

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Muy por abajo			16.7%	5.6%
Por abajo		25.0%	16.7%	13.9%
Peso ideal	75.0%	33.3%	33.3%	47.2%
Por arriba	25.0%	33.3%	33.3%	30.6%
Muy por arriba		8.3%		2.8%
	100%	100%	100%	100%

Figura 7. Percepción del peso ideal en los grupos



IMPORTANCIA DE LA APARIENCIA FÍSICA

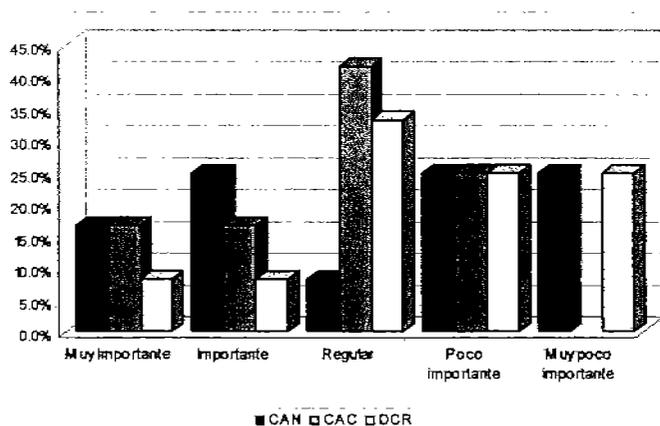
A. CON EL SEXO OPUESTO

Con respecto a la importancia que tiene la apariencia física para tener éxito con el sexo opuesto, las adolescentes con CAC (42%) y DCR (33%) lo consideran como regularmente importante, mientras que un 50% de las chicas con CAN piensan que es poco y muy poco importante (Ver tabla y figura 8).

Tabla 8. Importancia de la apariencia física ante el sexo opuesto

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Muy importante	16.7%	16.7%	8.3%	13.9%
Importante	25.0%	16.7%	8.3%	16.7%
Regular	8.3%	41.7%	33.3%	27.8%
Poco importante	25.0%	25.0%	25.0%	25.0%
Muy poco importante	25.0%		25.0%	16.7%
	100%	100%	100%	100%

Figura 8. Importancia de la apariencia física ante el sexo opuesto



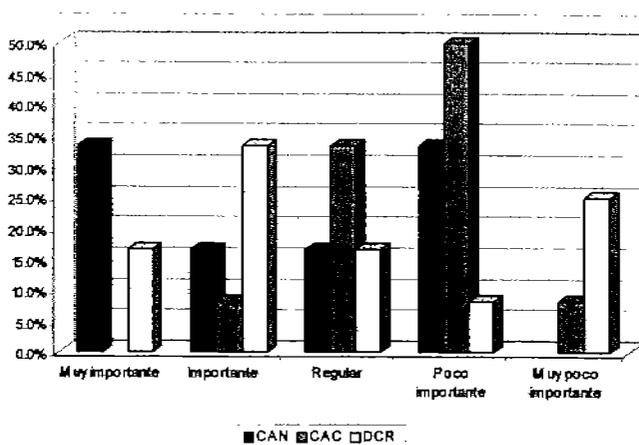
B. CON LOS AMIGOS (AS)

Entre los amigos, la mayoría de las del grupo CAN (50%) consideran que importante y muy importante la apariencia; para un 50% de las del grupo CAC es poco importante, no siendo así para las DCR quienes en un 50% consideran que es importante y muy importante la apariencia física para tener éxito con los amigos (as) (Ver tabla y figura 9).

Tabla 9. Importancia de la apariencia física ante los amigos

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Muy importante	33.3%		16.7%	16.7%
Importante	16.7%	8.3%	33.3%	19.4%
Regular	16.7%	33.3%	16.7%	22.2%
Poco importante	33.3%	50.0%	8.3%	30.6%
Muy poco importante		8.3%	25.0%	11.1%
	100%	100%	100%	100%

Figura 9. Importancia de la apariencia física ante el sexo opuesto



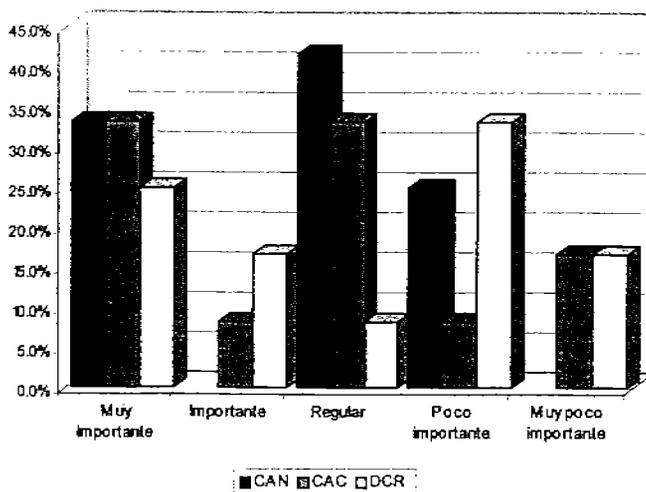
C. EN LOS ESTUDIOS

En un 41% de las adolescentes con CAN, respondieron que, en los estudios, la apariencia tiene una importancia regular; un 42% de las del grupo CAC consideró que es importante y muy importante, mientras que 33% de las DCR lo consideran poco importante. (Ver tabla y figura 10).

Tabla 10. Importancia de la apariencia física ante los estudios

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Muy importante	33.3%	33.3%	25.0%	30.6%
Importante		8.3%	16.7%	8.3%
Regular	41.7%	33.3%	8.3%	27.8%
Poco importante	25.0%	8.3%	33.3%	22.2%
Muy poco importante		16.7%	16.7%	11.1%
	100%	100%	100%	100%

Figura 10. Importancia de la apariencia física ante los estudios



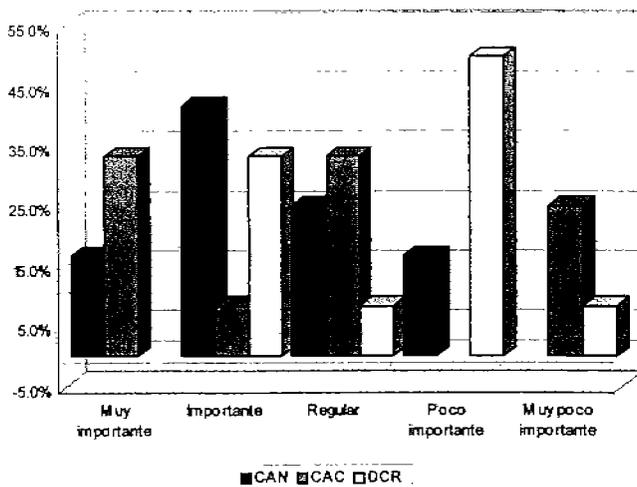
D. CON LA FAMILIA

En lo que se refiere a la familia, un 58% de las chicas con DCR piensan que es poco importante la apariencia, no siendo así para las CAN, y CAC que creen que es importante para tener éxito (Ver tabla y figura 11).

Tabla 11. Importancia de la apariencia física ante la familia

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Muy importante	16.7%	33.3%		16.7%
Importante	41.7%	8.3%	33.3%	27.8%
Regular	25.0%	33.3%	8.3%	22.2%
Poco importante	16.7%		50.0%	22.2%
Muy poco importante		25.0%	8.3%	11.1%
	100%	100%	100%	100%

Figura 11. Importancia de la apariencia física ante la familia



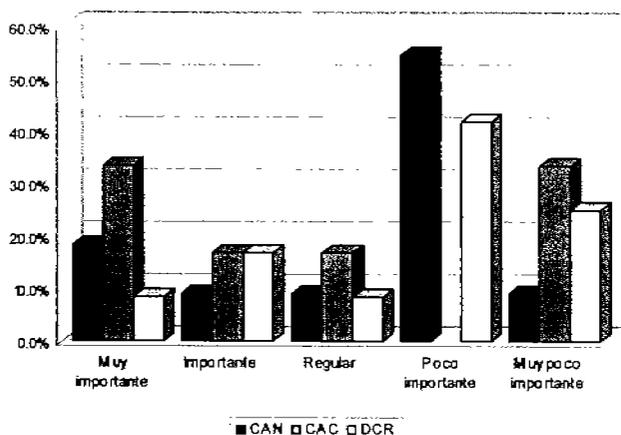
E. PARA ENCONTRAR TRABAJO

Solo entre las adolescente del grupo CAC, resultó muy importante la apariencia física para encontrar trabajo; por el contrario en los otros dos grupos se consideró poco importante (Ver tabla y figura 12).

Tabla 12. Importancia de la apariencia física ante el trabajo

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Muy importante	18.2%	33.3%	8.3%	20.0%
Importante	9.1%	16.7%	16.7%	14.3%
Regular	9.1%	16.7%	8.3%	11.4%
Poco importante	54.5%		41.7%	31.4%
Muy poco importante	9.1%	33.3%	25.0%	22.9%
	100%	100%	100%	100%

Figura 12. Importancia de la apariencia física ante el trabajo



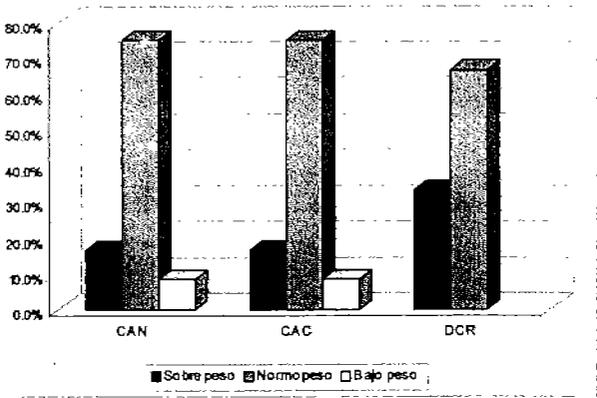
AUTOPERCEPCIÓN DEL PESO REAL

Las adolescentes de los grupos CAN y CAC, piensan que tienen sobrepeso cuando su peso real fue normal. Asimismo las del grupo DCR consideran que se encuentran por arriba y muy por arriba cuando su peso real fue normal (Ver tabla y figura 13).

Tabla 13. Autopercepción del peso corporal de los grupos

	CAN	CAC	DCR	TOTAL
Sobre peso	16.7%	16.7%	33.3%	22.2%
Normopeso	75.0%	75.0%	66.7%	72.2%
Bajo peso	8.3%	8.3%		5.6%
	100%	100%	100%	100%

Figura 13. Autopercepción del peso corporal de los grupos



Prueba de hipótesis

IMC

Se observa que las adolescentes del grupo CAN presentan una $X = 24.07$ ($S = 3.01$) clasificándose en la categoría de sobrepeso. No siendo así para las del grupo CAC ya que tienen una $X = 22.88$ ($S = 1.53$) y las de DCR una $X = 22.08$ ($S = 2.12$) por lo que se clasifican dentro del peso normal o promedio (Ver tabla y figura 14)

Tabla 14; Medias y desviación estándar del índice de masa corporal de los grupos

	N	X	S
CAN	12	24.0737	3.0103
CAC	12	22.8894	1.5359
DCR	12	22.08668	2.1220
TOTAL	36	23.0166	2.3853

ANOVA

Se aplicó una ANOVA para ver si existen diferencias estadísticamente significativas en la variable peso corporal, entre los tres grupos con los que se trabajó. Como puede observarse en la tabla 15, no se encontraron dichas diferencias.

Con el propósito de determinar si las diferencias no estadísticamente significativas se debía al pequeño tamaño de las muestras ($n=12$), se siguieron dos procedimientos más: 1) se utilizó un análisis estadístico no paramétrico, Kruskal Wallis, encontrándose nuevamente diferencias no significativas y 2) se aplicó la fórmula $d = \sqrt{\frac{2(t)}{g}}$ del efecto del tamaño, encontrándose que esto no fue la causa de los resultados no estadísticamente significativos. Por lo tanto, no se confirma la hipótesis de trabajo que se dice: "Se encontrarán relaciones estadísticamente significativas entre peso y conducta alimentaria normal y de riesgo".

Tabla 15; Anova(Factorial Simple) Peso Corporal por tipo de conducta alimentaria (MDCR, MCAC, MCAN)

	Suma de cuadrados	gl	Media de Cuadrados	F	Sig
Entre grupos	23.977	2	11.988	2.259	.120
Dentro grupos	175.165	33	5.308		
Total	199.142	35			
H0	X1 =	X2 =	X3 =	0	
Hi	X1 #	X2 #	X3 #	0	

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre conducta alimentaria de riesgo y peso corporal, en mujeres adolescentes de una escuela secundaria pública. El rango de edad abarcó de 11 a 19 años.

De una muestra de 200 adolescentes se eligieron sólo aquellas chicas que tenían una Conducta Alimentaria Normal ($n_1 = 12$ CAN), Conducta Alimentaria Compulsiva ($n_2 = 12$ CAC) y las que hicieron Dieta Crónica y Restrictiva ($n_3 = 12$ DCR), quedando un total de 36 adolescentes.

Entre los resultados más importantes que se encontraron con respecto al Índice de Masa Corporal, se observó que las adolescentes con Conducta Alimentaria Normal obtuvieron una media por encima de los estándares de normalidad establecidos, clasificándose en sobrepeso. No siendo así para las chicas con Conducta Alimentaria Compulsiva y Dieta Crónica y Restrictiva ya que tienen una media establecida que se considera dentro de los límites, por lo que se clasifican dentro del peso normal o promedio. Cabe mencionar que la hipótesis de trabajo postuló que se encontraría relación significativa entre los grupos. No obstante se encontró que no hay diferencias estadísticamente significativas en los tres grupos (Conducta Alimentaria Normal, Compulsiva, y Dieta Crónica y Restrictiva), ya que se obtuvo una significancia mayor de 0.05

Como consecuencia de éstos resultados se realizó un análisis estadístico no paramétrico de Kruskal Wallis, para verificar que ésta no significancia no fuera producto de un tamaño muestral pequeño, así

también se aplicó la fórmula $d = \sqrt{\frac{2(t)}{g}}$ del efecto del tamaño, mostrando que el tamaño no fue la causa de los resultados.

Una explicación alternativa al hecho de que las medias indicaron que las chicas con Conducta Alimentaria Normal presentaron el índice de Masa Corporal mayor, mientras que las chicas con Conducta Alimentaria Compulsiva y Dieta Crónica y Restrictiva manifestando los Índices de Masa Corporal menores; es que, como lo señalan Toro y Vilardeil (1987) las personas con trastorno alimentario utilizan conductas compensatorias para evitar la ganancia de peso tales como: prácticas de actividades físicas, en muchos casos esto es algo que se persigue de manera realmente obsesiva, largos paseos diarios-de varios kilómetros-al tiempo que lleva a cabo sus sesiones gimnásticas etc., lo que llevaría a muchas de ellas a presentar peso normal e inclusive bajo peso. Estas conductas compensatorias no las presentarían las "comedoras normales", quienes tendrían normopeso.

En un estudio previo se planteó como propósito conocer si entre los escolares mexicanos pre-púberales ya están presentes los factores de riesgo en trastornos de la alimentación detectados en muestras de poblaciones púberes o preadolescentes y adolescentes y comparar las distribuciones de dichos factores por sexo y por grupo de edad. Entre los resultados de mayor impacto se encontró que las escolares más jóvenes ya han adoptado la actitud lipofóbica de su entorno social y que comparten con las chicas más

grandes no sólo el deseo de una imagen corporal delgada, sino también la insatisfacción (porque quieren estar más delgadas) con su imagen corporal. La preocupación por el peso corporal fue la otra variable, además de la actitud negativa hacia la obesidad, que mostró: a) Porcentajes altos, más de las tres quintas partes de los niños de la muestra y b) porcentajes similares en hombres y mujeres (Gómez Pérez-Mitré, Griselda Alvarado H., et. al. 2001). Ello demuestra que al igual que otros autores como es el caso de Brownell & Rodin (1994) y Fallon, Katzman, & Wooley (1994), existe la preocupación de que el peso corporal es una de las variables de más alto riesgo y que más directamente podría conducir al desarrollo de trastorno en la alimentación.

En comparación con nuestro estudio, más de la mitad de las adolescentes con Conducta Alimentaria Normal están de acuerdo con el peso que tienen, no siendo así para las que presentan Conducta Alimentaria Compulsiva y Dieta Crónica y Restrictiva, quienes sólo en una cuarta parte les gustaría tener el mismo peso. Sin embargo, en cuanto a la autopercepción del peso corporal de las adolescentes del grupo de Conducta Alimentaria Normal respondieron (en una cuarta parte de ellas) encontrarse en su peso ideal, mientras que menos de la mitad de las chicas de los otros dos grupos (Conducta Alimentaria Compulsiva y Dieta Crónica y Restrictiva) piensan que se encuentran por arriba y muy por arriba de su peso ideal. Como puede verse, ambas investigaciones (Gómez Pérez-Mitré, Griselda Alvarado H., et.al. 2001 y la de éste trabajo) las jóvenes subestiman su imagen corporal, percibiéndose con mayor peso del que realmente tienen.

En otro estudio realizado por Gómez Pérez- Mitré y Acosta García (2000), donde se tuvo por objetivo analizar factores de riesgo en trastornos de la alimentación, asociados con imagen corporal y conducta alimentaria en muestras de mujeres estudiantes de diferentes culturas, la española y la mexicana, reporta que: a) fueron las mexicanas que en mayor proporción y en mayor medida se mostraron más insatisfechas tanto con su figura como con diferentes partes corporales; b) que más mexicanas que españolas y casi en su totalidad (93%) escogieron como figura ideal una delgada y hasta dos veces más, una muy delgada prácticamente emancipada; y c) que la apariencia física (importancia de la figura corporal) con el sexo opuesto, en el trabajo, en las fiestas, resultó ser mucho más importante para las mexicanas que para las españolas. Finalmente los resultados señalan la presencia de factores de riesgo asociados con imagen corporal.

Con respecto a éste estudio, nuestra investigación señala algunas diferencias entre las adolescentes que conforman nuestra muestra, destacando la idea de que sólo en algunos casos hay factores de riesgo alimentario asociados con la imagen corporal, sobre todo con la obsesión femenina socioculturalmente determinada que es la introyección de la figura delgada y siempre más delgada que la figura actual.

Con base en los resultados obtenidos se concluye en este estudio que:

- 1.- La importancia de los resultados obtenidos reside en que muestran claramente tendencias y señalan problemas a investigar.
- 2.- No obstante que las muestras fueron pequeñas (ns=12) surgieron

relaciones importantes.

3.- Debe realizarse mayor número de investigaciones con éstos mismos problemas cuidando que las muestras sean más grandes.

4.- Debe utilizarse reactivos con los que se indague si existen o no prácticas compensatorias que permitan explicar los resultados que en éste estudio requieren de mayor claridad.

REFERENCIAS

- Aberastury, A. (1978). Adolescencia. Buenos Aires: Kargieman.
- Aceves, M. (1981). Psicología general. México: Cruz.
- Allport, G. W. (1961). Psicología de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- American Psychology Association (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV). Barcelona: Masson.
- Bandura, A. y Walters, C. (1963). Social learning analysis and personality development. New York: Holt - Rinehart.
- Blasi, A. y Hoeffel, E.C. (1974). Adolescence and formal operations. Human development, 17, 344-363.
- Bouchard, C. (1990). Genetic and environmental influences on regional fat distribution. En Oamura, K. Progress in obesity research. New York: John Libbey and Company Ltd.
- Braguinsky, J. (1996). Obesidad. Buenos Aires: Ateneo.
- Briseño, M. E. (1990). Estudio comparativo de la identificación en adolescentes mexicanos de tres clases sociales diferentes. Tesis de Licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.
- Brooks, F. (1981). Psicología de la adolescencia. Argentina: Kapeluz.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and research for the perfect body: where physiology and culture collide. Behavior therapy, 22, 1-12.
- Brownell, K. D. y Wadden, T. A. (1992) Etiology and treatment of obesity: understanding a serious prevalent and refractory disorder. Journal consulting and clinical psychology, 60 (4), 505-51
- Brownell, K.D., & Rodín, J. (1994). The dieting maestrom: Is it possible and advisable to lose weight? American Psychologist, 49,781-791.
- Bruch, H. (1985). Four decads of eating disorderes. En Garner, D. y Garfinkel, P. E. (Eds) Handbook of psycotherapy for anorexia nervosa and bulimia. Nueva York: Guilford Press.
- Bruchon-Schweitzer (1992). Psicología del cuerpo. Barcelona: Herder.
- Brumberg, J. (1988). Fasting girls. The emergence of anorexia nervosa as a modern disease. Cambrige Howard: University Press.

Buhler, Ch. (1984). La vida psíquica del adolescente. En Henríquez, M.E. Crisis de adolescencia. México: Cuadernos Médicos-Sociales.

Conreras, J. (1993). Antropología de la alimentación. Madrid: Eudema.

Cormillot, A. (1988). El arte de adelgazar. Buenos Aires: Vergara.

Cormillot, A., Zukerfeld, R., Olkies, A. y Murva, C. (1977). Obesidad. Buenos Aires: Médica panamericana.

Craig, G. J. (1988). Desarrollo psicológico. Barcelona: Prentice-Hall hispanoamericana.

De Girolami, D., Lasala, M., Reboredo, G., Grenada, M., Somoza, M. y Salinas, R. (1994) Valoración nutricional de pacientes VIH reactivos. Comunicación previa, 81, 225-228.

Deurenberg, P., Weststrate, J. A. y Seidell, J. C. (1991). Body mass index as a measure of body fatness: age and sex specific prediction formulas. Journal nutricional, 65 (2), 105 - 114.

Donald, S. McLaren (1983). La nutrición y sus trastornos. México: El Manual Moderno.

Donald, D. (1997). Diccionario enciclopédico ilustrado de medicina. México: McGraw - Hill - interamericana.

Dwyer, J. y Mayer, J. (1969). Psychological effects of variations in physical appearance during adolescence. Adolescence, 3, 353-380.

Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. Child development, 38, 1025-1034.

Frazier, A. y Lisonbee, L. K. (1950). Adolescent concerns with physique. School review, 58, 397-405.

Fromm, E. (1964). Anatomía de la destructividad humana. México: Siglo XXI.

Gama, A. E. (1999). Factores de riesgo para los trastornos de la alimentación: Relación entre obesidad y las variables autoatribución, conductas alimentarias e imagen corporal. Tesis de licenciatura, no publicada. Facultad de Psicología. UNAM.

Gold, D. (1976). Psychological factors associated with obesity. American family physician, 13, 87-91.

Gómez Pérez-Mitré, G. (1993). Detección de anomalías de la conducta alimentaria en estudiantes universitarios: Obesidad, bulimia y anorexia nervosa. Revista mexicana de psicología, 10 (1), 17-27.

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

Gómez Pérez-Mitré, G. y Saucedo T. (1997). Validez del diagnóstico del IMC en una muestra de escolares preadolescentes y adolescentes mexicanos. Acta pediátrica mexicana, 18 (3), 103-110.

Gómez Pérez-Mitre, M. V. Acosta García (2000). Imagen corporal como factor de riesgo en los trastornos de la alimentación: Una comparación transcultural entre México y España. Clínica y Salud, 11(1), 35-58.

Gómez Pérez-Mitre, Griselda Alvarado H., Liliana Moreno E., Sugely Saloma G. Y Gisela Pineda G.(2001)Trastornos de la Alimentación. Factores de Riesgo en Tres Diferentes Grupos de Edad: Pre-púberales, Púberales y Adolescentes. Revista mexicana de psicología, 18(3), 313-324.

Gómez Pérez-Mitré, G., Saucedo T. y Unikel, C. (2001). Psicología social en el campo de la salud. Imagen corporal en los trastornos de la alimentación. En Calleja, B. N. y Gómez Pérez-Mitré, G. (Comp). Psicología social: Investigación y aplicaciones en México. México: Fondo de Cultura Económica.

Guillemot, A. y Laxenaire, M. (1994). Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura. Barcelona: Masson.

Harrison, M. (1991). Principios de medicina interna. México: Interamericana.

Hirsch, J. y Batchelor, B. (1976). Adipose tissue cellularity in human obesity. Clinics in endocrinology and Metabolism, 5, 299-308.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). Psicología del desarrollo, hoy. México: McGraw-Hill- Interamericana.

Howard, C. (1998). Psicología Buenos Aires: Nueva Visión.

Jung, R. T., Gurr, M. I., Robinson, M. P. y James, W. P. (1978). Does adipocyte hypercellularity in obesity exist. British medical journal, 2, 319-321.

Klyde, B. J. y Hirsch, J. (1979). Increased cellular proliferation in adipose tissue of adult rats feed high fat diet. Journal of lipid Research, 20, 705-712.

Kohlberg, L. (1964). Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclee de Brower.

Kuhlen, R. G. (1984). The psychology of adolescent development. En Muss, R. E Teorías de la adolescencia. México: Paidós.

Markovits, H. y Vachon, R. (1990). Conditional reasoning, representation and level of abstraction. Developmental psychology, 26, 942-951.

Mayer, J. (1975). Genetic, traumatic and environmental factors in the etiology of obesity. Physiological reviews, 33, 472-508.

Papalia, E. y Wendkos, S. (1992). Desarrollo humano. México: McGraw-Hill.

Papalia, E. y Wendkos, S. (1994). Psicología. México: McGraw-Hill.

Piaget, J. (1972) Intellectual evolution from adolescence to adulthood. Human development, 15, 1-12.

Pitts, G. C. (1978). Physiologic regulation of body energy storage. Metabolism, 27, 469-478.

Saldaña, C. y Russell, R. (1989). La obesidad. Barcelona: Psiquiatría de la Salud.

Schwartz, D. M. y Johnson, C. L. (1982) Anorexia Nervosa and Bulimia: The sociocultural context interational. Journal of eating disorders, 1, 20-30.

Stunkard, A.J. (1984). The current status of treatment for obesity in adults. En Stunkard, A.J. y Stellar, E. (eds.). Eating and its disorders. Nueva York: Raven Press.

Sullivan, H. (1964). La entrevista psiquiátrica. Argentina: Psique.

Toro, J. (1996). El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad. Barcelona: Ariel.

Toro, J. y Vildardell, E. (1987). Anorexia nervosa. Barcelona: Martínez Roca.

Velásquez, J. (1977). Curso de psicología. México: Ediciones Minerva.

Warren, H. C. (1948). Diccionario de psicología. México: Fondo de Cultura Económica.

Withers, R. F. J. (1964). Problems in the genetics of human obesity. Eugenetic review, 56, 81-84.

Zukerfeld, R. (1996). Acto bulímico. Cuerpo y tercera tóptica. Buenos Aires: Paidós.

HOJA DE RESPUESTA (XX)
ESTUDIO SOBRE ALIMENTACIÓN Y SALUD
2001

Nombre: _____
 Edad: _____ Años y _____ Meses. Talla _____ metros.
 Peso _____ kg.

INSTRUCCIONES

Lee cada una de las preguntas de cada sección, selecciona tu respuesta y márcala con una cruz (X). Cuida que el número de la pregunta que estás leyendo y la sección sea el mismo que el de la hoja de respuesta.

A

1. A B C D E F
2. A B _____
3. A B C D E F
4. A B C D _____
5. A B C D E F
6. A B _____
7. A B _____
8. A B C D E F
9. A B C D E F
10. A B C D E F
11. A B C D E F
12. A B C D E _____
13. A B C D E _____

E

1. A B C D _____
2. A B C D _____
3. A B _____
4. A B C D E F
5. A B _____
6. A B _____
7. A B C D E _____

F

1. A B C D E
2. A B C D E
3. A B C D E
4. A B C D E
5. A B C D E
6. A B C D E
7. A B C D E
8. A B C D E
9. A B C D E
10. A B C D E
11. A B C D E
12. A B C D E
13. A B C D E
14. A B C D E
15. A B C D E
16. A B C D E
17. A B C D E
18. A B C D E
19. A B C D E
20. A B C D E
21. A B C D E
22. A B C D E
23. A B C D E
24. A B C D E

E

- 1. A B C D E
- 2. A B C D E
- 3. A B C D E
- 4. A B C D E
- 5. A B C D E
- 6. A B C D E
- 7. A B C D E
- 8. A B C D E
- 9. A B C D E
- 10. A B C D E
- 11. A B C D E
- 12. A B C D E
- 13. A B C D E
- 14. A B C D E
- 15. A B C D E
- 16. A B C D E
- 17. A B C D E
- 18. A B C D E
- 19. A B C D E
- 20. A B C D E
- 21. A B C D E
- 22. A B C D E
- 23. A B C D E
- 24. A B C D E
- 25. A B C D E
- 26. A B C D E
- 27. A B C D E
- 28. A B C D E
- 29. A B C D E
- 30. A B C D E
- 31. A B C D E
- 32. A B C D E
- 33. A B C D E
- 34. A B C D E
- 35. A B C D E
- 36. A B C D E
- 37. A B C D E
- 38. A B C D E
- 39. A B C D E
- 40. A B C D E
- 41. A B C D E
- 42. A B C D E
- 43. A B C D E
- 44. A B C D E
- 45. A B C D E
- 46. A B C D E
- 47. A B C D E
- 48. A B C D E

K

- 1. A B C D E
- 2. A B C D E
- 3. A B C D E
- 4. A B C D E
- 5. A B C D E
- 6. A B C D E
- 7. A B C D E
- 8. A B C D E
- 9. A B C D E
- 10. A B C D E
- 11. A B C D E
- 12. A B C D E
- 13. A B C D E

SECCIÓN A

1.- Que estás estudiando?

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

2.- Trabajas?

- A) Sí B) No

3.- Actualmente vives con:

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

4.- Lugar que ocupas entre tus hermanos

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

5.- Edad de tu primera 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 10000
- F) \$10001 o más

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

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

10.- Años de estudio de tu padre

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

11.- Años de estudio de tu madre:

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

12.-Cuál es la ocupación de tu padre?

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

13.-Cuál es la ocupación de tu madre?

- A) Ama de casa
- B) Empleada doméstica
- C) Obrera
- D) Comerciante
- E) Profesionista

SECCIÓN 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 cuanto tiempo has mantenido el peso que actualmente tienes:

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

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

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

4.- Que edad tenías cuando hiciste tu primera dieta?

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

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

- A) No
- B) Sí

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

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

7.- El problema consiste en que:

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

SECCIÓN E

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

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

- 1.- Cuido que mi dieta sea nutritiva
- 2.- Siento que la comida me tranquiliza

- 3.- Evito comer harinas
- 4.- Creo que la comida es un buen remedio para la tristeza o depresión
- 5.- Procuo comer verduras
- 6.- Me la paso " muriéndome de hambre " ya que constantemente hago dietas
- 7.- Comer de más me provoca sentimientos de culpa
- 8.- Soy de los que se hartan (se llenan de comida)
- 9.- Ingiere comidas o bebidas dietéticas libres de azúcares con el propósito de cuidar mi peso
- 10.- Me avergüenzo de comer tanto
- 11.- Como lo que es bueno para mi salud
- 12.- Disfruto, me gusta sentir el estómago vacío
- 13.- Cuido que mis comidas contengan alimentos con fibra
- 14.- Mi problema es empezar a comer pero una vez que empiezo difícilmente puedo detenerme
- 15.- Procuo mejorar mis hábitos alimentarios
- 16.- Como grandes cantidades de alimento aunque no tenga hambre
- 17.- " Pertenezco al club " de los que para controlar su peso se saltan las comidas.
- 18.- No siento a pelito o ganas de comer pero cuando empiezo nadie me detiene
- 19.- Como despacio y/o mastico más tiempo mis alimentos como una medida de control de peso
- 20.- Evito las tortillas y el pan para mantenerme delgado
- 21.- No me gusta comer con otras personas
- 22.- Soy de los que se preocupan constantemente por la comida (porque siento que como mucho; porque temo engordar)
- 23.- No como aunque tenga hambre
- 24.- Sostengo verdaderas luchas conmigo mismo antes de consumir alimentos "engordadores "
- 25.- Procuo estar al día sobre lo que debe ser una dieta adecuada
- 26.- Cuido que mi dieta contenga un mínimo de grasas
- 27.- Siento que no puedo parar de comer
- 30.- Como sin medida
- 31.- Me asusta pensar que pueda perder el control sobre mi forma de comer
- 32.- Me deprimó cuando como de más
- 33.- Siento que los problemas lejos de quitarme el apetito me lo incrementan
- 34.- Siento que mi forma de comer se sale 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 sorprendo pensando en la comida
- 38.- Sueño comer masivamente (por ejemplo, no desayuno, no como, pero ceno mucho)
- 39.- Como a escondidas
- 40.- Disfruto cuando como con otras personas
- 41.- Cuando estoy aburrída me da por comer
- 42.- Paso por períodos en los que siento que podría comer sin parar
- 43.- Tengo temporadas en los que materialmente me "mato de hambre"
- 44.- Con tal de no subir de peso mastico mis alimentos pero no los trago
- 45.- Como con moderación
- 46.- Difícilmente pierdo el apetito
- 47.- No tengo problemas con mi forma de comer
- 48.- Si no veo la comida me la puedo pasar sin comer

SECCIÓN F

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

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

- 1.- Poco se puede esperar de alguien que no tiene control sobre su apetito
- 2.- Las personas que comen con mesura (con medida) son dignas de respeto
- 3.- Creo que las personas con problemas de control sobre su forma de comer no deberían preocuparse ya que "genio y figura, hasta la sepultura".
- 4.- Admiro a las personas que pueden comer con medida
- 5.- Las personas que pierden el control con la comida se guían por el tema " todo con exceso nada con medida "
- 6.- No se porque se preocupa la gente por su sobrepeso, ya que la obesidad es hereditaria
- 7.- Quien mantiene control sobre su ingesta alimentaria también controla otros aspectos de su vida
- 8.- Es muy difícil mantener el control sobre la ingesta alimentaria pues todo lo que nos rodean nos incitan a comer.
- 9.- Creo que mantener una dieta para bajar de peso es como querer mantener la respiración por mucho tiempo
- 10.- Creo que " comer y rascar el trabajo es comenzar "
- 11.- Una persona que puede cometer excesos en la comida también puede excederse en otras conductas
- 12.- Considero que los hábitos alimentarios quedan fuera del control racional
- 13.- Creo que soy inseguro
- 14.- Me considero emocionalmente inestable
- 15.- Me llevo bien con los demás
- 16.- Creo que me pongo metas muy altas
- 17.- Me cuesta trabajo hacer amigos
- 18.- Mi familia me exige demasiado
- 19.- Me considero una persona agradable
- 20.- No tengo confianza en los demás
- 21.- Creo que en lugar de controlar mis alimentos, ellos me controlan
- 22.- Sólo se debe competir para ganar
- 23.- No importa a que se dedique uno en la vida el chiste es ser el mejor
- 24.- Sólo se deben vencer las tentaciones para vencer el carácter

SECCIÓN K

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 sientes con tu figura?

- A) Muy satisfecho
- B) Satisfecho
- C) Indiferente
- E) Insatisfecho
- F) Muy insatisfecho

3.- Con respecto a lo que crees que sería tu peso ideal dirías que te encuentras:

- A) Muy por abajo de él
- B) Por abajo de él
- C) Estás en tu peso ideal
- D) Por arriba de él
- E) Muy por arriba de él

Qué tan importantes crees que sea la propia 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

5.- Entre los amigos (as)

6.- Para encontrar trabajo

7.- En los estudios

8.- Con la familia

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

- | | |
|----------------------------------|---------------------|
| A) Obeso | Muy gordo |
| B) Con sobrepeso | Gordo |
| C) Con peso normal | Ni gordo ni delgado |
| D) Peso por abajo del normal | Delgado |
| E) Peso muy por abajo del normal | Muy Delgado |

10.- Llegar a estar gordo:

- A) Me preocupa mucho
- B) Me preocupa
- C) Me preocupa de manera regular
- D) Me preocupa poco
- E) No me preocupa

11.- Como 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

12.- 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

13.- Me gusta la forma de mi cuerpo:

A) Muy de acuerdo

B) De acuerdo

C) Indecisa

D) En desacuerdo

E) Muy en desacuerdo